
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

LA LANCETTE FRANÇAISE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

ANNÉE 1871

PARIS

AUX BUREAUX DE LA GAZETTE DES HOPITAUX

8, RUE DE L'UNIVERSITÉ, 8

1871

N° 1. — MARDI 3 JANVIER 1871. 44e ANNÉE MARDI 3 JANVIER 1871. — N° 1.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 16 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois. . . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

SOMMAIRE. — ACADÉMIE DES SCIENCES. — Documents pour servir à l'histoire du mouvement scientifique pendant le siége de Paris. — Avis. — Bulletin bibliographique.

Paris, le 9 mai 1871.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 1er mai 1871. — Présidence de M. DELAUNAY.

M. DELAUNAY dépose sur le bureau le Bulletin météorologique de l'Observatoire pour le mois d'avril.

M. PAUL GERVAIS fait hommage à l'Académie de la seconde édition de ses *Éléments de zoologie*, qui vient de paraître.

De la température chez l'enfant malade. — M. E. DECAISNE. De 1840 à 1850, il s'est fait en France une série de travaux importants sur la température animale qui ont fixé l'attention de l'Académie des sciences. Nous citerons ceux de MM. Andral et Gavarret sur la température dans les maladies chez l'adulte, ceux de M. Roger sur ses variations dans les maladies des enfants, ceux de M. Demarquay pour les maladies chirurgicales, et enfin les études beaucoup plus importantes que ce savant chirurgien a faites avec M. Auguste Duméril sur l'action du poison et des agents thérapeutiques sur la température animale, communiquées à l'Académie des sciences dans la période de 1849 à 1851.

Malgré les études si importantes et si justement appréciées de mes savants devanciers, j'ai pensé qu'il y avait encore à glaner dans ce coin de la science et les recherches que j'ai poursuivies pendant tout le temps du siége de Paris sur l'alimentation insuffisante et ses effets sur le développement et la terminaison des maladies m'ont permis d'étudier, dans certaines affections du moins, la température de l'enfant nouveau-né.

On trouvera plus tard dans mon travail sur l'alimentation insuffisante et ses effets pendant le siége de Paris la relation que j'ai cherché à établir entre elle et les variations de la température chez l'enfant; c'est cette relation qui explique, selon moi, la différence qui existe entre mes chiffres et ceux de mes devanciers qui n'ont pas observé dans les mêmes conditions.

Il est à peu près généralement admis que la température de l'enfant à sa naissance est de 37°,25. Mais elle baisse aussitôt, et au bout de quelques minutes, le thermomètre peut descendre graduellement jusqu'à 35°,50. Le lendemain même il est revenu à son niveau primitif.

Les observateurs qui m'ont précédé ont établi que, dans l'état de maladie, le maximum de température s'est élevé chez l'enfant nouveau-né à 42°,50 et le minimum à 23°,50. D'après les recherches de M. Roger, la température des enfants oscille entre 10 degrés. Chez l'adulte, cette oscillation n'est que de 17 degrés.

J'ai étudié la température des enfants principalement dans trois maladies : la *pneumonie*, la *méningite* et l'*entéro-colite*.

Les sujets atteints de pneumonie que j'ai observés sont au nombre de douze : trois âgés de quinze jours à un mois, cinq de un à trois mois et quatre de trois à quatre mois.

Chez les trois premiers, la température a varié entre 38 et 40 degrés pendant plusieurs jours, sans jamais dépasser ce chiffre.

Chez les cinq enfants de un à trois mois, le thermomètre a donné entre 37 et 39 degrés.

Enfin, chez les quatre derniers, la température a oscillé entre 38 degrés et 42°,25.

Je ferai remarquer que ce chiffre de 42°,25 est le plus élevé que j'aie constaté, et je ne le retrouve dans les observations d'aucun clinicien.

En même temps que l'enfant qui accusait 42°,25, j'en soignais un autre à peu près du même âge, atteint de bronchite capillaire, et je pus me convaincre que les médecins qui ont étudié comparativement la température dans les deux maladies ne se sont pas trompés en signalant la différence de température qu'elles présentent. En effet, l'enfant atteint de bronchite capillaire a toujours eu une température d'environ 37 degrés. On comprend toute l'importance de ce fait au point de vue du diagnostic différentiel de ces deux maladies.

J'ai étudié la température chez quatre enfants atteints de *méningite* âgés de trois à six mois.

Chez tous les quatre j'ai observé un abaissement de température dans la seconde période que les auteurs appellent période d'invasion et d'accroissement. Elle a oscillé chez mes quatre malades entre 32 et 35 degrés pendant deux ou trois jours seulement, et seulement à certaines heures.

Quelques médecins ont voulu faire de cet abaissement passager de la température dans la méningite, un signe pathognomonique de cette affection. Sans lui nier toute valeur, il ne nous paraît pas infaillible. Chacun sait que dans cette période de la méningite, la fièvre se montre sous le type intermittent avec les frissons des fièvres d'accès et l'abaissement de la température animale qu'ils déterminent. En effet, comme je le disais tout à l'heure, c'était seulement pendant le frisson et l'horripilation de la fièvre que je constatais l'abaissement de la température qui, quelques heures après, reprenait son niveau normal; mais le phénomène était loin d'être constant.

Je regrette que mes observations sur ce point n'aient pas été plus nombreuses.

Il n'en est pas de même pour l'entéro-colite. J'en ai recueilli trente et un cas qui m'ont permis d'étudier plus complétement la température dans cette maladie.

Mes trente et un malades étaient tous atteints d'entéro-colite aiguë ou d'entérite cholériforme foudroyante, maladie qui a fait tant de victimes pendant le siége.

Tous les sujets que j'ai examinés l'ont été dans la période ultime de la maladie, au moment où le corps maigrit à vue d'œil, où les yeux s'excavent, où la peau ne résiste plus au doigt et se refroidit, où les évacuations ne se comptent plus.

Chez six enfants âgés de huit à quinze jours, j'ai constaté pendant cette période de 35 degrés à 35°,15 comme minimum, et quand les évacuations cessaient seulement pendant quelques heures, le thermomètre marquait entre 36 et 37 degrés.

Chez onze enfants de un à deux mois, la température était en moyenne de 34 degrés à 35°,20 pour revenir au moment de la réaction entre 36 degrés et 37°,55.

Chez quatre enfants de trois à quatre mois, j'ai observé entre 33 degrés et 35°,10. Chez ceux qui ont eu de la réaction, la température est revenue à 36 degrés et 37°,35.

Cinq enfants de cinq à six mois m'ont donné 34 degrés et 36°,25, et deux pendant la réaction 38°,15 et 39°,10.

Trois de sept à huit mois qui n'ont pas eu de réaction ont accusé de 35°,10 à 36°,25.

Enfin deux de neuf à onze mois ont donné, l'un 34°,30 pendant deux jours sans réaction et l'autre 34°,25, et pendant la réaction 39°,41.

Ces trente et un enfants, à l'exception de cinq, étaient dans de déplorables conditions hygiéniques. Vingt-deux étaient nourris par leurs mères soumises à toutes les privations de la misère pendant le siége et ne pouvant leur donner qu'un lait privé de la plupart de ses qualités normales. Les autres étaient élevés au biberon avec un lait de vache détestable en quantité insuffisante, ou avec des potages et des bouillies indigestes.

Je ferai ressortir dans mon travail sur l'alimentation insuffisante la part qu'il lui faut faire dans les maladies du premier âge et surtout le rôle qu'y joue l'alimentation de la mère.

En attendant, je dirai que j'ai pu bien souvent pendant les terribles épreuves du siége de Paris vérifier la justesse de l'observation de Chossat qui, dans son célèbre mémoire sur l'inanition, dit qu'elle est la cause de mort qui marche de front et en silence avec toute maladie dans laquelle l'alimentation n'est pas à l'état normal. L'inanition arrive à son terme naturel, quelquefois plus tôt, quelquefois plus tard que la maladie qu'elle accompagne sourdement, et peut devenir ainsi maladie principale, là où elle n'avait d'abord été qu'épiphénomène. — (Commissaires : MM. Andral, de Quatrefages, J. Cloquet.)

De l'application des verres à base d'uranium ou de sesquioxyde de fer aux bésicles, pour combattre les affections de l'œil et principalement l'aphakie. — MM. BRACHET et É. GSELL (extrait d'une note). Nous avons pensé, M. É. Gsell et moi, en continuant les travaux que j'avais d'abord entrepris avec M. Wallée, que la substitution des verres d'urane ou de sesquioxyde de fer aux autres substances hyalines monoréfringentes et monodispersives, dans les bésicles, serait susceptible d'une application utile pour empêcher ou atténuer les accidents, toujours très-graves, très-redoutables, qui peuvent provenir d'une trop grande abondance des radiations ultra-violettes. Cette application nous a paru surtout indispensable dans le cas de l'*aphakie absolue*, ou manque total du cristallin, précieux *tutamen* de la membrane sensible, la rétine. Nos premières recherches nous avaient amenés à étudier non-seulement la pureté, l'homogénéité et les propriétés optiques des bésicles à employer pour combattre et atténuer les effets fâcheux de l'action des radiations ultra-violettes, mais encore à formuler les courbures des lentilles indispensables dans les affections diverses de l'aphakie. La note que nous présentons aujourd'hui à l'Académie n'est, il est vrai, qu'une simple annonce d'un travail plus étendu sur les travaux du regrettable Léon Foucault, de M. Jules Regnauld, et du savant physicien de Cambridge M. G.-J. Stokes; nous donnerons ainsi, cependant, non-seulement une exposition complète des remarquables travaux de ces trois physiciens et physiologistes, mais encore les formules rigoureuses des courbures à donner aux diverses bésicles.

Confirmateurs, MM. Wallée, Gsell et moi, des théories développées par Léon Foucault et M. Jules Regnauld, nous ne pensons pas que l'impression des radiations extra-rouges puisse, en aucune manière, exercer sur les diverses parties de l'œil une action moléculaire nuisible à cet organe; car les premiers résultats obtenus par M. Wallée et moi, l'an dernier, avec le sulfate acide de quinine, dans l'arc voltaïque, prouvent, ou du moins tendent à prouver qu'il n'y a d'action fâcheuse sur les diverses parties de l'œil que celle qu'exercent les radiations ultra-violettes. Si les études que nous nous proposons de faire à ce sujet, et de répéter devant l'Académie avec le concours de M. Deleuil, venaient à démentir ce que nous croyions avoir établi, nos premières expériences nous mettraient bientôt à même de faire des recherches sur les substances hyalines les plus propres à remplir un double effet, celui de l'absorption plus ou moins parfaite des radiations extra-rouges et ultra-violettes. — (Commissaires précédemment nommés : MM. Fizeau, Edm. Becquerel, Jamin.)

La séance est levée à 5 heures.

DOCUMENTS

POUR SERVIR A L'HISTOIRE DU MOUVEMENT SCIENTIFIQUE
PENDANT LE SIÉGE DE PARIS (1).

Assistance publique.

Les blessés dans les hôpitaux. — A quoi sert l'habileté d'un chirurgien, si son opéré meurt des suites plus ou moins prochaines de l'opération ? C'est une erreur trop répandue dans le public et même parmi les médecins, que la chirurgie donne constamment des résultats en rapport avec les progrès de la science. Cela ne sera vrai que le jour où les chirurgiens auront le courage de reconnaître et de professer ouvertement que les hôpitaux, dans les grandes villes, fournissent à la statistique de la mortalité des chiffres excessifs.

Opérer habilement, d'une façon opportune et suivant toutes les règles de l'art, ce n'est qu'accomplir la moitié de la tâche; il faut suivre l'opéré jusqu'à la fin, et rien n'est plus contraire au sens commun non moins qu'à la morale que de citer avec éloge une série d'opérations bien faites, à la suite desquelles les malades ont succombé. La responsabilité du chirurgien est double : comme opérateur, il doit savoir la technique de son métier; comme médecin, il doit tout tenter pour amener son malade à guérison. La première partie de ce programme dépend de lui, la seconde est plus complexe. Il lui faut lutter contre le milieu ambiant, contre les conditions que lui fait la société représentée par ses surveillants librement élus ou par une administration imposée. C'est celle-ci à laquelle il faut s'en prendre des résultats douloureux des opérations faites dans nos hôpitaux. Et ce n'est pas seulement l'atmosphère d'un hôpital, c'est quelquefois celle d'une grande ville tout entière comme Paris qu'il faut accuser de ces malheurs. L'attention de nos chirurgiens s'est portée depuis longtemps, mais particulièrement depuis quelques années, sur cette question. Il n'est point de reproches à faire à notre grande école de chirurgie française sous le rapport de la science ni du sens pratique. Malgré nos malheurs, nous sommes encore, sur ce terrain, en tête de la civilisation; presque tous nos chirurgiens ne parviennent à la fonction si grave qu'ils remplissent dans les hôpitaux, qu'après de longues années passées dans la pratique de l'anatomie, après une série d'épreuves et de concours publics qui ne laissent aucune prise à la critique. Leur conscience est non moins couverte par les efforts qu'ils font pour modifier le milieu pernicieux dans lequel ils sont obligés jusqu'ici d'agir.

Comme les femmes en couches succombent en grand nombre à l'infection puerpérale, de même les opérés meurent trop souvent de l'infection traumatique ou chirurgicale. Cette question est à l'étude, mais avec de trop nombreuses et de trop longues intermittences, depuis le XVIIIe siècle. Tout d'abord est apparue la cause principale: l'encombrement. Mais la complexité du sujet est telle que l'on s'est égaré dans une foule de directions partant de ce centre unique. L'encombrement n'existe plus aujourd'hui. Les vastes hôpitaux où les malades étaient tassés et comme condensés, où les pansements étaient rares et insuffisants, ne sont plus à craindre désormais. La guerre a pu encore donner ce spectacle qui est le revers de la gloire; mais la guerre elle-même perd ce triste privilége, et la société soulevée contre cette barbarie vient en aide aux blessés, et impose des conditions nouvelles qui en atténuent l'horreur. D'autre part, ce que l'hygiène banale pouvait faire a été fait : l'air a été mesuré, cubé, et il n'y a plus d'hôpital dont on puisse dire que les malades y manquent d'air.

Poussant plus loin ses exigences, l'hygiène a cherché des moyens de renouveler et de faire circuler rapidement l'air dans les salles d'hôpital; les ventilateurs mécaniques ont été utilisés pour cela ; ailleurs on a vu les chirurgiens tenir largement ouvertes les fenêtres de leurs salles, même par le temps froid. L'air infecté, ennemi supposé, était soumis au plus grand renouvellement possible. Ainsi, ni l'encombrement, ni l'insuffisance de l'air renouvelé, ne peuvent être mis en cause aujourd'hui. Cependant la mortalité est toujours grande; il a fallu chercher la cause locale et prochaine de la mort. L'infection purulente, telle est la maladie protéique qui a d'abord été nommée, et il n'y en a pas d'autre. Les noms ont varié avec les théories; on a discuté sur des mots qui représentaient des explications plus ou moins plausibles; c'était : résorption purulente, fièvre purulente, pyohémie, septicémie, érysipèle, phlegmon, phlé-

(1) Suite. — Voir le dernier numéro.

bite, abcès métastatiques, typhus traumatique ou chirurgical. Il fallait passer par cette période, par ces discussions. Sans doute, la grande cause unique, l'unité, c'est l'hôpital, et cela seul importe en pratique; l'axiome antique a raison : « *Sublata causa tollitur effectus;* » mais le progrès va lentement; il faut épuiser les discours académiques, les leçons des maîtres, les questions de personnes; il faut subir cette loi de l'histoire naturelle de l'homme et attendre patiemment. Enfin la question arrive à maturité; ce n'est pas qu'on ne s'attarde encore aux curiosités de détail, et qu'il n'y ait quelques résistances individuelles. Comment ne se trouverait-il pas quelques personnes parmi nous qui fussent douées des défauts communs à toute collection d'hommes, par exemple l'émulation pour le succès réel ou apparent, la prétention à la « main heureuse », le désir de se faire considérer comme plus habile ou en possession d'une pratique personnelle qui est un secret? Donc l'enquête rencontre des résistances, et la statistique ne se montre pas tout à fait à nu. D'autre part, on s'attarde un peu trop à la théorie zymotique, c'est-à-dire à la recherche des infiniments petits. Il faut aussi admettre que les naïfs, qui sont pourtant chez nous en minorité, croient à quelque spécifique pour guérir cette redoutable infection, en quoi ils sont aidés par la tourbe des marchands d'épiceries médicinales, qui sont à la piste de toutes les erreurs et de toutes les défaillances des thérapeutes.

Ce qui est vrai, ce qui reste vrai au milieu de toutes ces tergiversations, c'est l'x qui tue les opérés et que nous appellerons *infection purulente.* L'habileté du chirurgien, son autorité, ses titres, ses prétentions n'y font rien, et ses pansements n'y font rien non plus si l'hôpital reste tel quel. Ouvrir les fenêtres et ventiler ne suffit pas. Un chirurgien qui pose les questions avec netteté, Verneuil, admet ici trois termes : 1° le *milieu*, 2° le *blessé*, 3° la *blessure*. Pour nous, ces trois termes, peuvent être ramenés à un seul : le *milieu*. En effet, nous supposons que pour les deux autres il y a des remèdes, et nous avons foi dans la science : aussi nous ne nous en inquiétons pas; mais rien n'est fait si le milieu reste. Changez-le. Voilà une conclusion formelle. Qui pourrait s'y opposer? On ne peut pas admettre que la routine, le besoin de quiétisme, la crainte de rompre de longues habitudes et de compliquer ses occupations, puissent être invoqués. Il y a charge d'âmes ici, il y a une fonction sociale où la conscience a autant de part que l'esprit professionnel; il faut donc ajouter aux sacrifices qui nous sont imposés de nouveaux sacrifices. Sur ce point, nul doute que l'accord ne doive être complet. Passons outre. Un moyen a été proposé, un système : ce sont les baraques et les tentes pour les blessés; ce n'est pas là un simple projet, c'est un fait réalisé en plusieurs circonstances à l'état temporaire, et en certains pays à l'état permanent. Les nécessités d'une installation prompte, ou, en d'autres termes, improvisée, ont engendré le traitement des blessés sous la tente en temps de guerre; dès le commencement de ce siècle, on y eut recours dans l'armée anglaise (1812, guerre d'Espagne). Depuis cette époque, dans plusieurs circonstances on eut encore recours à ce mode d'installation, en Algérie, en Crimée. Michel Lévy le recommande dans son *Traité d'hygiène*, après l'expérience de Crimée (1854). La récente guerre d'Amérique (sécession) fournit l'occasion d'utiliser ce moyen et d'en généraliser l'emploi. Enfin, c'est à Berlin (Bethanian et Charité, 1864) que l'on établit définitivement des baraques ou tentes au voisinage des hôpitaux pour loger les blessés. Cet exemple a été suivi depuis par les chirurgiens de plusieurs villes d'Allemagne. En France, M. Léon Le Fort a entrepris une campagne en faveur de ce système, qui est adopté en principe par la plupart de nos chirurgiens. Des essais ont été tentés dans ce sens par l'ancienne administration des hôpitaux, à l'hôpital Cochin, à Saint-Louis, à Lariboisière, à l'hôpital Saint-Antoine, où existent de vastes terrains inoccupés. Les résultats ont été favorables, et il ne s'agit plus que d'étudier le meilleur mode d'installation des tentes ou baraques. Voici les conclusions d'un mémoire fait sur cette question par M. Le Fort : « Le traitement des blessés à l'air libre est préférable au séjour dans les salles ordinaires de nos hôpitaux. On devra donc y avoir recours toutes les fois que le climat ou la saison le permettront. »

En effet, M. Laborie, dans son rapport sur les maladies contractées en 1861 à l'asile de Vincennes s'élevait contre « le déplorable usage de laisser les varioleux dans les salles communes. Une maladie aussi redoutable, aussi transmissible, devrait être mise en quarantaine, et nous sommes toujours péniblement affecté en voyant parmi les convalescents varioleux qui nous arrivent souvent défigurés, quelquefois infirmes, des malades qui étaient entrés dans un hôpital pour y être traités d'une autre affection. C'est pendant le cours de ce traitement que, placés en contact avec des varioleux, ils ont eux-mêmes contracté la variole. »

M. Vidal croyait pouvoir évaluer le nombre des cas de variole contractés à l'hôpital même, à la moitié du chiffre total de tous les cas de variole signalés dans les statistiques hospitalières. En relevant les chiffres fournis par les asiles de Vincennes et du Vésinet pour les années 1861, 1862 et 1863, on trouvait que 250 individus envoyés comme convalescents de diverses affections médicales ou chirurgicales avaient été pris de variole dans les premiers temps de leur séjour à l'asile. Le chiffre total approximatif des individus qui contractaient à cette époque la variole dans les hôpitaux parut être à la commission de 821 par an. Aussi la commission jugea-t-elle qu'il était urgent de provoquer une mesure radicale ayant pour but de séparer les varioleux des autres malades dans les hôpitaux. Jusque-là, chose monstrueuse! ils restaient confondus pêle-mêle dans nos salles avec tous les autres malades, quoique tout le monde reconnût le danger d'un semblable état de choses. Il n'en aurait pas été ainsi sans doute si l'administration ne s'était réservé le droit exclusif de diriger à son gré le service des hôpitaux, s'il avait existé un comité permanent d'hygiène composé de gens compétents et responsables.

Ce mépris de la vie des pauvres malades a trop longtemps duré; que la responsabilité en retombe sur l'indigne système qui a comprimé nos aspirations légitimes et étouffé les voix indépendantes. Espérons que l'avenir, un avenir prochain, fera droit à de si justes réclamations. Un moment on put croire que la publicité donnée à ces faits douloureux entraînerait une réforme prompte et radicale; une pétition adressée au Sénat par les malades de l'hôpital Saint-Louis, et dont le savant M. Élie de Beaumont avait été le rapporteur (1864), exposait ces griefs légitimes. Cette pétition entraîna le directeur de l'assistance publique à publier une note sur la question de savoir s'il convenait de créer un hôpital spécial pour les varioleux ou de placer ces malades dans des salles particulières. Déjà, au XVIII[e] siècle, en Angleterre, les varioleux étaient séparés des autres malades, et le Small pox hospital, situé hors de Londres, fonctionnait au temps de Jenner. Comment pouvait-on poser en 1864 une question résolue depuis quatre-vingts ans? Il y avait du reste, à ce moment, sept ans que l'Académie de médecine avait fait à ce sujet une enquête (1857) dont les conclusions avaient été adressées au préfet de la Seine. L'administration avait reconnu que la vaccination et la revaccination de tous les malades indistinctement, dès leur entrée à l'hôpital, était, ainsi que l'avait déclaré l'Académie de médecine, la mesure la plus efficace contre la propagation de la variole. Cette mesure ne fut pas exécutée sérieusement. « Il est probable, dit M. Vidal, que les mesures arrêtées furent plus difficiles à réaliser qu'on ne l'avait cru au premier abord. Peut-être les premiers essais ne furent-ils pas suffisamment encourageants, peut-être la difficulté d'avoir tous les jours du vaccin dans tous les hôpitaux, peut-être encore la résistance des malades, refroidirent-ils le zèle des médecins; toujours est-il que les vaccinations d'adultes, qui en 1855, deux ans avant la mesure administrative, étaient de 1371, tombèrent à 852 dans cette même année 1857, et descendirent l'année suivante à 348, suivant une décroissance rapide. » D'ailleurs, la revaccination perd de ses chances de succès lorsqu'on l'applique à des gens atteints de maladies aiguës fébriles, ainsi que l'a démontré dans sa thèse le docteur Félix Courot (1855). Cependant la commission, tout en convenant que ce moyen ne suffisait pas, le trouvait très-utile et en recommandait l'usage. Elle espérait que le concours empressé de l'administration permettrait d'assurer un service régulier de la vaccine, en fournissant *chaque jour à tous les hôpitaux* du *cowpox* ou du vaccin de première qualité. Elle faisait des vœux pour que toutes les personnes appartenant aux administrations publiques, à l'armée, aux écoles, aux colléges, fussent soumises tous les dix ans à une revaccination obligatoire.

La séparation des malades varioleux était précisément le point par où l'administration se sentait le plus attaquable. Dans son étude sur les hôpitaux (1862), M. Husson déclarait que dans tous les hôpitaux existaient un grand nombre de chambres séparées qui devaient être utilisées pour l'isolement des malades atteints d'affections contagieuses et dont on ne savait pas suffisamment faire usage. Ce moyen de défense avait quelque chance d'être accueilli et de faire reculer l'échéance de cette réforme totale qui était demandée à juste titre. Il ne fut pas difficile de démontrer que ces prétendues chambres d'isolement n'étaient pas isolantes, qu'elles confinaient aux salles des autres malades, qu'elles y ouvraient par une porte toujours battante, qu'elles étaient desservies par le même personnel; qu'enfin, dans la plupart des services, il n'en existait même pas. La commission dut examiner les différents modes d'isolement des varioleux dans les hôpitaux; ces modes étaient au nombre de trois :

1° Un hôpital spécial;

2° Un bâtiment isolé dans chaque hôpital;

3° Des salles ou chambres séparées des autres parties de l'hôpital.

On rappela d'abord qu'un arrêté du conseil général des hospices, en date du 22 février 1815, ordonnait de diriger tous les malades atteints de variole sur un même hôpital : « Les malades attaqués de la petite vérole ne pourront être admis à l'avenir qu'à l'hôpital de la Pitié, et placés dans un quartier séparé. » Cette accumulation des varioleux sur un même point ne donna pas de mauvais résultats; cependant on y renonça sans que les motifs de cette mesure nous soient parvenus. A Londres, où l'expérience date de 1746, le Small pox hospital a donné de très-bons résultats; il a été constaté seulement qu'il devenait insuffisant en temps d'épidémie, et que l'énorme extension de la ville a rendu impossible le transport de tous les varioleux sur ce point très-éloigné de quelques quartiers. En tout cas, le règlement des hôpitaux ordinaires interdit absolument qu'on y admette des varioleux.

L'isolement dans un pavillon séparé pour chaque hôpital est pratiqué depuis longtemps dans l'Europe du Nord, en Danemark, en Allemagne, en Suisse, et même en Russie. Généralement, les maisons de variole forment un pavillon isolé dans un grand hôpital, et se composent de chambres de quatre à six lits. MM. Jaccoud et Le Fort ont donné des renseignements précis sur le mode d'isolement des varioleux dans les hôpitaux d'Allemagne. Dans nos hôpitaux de l'armée et de la marine, les règlements en vigueur ne permettent pas que les varioleux soient mêlés aux autres malades, et les moyens d'isolement employés sont généralement efficaces. A l'asile du Vésinet et à celui de Vincennes, l'isolement a lieu également. Le danger de la concentration des varioleux sur un même point est démontré nul.

Les conclusions du rapport de la commission des hôpitaux sont ainsi conçues :

1° Il est urgent d'isoler les malades atteints d'affection varioleuse.

2° Les bons résultats de l'isolement par les méthodes mises en usage dans les asiles de convalescence de Vincennes et du Vésinet, dans les hôpitaux de l'armée et de la marine, et dans les établissements hospitaliers d'Allemagne, de Danemark, de Russie et de Suisse, etc., démontrent la possibilité d'éviter les dangers dont la crainte a fait ajourner jusqu'ici une mesure salutaire.

3° La création d'un hôpital spécial n'est pas nécessaire et pourrait avoir des inconvénients.

4° La construction dans chaque hôpital d'un pavillon isolé, avec service particulier et indépendant, composé de chambres de deux à quatre lits pour la variole, et de quatre à six lits pour la varioloïde, avec une ventilation de 120 à 150 mètres cubes par heure et par malade, permettrait de séparer, aussi complétement que possible, les varioleux et de les traiter dans des conditions favorables à leur guérison.

5° Dans les hôpitaux dont les dispositions actuelles ne permettraient pas la construction d'un pavillon isolé, il est nécessaire et il serait possible de séparer les varioleux des autres malades, en les réunissant dans des chambres de deux à quatre lits pour la variole, chambres groupées dans un quartier indépendant des autres services.

6° Il serait avantageux, dans le pavillon ou dans le quartie[r]
varioleux, de réserver des chambres d'alternance.

Les membres de la commission :

H. Roger, *président;* Guérard, Léger, Lai[...]
Jaccoud, E. Vidal, *rapporteur.*

Six années ont passé depuis la publication de ce rapport [...]
vœux de la commission n'ont pas été entièrement exaucés
deux mesures nécessaires, la première seule prévalut, la vac[...]
tion dans les hôpitaux; c'était la moins coûteuse, la plus ra[...]
ment applicable, mais ce n'était pas la plus efficace. La dire[...]
de l'assistance publique s'est appliquée à donner au service
vaccinations une extension considérable. Des médecins spéciau[x]
été chargés de ce service, et il n'a pas dépendu d'eux que leu[r in-]
tervention ne fût efficace. En 1867, sur 3163 enfants vaccinés p[...]
cowpox, un succès complet a été constaté 2614 fois. Les revac[...]
tions avaient été, sur les adultes, de 1826 et avaient réuss[i]
24,55 pour 100. Du 1[er] octobre 1867 au 30 avril 1867, 6183 in[...]
lations de cowpox ont eu lieu, et les résultats ont été à peu pr[ès]
qu'ils avaient été en 1867. L'impossibilité de fournir une qua[...]
de vaccin suffisante en le prenant de bras à bras fit adopter le [...]
tème de la vaccination animale par l'inoculation faite sur des [...]
nisses, pratique qui, entretenue à Naples depuis de nombreuses [...]
nées, fut rapportée en France par le docteur Lanoix. Malgré l'a[...]
vité déployée, ce service, inauguré dans les hôpitaux, a été in[...]
fisant; non-seulement les revaccinations sur les adultes ont été [...]
finiment rares, comparées au chiffre total des malades, mais les [...]
fants nouveau-nés mêmes n'ont été vaccinés qu'en partie. D[...]
leurs des difficultés diverses vinrent entraver l'exécution de ce [...]
jet. La question de la qualité du vaccin et du mode de vaccina[...]
est à l'étude. Les remarquables discours de M. Depaul à l'Aca[...]
mie de médecine (1869) permettent d'apprécier cette question d[...]
son ensemble. En tout cas, l'épidémie de variole s'étend; le m[...]
loin d'être arrêté, prend un développement inattendu, exces[...]
depuis un an, plus de 50,000 personnes à Paris ont été atteintes [...]
variole, et 10,000 environ ont succombé. Est-ce là le prix de [...]
de débats, de tant de discours, de ces enquêtes se succédant p[en-]
dant tant d'années? La répression a été insuffisante, stérile; il [...]
recourir à des moyens décidément efficaces. A la date du 27 [...]
1870, des documents authentiques permettent de constater l'[...]
sence de ces mesures indispensables tant de fois et vainement [...]
clamées. A la Société des hôpitaux, il était, le 27 mai, donné l[ec-]
ture d'une lettre de M. Guyot, médecin de l'hôpital Saint-Antoi[ne,]
par laquelle notre collègue signalait la négligence des mesures [...]
mandées par le rapport de M. Vidal, le défaut d'isolement, les m[au-]
vaises conditions dans lesquelles s'effectue le transport des malad[...]
leur départ prématuré de l'hôpital, qu'entraîne la pénurie des l[...]
l'absence de bon vaccin, comme contribuant pour une large par[t à]
perpétuer l'épidémie de variole actuelle. M. Guyot proposait que [...]
médecins des hôpitaux priassent leur délégué, M. Moissenet, [...]
porter devant le conseil de surveillance les questions relatives
l'isolement des malades atteints d'affections varioleuses, et au tra[ns-]
port de ces malades à l'hôpital et de l'hôpital aux asiles du Vési[net]
et de Vincennes. « Je ne demande pas, disait M. Guyot, un isoleme[nt]
immédiat dans les pavillons spéciaux, quoique, à mon sens, on [...]
dû et l'on eût pu le faire; mais, au moins, qu'on évite cette p[...]
promiscuité dangereuse des varioleux avec les autres malades da[ns]
les salles communes, dans les salles d'attentes pour les consul[ta-]
tions; qu'on prenne des mesures pour ne plus les transporter da[ns]
des fiacres, dans des omnibus, dans des waggons destinés à tout [...]
monde. »

Il fut fait droit dans une certaine mesure à une partie de [...]
demandes, et M. Moissenet annonçait, le 11 juin, que depuis [...]
29 avril les convalescents varioleux étaient transportés aux asi[les]
de convalescence dans des voitures spéciales. D'ailleurs, la recr[u-]
descence inattendue de l'épidémie avait obligé l'administrati[on]
d'ouvrir des services spéciaux aux varioleux, et, à moins d'un e[n-]
combrement subit, ils y devaient tous être transportés. Quoi qu['il]
en soit, ces demi-mesures, ces concessions arrachées une à une, p[é-]
niblement, lentement, ne sauraient être considérées comme la ré[a-]
lisation sincère d'un plan qui aurait dû être immédiatement accep[té]
et exécuté. Nous adjurons ceux qui ont mission de veiller à [...]
santé publique de prendre en main des intérêts si précieux et [...]
pourvoir à des nécessités si urgentes. Vacciner, revacciner en to[ut]
temps, par toute la France, séquestrer les varioleux, empêcher [...]
contagion, tel est leur devoir. — On nous permettra de citer [...]
court paragraphe que nous avons consacré à la variole dans le *No[u-]*
veau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques (1870) : « [...]
variole étant éminemment et exclusivement contagieuse et inoc[u-]
lable, on peut dire que toute discussion doit cesser sur ses origin[es]
et sur sa nature; il ne peut être question que d'en arrêter les pr[o-]
grès et d'en détruire les germes, si cela est possible. Rappeler [...]
épidémies observées en Asie avant les temps modernes, la marc[he]
de la maladie introduite à la suite des Arabes dans la péninsu[le]
Ibérique, et de là se répandant sur l'ancien et le nouveau mond[e,]
noter les millions d'hommes qui ont disparu par le fait de ces ép[i-]
démies, ce n'est que curiosité historique. Ce qu'il nous importe d[e]
savoir, c'est que la médecine tient un moyen certain, d'une effica[...]
cité absolue, pour détruire le virus varioleux, et que ce moyen, [...]
vaccine, doit être imposé aux populations. Les sociétés ont le dro[it]
de se protéger, et tout individu non vacciné étant, à l'occasion, u[n]
danger pour le reste de la société, doit subir une atteinte à sa li[-]
berté (si tant est que la liberté du mal et de la maladie soit admise[)]
et être soumis d'office à la vaccination et à la revaccination pério[-]
dique. Les peuples éclairés, notamment les Anglais et les Allemands
ont compris toute l'importance de cette pratique. Dans l'Allemagn[e]
du Nord, elle est obligatoire. Quant au mode de propagation de l[a]
variole, à son mode épidémique, aux moyens d'en modérer la dif[-]
fusion, tout a été dit, tout est connu, et si les mesures que le simpl[e]
bons sens et l'amour de l'humanité commandent ne sont pas adop[-]
tées, ainsi que nous le voyons en ce moment (1870) en France, la
faute en est à nos mœurs publiques, au défaut de prédominance
des idées scientifiques, et à une organisation sociale qui réside
dans l'omnipotence et l'irresponsabilité d'une administration incom[-]
pétente. En trois mots, on peut définir la variole et sa curation [:]
contagion, isolement, vaccination. »

La teigne. — Parmi les maladies contagieuses qui se propagent facilement, dans une population dense comme l'est celle de Paris, la teigne est une des plus répandues. En 1837, on vit apparaître à Paris une maladie nouvelle, l'*herpes tonsurans*, qui ne présentait alors que quelques exemplaires. Elle s'est depuis développée dans de grandes proportions sans que les moyens que lui ont opposés, soit les comités d'hygiène, soit les hôpitaux, en aient le moins du monde modéré les progrès. Le végétal parasite (Tricophyton) se transmet, se sème, envahit les écoles, les pensionnats, gagne les familles, et peu à peu l'on voit des milliers de teigneux dont un grand nombre méconnaissent même la maladie qui attaque leurs cheveux ou leur barbe. Le traitement de cette maladie est extrêmement difficile et fort long; le mal va croissant, et l'on ne voit pas que la médecine publique fasse de sérieux efforts pour avertir le peuple de ce danger, ni pour l'en préserver. Il est difficile d'évaluer, même approximativement, le nombre de teigneux de cette espèce à Paris, mais il en existe certainement plusieurs milliers. Je fus un jour prié d'examiner des garçons dans une école tenue par des frères dans un des faubourgs de Paris, et j'y trouvai quatre-vingt-dix élèves atteints de la teigne tondante. L'hôpital Saint-Louis a consacré un service externe au traitement de cette maladie; aux hôpitaux de la rue de Sèvres et de la rue de Charenton (enfants), il y a à la fois service externe et service interne; mais cette assistance est tout à fait insuffisante. D'ailleurs il est dangereux, pour les enfants teigneux, d'être traités dans un hôpital général, au milieu d'un foyer permanent de contagion, là où règne la variole, la scarlatine, la rougeole, la coqueluche et le croup. Chaque quartier devrait avoir son comité d'hygiène, disposant de locaux et de moyens matériels qui permettraient de traiter cette maladie et d'autres de nature analogue. Il faut décentraliser l'assistance publique et multiplier les comités d'hygiène.

Les enfants nouveau-nés. — La population en France est loin de suivre le même accroissement que dans d'autres pays d'Europe. Cette infériorité numérique est-elle un signe de décadence? Il y a des raisons de le penser. En tout cas, notre race, au lieu de devenir envahissante, d'émigrer, de faire souche en divers pays, comme la race anglo-saxonne, reste stationnaire, demeure aux lieux de son origine et perd de son activité. Parmi les causes de ce défaut d'accroissement il convient de signaler la mortalité trop considérable des enfants nouveau-nés. La négligence, l'alimentation insuffisante, l'habitude de confier l'enfant à des mains étrangères et de l'envoyer, sans garanties sérieuses, hors des villes, sont les causes de sa destruction. L'assistance publique supporte dans ces questions une part considérable de responsabilité.

Depuis quelques années, les médecins ont abordé ce sujet douloureux, et, sans écouter les voix qui les invitaient à abandonner le terrain social et à se renfermer dans l'étude des objets les plus prochains de leur art, ils ont courageusement ouvert l'enquête et mis à nu ces misères. Le public n'a pas connu ces efforts, et la torpeur d'une société indifférente à ses plus chers intérêts et à ses devoirs les plus sacrés n'a point été dissipée par ces tristes révélations. En vain objectera-t-on que le mal est général dans le monde, que la France n'a pas le triste privilége de cette indifférence; il n'en faut pas moins s'avouer que notre société est coupable vis-à-vis d'elle-même, et tenter de l'arracher à cette habitude de laisser-faire et de lâche irresponsabilité. Nous donnons ici un aperçu de cette vaste question, dont les éléments sont empruntés aux discussions publiques soutenues devant l'Académie de médecine en 1866 et en 1869.

M. Monot adressait en 1866 à l'Académie un mémoire dans lequel il signalait l'influence fâcheuse de l'émigration des nourrices vers Paris, au triple point de vue de l'agriculture, de la morale et de la mortalité des nourrissons. M. Monot demandait la suppression des nourrices filles-mères, la nécessité de la présence d'une vache au moins chez la femme qui veut être nourrice, une surveillance médicale plus exacte.

M. le docteur Brochard osait faire les plus tristes révélations sur le trafic des nourrissons dans les départements, et signalait aux médecins et à l'administration les manœuvres coupables des agents de placement et des nourrices mercenaires. Ce scandale demandait une enquête sévère.

L'administration saisit l'Académie de cette question qui, à plusieurs reprises et à de longs intervalles, avait été l'objet de règlements et d'ordonnances.

M. Brochard, dans sa brochure sur la mortalité des enfants nouveau nés dans les départements, s'exprime ainsi : « J'ai, pendant dix-huit ans, observé un fait qui m'a toujours frappé, et que, dans l'intérêt de la morale, je crois utile de publier. Dans certaines communes pauvres, toujours éloignées du chef-lieu de l'arrondissement, on voit des femmes et des filles qui ont, dans toute la contrée, la réputation bien méritée d'être de très-mauvaises nourrices. Chez elles, les nourrissons ne font que paraître et disparaître.

« Et bien! ces femmes ont toujours des nourrissons; ces nourrissons sont presque toujours des enfants de filles, et ces nourrices ont toujours parfaitement et régulièrement payées. Un tel fait, se reproduisant d'une manière identique sur divers points d'un arrondissement, ne saurait être l'effet du hasard; il est entièrement le résultat d'un calcul. Il est évident, pour le médecin, que ces femmes chez lesquelles les enfants meurent si facilement, sont connues, recherchées de certaines maisons de la capitale, et que leurs services même y sont très-appréciés. »

Sans doute le vice, les fautes, la séduction ont une grande part dans la mortalité des enfants, car ce sont les enfants illégitimes surtout qui périssent. L'immoralité des mères, leur pauvreté, l'abandon où les laisse l'auteur de leur malheur, sont des raisons qui apparaissent tout d'abord; les statistiques sont affirmatives sur ce point. La question des filles-mères ne sera point traitée ici, nous citerons seulement quelques passages empruntés à de nombreux écrits publiés sur ce sujet pénible. Mais il n'y a pas que le vice ou les fautes qui puissent être invoqués ici; la misère seule suffit à expliquer la grande mortalité des enfants, alors même qu'ils proviennent d'unions légitimes.

Ces misères, surexcitant au plus haut degré la pitié d'une part, et de l'autre l'indignation ont inspiré quelques satires virulentes de nos mœurs. M. Paul Lacombe, dans un livre intitulé *le Mariage libre*, n'a pas craint d'écrire les lignes suivantes : « Il se peut d'abord que la mère tue l'enfant aussitôt né. Ce genre de dénoûment, atroce dans l'action, humain dans ses conséquences, je ne puis m'empêcher de le dire, tend à prévaloir sur les autres. Plus nous allons, plus la fille-mère devient sensible à la honte que l'opinion publique attache à son état, et plus elle tue l'enfant pour s'y soustraire. A l'heure qu'il est, quand les statisticiens font leur compte, au bout de l'an, c'est par milliers qu'ils recensent les enfants naturels qui ont été jetés sur les chemins, dans les caves, dans les égouts, dans les fosses d'aisance comme de petits chiens, ou coupés par morceaux pour les cacher plus sûrement, ou enterrés après avoir été étouffés à peine, ou brûlés, vaporisés dans des cheminées, des poêles, des fours. Cela est horrible, n'est-ce pas? Mais il faut le dire, ces filles sont folles, folles de la peur du mépris public, quand elles ne le sont pas pour vingt autres causes, solitude, dénûment, jalousie, indignation, etc., sans compter les troubles physiologiques qui accompagnent si souvent l'accouchement.

« Figurez-vous une enfant de dix-huit ans; n'est-ce pas un véritable enfant que cet être superstitieux, craintif, sans caractère, qui ne sait rien, qui n'a que des appréhensions, des pressentiments et pas une notion réelle? Figurez-vous, dis-je, cette enfant, au moment où elle voit qu'elle va devenir la cible du mépris et des colères universels. Parents, amis, voisins et passants mêmes, tous, les connus et les inconnus, vont se déclarer contre elle. Elle jette les yeux autour d'elle; tout lui est ennemi. Elle se voit comme dans une foule immense dont les visages insultants font cercle et dont les regards se concentrent sur sa tête. Jamais aucun homme ne s'est trouvé dans une situation absolument semblable. De là naît la folie barbare des infanticides. Autre dénoûment : la mère pardonne à son enfant; elle accepte la honte et la misère.

« Troisième dénoûment, de beaucoup le plus fréquent, au moins aujourd'hui, et qu'on pourrait considérer comme la loi dont les autres dénoûments seraient l'exception : l'enfant est exposé, abandonné quelque part, où il est probable qu'on le recueillera. Voilà donc l'enfant à l'hospice... on le met en nourrice à la campagne... Les trois quarts meurent... Au reste, ce sont là les heureux de la tribu...

« Je connais excessivement peu de bonnes nourrices, écrit le docteur Galopin (thèse de Pironon, 1868). J'en connais beaucoup de très-mauvaises. Il en est qui font de cela métier depuis dix, douze ou quinze ans, qui ont toujours des nourrissons et qui, je crois n'en ont jamais rendu aux parents; ce qui m'a fait dire bien souvent que je trouvais très-bêtes les filles de Paris qui donnent tête baissée dans le code pénal en tuant leurs enfants, quand elles pourraient éviter le piége que leur tend la loi en les mettant en nourrice à Montigny ou dans certaines maisons de la commune d'Illiers (Eure-et-Loir). »

Le docteur Brochard cite, entre autres, le fait d'une fille-mère qui avait placé ses deux jumeaux chez une fille-mère comme elle et connue pour sa mauvaise conduite. La nourrice n'avait point de lait, et les nourrissons étaient dans l'état le plus pitoyable. M. Brochard s'était cru obligé d'avertir le commissaire de police, et celui-ci d'informer la mère. Celle-ci trouva ses deux jumeaux bien soignés et dit qu'on s'était mêlé d'une chose qui ne regardait personne.

APERÇU HISTORIQUE DE LA QUESTION DES NOURRICES

Le premier règlement sur ce sujet remonte au roi Jean (1350); il indique les devoirs des nourrices et des meneuses ou recommanderesses. Un arrêt de 1611 (Louis XIII), un autre de 1715 (Louis XIV), confirment et perfectionnent les règlements antérieurs. Nouveaux arrêts en 1727, 1740, 1747, 1749, 1753, réglant les formalités à remplir et les garanties exigibles. En 1757, une sentence prononçait des peines graves contre les nourrices qui, étant enceintes, prenaient des nourrissons. En 1762, il fut déclaré qu'une nourrice ne pourrait allaiter plus de deux ans. En 1769, une grande réforme fut opérée; il fut fondé un *bureau central* unique pour les nourrices, à Paris, avec vingt préposés chargés du recouvrement du mois de nourrice. En 1805, ce service est rétabli et réorganisé. En 1821, une enquête générale fut ordonnée par suite des plaintes du public. On nomme des médecins inspecteurs dans les provinces. En 1828 parut une ordonnance de police contre les abus des bureaux de nourrices. En 1833, nouvelle ordonnance, et organisation du service médical. Enfin, les abus sont devenus si criants à notre époque, qu'ils ont atteint les proportions du scandale et de la honte. Les médecins n'ont pas failli à leur devoir, qui est d'éclairer la société sur ces questions qui mettent son honneur et ses intérêts les plus chers en péril.

M. Boudet, le 25 septembre 1866, faisait entendre, devant l'Académie de médecine, ces généreuses paroles :

« Lorsque, dans une de nos dernières séances, j'ai cru devoir insister pour que l'Académie reconnût qu'elle était saisie par le ministre de l'instruction publique de la question de la mortalité des nourrissons, je n'avais pas seulement en vue ce sujet si digne de la haute intervention de notre compagnie; j'attachais la plus haute importance à voir l'Académie entrer résolûment, à cette occasion, dans le rôle qui doit lui appartenir lorsqu'il s'agit des grandes applications de l'hygiène à la conservation et à l'amélioration de l'espèce humaine.... Tandis qu'on prodigue des primes d'encouragement pour l'amélioration des races de nos animaux domestiques, tandis que de bonnes âmes recueillent avec ardeur des souscriptions pour les petits Chinois, n'est-il pas déplorable de voir le triste sort réservé aux enfants du peuple le plus civilisé de l'univers, et l'aveuglement avec lequel des cœurs généreux s'intéressent à des misères lointaines, au lieu de songer à ces misères si présentes et si grandes, qu'on se refuserait à y croire si les preuves n'étaient pas surabondantes! »

Le 23 octobre 1866, M. Husson, directeur de l'assistance publique, donnait connaissance à l'Académie de médecine des statistiques suivantes : La moyenne des naissances par année, à Paris, est de 53,335; sur ce nombre, 18,000 enfants environ sont confiés à des nourrices de la campagne. Ils se répartissent, pour 1865, de la manière suivante :

Enfants placés par des bureaux ou par des personnes intermédiaires	9,042
Enfants placés par la direction des nourrices	1,974
Enfants assistés envoyés en nourrice	3,942
Enfants placés directement par les familles	3,000
Total	17,958

De 1839 à 1858, la mortalité moyenne des nourrissons de un jour à un an placés et surveillés par la direction des nourrices a été de 29,71 pour 100; de 1859 à 1864, de 33,93 pour 100. Pour les enfants assistés, la proportion a été plus grande : de 1839 à 1858, la mortalité de ceux-ci a été de 55,88 pour 100. Elle est descendue à 39,26 pour 100 en 1864. La mortalité des enfants assistés de quelques autres départements est effrayante; voici, à ce sujet, quelques chiffres fournis en 1862 par le ministre de l'intérieur :

Mortalité des enfants assistés, de un jour à un an.

Loire-Inférieure	90,50	pour 100
Seine-Inférieure	87,36	—
Eure	78,12	—
Calvados	70,09	—
Aube	70,27	—
Seine-et-Oise	69,23	—
Côte-d'Or	66,46	—
Indre-et-Loire	62,12	—
Manche	58,66	—

M. Husson attribuait l'excessive mortalité des nouveau-nés et la dépopulation qui s'ensuit en Normandie, à l'usage où l'on y est de ne pas allaiter les enfants au sein, mais de les nourrir au petit pot. Il se plaignait de la diminution de la clientèle du bureau central des nourrices, qu'il expliquait par l'odieux commerce des bureaux particuliers. M. Husson était d'avis que l'Académie se bornât à exposer ses vues sur la question technique de l'hygiène, sans empiéter sur le domaine de l'administration, à laquelle, pensait-il, il fallait s'en rapporter pour le soin des mesures à prendre. Heureusement le renvoi à l'administration n'eut pas lieu, et l'enquête de l'Académie se poursuivit pendant de nombreuses séances.

M Boudet réclama en effet, pour l'Académie, le droit de diriger une œuvre régénératrice qui lui appartenait au nom de la science. « L'enquête administrative, dit-il, ne peut embrasser qu'une des faces de la question; l'Académie doit faire son enquête; elle a une compétence supérieure et incontestable; qu'elle n'hésite pas à l'affirmer. Instituons une commission permanente pour l'hygiène de l'enfance. Que l'Académie de médecine s'empare avec assurance du rôle qui doit lui appartenir dans notre société française, à côté des sciences sociales; qu'elle proclame l'hygiène publique; qu'elle montre que c'est de l'hygiène que dépendent la force et la santé des populations; que c'est une science qu'il n'est permis à personne d'ignorer; qu'elle la professe, l'encourage et l'agrandisse... » M. Broca partageait l'opinion de M. Boudet (séance du 8 juin 1867) : « S'il appartient à l'autorité de faire et d'édicter un règlement sur cette matière, c'est à la science, c'est à l'Académie qui en est l'interprète le plus élevé, à en préparer les bases. »

M. J. Guérin, recherchant les causes de la mortalité des naissances, insistait sur deux points : 1° ce n'est pas à l'alimentation artificielle, à l'allaitement par le biberon, c'est à l'alimentation prématurée qu'il faut attribuer la mortalité; 2° il y a un autre ordre de faits signalé avec véhémence par M. le docteur Brochard, c'est l'agonie lente de ces pauvres enfants abandonnés à des nourrices dépourvues de sens moral et qui les laissent simplement *mourir d'inanition.*

Nous passerons rapidement en revue quelques-unes des solutions proposées pour cette grave question.

Solution proposée par le rédacteur des Archives générales de médecine, 1866, *numéro de novembre*, p. 602.

« La question telle qu'on doit la poser se réduit pour nous à deux points, hors desquels rien n'est pratique : surveillance efficace des nourrices, rémunération suffisante et à peu près assurée. Garantir aux nourrices, au nom de l'humanité, les mois de nourriture, serait injuste et immoral; injuste, en ce que l'on mettrait à la charge du public ce qui doit être supporté par les individus; immoral, parce que, cessant de regarder comme une simple intervention bienveillante ce qui deviendrait, à leurs yeux, un droit absolu, les parents ne feraient plus aucun effort pour remplir leurs devoirs, et prolongeraient, autant qu'ils le pourraient, la durée de la nourriture, d'où résulterait un affaiblissement du lien qui doit rattacher l'enfant au père et à la mère. Fondez, si vous le voulez, une grande société de secours; nommez-la, si cela vous convient, *Société pour la protection de l'enfance;* l'important, c'est qu'elle vienne au secours des familles avec intelligence et dans de sages limites. Lorsque les familles sont solvables, la loi arme la nourrice d'un pouvoir suffisant; son titre est le livret qu'elle tient du bureau et sur lequel sont inscrites les conditions du contrat entre les parents et elle; mais on se trouve souvent en présence de grandes misères; d'autres fois, les mères sont mortes ou ont disparu. C'est alors que devrait intervenir la société de secours, pour empêcher que la nourrice, privée de son salaire, ne mette son nourrisson à la charge de l'assistance publique. Ces abandons sont devenus très-fréquents.

« La solution de la question, la voilà. Il serait inutile d'entrer dans de plus longs détails; il nous suffit d'avoir indiqué le remède au mal qui ronge de ce côté la société; à d'autres le soin de l'appliquer. »

Nous reproduisons ce passage à titre de document, tout en trouvant que le remède proposé est insuffisant...

Rapport de M. Blot (27 avril 1869) fait au nom de la commission académique.

1° Projet de règlement. — Précautions administratives pour assurer l'identité de la nourrice; inscription de ses qualités sur un registre. Nécessité pour la nourrice de n'allaiter qu'un seul enfant, elle devra donc cesser d'allaiter le sien quand elle prendra un nourrisson. Défense faite à tout industriel ou intermédiaire de négocier le placement des enfants. Défense d'emmener les enfants sans que les nourrices les accompagnent. Police des bureaux de nourrice. Les maires, commissaires de police, inspecteurs en service des nourrices, devront veiller à l'exécution du règlement. — Ce règlement était accompagné d'un projet d'instruction sur l'hygiène des nouveau-nés, œuvre purement théorique et dont l'application était invraisemblable, vu l'état des mœurs publiques.

M. Devilliers, trouvant le rapport de la commission incomplet, en propose un autre en cinquante-sept articles, où tout a été prévu. C'est la réglementation idéale. Nous analysons ce document : Il se-

rait institué, au ministère de l'intérieur, une direction générale, un service central duquel relèverait tout ce qui concerne les intérêts de la première enfance. Tout un ordre de fonctionnaires provinciaux en dépendrait, parmi lesquels les médecins spéciaux chargés de veiller sur les enfants et de prendre toutes les mesures utiles à leur conservation. Des garanties nombreuses seraient exigées des nourrices, qui recevraient des récompenses publiques ou subiraient une retenue sur leurs salaires suivant les cas. Celles-ci seraient en outre passibles des tribunaux. Par contre, des poursuites et un affichage public seraient ordonnés contre les parents qui auraient cessé de payer la nourrice et auraient fait perdre leurs propres traces.

Cette disette de nourrices pour les enfants pauvres a suscité des inventions chimiques, inspirées au début par les plus purs sentiments et qui ont viré trop vite au mercantilisme. Le lait Liebig a été préconisé par des chimistes purs, et est entré dans le domaine commercial avant même que la sanction expérimentale lui fût venue. Cette préparation, qui n'a du lait que le nom, peut rendre des services dans des cas particuliers et exceptionnels ; mais le lait de vache, de chèvre, d'ânesse, ne fait point défaut et vaut mieux que cette composition artificielle qui est déjà elle-même sophistiquée sur une large échelle. D'autres essais très-nombreux ont été tentés dans le même sens, notamment par le docteur Coudereau, qui a entrepris une série de recherches sur la possibilité de trouver un aliment composé susceptible de remplacer le lait. M. Bouchardat a fait sur ce même sujet de nombreuses et savantes communications au public médical. La question n'est pas résolue, il ne paraît pas même qu'elle doive l'être prochainement. A défaut de lait d'une nourrice, le lait de vache est le meilleur aliment pour les enfants, que nous connaissions jusqu'ici.

Moyen proposé pour contrôler le service des nourrices. — Pesée des enfants.

MM. Odier et Blache, dans une note sur les causes de la mortalité des nouveau-nés et sur les moyens d'y remédier, proposaient de recourir à un moyen de contrôle employé par Natalis-Guillot, puis préconisé par M. Bouchaud et par M. Hervieux, moyen du reste usité à la Maternité et dans divers services d'accouchements des hôpitaux : la *pesée* des enfants. Voici les conclusions de ce mémoire : « 1° Lorsqu'un enfant sera confié à une nourrice, il sera pesé et son poids inscrit sur son bulletin ; 2° lorsque la nourrice arrivera dans sa commune, elle remettra à l'employé de l'autorité son bulletin, qui sera transcrit sur un registre spécial ; 3° toutes les semaines, un médecin inspecteur se rendra auprès de l'autorité, et les nourrices devront toutes présenter leur enfant, qui sera pesé, et dont le poids sera mentionné de nouveau sur le registre susdit. S'il y a diminution, le médecin s'enquerra de la cause, et jugera si c'est à une maladie, à un défaut de soins ou à un vice d'alimentation qu'on doit l'attribuer. Or l'expérience a prouvé que c'est, dans la majorité des cas, au vice d'alimentation qu'il faut attribuer la déperdition de poids observée chez les enfants. »

Cette méthode des pesées est devenue pratique et est entrée dans les habitudes de quelques médecins et même de quelques familles. Nous l'avons nous-même appliquée à un très-grand nombre d'enfants nouveau-nés ; elle donne des résultats importants. L'administration de l'assistance publique a reconnu l'utilité de cette méthode, et, récemment, à la demande de M. le docteur Siredey, un certain nombre de balances spéciales avaient été fabriquées et déposées au bureau des nourrices de l'assistance, pour être expédiées aux médecins inspecteurs des enfants mis en nourrice dans les provinces. Cette tentative n'a pas encore été suivie d'effet, mais l'idée est juste et pourrait être reprise.

Nous poursuivons l'exposé des moyens bien insuffisants qui ont été proposés pour porter remède à un mal si profond et si étendu, et qui a ses racines dans les mœurs mêmes de la nation.

(A suivre.)

AVIS

Avec le n° 151 (31 décembre 1870) se termine la collection de ceux de nos souscripteurs dont l'abonnement expirait le 31 décembre dernier.

Nous prions très-instamment nos confrères de vouloir bien nous adresser le montant de leur renouvellement en un mandat sur la poste à l'ordre du Directeur de la *Gazette des Hôpitaux*.

Ce mode de payement est le plus *sûr* et le plus *économique*.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments ou autres objets).

—

De l'intervention chirurgicale dans les étranglements internes, par M. Charpentier (P.), 1 vol. in-8, 1870. — Prix : 2 fr. 50 centimes.

Plaies pénétrantes de l'abdomen et procédé de suture nouvelle pour la guérison des anus contre nature, par M. Goyard, 1 vol. in-8, avec figures, 1870. — Prix : 2 fr.

De quelques applications de l'électricité à la thérapeutique (courants continus, bains électrisés), par le docteur Chapot-Duvert. In-8 avec figures dans le texte. — Prix : 1 fr. 75.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois... 8 fr. 50 c.
Six mois... 16 —
Un an..... 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 10 mai 1871.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

M. Piorry est monté à la tribune hier pour prendre part à la discussion sur l'infection purulente. Discussion... n'est peut-être pas le mot. M. Piorry ne discute pas; il professe. Il en a bien le droit, d'ailleurs, ne fût-ce qu'en vertu d'une vieille habitude. M. Piorry n'a donc pas discuté, à proprement parler, mais il a exposé, ce qui vaut peut-être bien autant, ce que lui a appris sur ce sujet sa grande expérience, et il l'a résumé en quelques conclusions que nous allons mettre sous les yeux de nos lecteurs. Il n'est pas besoin de dire, — et c'était son droit, — que M. Piorry n'a pas laissé échapper l'occasion de recommander aux chirurgiens l'étude du *plessimétrisme* et de *l'organographisme*, et d'enrichir sa nomenclature d'un mot nouveau pour exprimer l'état du sang dans l'infection purulente, celui de *plashyhémo-pyémique*. Que M. Egger lui pardonne, — et il devra lui pardonner beaucoup, parce qu'il a beaucoup aimé le grec. D'ailleurs, n'est-ce pas à M. Piorry que nous devons les mots de septicémie et de pyhémie? mots excellents pour la facilité de notre langue, alors même qu'ils ne seraient pas absolument irréprochables au point de vue des règles et de l'analogie grammaticale, et qui, grâce aux services qu'ils rendent par leur concision, dans cette discussion même, méritent bien à leur auteur quelque peu d'indulgence pour *plashyhémo-pyémie*.

M. Jeannel, à qui l'hygiène générale et l'hygiène militaire en particulier sont redevables de tant d'utiles travaux, a fait une très-remarquable et surtout très-opportune lecture sur l'ivrognerie dans l'armée et sur l'urgente nécessité d'y apporter un remède par une répression énergique et efficace. Il a été écrit sur l'ivrognerie bien des pages éloquentes, toutes empreintes du sentiment de pitié et d'horreur à la fois qu'inspirent les funestes conséquences de ce vice si profondément enraciné aujourd'hui, et qui a tant contribué aux désastres et aux malheurs que nous subissons en ce moment.

Mais que peut l'éloquence des écrivains et des philosophes, que peuvent tous les calculs, toutes les observations et tous les conseils des savants et des économistes, tant que la vue d'un homme ivre dans la rue ne provoquera tout au plus de la part du public qu'un sourire dédaigneux, au lieu du sentiment de mépris et de réprobation profonde qu'elle devrait inspirer ; tant que juges et jurés appliqueront le bénéfice des circonstances atténuantes aux délits et aux crimes commis en état d'ivresse habituelle; tant que dans l'armée les règlements continueront à consacrer à l'égard de l'ivresse un système d'indulgence et de tolérance qui contraste tant avec la sévérité et la rigueur de leurs autres dispositions; tant, surtout, que l'exemple de la sobriété ne partira pas toujours de ceux-là mêmes qui, par leur éducation et leur situation élevée, sont naturellement appelés à donner tous les bons exemples à leurs subordonnés?

M. Jeannel a mieux fait que d'ajouter une page émue et éloquente de plus à l'histoire si lamentablement riche déjà de l'ivrognerie : il a proposé, pour la partie de la population à laquelle il serait seul applicable, pour l'armée, un projet de règlement disciplinaire qui, sauf quelques-unes de ses dispositions de détail dont nous ne pouvons apprécier tous les mérites, nous paraît dans son esprit et son ensemble digne d'être pris en très-sérieuse considération, quand il s'agira du remaniement et de la reconstitution de nos institutions militaires.

Dr BROCHIN.

HOPITAL LARIBOISIÈRE. — M. JACCOUD.

Indications de la digitale dans les affections cardiaques, et du traitement de l'asystolie.

Un groupe de malades atteints de lésions organiques du cœur ayant appelé particulièrement l'attention de M. Jaccoud, l'interne provisoire du service, M. Paul Lucas-Championnière, nous a transmis quelques notes qui, jointes à celles que nous avions prises à la Charité quand M. Jaccoud y suppléait Natalis Guillot, nous permettent de présenter un résumé succinct des opinions professées par l'habile médecin de Lariboisière sur les importantes questions qu'embrasse le titre de cet article.

En reproduisant les leçons cliniques de Beau sur l'asystolie, nous avions fait remarquer que, pour ce médecin regrettable, la digitale n'était pas, à proprement parler, un sédatif du cœur, mais un régulateur; et, en effet, Beau montrait cliniquement que tel individu, par exemple, qui, au lieu d'une hypertrophie du ventricule gauche, portait une dilatation de ce ventricule, offrait un changement notable et rapide des caractères différentiels de cette dernière affection sous l'influence de la digitale. Ainsi, la faiblesse du choc et des bruits cardiaques devenait beaucoup moindre; l'action du cœur se réveillait sensiblement; le pouls, dépressible et intermittent, acquérait un degré de résistance insolite, tout en se rapprochant du rhythme normal. Le même phénomène a été signalé bien des fois à ses élèves par M. Jaccoud, et rien ne saurait mieux le mettre en évidence que quelques-uns des tracés sphygmographiques que ce clinicien a reproduits dans le tome Ier (2e partie) de son *Traité de pathologie interne* (1). Le tracé n° 10, entre autres, relevé dans un cas d'asystolie avec rétrécissement mitral, présente des ondulations à peine indiquées et séparées par des intervalles inégaux, tant le pouls était misérable et tremblotant. Le malade est soumis à l'action de la digitale, et le tracé n° 10 *bis*, qui traduit les modifications du pouls après deux jours de ce traitement, donne l'image d'une ligne à dentelure très-accentuée, et à peu de chose près uniforme.

Il est hors de doute que, administrée à doses thérapeutiques et non toxiques, la digitale accroît l'énergie des contractions cardiaques, et par suite augmente la pression artérielle d'où résultent, d'une part, le ralentissement et la régularisation des battements, de l'autre, la facilité plus grande de la progression du sang à travers les capillaires. Aussi M. Jaccoud a-t-il résumé dans une sorte d'aphorisme le rôle que la digitale est appelée à jouer dans la pathologie cardiaque : « La digitale, dit-il, est indiquée lorsque l'énergie cardiaque et la pression artérielle sont abaissées; elle est contre-indiquée quand l'énergie du cœur et la pression artérielle sont accrues. »

L'auteur de cette formule fait d'ailleurs observer que si la dose de l'héroïque médicament dont il s'agit était trop élevée, il agirait alors à la façon des excitants du service nerveux et produirait l'épuisement et la paralysie du cœur. Il en serait de même si l'excitation, cherchée dans un but thérapeutique, était ou trop forte ou trop prolongée. Dans ce dernier cas, les effets s'accumulent, et si l'on néglige de surveiller le pouls et le cœur, de mesurer les urines, dont la quantité est en rapport direct avec la tension des artères rénales comme de tout le système artériel, cette tension baisse et le malade peut succomber à une syncope ou à l'asphyxie par stase veineuse. M. Jaccoud insiste beaucoup sur l'importance pratique de l'évaluation quantitative et quotidienne de l'urine pendant l'administration de la digitale. Tant que la sécrétion de ce produit augmente sous l'influence du médicament, on doit prescrire celui-ci ; on peut même persister encore à donner la digitale si la quantité d'urine se maintient aux environs du chiffre normal. Mais si elle tombe au-dessous de ce chiffre pour se rapprocher de celui qu'elle présentait au début du traitement, c'est un signe certain que l'effet salutaire de la médication est dépassé, et qu'on touche à la limite où le remède va devenir poison.

En parlant plus haut de l'asystolie, nous avons rattaché cet état morbide à la dilatation du cœur; il peut appartenir à d'autres maladies aiguës et chroniques de cet organe, et, en résumé, sa cause immédiate est l'impuissance relative des contractions cardiaques. On comprend d'après cela que l'asystolie une fois constituée, son traitement repose sur des indications très-simples : il faut agir ou sur la force motrice qui diminue, ou sur l'obstacle croissant que rencontre cette force. Voilà pourquoi, dans les tracés sphygmographiques de M. Jaccoud, nous voyons les mêmes résultats satisfaisants obtenus par la digitale, par la caféine, par l'eau-de-vie allemande et par la saignée.

La digitale et la caféine exercent une action similaire sur la force motrice du cœur et des vaisseaux en stimulant leur système nerveux, et elles accroissent consécutivement les contractions cardiaques et la pression artérielle. La saignée et l'eau-de-vie allemande, comme tous les purgatifs hydragogues (jalap, scammonée, gomme-gutte, etc.), s'attaquent à l'obstacle en diminuant la pression veineuse, et par suite en délivrant le cœur d'une partie de la surcharge qui l'empêchait de se contracter. Dans ces conditions, l'organe central recouvre la puissance d'imprimer à tout le système artériel une impulsion suffisante pour surmonter la stase capillaire ; et, par cet enchaînement de phénomènes, le cours du sang, qui était ralenti presque jusqu'à l'immobilité, se trouve, pour un temps du moins, très-heureusement rétabli.

(1) 2 vol. grand in-8°, avec figures et planches en chromolithographie, 1870. Le premier volume seul a paru.

En général, comme choix à faire entre ces deux ordres d'agents thérapeutiques, il convient de réserver les déplétifs, c'est-à-dire la saignée et les spoliations intestinales par les hydragogues, pour les cas graves où il y a danger immédiat, et où l'asphyxie imminente ne permet pas même de compter sur l'absorption d'un agent pharmaceutique quelconque. Si, au contraire, l'absorption est encore possible, si l'action du cœur n'est pas réduite au minimum, si la radiale donne des pulsations distinctes, si la sécrétion urinaire s'effectue encore, même à un faible degré, si la cyanose et les hydropisies ne sont pas excessives, si l'on a enfin du temps devant soi, il est indiqué de commencer le traitement par la digitale ou par la caféine.

La préparation de digitale à laquelle M. Jaccoud donne la préférence est l'infusion faite avec la poudre de feuilles pulvérisées au moment même de l'emploi. Ce médecin prescrit, pour être prise par cuillerée à bouche toutes les heures ou toutes les deux heures, la potion suivante :

Poudre de digitale. . *trente* centigr. à *un* gramme.
Eau bouillante. . . . *cent vingt-cinq* grammes.

Faites infuser pendant vingt minutes, filtrez et édulcorez avec :

Sirop simple. . . . *trente* à *quarante* grammes.

Ainsi que nous le disions plus haut, il est absolument nécessaire de surveiller attentivement l'effet de la médication par la digitale. Si, après deux ou trois jours de traitement, l'estomac la supportait mal, on en susprendrait l'emploi, quitte à le reprendre. Si, bien que supportée, elle n'augmentait pas la sécrétion urinaire ou ne la maintenait pas à un taux convenable, il faudrait encore la suspendre pour éviter les dangers de l'accumulation.

Le café exerce sur le système nerveux moteur du cœur la même action excitante que la digitale, et augmente la sécrétion urinaire. M. Jaccoud prescrit soit l'infusion ordinaire de café torréfié, soit la décoction de café vert, soit enfin la caféine, sous forme pilulaire, à la dose de *vingt* à *cinquante* centigrammes par jour. Mais, en général, la décoction de café vert ou la caféine n'est donnée par M. Jaccoud qu'à titre de moyen propre à entretenir et corroborer l'action de la digitale. Si même ces deux agents n'augmentent pas suffisamment la diurèse, M. Jaccoud favorise leur action cardio-artérielle par l'adjonction des diurétiques proprement dits. Il prescrit volontiers l'infusion de genièvre additionnée de *quatre* à *six* grammes d'acétate de potasse par litre, ou le vin diurétique amer de la Charité (1) à la dose de *cinquante* à *quatre-vingts* grammes par jour, ou enfin une potion contenant de *vingt* à *quarante* grammes d'oxymel scillitique.

Quand une fois les accidents ont à peu près disparu, il convient de revenir à la médication tonique.

Nous avons vu comment agissent la saignée et les drastiques. Ces moyens ont leur utilité; mais, lorsque leur intervention est indiquée, il ne faut pas en faire abus ni dépasser le but. Les déplétifs ne doivent viser qu'à un résultat, celui de faire gagner du temps pour permettre ensuite d'instituer la médication par la digitale et ses congénères. M. Jaccoud ne fait pas tirer plus de *trois cents* grammes de sang lorsqu'il prescrit la saignée, et, après celle-ci, il n'hésite pas à donner une potion stimulante ou une infusion de café ; puis, dès le lendemain, il a recours, selon les cas, à la digitale ou à une mixture drastique composée *vingt-cinq* à *quatre-vingts* grammes d'eau-de-vie allemande et de pareille quantité de sirop de nerprun, à prendre dans une tasse de café. Quelquefois la spoliation séreuse est provoquée de nouveau à un ou deux jours d'intervalle ou bien tous les jours, en réduisant la dose de la mixture à une ou deux cuillerées à bouche; dans ce dernier cas, il convient de neu-

(1) Cette préparation officinale est ainsi composée :

Écorces de quinquina gris....
— de Winter.......... } ââ *soixante-quatre* grammes.
— de citron..........
Racines d'asclepias..........
— d'angélique.......... } ââ *seize* grammes.
Squames de seille..........
Absinthe..........
Feuilles de mélisse.......... } ââ *trente-deux* grammes.
Genièvre..........
Macis.......... } ââ *seize* grammes.
Vin blanc.......... *quatre mille* grammes.

traliser l'effet débilitant de la médication par des toniques et un régime réparateur approprié aux facultés digestives du malade. (*Journ. de méd. et ch. prat.*)

ÉTUDE

SUR LES PLAIES ARTÉRIELLES DE LA MAIN

ET DE LA PARTIE INFÉRIEURE DE L'AVANT-BRAS.

Par M. le Dr Gustave Martin,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Ayant eu l'occasion d'observer plusieurs cas de blessures des artères de la main et de l'avant-bras, et témoin des difficultés qu'avait présentées le traitement de ces blessures, M. le Dr G. Martin s'est livré à des recherches, a réuni 154 observations et résume ainsi son travail :

PLAIES DES ARTÈRES RADIALE ET CUBITALE.

1° La compression directe, excellent moyen pour arrêter momentanément l'hémorrhagie, ne doit jamais être employée comme méthode de traitement définitif. Elle est presque toujours suivie d'accidents tels que : hémorrhagies secondaires, anévrysmes, gangrène, phlegmon diffus, etc.

2° La compression indirecte, sans être aussi funeste dans ses résultats, ne donne cependant pas assez de chance de succès, soit qu'on l'exerce au-dessous de la plaie, soit simultanément sur les deux artères de l'avant-bras.

3° La compression de l'humérale est un moyen douloureux qui ne permet pas de l'appliquer assez longtemps pour juger de son efficacité.

4° La ligature dans la plaie doit toujours être tentée ; quand elle est bien faite, elle réussit toujours dans les plaies récentes.

5° On ne doit pas se contenter de lier un seul bout de l'artère, il faut toujours débrider la plaie quand l'un des bouts, ou les deux à la fois, ne sont pas accessibles.

6° Si la plaie est ancienne, on doit néanmoins tenter la ligature des deux bouts. On a fait depuis longtemps justice des objections qui ont été faites à ce procédé.

7° Dans une plaie récente, en raison de certaines conditions anatomiques, anastomoses ou anomalies, deux ligatures, l'une au-dessus, l'autre au-dessous de la plaie, peuvent ne pas être suffisantes.

8° Quand la plaie est ancienne, la ligature au-dessus et au-dessous ne devra être pratiquée que lorsque les tentatives de ligature dans la plaie auront échoué.

9° La ligature de la cubitale, pratiquée pour remédier à des hémorrhagies consécutives de la radiale et réciproquement, a fourni des résultats moins satisfaisants que la ligature de la brachiale.

10° La ligature de la brachiale à la partie moyenne du bras n'a pas toujours suffi pour arrêter les hémorrhagies de l'artère radiale. Les insuccès sont l'exception lorsqu'elle a été pratiquée au-dessus de l'humérale profonde.

11° La ligature de la brachiale n'expose pas, comme on l'a prétendu, à la gangrène du membre.

PLAIES ARTÉRIELLES DE LA PAUME DE LA MAIN.

1° Moins que partout ailleurs, on doit exercer la compression directe ; aucune des conditions de succès de ce procédé ne se rencontre à la paume de la main.

2° Les résultats de la compression sur la radiale et de la cubitale sont incertains.

3° La ligature dans la plaie est comme à l'avant-bras le meilleur procédé ; mais le débridement dans cette région est délicat, il exige, pour être pratiqué, des connaissances très-précises de la région.

4° La ligature d'une seule artère de l'avant-bras est insuffisante.

5° La ligature des deux artères de l'avant-bras est incertaine, à cause de l'interosseuse qui ramène le sang dans les arcades palmaires.

6° La ligature de la brachiale au-dessus de l'humérale profonde est souvent le seul moyen efficace.

CAUTÉRISATION

On doit revenir à la cautérisation, un peu trop négligée actuellement, pour remédier à des hémorrhagies secondaires rebelles à la ligature des deux artères de l'avant-bras, avant d'entreprendre la brachiale.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 9 mai 1871. — Présidence de M. Bouvier.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur l'infection purulente.

Suite de la discussion sur l'infection purulente

M. Piorry lit un mémoire sur la pyohémie ou infection purulente et sur la couenne granuleuse du sang.

M. Piorry s'est proposé, dans ce travail, de rappeler des observations peu connues, qui sont relatives à certains états ou apparences que prend la sérosité plastique et concrétée dite couenne inflammatoire, observations qui démontrent que chez certains individus dont les poumons, ou même d'autres parties du corps, sont atteints d'infiltrations de pus ou d'abcès, on rencontre parfois des globules ou au moins des globullules purulents. Il s'est proposé de chercher ensuite à démontrer que, sous l'influence de la résorption du pus, devenu septique et contenant peut être des animalcules, la rate devient malade, augmente de volume, et cela probablement par suite du dépôt dans son tissu de ce pus altéré. C'est, dit M. Piorry, exactement ce qui a lieu consécutivement à l'abord dans le sang du miasme des marais et même des matières animales putréfiées: de cette splénopathie résulte la collection symptomatique dite fièvre hectique.

Remarquons bien, ajoute-t-il, que d'après les faits que j'ai observés, ce n'est pas le pus normal et non altéré qui, résorbé, produit d'aussi tristes effets, mais bien celui qui a été modifié d'une manière fâcheuse, soit par l'oxygène de l'air, soit par les matières toxiques que contient cet air.

Voici les conclusions de ce travail :

1° La pénétration du pus dans le sang, par absorption ou imbibition, est un fait irrécusable que démontre la clinique médicale et chirurgicale ainsi que l'analyse microscopique ;

2° Le pus non altéré et résorbé peu à peu est lentement évacué par les sécrétions ;

3° Le pus septique contenu dans le sang non-seulement cause des accidents circulatoires fébriles et généraux, mais les globules ou les globullules purulents que le sang contient altèrent la rate, et cet organe devenu malade et volumineux donne lieu aux accès rémittents de la fièvre hectique ;

4° On fait au moins momentanément diminuer ou suspendre ceux-ci par l'emploi de l'extrait alcoolique de Berbériès et de la quinine solubilisée donnée à de hautes doses ;

5° L'affection splénique et les accidents fébriles se renouvellent tant que la source du pus n'est pas tarie ;

6° Comme c'est seulement par le plessimétrisme et par l'organographisme qu'une grande partie de ces faits *irrécusables* peuvent être constatés, c'est un devoir de conscience pour les médecins et les chirurgiens d'étudier ce moyen de diagnose, beaucoup mieux et beaucoup plus généralement que ne le font beaucoup d'entre eux. Cette dernière proposition étant applicable à une infinité d'autres cas, il faut la généraliser; de là une nécessité de se livrer dans la plupart des maladies et avec le plus grand soin et la plus grande persévérance à la pratique du plessimétrisme et de l'organographisme.

LECTURE

M. Jeannel lit un travail sur la répression de l'ivrognerie dans l'armée française.

Ivrognerie dans l'armée française.

Pendant le long séjour que j'ai dû faire au sein des armées françaises en raison de mes fonctions et particulièrement pendant le cours de la campagne de 1870-71, j'ai pu constater un fait extrêmement regrettable : c'est que non-seulement l'ivrognerie des militaires n'est ni réprouvée ni réprimée, mais qu'elle est encore encouragée par l'opinion publique, et tolérée avec indulgence par nos officiers, depuis les subalternes jusqu'aux généraux.

Au début de la funeste campagne de 1870, le coup de l'étrier était offert aux soldats qui traversaient nos villes, à chaque pas, jusque dans les rangs, et avec une telle prodigalité que beaucoup étaient ivres en arrivant aux gares d'embarquement ; sur les lignes de chemin de fer, le patriotisme peu éclairé ou mal dirigé de la population avait organisé par souscription, dans un grand nombre de stations, des buvettes où, dans la louable intention de réconforter nos défenseurs, on les enivrait gratis.

La plupart des officiers considèrent l'ivresse comme une consolation que le soldat peut s'accorder au milieu de ses misères, de ses privations et de ses fatigues, et qu'il serait injuste et presque cruel de lui refuser.

Pourvu que l'ivrogne ne cherche querelle à personne, qu'il réponde aux appels et cuve tranquillement son vin, ses chefs ne lui reprocheront guère son intempérance. L'ivresse est même souvent admise comme une excuse à beaucoup de fautes plus ou moins graves contre la discipline, et nombre d'officiers ne regardent pas l'ivrognerie comme excluant d'une manière absolue les qualités essentielles du bon soldat.

Aussi pendant les marches, à toutes les haltes dans les villages, les soldats entraient en foule, sous les yeux des officiers, dans les cabarets pour se faire servir à boire, et toutes les maisons se convertissaient en cabarets. De plus, chaque bataillon était accompagné officiellement jusque dans les campements par une voiture ornée de drapeaux sur laquelle on lisait, avec le nom de la cantinière, l'indication du corps auquel elle était attachée. Les provisions que portait cette voiture couvraient des barils de trois-six, qu'une simple addition d'eau devait convertir sur place en eau-de-vie de Cognac.

Une foule de cabaretiers nomades s'établissaient partout le long des chemins, dans l'intérieur des camps.

Ce n'était pas encore assez pour assurer l'alcoolisme continu de l'armée. Des filles déguenillées faisaient aux cantinières et aux cabaretiers une concurrence interlope; sorties des villes voisines avec un panier rempli de bouteilles, elles allaient offrir jusque dans les bivouacs la séduction et le prétexte du petit verre.

D'ailleurs, il faut bien le dire, certains généraux que je pourrais nommer comptent moins sur le courage raisonné, sur le dévouement patriotique et sur tous les beaux sentiments dont se compose l'honneur militaire, que sur une large distribution d'eau-de-vie, lorsqu'il s'agit d'aborder l'ennemi et d'enlever une position; ils soutiennent même qu'un commencement d'ivresse exalte très-utilement la bravoure.

Comment les habitudes d'ivrognerie ne se propageraient-elles pas dans l'armée par le concours de tant d'abus favorisés par tant d'imprévoyance, de tant de préjugés alimentés par tant de faux raisonnements!

Eh bien! ce n'est pas tout encore; le règlement militaire, je l'en accuse hautement, le règlement lui-même est complice de l'affreux désordre que je signale. Je vais prouver que l'ivrognerie est bien plutôt tolérée qu'elle n'est réprimée et proscrite par l'ordonnance sur le service intérieur des troupes d'infanterie du 2 novembre 1833, actuellement en vigueur, et qui réglemente la discipline militaire en France.

Il résulte en effet du texte de l'art. 265 de ce règlement, cité par l'auteur, que l'ivresse n'est réputée faute qu'autant qu'elle trouble l'ordre public ou militaire.

Dans un autre article il est dit : « A moins de nécessité absolue, la punition qu'aurait encourue un homme ivre ne doit lui être infligée que lorsque l'état d'ivresse a cessé. »

L'indulgence est positivement recommandée dans l'article 284, qui définit la nature des punitions qui doivent être infligées aux caporaux et aux soldats : « Tout homme légèrement pris de vin, s'il ne se met souvent dans ce cas et s'il ne trouble pas l'ordre et la tranquillité, est *seulement* puni de la consigne pour la journée. »

Enfin, suivant un autre article (125), « les consignes pour ivrognerie ne sont point consignées sur le registre des punitions, pourvu que l'ivrogne soit tranquille et inoffensif, de sorte qu'il n'en reste aucune trace. »

Quant à l'ivrognerie des officiers et des sous-officiers, reprend M. Jeannel, elle est sans doute impossible et inouïe dans notre armée, comme le parricide chez les Athéniens; le règlement ne prescrit contre elle aucune pénalité, il ne la mentionne pas.

Je pense que tout cela peut être réformé et doit l'être. Les cruelles épreuves que nous venons de traverser nous serviront de leçons.

Il est devenu évident pour tous que les habitudes d'ivrognerie généralisées parmi nos troupes ont contribué pour une grande part à propager l'indiscipline avec toutes ses conséquences désastreuses : le maraudage, la vente des effets d'équipement, le pillage des convois, puis la défiance, les réclamations, les récriminations haineuses, la désobéissance au commandement et la fuite à l'approche de l'ennemi.

En même temps qu'elle démoralise l'armée, l'ivrognerie la ruine physiquement; elle diminue la résistance des hommes à la fatigue, aux intempéries, aux privations; elle aggrave les blessures, elle entrave le succès des opérations chirurgicales, elle prépare la létalité des épidémies.

Par le trouble qu'il apporte dans les fonctions, par la dépression générale où il jette l'organisme, l'alcoolisme diminue la résistance aux influences morbifiques. Aussi l'ivrogne contracte-t-il plus facilement que tout autre différentes maladies, parmi lesquelles il faut citer les phlegmasies broncho-pulmonaires, l'érysipèle, les affections épidémiques, et notamment le choléra, les endémies des pays chauds, etc. Les réactions salutaires ne s'accomplissent pas, la vitalité est profondément altérée.

L'ivrognerie a d'autres conséquences plus fatales encore :

L'ivrognerie est une des causes principales de la folie. Sur 15,866 cas de folie dus à des causes physiques, 3,445 (soit 21,7 pour 100) sont signalés comme conséquences des excès alcooliques.

En France, sur 46,609 morts accidentelles constatées dans l'espace de sept ans, de 1835 à 1841 inclus, 1,622 (soit 3,4 pour 100) n'ont pu être attribuées qu'à l'ivrognerie.

Suivent plusieurs citations venant à l'appui des propositions qui précèdent. Nous reproduirons seulement la dernière, qui motive ce qui suit :

« Apathique, indifférent, sans initiative et sans énergie, pusillanime, oublieux de ses proches et de lui-même, se traînant de débauche en débauche, réduit au dénûment et ne reculant même pas à tendre la main pour se procurer les moyens de satisfaire son ignoble passion, sordide, misérable, couvert de haillons, puant le vin, abject, démoralisé, crapuleux, tel est habituellement l'homme qu'a transformé l'alcool. » (A. Fournier.)

Croirait-on que ce hideux portrait de l'ivrogne ait pu jamais représenter l'homme revêtu d'un uniforme français? C'est pourtant ce que sont obligés d'avouer ceux qui ont eu la douleur d'assister à nos derniers désastres.

Que personne, donc, au milieu de nous, n'hésite plus à combattre énergiquement ce fléau, qui déprave, dégrade et abrutit l'humanité, et qui, par conséquent, prépare la défaite des armées et l'asservissement des peuples. Ici les devoirs de l'hygiéniste et ceux du militaire se confondent dans le sentiment du patriotisme. On a empoisonné le peuple de flatteries en lui prêchant ses droits sans lui faire connaître ou lui imposer les devoirs qui les précèdent et les engendrent; on a infecté son intelligence de toutes les séductions avant de l'avoir éclairée par l'instruction; on a exagéré le sentiment de la liberté jusqu'à la dissolution de tous les liens sociaux.

Mais je ne veux pas oublier que je traite une question d'hygiène publique; je me borne donc à affirmer que l'autorité publique a une grande tâche à remplir : c'est d'entraver cet ignoble appétit, de prévenir ce crapuleux empoisonnement qui compromet aujourd'hui jusqu'à la gloire du nom français et devient menaçant pour l'existence même de la patrie.

La répression de l'ivrognerie est donc une des conditions premières de notre régénération militaire.

Je vais plus loin : toutes les mesures que l'on pourrait proposer pour arrêter les ravages de l'alcoolisme dans la population civile resteront sans effet si l'autorité du commandement et les obligations formelles de la discipline ne réussissent pas à réprimer dans l'armée les habitudes d'intempérance, car c'est dans l'armée que le jeune soldat contracte presque toujours la débauche et l'ivrognerie, et c'est là qu'il se prépare à recruter l'effroyable armée des ouvriers ivrognes et débauchés qui déshonorent et désorganisent l'industrie nationale.

En thèse générale, on peut dire que le conscrit est docile, qu'il n'est point démoralisé ; il apporte au régiment le respect de l'autorité militaire ; il a pris son parti de se plier aux rigueurs de la discipline et de subir toutes les obligations du service. Une véritable éducation morale va commencer pour lui dans l'école du soldat. Si donc il se détériore, s'il devient ivrogne et débauché, malgré les soins qu'on donne à la culture de son intelligence, la faute en revient tout entière au règlement ou bien aux officiers qui le font exécuter.

Je n'ai pas la prétention de discuter ici la conservation de l'armée permanente ou bien l'armement permanent de toute la population; je cherche seulement à justifier la proposition d'une modification à nos règlements militaires, dans le but d'obtenir la répression efficace de l'ivrognerie.

Toutes les dispositions réglementaires destinées à la répression de l'ivrognerie dans l'armée seront frappées de nullité, si les mau-

vais exemples donnés par les officiers ou par les sous-officiers ne sont pas prévenus par une pénalité sévère. A ceux qui seraient tentés de se récrier, je dirais que pendant la dernière campagne, j'ai particulièrement connu un chef d'escadron qui donnait fréquemment le scandaleux exemple de l'ivrognerie, tout chamarré qu'il était de décorations.

Quant aux officiers, je propose l'admonestation par écrit, et, dans des conditions déterminées de récidive, la réforme ou la retraite, ou bien si le délinquant n'a pas satisfait à la loi de recrutement l'incorporation en qualité de simple soldat dans un régiment de son arme, autre que celui où il servait en qualité d'officier.

Quant aux sous-officiers, aux caporaux et aux soldats, je propose l'adoption d'une pénalité nouvelle, l'amende, qui paraît avoir donné de très-bons résultats dans l'armée britannique.

J'ajoute à l'amende pour les sous-officiers et les caporaux la privation du grade et pour les soldats la privation temporaire du port du sabre, l'obligation des corvées, enfin l'envoi temporaire à des compagnies de terrassiers et la prolongation du service militaire, selon certaines conditions de récidive.

Ces compagnies de terrassiers, dont je propose l'institution spécialement en vue de la correction des ivrognes, seraient une sorte d'intermédiaire entre l'armée proprement dite et les compagnies de discipline, dont elles n'auraient pas le caractère infamant, puisqu'elles ne recevraient pas les insubordonnés et les mauvais sujets de toute espèce. Elles mettraient un grand nombre de bras à la disposition du génie et de l'artillerie et rendraient par là d'importants services à la défense nationale. Le temps que le soldat passerait dans ces compagnies ne compterait pas pour la durée légale du service militaire.

Moyennant ces dispositions, les ivrognes ne seraient libérés du service militaire et ne rentreraient dans la vie civile qu'après s'être corrigés.

En résumé, l'économie générale de mon projet a pour but la répression de l'ivrognerie accidentelle par la contrainte plutôt morale que matérielle (amende, privation du port du sabre, corvées), et de l'ivrognerie dégénérée en habitude par les pénalités matérielles (prolongation du service militaire, travaux obligatoires de terrassements).

(Suit le libellé des dispositions spéciales, article par article, du projet de règlement, dont on connaît le sens général et l'esprit.)

Ce travail est renvoyé à la commission dite de l'alcoolisme, nommée par l'Académie sur la proposition de M. Verneuil. Cette commission se compose de MM. Béclard, Bergeron, Chauffard, Gosselin et Verneuil.

La séance est levée à 4 heures et demie.

DOCUMENTS

POUR SERVIR A L'HISTOIRE DU MOUVEMENT SCIENTIFIQUE PENDANT LE SIÉGE DE PARIS (1).

Assistance publique.

Ce qu'il faut penser des crèches.

Les *crèches*, dont M. Marbeau a été le fondateur, ont été diversement appréciées; voici sur ce point l'opinion de M. Delpech (séance du 28 septembre 1869) :

« Le rapporteur approuve l'institution des crèches sous certaines conditions renfermées dans les conclusions suivantes : 1° Salubrité du local constatée par une commission. 2° Les crèches ne doivent recevoir que des mères-nourrices travaillant hors de chez elles et donnant la preuve de leur travail. 3° Les enfants ne seront admis que pendant le jour, devront avoir été vaccinés, et seront rendus s'ils sont malades. 4° Les mères seront tenues de venir deux fois par jour, au moins, allaiter leur enfant. Le sevrage ne pourra être fait que sur l'approbation du médecin de la crèche. 5° L'alimentation supplémentaire sera ordonnée et surveillée par lui..., et l'âge des enfants ne pourra dépasser trois ans... »

L'institution des crèches était théoriquement très-utile; en fait, elle n'a pas prospéré. Michel Lévy, Morin, ont blâmé l'installation de la plupart de ces établissements. Les premières crèches datent de 1844; il en fut fondé successivement 31, et en 1868 il n'en existait plus que 21. Ces établissements coûtent cher, répondent mal au but proposé, et sont peu à peu désertés par les indigents.

Les *Sociétés de charité maternelle* sont sans doute appelées à un meilleur avenir. Dans quelques localités, notamment à Mulhouse, ce mode d'assistance a donné des résultats excellents.

Suite de l'enquête (1869).

M. Husson (5 octobre 1869) apprécie les résultats d'une enquête entreprise par le ministre de l'intérieur et le préfet de police sur la mortalité des enfants de Paris envoyés en nourrice dans les provinces. Des renseignements ont été demandés aux maires de cinq mille communes; mais cette enquête n'a pas donné de résultats concluants. M. Husson établit que la mortalité est de 36,28 pour 100 pour les enfants assistés, et seulement de 29,31 pour les enfants de la direction des nourrices. Il conteste que le chiffre de mortalité (42 pour 100) fourni par M. Brochard pour les enfants des petits bureaux placés dans Eure-et-Loir soit applicable à tous les autres départements.

Le nombre des naissances en France est de 900,000 environ par an, sur lesquels il y a 80,000 enfants naturels, dont 18 ou 20,000 sont abandonnés par leurs mères. Or, le chiffre de la mortalité est dans la première année :

Sur le total des naissances (900,000).	17,51	pour 100.
Sur les naissances légitimes (820,000).	16,36	—
Sur les naissances illégitimes (80,000).	35,52	—

Ainsi, la mortalité est beaucoup plus grande pour les enfants illégitimes, lesquels sont plus mal soignés.

Il est vrai de dire que le chiffre de la mortalité des nouveau-nés en France n'est pas supérieur à celui des autres pays de l'Europe; mais les autres pays produisent un plus grand nombre d'enfants. M. Husson pense que la grande mortalité qui sévit sur les enfants nouveau-nés a des origines nombreuses et complexes : telles sont les conditions de naissance, le manque de lumières chez les nourrices, les préjugés locaux, l'habitude invétérée de donner prématurément aux nourrissons des aliments solides, l'insalubrité des habitations, l'indifférence et la négligence des familles elles-mêmes. « Or, ce n'est pas, dit M. Husson, par des règlements qu'on peut espérer guérir de tels maux; il faut compter, pour les atténuer, sur les progrès de l'instruction, sur l'amélioration des mœurs et l'accroissement du bien-être dans les classes urbaines aussi bien que dans les classes rurales. » Je crois donc fermement que si l'organisation et les règlements que nous proposons sont de nature à ramener le chiffre de la mortalité des nourrissons à des proportions inférieures à celles que nous avons constatées, ils seront impuissants à réaliser les vœux si légitimes de ceux qui voudraient la réduire à un niveau qu'on ne saurait atteindre que dans les sociétés où l'instruction serait répandue, où l'aisance régnerait dans la majorité de la population, et où l'allaitement maternel serait la règle des familles.

D'après l'enquête, dit M. Boudet, la moyenne des naissances annuelles à Paris est de 53,000. Sur ce nombre, 25,000 enfants sont envoyés en nourrice à la campagne. On peut évaluer à 9,500 les placements des enfants par les bureaux particuliers, à un nombre égal les placements effectués directement par les familles, et à 6,500 les placements opérés par le bureau municipal et les hospices de Paris. Il est établi par cette même enquête : que la mortalité générale des 25,000 enfants de Paris envoyés en nourrice et comprenant les trois catégories indiquées est de 51,68 pour 100, tandis que la mortalité relevée pour les enfants du pays dans les communes qui reçoivent les nourrissons parisiens est de 19,92 pour 100. D'après M. Boudet, la mortalité serait, pour les enfants provenant du bureau municipal et des hospices de Paris, de 36,65 pour 100, et elle serait, pour les enfants de Paris placés directement par les familles, de 71,64 pour 100. (Séance du 28 septembre 1869).

M. Boudet (20 novembre 1869) s'étonne qu'il y ait une loi protectrice des animaux et qu'il n'y ait pas de loi protectrice des enfants; il propose que l'on institue une direction générale de la protection de l'enfance et de l'industrie nourricière. La protection des enfants doit précéder leur naissance et s'étendre aux mères nécessiteuses et sans appui qui les portent dans leur sein; légitimes ou illégitimes, quand elles veulent allaiter leurs enfants, la maternité les consacre et leur donne droit à une assistance efficace et sympathique. Assistance aussi est garantie pour les nourrices qui ont leurs droits aux sympathies que la maternité inspire; honneur et récompense pour celles qui remplissent dignement leurs devoirs; juste sévérité pour celles qui les méconnaissent.

M. Bouchardat, dans la séance du 14 décembre 1869, proposait comme unique et suprême remède, l'établissement d'un *impôt communal progressif* prélevé sur les femmes qui se dispensent de l'allaitement maternel, et dont le produit servirait à subventionner les mères pauvres qui nourrissent leurs enfants.

M. Devilliers (1er février 1869) constate que l'allaitement maternel est presque exclusivement en usage en Angleterre dans les classes élevées et moyennes de la société, et que c'est pour ainsi dire accidentellement que l'on a recours à des nourrices étrangères. Mais les enfants des nourrices et ceux des femmes pauvres obligées de travailler sont élevés au biberon et soumis à une alimentation prématurée qui fournit un contingent fort élevé au chiffre de la mortalité.

Malgré ces dernières conditions défavorables, les chiffres des décès donnés par M. Letheby offrent des proportions générales sensiblement plus basses que celles de la France, et il n'est pas douteux qu'il ne faille attribuer, en partie, ce résultat à l'allaitement maternel si répandu en Angleterre.

M. Fauvel pense qu'il faut, avant tout, envisager l'allaitement maternel et la sollicitude maternelle; or, les femmes des classes riches n'allaitent pas leurs enfants aussi souvent qu'elles le pourraient, et en même temps elles accaparent une grande partie des bonnes nourrices mercenaires. Il faut secourir efficacement les mères pauvres qui allaitent elles-mêmes leurs enfants; les tentatives de ce genre faites dans plusieurs villes manufacturières sont de nature à encourager les efforts faits dans ce sens. La crèche à domicile est une institution utile et qui pourrait être perfectionnée. Pour les filles-mères, la question est plus difficile à aborder; cependant, en Amérique (Pensylvanie), il existe une institution qui recueille les filles-mères et leur assure les vivres ainsi que le logement, pendant les premiers mois de la vie de leurs enfants, à la condition qu'elles les allaiteront elles-mêmes, et l'on assure que cette institution donne de bons résultats.

M. Fauvel, dans la séance de l'Académie de médecine du 12 octobre 1869, examine la question dans son ensemble. Il ramène à trois toutes les causes de la mortalité des nouveau-nés : 1° la faiblesse native plus commune chez les enfants naturels; 2° le défaut de soins; 3° l'insuffisance ou la mauvaise qualité de la nourriture. Cette dernière cause est prépondérante. Cela tient, d'après M. Fauvel, à ce que le lait de femme est, en France, insuffisant à nourrir les nouveau-nés. La plupart des femmes, dans les grandes villes, ne peuvent ou ne veulent pas allaiter; quant aux nourrices de campagne, elles sont souvent misérables, et l'on ne peut exiger qu'elles aient beaucoup de lait, ni qu'elles fassent un bel élève d'un enfant qui leur a été donné chétif et malingre. Est-il étonnant que, dans ces conditions, l'enfant dépérisse et meure? C'est ainsi, assurément, que les choses se passent pour bon nombre des enfants de Paris envoyés en nourrice, pour les *petits Parisiens*, comme on les appelle dans les villages où fleurit le trafic infâme stigmatisé par MM. Brochard et Monot. M. Fauvel dit avec raison que le rôle de la commission était non pas de constater le mal, mais d'en rechercher scientifiquement les causes, et d'établir sur ce point une enquête sévère. Ce qui reste acquis, c'est que la cause première du mal est dans le nombre insuffisant de bonnes nourrices. Sans doute, il y a des fraudes, des crimes qu'il faut poursuivre; mais la nécessité de pourvoir un trop grand nombre d'enfants à qui le lait maternel fait défaut, et d'un autre côté l'espoir, pour la nourrice, d'apporter à la maison un peu de bien-être, font tout le mal.

« L'effroyable mortalité signalée par les statistiques porte, en grande partie, sur la population nécessiteuse; c'est à elle que, par la force des choses, s'adresse surtout cette catégorie de nourrices tarées qui, pour un faible salaire, promettent le lait qu'elles n'ont pas et des soins qu'elles sont incapables de donner et dont elles ne comprennent même pas l'importance. C'est ainsi que la misère est appelée à nourrir la misère. La situation actuelle peut, en définitive, se résumer dans la formule que voici : *pénurie d'argent, pénurie de lait, mortalité considérable*; formule éloquente dans sa concision, qui nous montre bien qu'il ne s'agit pas ici d'un mal superficiel qu'une ordonnance de police peut atteindre, mais d'un mal profond qui a ses racines dans les conditions mêmes de notre organisation sociale; c'est, en un mot, un des côtés de la question du *paupérisme*, question redoutable qu'il faut aborder résolûment et à la solution de laquelle l'Académie, dans les limites de ses attributions, ne saurait rester indifférente. »

M. Chauffard (*Académie de médecine*, 1869) accuse nos lois et nos institutions d'entretenir le mal; il blâme surtout cet article du Code civil qui interdit la recherche de la paternité, et livre la jeune fille sans protection et sans secours possible à toutes les entreprises de la passion et de l'immoralité. Les grandes armées permanentes sont aussi, d'après M. Chauffard, une des causes des unions illégitimes et passagères. « On ne saura jamais, dit-il, le mal qu'a fait à notre pays l'institution des armées permanentes, ces conscriptions impitoyables qui, tous les ans, arrachent au foyer le meilleur choix de la jeunesse française pour le livrer aux encombrements malsains de la caserne, à la vie oisive et corrompue de garnison..... Pensez à la situation de 4 à 500,000 hommes jeunes et vigoureux à qui le mariage est interdit sans qu'ils aient fait vœu de continence, et qu'on jette sur le pavé des grandes villes, livrés et nécessairement adonnés à toutes les séductions! N'est-ce pas décréter, en quelque sorte, la prostitution ou les unions illégitimes? Cela est si vrai, que partout, ainsi que le dit M. Legoyt, le nombre des naissances naturelles s'accroît en raison directe des effectifs militaires. Triste, mais instructive solidarité! »

D'après M. Legoyt, en effet, la mortalité serait beaucoup plus forte pour les enfants naturels que pour les légitimes : ainsi, sur 10,000 enfants mort-nés, on trouve, dans le département de la Seine, 610 enfants légitimes et 856 enfants naturels. Pour la mortalité de zéro à un an, on trouve, pour le même nombre de naissances, 1,511 morts d'enfants légitimes et 2,068 d'enfants naturels; pour la population urbaine, 1,622 morts d'un côté, 2,541 morts de l'autre. « L'énorme tribut payé à la mort par les enfants naturels, dit M. Chauffard, n'est pas le seul qui soit à la charge des unions illégitimes : derrière ce tribut apparent et saisissable se cache un tribut criminel qu'il est difficile de mesurer, mais qui, hélas! semble grossir et se multiplier dans l'ombre, celui des avortements et des infanticides. C'est là une mortalité des nouveau-nés anticipée qui n'entre pas en ligne de compte dans les statistiques, mais qu'il est bon de rappeler pour montrer sous tous ses aspects le mal hideux que nous avons à réprimer. »

M. Chauffard résumait son discours à l'Académie de médecine (1869) par les propositions suivantes : « Réforme des lois civiles et des institutions politiques qui altèrent en France le bon état de la maternité et de la paternité; réglementation de l'industrie des bureaux de placement; suppression du carnet et des obligations nouvelles imposées aux nourrices; secours aux mères nécessiteuses, femmes ou filles-mères, qui allaitent leurs enfants; secours à l'effet de procurer des nourrices aux enfants des mères malades ou trop épuisées pour remplir la fonction de l'allaitement; surveillance administrative et médicale des nourrices de la campagne munies d'un nourrisson étranger; seconder les œuvres de l'initiative publique et privée en faveur de la protection et de l'hygiène de la première enfance. »

M. Blot (22 février 1870) admettait l'existence de moyens *réels, fondamentaux, définitifs*, que les améliorations successives de notre organisation sociale pourront produire dans un avenir plus ou moins proche; ce sont :

1° La révision de nos institutions militaires;

2° Une loi sur la séduction.

Nous terminons ici l'analyse des documents empruntés à l'Académie.

Les médecins ont fait leur enquête; ils ont outre-passé les limites qu'ils assignent d'habitude à leurs travaux et empiété sur le domaine social. La question est posée, résolue en principe; l'application ne nous appartient pas. La société est prévenue, mise en demeure d'agir. Que la responsabilité retombe sur qui de droit!

HÔPITAUX GÉNÉRAUX.

Les hôpitaux généraux comprennent toutes les catégories de malades. On y trouve des blessés, des cancéreux, des vénériens, des femmes en couches, des fiévreux, des phthisiques et des varioleux. Le bon sens, le simple sens commun, si peu écouté, crie que cet assemblage est discordant et monstrueux; mais la routine est tellement puissante en ce pays, que les choses restent malgré tout en l'état et que tout changement a chance d'être refusé.

Nous avons dit ce qu'il fallait penser de la présence des femmes en couches accumulées en un même lieu et dans l'atmosphère d'un hôpital, et comment la science et l'humanité commandent sur ce point une réforme. Pour la variole, il est démontré que le danger est encore plus grand et la négligence plus coupable. Implanter au milieu de 4 ou 500 fiévreux ou blessés un foyer de variole, c'est de la folie ou de la cruauté. Dernièrement encore, les salles de varioleux, à l'hôpital des Enfants de la rue de Charonne, étaient situées non pas dans un pavillon ni au fond d'un jardin, mais précisément au cœur, juste au centre de l'hôpital, et il en est ainsi dans la plupart de nos malheureux hôpitaux. Mais isole-t-on les malades atteints d'autres maladies contagieuses? Par exemple, la rougeole, la scarlatine, ont-elles une section réservée, des chambres d'isolement? Point. Les gens atteints de ces maladies sont placés pêle-mêle avec les autres, et la contagion a tout pouvoir de s'exercer.

Dans les hôpitaux d'adultes, cet inconvénient est moindre, parce que ces maladies appartiennent surtout à l'enfance; mais dans les

(1) Voir le dernier numéro.

hôpitaux d'enfants, elles sévissent sur une très-large échelle. J'ai eu, étant interne, à soigner, à l'hospice des Enfants trouvés, jusqu'à 18 enfants, dans une même salle, atteints de la rougeole. Que devenaient les autres? Ils attendaient que la rougeole les prît. Peut-être existe-t-il depuis quelques années des chambres d'isolement en petit nombre pour parer à ce danger; mais elles ne suffisent pas quant au nombre, et l'isolement n'est pas efficace. Or, ces maladies sont extrêmement meurtrières chez les enfants.

Que produit l'accumulation sur un même point de tant d'éléments divers? un résultat triste et qu'on pouvait prévoir: un enfant admis pour une maladie, en contracte successivement, par contagion, plusieurs autres à l'hôpital même, et, s'il guérit de l'une, il a chance de mourir d'une autre. Ainsi, de pauvres enfants atteints de plaies et placés dans un service de chirurgie, au voisinage des salles de médecine, contracteront la rougeole ou la fièvre scarlatine. N'est-ce pas là un état de choses barbare?

Ce n'est pas tout. On pourrait comprendre que des nécessités pressantes obligeassent de recevoir dans les mêmes hôpitaux des fiévreux et des blessés. Lorsqu'il y a urgence, il faut aller au plus près; mais, pour les maladies chroniques, pour les scrofuleux, les teigneux, quelle nécessité y a-t-il de les enfermer dans un même lieu avec d'autres enfants atteints de maladies aiguës contagieuses? J'ai vu mourir un grand nombre de ces malheureux enfants atteints de maladies scrofuleuses ou de la teigne, par suite de la rougeole que l'hôpital leur avait donnée.

Est-ce qu'il n'est pas évident, pour tout homme de bon sens, qu'un tel état de choses doit cesser et qu'il n'a que trop duré pour notre honneur et notre considération dans le monde?

Dans les hôpitaux d'adultes, le danger est moindre, assurément, étant exceptées cependant les questions de la variole et des femmes en couches. Cependant il est nécessaire qu'il existe dans tous les hôpitaux des chambres d'isolement en nombre suffisant pour contenir tous les malades qui, étant atteints d'affections aiguës contagieuses, ne doivent pas être traités dans les salles communes. Ce n'est pas seulement cette considération qu'il faut invoquer ici; il y a encore un autre ordre, une autre catégorie de malades qui ne doivent point être laissés au milieu d'une salle commune: ce sont ceux qui troublent le repos des autres malades et sont un objet de crainte ou offrent un spectacle affligeant. Tels sont les malades atteints de délire et ceux qui sont à toute extrémité, à l'agonie. Comprend-on qu'aujourd'hui encore on tolère dans le plus grand nombre des cas, au milieu d'une salle de 30 ou 40, quelquefois de 60 malades, des gens atteints de méningite, de *delirium tremens*, et qui, attachés sur leur lit, emprisonnés dans la camisole de force, crient, hurlent, poussent des gémissements, emplissent la salle de clameurs et de paroles incohérentes, sont en proie à la fureur, et jettent l'effroi autour d'eux jour et nuit? J'ai voulu m'assurer par moi-même de la situation qui est faite à nos pauvres malades, en couchant pendant toute une nuit dans un des lits de ma division, au milieu d'une salle de 68 malades. Ceux qui voudront se soumettre à cette épreuve sauront combien notre service hospitalier est défectueux et arriéré.

De la nécessité de ne point traiter dans le même lieu les maladies aiguës à courte durée et les maladies chroniques ou incurables.

Il faut mettre de l'ordre dans ce chaos de l'assistance publique. Tous les malades, de quelque espèce qu'ils soient, sont admis dans les mêmes salles. Pourquoi? N'est-il pas raisonnable de traiter différemment des espèces différentes? Il existe, à la vérité, des hospices dits d'incurables, tels que Bicêtre, la Salpêtrière, l'hospice des Incurables (hommes et femmes), les Ménages; la plupart sont, à proprement parler, des maisons de retraite ouvertes à la vieillesse. Ces hospices sont insuffisants, et peut-être n'en faut-il pas rendre responsables nos administrateurs, attendu que l'accroissement énorme de la population immigrante dans Paris a dépassé les prévisions et créé des charges très-lourdes.

D'autre part, la charité privée et les associations ou sociétés de secours mutuels sont tout à fait insuffisantes; les mœurs des vingt dernières années ont été telles, que l'État semblait être chargé de tout et les particuliers de rien. Il est à espérer que dorénavant la proposition tendra à se renverser.

En fait, nos hôpitaux généraux sont encombrés de maladies chroniques et incurables, cancers, hydropisies, phthisie pulmonaire, et que de lits y sont occupés pendant des mois, des années même, par cette catégorie de malades qui ne peuvent recevoir que des soins insuffisants et coûtent fort cher à entretenir! Pourquoi ne pas séparer des autres ces malades incurables, et ne pas les placer hors de Paris, dans des maisons spéciales, bien aérées, pourvues de promenoirs et de jardins, sous la direction de médecins de l'assistance publique, qui feraient là un étage et y demeureraient?

Si l'on veut entrer dans une voie de réformes sincères, on adoptera là le système des hôpitaux d'apparence modeste, d'où le luxe et l'apparat seront bannis et où l'on cherchera à la fois le confortable et l'économie. Des malades doivent coûter moins cher hors la ville que dans la ville.

En ne gardant à Paris, dans nos hôpitaux du centre, que les maladies aiguës curables ou les maladies mortelles à courte échéance, on nous permettra de donner à nos malades plus d'espace, d'accommoder nos anciens bâtiments, vastes mais encombrés, aux besoins reconnus de la bonne hygiène, d'y cloisonner les grandes salles, d'y disposer des chambres de lavage et de propreté, d'y introduire, en un mot, les améliorations indispensables, telles que salles à manger, bibliothèques et salles de lecture, écoles, etc. On y pourra aussi agrandir et perfectionner les appareils à eau, bains, hydrothérapie, qui, presque partout, sauf à Saint-Louis, sont tout à fait exigus et mal agencés.

P. Lorain.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par [illegible]ine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :

Trois mois. . . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

SOMMAIRE. — Premier Paris. — CLINIQUE CHIRURGICALE. De l'ostéite aiguë chez les enfants et les adolescents (M. Sézary). — Documents pour servir à l'histoire du mouvement scientifique pendant le siége de Paris.

Paris, le 4 juin 1871.

Lorsque le 13 mars nous reprenions la publication de la *Gazette des Hôpitaux*, nous étions loin de nous attendre que de nouvelles causes de force majeure nous forceraient à l'interrompre encore. Nous avions compté sans cette levée en masse de nouveaux Barbares qui, dans leur fureur contre les résistances du droit et de l'honnêteté, ne trouvaient rien de mieux que d'en supprimer les organes et de fermer les ateliers ; nous avions compté sans ce nouvel Érostrate aux cent mille têtes, qui, si notre brave armée et les courageux citoyens qui se sont joints à elle lui en avaient laissé le temps, ne devait rien laisser debout de la grande métropole du monde civilisé. A dater du 10 mai, sans qu'il nous ait été possible d'en prévenir nos lecteurs par un avis, nous nous sommes trouvés dans l'impossibilité de continuer notre publication. Nous la reprenons aujourd'hui pour ne plus l'interrompre, espérons-le du moins, et nous continuerons à publier six numéros par semaine jusqu'à ce que nous ayons comblé la lacune du siége et remis à jour la série entière. Chaque feuille continuera à porter, avec son numéro de série, une double date, sa date rétrospective et sa date actuelle.

Pour la rédaction : Dr BROCHIN.

Notre premier devoir, après les effroyables désastres dont nous venons d'être témoins et au milieu des lamentables ruines qui nous entourent, est de signaler à la reconnaissance publique ceux de nos confrères et des étudiants qui, par leur fermeté et leur courage, ont, au péril de leur vie, prévenu des désastres plus grands encore, et d'exprimer nos douloureuses sympathies pour ceux d'entre eux qui ont été victimes, dans leurs biens ou dans leur personne, de cet affreux cataclysme.

Nous sommes heureux d'être des premiers à faire savoir que c'est à notre confrère, M. le docteur Danet, médecin en chef de l'ambulance du Luxembourg, très-efficacement secondé dans cette circonstance par l'officier d'administration, M. Hénault, et par tout le personnel du palais et du musée, que l'on doit la conservation du Luxembourg, l'un des rares palais restés debout, et qui était, comme les autres, voué aux flammes. Le Luxembourg renfermait encore alors près de cinq cents malades, blessés ou convalescents.

M. le docteur Léon Lefort, grâce à son courage et à sa présence d'esprit, a sauvé sa maison de l'incendie et, avec elle, très-probablement, une grande partie de la rue de l'Université.

Le sauvetage de Notre-Dame et de l'Hôtel-Dieu par les internes en médecine et en pharmacie de cet hôpital mérite surtout que nous en rapportions l'histoire dans tous ses détails. Voici une relation de cet important événement, due en partie à M. Hanot, l'un des internes de l'Hôtel-Dieu, et que nous empruntons à l'*Union médicale* du 1er juin :

Dans la nuit de mardi à mercredi, raconte M. Hanot, je m'étais endormi sur un fauteuil dans la salle de garde. Vers trois heures du matin, alors que le jour commençait à poindre, je fus réveillé par des cris qui venaient de la rue ; je me mis à la fenêtre, et j'aperçus des hommes escortant une voiture chargée de barriques et arrêtés devant la barricade du pont Notre-Dame.

A la voix du chef, qui commandait d'aller vite, les barriques furent mises à terre et roulées à travers une brèche pratiquée à la barricade jusque sur la place du Parvis.

Je prévins un de mes collègues qui sommeillait aussi dans la salle de garde, et tous deux nous descendîmes à la hâte.

Nous trouvâmes à la grille de la porte d'entrée un lieutenant d'état-major de la garde nationale, homme d'une trentaine d'années, d'une certaine distinction d'allures et de physionomie, et qu'on ne saurait mieux peindre qu'en le comparant à ces beaux gaillards d'officiers allemands à la barbe blonde si soignée, au teint d'un rose remarquable, au port si roide, si guindé.

Il avait autour de lui une vingtaine de jeunes gens de 14 à 18 ans, couverts de capotes marron qui leur descendaient jusqu'aux talons, avec des képis, trop grands aussi, qui leur couvraient presque les yeux, les mains toutes noircies, et armés de chassepots.

Au nom de la commune, l'officier demandait au concierge, qui le premier l'avait abordé, une bougie, des vrilles, des seaux, des balais, une pince de serrurier.

Le ton était bref, menaçant; les fusils étaient braqués : il fallait obéir.

Un des infirmiers chargés de satisfaire à ces ordres apprit de ces hommes qu'ils avaient mission d'incendier Notre-Dame.

Nous nous approchâmes de l'officier pour lui faire remarquer que mettre le feu à la cathédrale c'était aussi compromettre, sacrifier même sûrement la vie de 900 malades ou blessés contenus dans l'hôpital : L'homme ne répondit que par monosyllabes, réitéra ses ordres, nous ordonna de nous éloigner, et tourna les talons.

Le directeur de l'Hôtel-Dieu était encore le fonctionnaire nommé par la commune; nous le fîmes prévenir. Il descendit et eut avec l'officier un colloque qui dura une demi-heure environ, temps pendant lequel les objets demandés avaient été successivement remis.

Il revint vers nous et nous apprit que Notre-Dame ne serait pas immédiatement incendiée, qu'on en référerait au comité de salut public, auquel on exposerait la situation, et que, s'il était nécessaire, l'administration serait prévenue à l'avance.

L'officier se retira avec sa troupe.

Quelques instants après, environ cent religieuses se présentaient à la grille de l'hôpital, demandant l'hospitalité.

Ces pauvres femmes, toutes tremblantes, fuyaient un couvent de la rue d'Enfer, qui venait d'être incendié. Elles étaient cependant escortées par quelques fédérés, qui n'eurent rien de plus pressé que de déclarer avec jactance qu'eux-mêmes avaient allumé l'incendie.

La supérieure apprit qu'on avait dû laisser soit en route, soit même dans le couvent, quinze infirmes qui n'avaient pu suivre le cortége !

Sur ces entrefaites, le jour était venu.

Vers onze heures, un ouvrier qui avait vu sortir de la fumée de Notre-Dame, vint donner l'éveil à l'Hôtel-Dieu. Un interne en pharmacie se trouvait là; il court avertir ses collègues, alors à table. Six de ces jeunes gens, à la fois pleins d'anxiété et d'indignation, s'empressent d'aller trouver le directeur et l'engagent à fournir des hommes et la pompe de l'Hôtel-Dieu pour éteindre le commencement d'incendie.

Cette démarche n'ayant pas abouti, ils se rendent eux-mêmes à Notre-Dame. L'ouvrier qui avait donné l'alarme leur montre une petite colonne de fumée qui sortait par une lucarne; quelques voisins se joignent à eux. Faisant alors appel à l'humanité, ces internes représentent qu'il y a à l'Hôtel-Dieu cent cinquante malheureux blessés défenseurs de la commune, et qu'ils vont être anéantis par son ordre. Ces quelques mots soulèvent l'indignation des assistants, qui se joignent à la petite troupe.

Le sonneur et le bedeau, malgré les menaces qu'avaient faites les incendiaires, livrent les clefs. On ouvre alors la porte d'entrée de la rue du Cloître-Notre-Dame. La petite troupe, où les femmes, les jeunes filles, les enfants abondaient, était déjà assez imposante. Quelques-uns se risquent au milieu de cette atmosphère épaisse et brûlante, chargée de vapeurs de pétrole; l'obscurité était complète.

Après dix minutes d'anxiété et de recherches pénibles, — car à chaque instant les plus forts venaient reprendre haleine à l'extérieur, — on allait renoncer à l'entreprise, lorsque survient un pompier; on le prie de prêter son concours, ce qu'il s'empresse de faire malgré la défense faite par la commune.

Un brasier est découvert à la hauteur du chœur. On se rend maître du feu en cet endroit. Les plus aventureux marchent ensuite sur les débris fumants, et découvrent un autre brasier à la hauteur du maître-hôtel. Nouveaux efforts couronnés d'un nouveau succès.

Pendant ce temps, quelques travailleurs cassent les vitres afin d'amener un peu d'air dans cette fournaise, — ces vitres sont choisies au milieu des vitraux modernes de peu de valeur. D'autre part, on force une des grandes portes, et l'atmosphère devient un peu plus respirable. Un troisième brasier se trouvait à la hauteur de la chaire, on en vient à bout assez facilement; là, on avait amoncelé des chaises, des pupitres, des balustrades. Cet immense bûcher allait jusque sous le grand orgue, et se joignait à un autre dressé autour du grand Christ et d'une statue de la Vierge, amenés là tout exprès; des papiers étaient à la base, le pétrole avait manqué sans doute, et le feu devait atteindre ce bûcher en continuant ses ravages.

Peu à peu, le jour se fait dans la cathédrale, l'air devient respirable; hommes, femmes, enfants, déménagent ces chaises, ces balustrades amoncelées, et les portent sur la place du Parvis, sans songer à la barricade du pont d'Arcole et sans se laisser arrêter par les balles qui sont envoyées de la caserne de la Cité.

Ce travail achevé, on put se rendre compte des ravages causés par le feu : tous les troncs avaient été brisés, les tabernacles, les reliquaires défoncés et pillés, le lutrin de bronze brisé, le grand lustre crevé et renversé. L'heureuse intervention des internes avait rendu peu graves les dégâts causés par le feu : les boiseries du chœur ont été préservées presque complétement, la chaire et les orgues sont intacts; les livres saints, les chaises, fauteuils, sont en partie brûlés; les chapelles latérales ne sont pas endommagées, mais le sol est souillé en différents endroits.

Le premier sauvetage terminé, on visite l'étage souterrain, les orgues et les galeries, puis les tours, où se trouve une forêt de charpentes qui remontent à huit cents ans; son salut est dû à l'oubli ou à l'ignorance des insurgés.

Pendant ce temps, les fédérés étaient toujours maîtres des barricades des quais Saint-Michel et Montebello, ainsi que de l'île de la Cité.

On organise cependant une garde pour essayer de conserver ce qui avait été si heureusement sauvé; plus de quarante personnes se font inscrire; chacun monte la garde à son tour sans être inquiété. Vers onze heures du soir, enfin, l'île de la Cité était au pouvoir de l'armée, et la magnifique basilique était définitivement sauvée.

Plusieurs de nos confrères ont eu à subir, hélas ! les horreurs de cette guerre sinistre qui a commencé par l'assassinat et fini par l'incendie. On n'a pas oublié la première victime, le brave et dévoué docteur Pasquier, médecin en chef de l'armée de Versailles, assassiné en parlementaire à la suite du premier engagement entre nos soldats et les insurgés. Voici que quelques-uns d'entre les plus estimés et les plus aimés, les docteurs Dechambre, Laboulbène, Audhoui, Genouville, Martineau, Paris, Lacroix ont eu leurs habitations brûlées. Nous avons vu l'emplacement de la maison qu'habitait, rue de Lille, notre cher ami Dechambre, dont il ne reste pas une pierre debout. Il en a été à peu près de même de celle qu'habitait M. Genouville au carrefour de la Croix-Rouge.

Nous ne savons s'il est un sort plus déplorable que celui de notre confrère, le rédacteur en chef de l'*Union médicale*, M. Amédée Latour, enfermé plus de deux mois durant, sans pouvoir en sortir sous peine de la vie, dans sa maison de campagne de Châtillon en partie ruinée et sous le feu croisé incessant des forts et des batteries voisines. Il doit être délivré sans doute à l'heure qu'il est; mais nous n'avons pu avoir encore de ses nouvelles.

Nous n'en avons pas fini très-probablement avec la part de souffrances, de douleurs, et aussi de dévouement qui a été dévolue, pendant cette dernière épreuve, aux divers membres de la famille médicale parisienne. Nous aurons sans doute plus d'un fait douloureux ou d'un épisode touchant à raconter encore.

Mais pourquoi faut-il qu'à côté de ces actes de courage, de dévouement, de devoirs dignement remplis, de souffrances et de douleurs noblement supportées, nous ayons eu sous les yeux les exemples de défaillances et d'aberrations de quelques-uns des nôtres, en très-petit nombre heureusement et pour la plupart des déclassés. Mais leur expiation a été assez cruelle. Jetons un voile sur ce qui est déjà le passé, et ne songeons plus qu'à concourir tous, par nos efforts, chacun dans la sphère de notre activité et de notre influence, au rétablissement et à l'affermissement de ces trois choses si désirables entre toutes en ce moment : la paix, l'ordre et le travail.

Dr BROCHIN.

CLINIQUE CHIRURGICALE

De l'ostéite aiguë chez les enfants et les adolescents

Par M. le docteur SÉZARY (1)

Pour se rendre compte des particularités de l'ostéite chez les enfants et les adolescents, il importe de bien se représenter ce que sont les os longs à cette période de la vie.

La diaphyse, cylindre de substance compacte, fermé par un bouchon de substance spongieuse à chaque bout, est entourée d'une enveloppe membraneuse continue, le périoste, et surmontée à ses deux extrémités d'une demi-sphère cartilagineuse, le cartilage temporaire, qui par une ossification spontanément éclose dans son intérieur et complétement séparée du tissu osseux diaphysaire, va former l'épiphyse.

Mais ni le périoste, ni les cartilages temporaires ne sont en contact bien intime avec le tissu osseux de la diaphyse, ils en sont presque séparés par une couche épaisse de cellules embryonnaires qui proviennent de la prolifération des grosses cellules rondes de la face profonde du périoste (blastème sous-périostal d'Ollier), et des cellules du cartilage devenues libres dans les énormes boyaux dues à la fonte de la substance interstitielle.

Ces derniers se continuant avec les espaces médullaires de la substance spongieuse, et par leur intermédiaire avec la moelle du canal médullaire, formée entièrement de cellules de moelle, médullocèles et myéloplaxes de Robin, et de vaisseaux chez les jeunes sujets, il en résulte que de toutes parts la substance osseuse de la diaphyse est plongée dans une matrice de tissu embryonnaire doué d'une vitalité énorme. De plus, la couche

(1) Nous empruntons à une excellente thèse de M. le docteur Sézary, soutenue dans le cours de l'année dernière, les considérations cliniques suivantes fondées sur des faits recueillis en majeure partie dans les services chirurgicaux de l'Hôtel-Dieu de Lyon, et particulièrement ceux de M. Ollier et de M. Laroyenne.

sous périostale communique avec la moelle centrale, par les amas de grosses cellules polygonales (ostéoblastes de Gegenbaur), qui tapissent les canalicules vasculaires beaucoup plus spacieux qu'à l'âge adulte. Et tout le travail d'accroissement des os se passe dans ces amas cellulaires, les uns concourant à l'accroissement en diamètre, les autres à l'accroissement en longueur, les autres à la résorption du tissu osseux central de a diaphyse, les autres enfin à la stratification définitive des lamelles osseuses autour des canalicules vasculaires.

C'est ce tissu embryonnaire en qui se résume toute l'activité formative des os longs pendant la période du développement, qui devient aussi le siége du processus inflammatoire, sous l'influence de toutes les causes d'irritation.

S'agit-il de ces cas suraigus où, soit par l'intensité des causes prédisposantes, soit par l'intensité des causes occasionnelles, le processus inflammatoire atteint le summum de son développement, alors on voit en peu de jours, trois ou quatre en moyenne, la diaphyse entourée d'un cylindre purulent, le tissu spongieux des épiphyses infiltré de pus, le canal médullaire converti en une vaste collection purulente, et des enfants bien portants peu de jours auparavant foudroyés par l'intensité de la maladie, laissant à l'observateur l'impression bien naturelle qu'il s'agit là d'une maladie générale, diathésique.

Du reste le nombre des os atteints simultanément varie : généralement plus grand en proportion de la jeunesse du sujet. C'est à cette forme que se rapportent ces observations d'enfants nouveau-nés, ou âgés de peu de jours qui meurent avec tous leurs os baignés de pus. Telle est la belle observation de Valleix (Bouchut, *Traité des maladies du nouveau-né*, 4e édition, p. 856) d'un enfant de neuf jours, qui, après treize jours de maladie, mourut avec des symptômes adynamiques, et à l'autopsie duquel on trouva des ostéites suppurées avec décollement des épiphyses à l'humérus gauche, au radius droit, au tibia gauche, à la première vertèbre sacrée et à l'ischion. Les jointures voisines étaient saines.

Celle d'Ancell (*Méd.-chirurg. Transactions*, t. XXIII, 1838) où une enfant de neuf mois présenta pendant sa vie des tumeurs aux environs de toutes ses jointures et après sa mort des ostéites suppurées avec décollement épiphysaire sur presque tous les os longs du corps. Les articulations étaient envahies par le pus.

S'agit-il d'enfants plus âgés, les os atteints seront moins nombreux, mais les lésions seront tout aussi graves. Cavité médullaire pleine de pus collecté dans le canal médullaire, infiltré dans le réticulum de la substance spongieuse, cylindre purulent sous-périostique enveloppant toute la diaphyse, le tout, généralement limité au dedans par le cartilage de conjugaison qui sert de barrière au pus, au dehors par l'adhérence intime du périchondre à ce même cartilage. Nécrose d'emblée de la diaphyse, quelquefois sur toute sa longueur (Holmes, Letenneur, Ollier), d'autres fois sur une portion seulement de son étendue. Nous n'insistons pas sur le mécanisme de sa formation qui est partout décrit, et qui n'est autre que celui de l'étranglement.

Le fait de la nécrose a sur la marche du processus une action que nous allons développer tout à l'heure. A ce moment, les épiphyses sont décollées de la diaphyse, pour la même raison et par le même mécanisme que le périoste, et surviennent ces glissements épiphysaires, qui avaient tant frappé Klose et qu'après lui tous les auteurs ont mentionnés. Puis, du 12e au 19e jour (Chassaignac), le pus envahit les jointures voisines, soit en perforant le cartilage temporaire par des trajets canaliculaires, soit en suivant le périchondre, qui est en partie décollé, en partie détruit.

Le fait de l'envahissement articulaire par le pus est lent, secondaire. Chassaignac, qui insiste sur ce fait dans son mémoire sur l'ostéo-myélite, l'attribue avec raison à la présence du cartilage temporaire qui, beaucoup moins vasculaire, se prête beaucoup moins au processus inflammatoire.

Mais, s'il est peu vasculaire, il n'est pourtant pas complétement dépourvu de vaisseaux, comme le dit Louvet, d'après Giraldès; les noyaux d'ossification, qui se développent dans son intérieur, sont reliés par des vaisseaux à ceux qui, de la substance spongieuse, montent dans les boyaux du tissu d'ossification diaphysaire. Des noyaux d'ossification eux-mêmes partent des vaisseaux, qui ordinairement réunis deux à deux dans un même canal (une artère avec une veine), vont se terminer en cul-de-sac dans l'épaisseur du cartilage, quelques uns approchant de très-près la surface libre du cartilage articulaire (Kolliker, p. 281). Une gaîne de tissu conjonctif entoure ces vaisseaux. Il est très-probable que c'est le long de ces canaux que se propage le processus inflammatoire, et Chassaignac a parfaitement noté, dans un cas, l'acheminement du pus vers l'articulation, par quatre petits canaux qui, partis du tissu spongieux diaphysaire, aboutissent au noyau osseux épiphysaire, et de là repartaient, pour, finalement, aboutir à quatre orifices découpés comme à l'emporte-pièce sur le cartilage articulaire.

D'autres fois, le pus envahit la jointure, en suivant le périchondre épiphysaire, mais ce périchondre est très-adhérent, peu vasculaire relativement au périoste, de plus, il ne renferme pas cette couche embryonnaire que nous avons décrite sous le périoste ; aussi, l'arthrite survenue par ce procédé est-elle encore une arthrite tardive.

Il en est de même lorsqu'elle est produite par un mécanisme encore plus indirect ; le pus sous-périosté s'est répandu dans le tissu cellulaire profond, il a envahi rapidement les traînées conjonctives intermusculaires, péri-vasculaires, et, arrivé au contact des capsules fibreuses, a pénétré dans la synoviale en les détruisant.

Mais il est des cas où l'arthrite constitue un phénomène du début et se produit d'emblée par un mécanisme que nous avons mis en lumière dans un travail antérieur (1). C'est lorsque l'ostéite a envahi les extrémités supérieures du fémur, ou inférieures de l'humérus.

Dans ces deux jointures, l'extrémité de la diaphyse est tout entière comprise dans la synoviale articulaire, aussi, le pus arrive-t-il d'emblée dans la jointure : l'épiphyse est décollée de la diaphyse, mais c'est un décollement intra-capsulaire, et tandis que dans les autres jointures, l'épiphyse isolée est adjacente à une jointure restée saine, dans ces cas particuliers, elle est noyée dans un vaste abcès intra-articulaire.

Il en est de même pour l'extrémité supérieure de l'humérus et l'extrémité inférieure du péroné, mais seulement vers la fin de la période de développement, alors que les progrès de l'ossification ont fait pénétrer l'extrémité de la diaphyse dans la cavité articulaire, d'où elle n'est plus séparée que par le périoste doublé du mince épithélium articulaire.

(*A suivre.*)

DOCUMENTS

POUR SERVIR A L'HISTOIRE DU MOUVEMENT SCIENTIFIQUE PENDANT LE SIÉGE DE PARIS (1).

18 NOVEMBRE.

XXXIII. **Ambulances.** — G. Richelot publie dans l'*Union médicale* les détails suivants sur quelques ambulances de Paris.

Les ambulances sont nombreuses dans Paris. On prévoyait de terribles combats et de nombreuses victimes. Ces institutions charitables ont leur côté triste : c'est l'aspect des malades, c'est la vue des blessures, cruel produit de la folie humaine, et la pensée des souffrances et des dangers que ces blessures font naître ; mais elles ont aussi leur côté consolant : c'est le spectacle touchant des soins de toute sorte dont les blessés et les malades sont entourés, spectacle qui, au milieu des férocités stupides de la guerre, nous laisse entrevoir, comme une espérance pour un meilleur avenir, un des bons penchants de notre nature.

Les ambulances de la Presse s'imposent tout d'abord à notre attention, à nous qui appartenons à la presse scientifique ; l'*Union médicale* a eu déjà plusieurs fois l'occasion d'en parler. Les écrivains, les hommes de la pensée, à qui l'on en doit la création, ont eu à cœur de s'occuper aussi des choses matérielles de la vie. Éclairer les intelligences est un beau rôle, qui se complète par les adoucissements apportés aux souffrances du corps. Les initiateurs des ambulances de la Presse ont été puissamment secondés par le corps médical de Paris, qui s'est empressé de répondre à leur appel. Il est vrai qu'ils avaient heureusement choisi leurs intermédiaires : Ricord, Demarquay, J. Guérin. — Je veux dire aujourd'hui deux mots d'une de ces ambulances, l'ambulance Monceau.

L'ambulance Monceau est située dans un des quartiers les plus salubres de Paris, tout près du parc célèbre de Monceau, si diminué sous le dernier régime, et pourtant encore si charmant comme promenade publique. Elle a été installée dans un hôtel qui paraît abandonné depuis longtemps. Les lits, au nombre de soixante-dix, ont été répartis dans un grand nombre de salles de moyenne grandeur faciles à chauffer et donnant un libre espace à la circulation et au renouvellement de l'air. Cette ambulance, qui avait été créée plutôt au point de vue médical qu'au point de vue de la chirurgie, a reçu déjà un certain nombre de blessés, et elle en recevra sans doute bien davantage si la guerre se prolonge.

Trois médecins y consacrent leurs soins aux affections médicales proprement dites : notre distingué confrère Cazalis, médecin des hôpitaux de Paris, le docteur Ortiguier, praticien instruit, qui a exercé pendant de longues années à Chevreuse, dont il était le maire, et le docteur G. Richelot. Ces médecins ont eu à traiter quelques fièvres typhoïdes et quelques entéro-colites de moyenne gravité ; il est à craindre que ces maladies ne prennent un caractère plus sérieux à mesure que se feront sentir davantage les influences de la mauvaise saison et celles d'une alimentation peu hygiénique ; des angines simples, des bronchites, des affections rhumatismales, des fièvres intermittentes, etc. Jusqu'ici la mortalité a été nulle. Les bonnes conditions hygiéniques de l'ambulance, qui se trouve placée entre cour et jardin, ont certainement une part dans cet heureux résultat.

Les blessés sont confiés à un jeune chirurgien, homme de talent et d'avenir, le docteur Nicaise, prosecteur des hôpitaux de Paris, et j'affirme *de visu* qu'ils sont entre bonnes mains. On ne saurait trop louer l'exactitude de cet excellent et habile confrère, qui visite ses blessés régulièrement deux fois par jour, et fait les pansements lui-même ou les fait faire sous ses yeux. Bien que le service chirurgical de l'ambulance Monceau ait reçu plusieurs cas de blessures très-graves, le docteur Nicaise n'a perdu encore qu'un seul malade, et ceux qui sont maintenant en traitement paraissent, en général, être en bonne voie. Le blessé que nous avons eu le chagrin de voir mourir avait eu la cuisse gauche traversée, dans sa moitié supérieure, par une balle qui n'avait lésé que les parties molles ; ses plaies marchaient régulièrement vers la cicatrisation ; il a succombé au quinzième jour d'un tétanos traité, avec quelque apparence de succès d'abord, par les bains de vapeur et l'opium à haute dose. Sa respiration se faisait assez bien ; après avoir bu quelques gorgées de bouillon, il a été brusquement asphyxié, probablement par un spasme tétanique de la glotte.

Entre autres cas dignes d'intérêt qu'on peut observer dans le service de chirurgie, le suivant mérite d'être cité. Il s'agit d'un coup de feu qui a intéressé la colonne vertébrale sans produire d'accidents graves. La balle, heureusement cylindrique, a pénétré dans le moignon de l'épaule gauche, a filé dans l'épaisseur des chairs, derrière l'épaule, entre le thorax et la face antérieure de l'omoplate, a passé entre la moelle et la base de l'apophyse épineuse de la sixième ou septième vertèbre cervicale, en brisant les lames vertébrales, et est venue se loger sous la peau à la partie supérieure de l'épaule droite. L'existence des esquilles a été constatée par le doigt introduit dans la plaie artificiellement produite pour extraire la balle. Il y a eu, pendant les premiers jours, des signes d'hyperesthésie et un peu de gêne des mouvements dans les membres supérieurs. Bien qu'on n'ait pu reconnaître aucune lésion directe ou indirecte des poumons, le blessé a eu quelques crachements de sang, qui n'ont pas duré. Ce qui est digne de remarque et a été très-heureux, c'est que le trajet de la balle s'est réuni par première intention. Aujourd'hui tout semble annoncer une guérison prochaine.

Parmi les autres blessés nous signalerons encore :

Un jeune homme de 18 ans, dont l'avant-bras droit et le doigt annulaire gauche ont été traversés par une balle et chez lequel on a dû faire la ligature de l'artère humérale pour combattre une hémorrhagie secondaire considérable. La division prématurée de l'humérale en *trois* troncs a rendu l'opération très-pénible ;

Un soldat, qui présente une plaie pénétrante de poitrine, avec ouverture de la plèvre et lésion du poumon. Il est survenu une pleurésie purulente, qui a été traitée par les injections iodées, et qui est aujourd'hui en bonne voie de guérison ;

Enfin une plaie très-grave du bassin, avec fracture comminutive du pubis et de l'ischion, et infiltration des produits de sécrétion dans les tissus voisins, malgré les contre-ouvertures et les injections détersives.

Les médecins et le chirurgien de l'ambulance Monceau sont parfaitement secondés par deux savants pharmaciens, MM. Dethan, qui donnent généreusement une grande partie de leur temps à l'ambulance, et par plusieurs élèves, qui cherchent à s'instruire en même temps qu'ils se rendent utiles. Des frères des écoles chrétiennes remplissent les fonctions d'infirmiers avec un dévouement digne d'éloge. Il y a aussi trois religieuses, infirmières intelligentes, affectueuses, pleines de courage, que l'on peut citer comme des modèles de douceur et de bonté, et qui ont le mérite rare d'exécuter fidèlement les prescriptions médicales.

L'ambulance Monceau est administrée avec zèle et intelligence par un homme de la presse, M. Émile Hémery, qui en est l'économe-directeur. Elle est appelée à rendre de grands services dans les tristes conjonctures où nous sommes.

A côté des ambulances de la Presse vient naturellement se placer l'ambulance de la Comédie-Française, c'est-à-dire à côté de l'œuvre des écrivains du jour celle de leurs interprètes les plus aimés du public. Cette dernière est due, en effet, à l'initiative de M. Thierry, administrateur général de la Comédie-Française, et des dames sociétaires, dont les noms, étonnés peut-être de se trouver réunis dans un journal de médecine, rappellent tant de grâces et de talent : mesdames Madeleine Brohan, Dubois, Favart, Jouassain, Lafontaine, Riquier. Les médecins du théâtre, ayant à leur tête, comme doyen et directeur, notre digne et savant confrère le docteur Coqueret, ont donné tout leur concours à cet acte de bienfaisance ; et 30 lits ont été placés au milieu des objets d'art, des bustes, des statues, des tableaux, dans ces salons dorés où Voltaire semble sourire aux pauvres blessés. C'est avec un vif intérêt que j'ai visité ces élégants appartements, si rapidement transformés, et qui ne s'attendaient guère à offrir un pareil spectacle ! Là, j'ai pu voir avec quel affectueux dévouement et quelle délicatesse de sentiment les fondatrices de l'œuvre, secondées par plusieurs des artistes pensionnaires, et notamment par Mlle Marquet, prodiguent leurs soins aux blessés. Depuis deux mois, il y a toujours deux de ces dames de service ; chaque garde est de vingt-quatre heures et dure non-seulement le jour, mais encore la nuit !

C'est le docteur Coqueret qui est chargé de la chirurgie à l'ambulance de la Comédie-Française, et il s'acquitte avec talent de ce devoir difficile. Nos maîtres, Nélaton, Richet et Denonvilliers, sont associés à cette ambulance à titre de chirurgiens consultants ; les grandes opérations leur sont confiées. Trois élèves, dont un interne, deux religieuses et deux infirmiers complètent le personnel de l'ambulance.

Du 14 septembre au 10 novembre, 22 blessés y ont été reçus. Sur ce nombre, 3 sont morts, 9 sont sortis guéris, 10 sont encore en traitement. Sur ces 22 blessés on compte : 2 coups de feu à la tête ; dans l'un, la balle, traversant le képi en deux endroits, a effleuré seulement la tempe gauche et produit une plaie contuse superficielle ; dans l'autre, la balle est venue frapper en plein visage au niveau de l'aile droite du nez, au-dessous de l'œil, et s'est logée probablement dans le sinus maxillaire ; il y a eu une suppuration abondante et des douleurs dentaires ;

1 plaie contuse du thorax par un éclat d'obus, suivie de mort ; le blessé était entré à l'ambulance pour un coup de feu au pouce ; au bout de quelques jours, il accusa une douleur au côté. On reconnut une plaie contuse, avec fracture de côté, phlegmon diffus ; la fièvre s'alluma ; épanchement purulent, refoulement du poumon, mort par asphyxie ;

2 coups de feu en séton, l'un du bras, l'autre de l'avant-bras : ce dernier cas a été présenté par un officier qui avait reçu cette blessure au moment où il levait le bras pour le commandement en même temps, une autre balle vint le frapper en plein corps, mais s'aplatit sur la boucle de son ceinturon et ne produisit qu'une contusion simple ;

3 plaies par armes à feu de la main, dont une a nécessité l'amputation d'un doigt ;

2 plaies de l'abdomen dont une a présenté cette circonstance remarquable, que la balle, ayant pénétré dans la cavité abdominale, a poussé devant elle une portion de l'épiploon, qui est venue faire hernie à la plaie de sortie. Ce blessé est en pleine voie de guérison. Il a été décoré ;

1 coup de feu à la fesse ;

1 plaie contuse à la cuisse gauche, au niveau du grand trochanter. Dans ce cas, le choc de la balle a été considérablement amoindri par la présence d'un carnet qui renfermait dix-neuf lettres de la fiancée du blessé ; il n'en est résulté d'abord qu'une eschare peu étendue de la peau, qui s'est détachée et a été suivie de guérison.

---

(1) *Lyon médical*, février 1870.

(1) Voir le dernier numéro.

apparente; mais, après un temps assez long, puisque la blessure avait été reçue dans la funeste affaire de Sedan, et quand tout semblait fini, il s'est manifesté un sphacèle profond des parties molles au niveau de la plaie contuse, qui avait paru superficielle, et il s'est formé une vaste plaie, d'abord de mauvaise apparence, qui est heureusement en voie de guérison aujourd'hui;

3 coups de feu très-graves du pied avec fractures et esquilles, dont deux ont donné lieu à l'amputation, suivie de mort par infection purulente, et dont le troisième, quoique très-sérieux encore, donne cependant de légitimes espérances de guérison.

Le docteur Coqueret observe que toutes les blessures qui n'intéressent que les parties molles et qui ont été traitées par de large débridements donnent rarement lieu à des accidents, tandis que toutes celles qui se compliquent de lésions osseuses et articulaires, malgré les débridements, sont presque constamment suivies d'abcès phlegmoneux diffus. N'oublions pas de dire que notre infatigable confrère, unissant ses efforts à ceux des docteurs Cerlieu et Josat, a contribué encore à la formation d'une ambulance de cinquante lits dans les somptueux appartements du Palais-Royal, et qu'il en dirige également le service chirurgical, avec l'assistance des professeurs Denonvilliers et Gosselin. C'est notre honorable ami, le docteur Josat, qui est le président du comité de cette ambulance.

Parmi les ambulances qui sont dues à l'initiative privée, il en est qui présentent des conditions particulièrement remarquables au point de vue de la pureté de l'air, du confortable et des soins que les blessés peuvent y recevoir. Telle est celle que M. Bourières, qui appartient à la famille médicale, car c'est un des pharmaciens les plus recommandables de Paris, a établie dans un des appartements de sa belle propriété de la place du Château-d'Eau. Douze lits ont été placés dans quatre ou cinq chambres élégantes et spacieuses ouvrant sur la place et sur les boulevards, et par conséquent largement aérées. L'ambulance possède une lingerie bien approvisionnée; la pharmacie est tout près. Rien ne manquera, et comme, en bienfaisance, rien n'est complet si les femmes ne s'en mêlent, onze dames patronesses se sont réunies pour offrir leurs soins et leurs consolations aux hôtes de ce pieux asile. Parmi ces dames, qu'il me soit permis d'en citer une, qui est des nôtres, car elle est la fille d'un confrère que nous avons connu et estimé, le docteur Florian Lemaître, belle et intelligente jeune fille, qui s'est consacrée spécialement à la lingerie, qu'elle a organisée avec un zèle admirable. M. Bourières, président du comité de l'ambulance du Château-d'Eau, est aussi le directeur de cette ambulance. Sa position, comme propriétaire, et ses connaissances spéciales, comme pharmacien, rendront sa coopération précieuse à tous égards. Le personnel médical est éminemment recommandable. On y compte notre savant confrère le docteur Grange, le docteur Grosjean, dont l'habitation touche l'ambulance, le docteur Campardon fils; M. le professeur Verneuil est le chirurgien en chef. Il y a en outre trois pharmaciens ou aides-médecins, quatre autres amis du fondateur, qui consentent à faire le métier pénible mais utile d'infirmiers, quatre garçons de service, un secrétaire du Comité, un aumônier et un trésorier. Une pareille organisation est très-remarquable, et promet les plus heureux résultats. Quand j'ai eu le plaisir de visiter cette belle ambulance, elle n'avait encore reçu aucun blessé. Ceux qui y seront placés se trouveront dans les meilleures conditions possibles de guérison ou de soulagement.

Dans nos malheurs publics, cet empressement à créer des ambulances, qui constituent un grand nombre de petits hôpitaux, honore l'humanité et peut avoir des conséquences d'une haute utilité. Peut-être en résultera-t-il la conviction générale de la supériorité des petits hôpitaux, ne renfermant qu'un nombre restreint de lits, constructions légères, coûtant peu et par conséquent faciles à renouveler au besoin, sur les grands hôpitaux, où l'on entasse les malades, qui deviennent au bout d'un certain temps des foyers d'infection, constructions monumentales qui, demandant de nombreux millions, ne peuvent être reconstruites qu'après des siècles d'existence, malgré les progrès de l'hygiène hospitalière. Il est vivement à désirer qu'une statistique bien faite et collective de toutes ces ambulances, comparée à celle des grands hôpitaux, vienne un jour porter une nouvelle lumière sur cette grave question.

XXXIV. — **Val-de-Grâce.** — M. L. Colin adresse à M. Amédée Latour la lettre suivante qui donne un trait caractéristique des mobiles.

Monsieur le rédacteur en chef,

L'hôpital militaire du Val-de-Grâce a eu l'excellente idée d'acheter quelques vaches laitières. Nos malades ont donc, en fait de boissons alimentaires, le choix entre le vin et le lait; or, pour nos mobiles des départements, le choix est rarement douteux : presque tous réclament le lait.

Ils ne sont guère plus œnophiles hors de la capitale. Au moment où nous tous, médecins, prêchons la tempérance à nos troupes, mentionnons bien haut, et comme exemple, ces types vigoureux de soldats qui ne doivent aux excitations passagères de l'alcool rien de leur force ni de leur vaillance.

Veuillez agréer, etc.

L. Colin, professeur au Val-de-Grâce.

XXXV. **Ambulance de la presse.** — La *Gazette médicale* publie l'observation suivante recueillie par M. Gouin, interne du service de M. Nicaise, à l'ambulance de la rue Monceau.

PLAIE EN SÉTON DE LA PARTIE SUPÉRIEURE DE LA CUISSE, PRODUITE PAR UNE BALLE; TÉTANOS.

V..., âgé de 19 ans, engagé volontaire dans l'infanterie, est apporté à l'ambulance le 15 octobre 1870.

Le malade a eu il y a trois mois une pleurésie du côté gauche; elle a disparu sans laisser de traces. Il est sujet à s'enrhumer. Vacciné. Du reste, d'une bonne constitution.

Depuis deux mois environ, le malade porte un *chancre induré* situé dans la rainure balano-préputiale. Le chancre est aujourd'hui cicatrisé, mais il reste une induration bien nettement circonscrite. Un traitement mercuriel a été suivi pendant huit jours, puis interrompu. Le malade ne présente pas d'autres signes de syphilis.

État actuel. V... a été atteint d'une balle à la cuisse gauche au moment où il était occupé à des travaux de terrassement, ayant le corps penché en avant. La balle est entrée sur la limite de la face antérieure et de la face interne de la cuisse, sur le trajet d'une ligne allant du bord interne de la rotule à l'épine iliaque antéro-supérieure et à 21 centimètres au-dessous de cette épine; elle s'est dirigée obliquement en dehors et en haut, et est venue sortir au niveau de la partie inférieure de la face externe du grand trochanter.

Au moment où il a reçu sa blessure, V... a ressenti comme un choc violent sur la cuisse; il a pu faire cinq ou six pas, après quoi il est tombé.

Orifice d'entrée. Cet orifice est allongé de haut en bas, elliptique; ses bords sont réguliers, sans lambeaux; la peau qui le limite est légèrement ecchymosée sur les côtés de l'ellipse; au niveau de l'extrémité inférieure de cette ellipse elle présente une perte de substance aux dépens de sa face externe; le derme est comme coupé en biseau de bas en haut, vers l'orifice, et cela dans l'étendue de plus de 1 centimètre; autour de cette plaie contuse du derme, il y a une ecchymose. L'extrémité supérieure de l'orifice d'entrée présente une lésion analogue à celle de l'extrémité inférieure, mais elle existe sur la face interne de la peau, au lieu d'exister sur la face externe. Là, en effet, la peau est amincie, coupée en biseau aux dépens de sa face interne.

Cette disposition de l'orifice d'entrée indique clairement que la balle a frappé obliquement la peau; de plus, la longueur de la plaie en biseau du derme donne quelques indications sur l'obliquité du trajet de la balle. Plus la portion amincie du derme sera étendue, plus l'obliquité sera considérable; on conçoit ainsi que si la balle suit un trajet tangent au membre, il n'y aura plus qu'une plaie contuse du derme, qu'un sillon plus ou moins profond.

Lorsque l'orifice d'entrée présente cette disposition, on remarque que la portion de peau, qui est amincie aux dépens de sa face interne, se cicatrise plus lentement que les autres points de la circonférence de l'orifice.

Orifice de sortie. Il présente à peu près les mêmes dimensions que l'orifice d'entrée, à 17 centimètres duquel il est situé, mais sa forme est toute différente. Il est limité par trois petits lambeaux irréguliers, triangulaires, séparés par des angles rentrants et déjetés en dehors.

Avant d'examiner la disposition du trajet suivi par la balle, j'examine l'état des vêtements portés par le malade.

Le pantalon et le caleçon présentaient chacun deux trous d'entrée; le soldat étant penché en avant, ces vêtements faisaient des plis et la balle a traversé la base de l'un d'eux; il manquait de très-petites portions d'étoffe, que les injections ont fait sortir du trajet. On trouve aussi le trou de sortie sur le pantalon et le caleçon. Les habits sont imprégnés d'une quantité peu considérable de sang.

Trajet. Pour explorer le trajet, j'introduis le petit doigt par les orifices.

Orifice d'entrée. La peau est décollée autour de cet orifice dans l'étendue de plusieurs centimètres. L'aponévrose présente un orifice peu considérable, une sorte de fente verticale; au delà, le doigt pénètre dans un canal plus large creusé dans l'épaisseur du triceps crural et passant en avant des vaisseaux fémoraux.

Orifice de sortie. La peau est décollée aussi dans une certaine étendue autour de cet orifice; l'aponévrose offre une perforation analogue à celle qui existe près de l'orifice d'entrée; au delà on retrouve le canal musculaire. Entre la peau et l'orifice aponévrotique, on sent le bord antérieur du grand trochanter recouvert par les parties fibreuses sur lesquelles a frotté la balle.

Le malade se plaint d'un engourdissement de la cuisse; il y a de la stupeur générale, la peau est recouverte de sueurs, le pouls faible.

Traitement. Élargissement des orifices aponévrotiques avec le bistouri boutonné. Sur les plaies, compresses imbibées d'eau fraîche, renouvelées toutes les cinq minutes. Juleps gommeux avec *cinq* centigrammes d'extrait thébaïque. Vin. Bouillon.

16 octobre. L'orifice d'entrée est entouré d'une ecchymose. Douleurs plus vives, s'irradiant autour de la blessure. Pouls fréquent, faible; céphalalgie intense. Même traitement.

17, matin. 120 pulsations, bouche mauvaise, soif. Incision verticale sur la face antérieure de la cuisse à égale distance des deux orifices et passage d'un tube à drainage dans chaque moitié du trajet de la balle.

Soir. Fièvre intense, somnolence; les sueurs ont diminué. Injection d'eau phéniquée (*un* gramme pour *mille*) dans les tubes à drainage. *vingt-cinq* centigrammes de sulfate de quinine, *quarante-cinq* grammes de sulfate de magnésie pour le lendemain matin.

18. Un peu de douleur à la pression au niveau de la blessure, suppuration peu abondante, les plaies ont un aspect grisâtre; 108 pulsations, langue bonne, molle. Bouillons; à prendre tous les matins une pilule renfermant *cinq* centigrammes de protoiodure de mercure et *un* centigramme d'opium; décoction de quinquina.

19. Nuit agitée, rêves; 100 pulsations, langue bonne; la suppuration commence, la plaie répand une odeur nauséabonde.

20. Amélioration de l'état général, mais le malade a toujours des rêves. Deux fois par jour, on fait régulièrement des injections phéniquées dans la plaie.

21. Nuit bonne, pas de rêves, 80 pulsations; les plaies se détergent bien. Même traitement.

Soir. Sueurs abondantes.

22. Pendant la nuit, V... éprouve des *douleurs dans le membre malade*; suppuration abondante; des détritus sortent par l'orifice de sortie de la balle.

Soir. Les douleurs persistent au niveau des plaies.

23. Douleurs continues au niveau de la blessure. État général assez bon. Cul-de-sac en avant du grand trochanter. Une incision verticale donne accès dans le cul-de-sac, et un tube à drainage est passé entre cette incision et l'orifice de sortie de la balle. Hémorrhagie légère quelque temps après cette petite opération; elle est arrêtée par la compression immédiate.

24. Peau chaude, cauchemars continuels.

25. État général satisfaisant.

26. Quelques débris d'étoffe sont chassés par les injections détersives; suppression d'un tube à drainage; sensibilité des gencives. Juleps au chlorate de potasse.

Soir. Le malade a eu des *frissons* dans la journée; le sulfate de quinine est porté à la dose de *un gramme* en deux paquets.

27. Peau chaude, 92 pulsations; difficulté pour ouvrir la bouche, *trismus*, roideur dans le cou. *La langue est dure, les muscles sont contracturés*; la parole est gênée. On a peu insisté sur ce signe du *tétanos* survenant dès le début. Bain de vapeur d'une heure.

A quatre heures la contraction a un peu diminué;

A dix heures du soir elle augmente.

28. Nuit agitée, transpiration abondante; 104 pulsations; *élancements* dans le membre malade. Les masséters sont durs; douleur au niveau de la région sus-hyoïdienne. L'écartement possible des mâchoires est de $0^{m},01$; langue ferme. Suppression du chlorate de potasse et du sulfate de quinine. Deux bains de vapeur dans la journée, d'une heure chaque, *un* centigramme d'extrait thébaïque toutes les heures; juleps avec *quatre* grammes d'extrait de quinquina. Bouillons.

29. Pouls faible, 124; trismus, contracture de la nuque, des muscles de la face et de la langue; rien dans les membres. Les plaies sont recouvertes de bourgeons charnus un peu violacés. Enlèvement d'un deuxième drain. Suppression des pilules de mercure.

Bain de vapeur d'une heure et demie; une pilule de *un* centigramme d'opium toutes les heures. Le soir injection sous-cutanée de *soixante-six* milligrammes de chlorhydrate de morphine; les contractures sont moins prononcées; le malade se plaint toujours d'*élancements* dans la cuisse malade; il éprouve de la gêne et de la fatigue dans les reins.

30. Le malade a pris depuis hier *quarante-trois* centigrammes d'opium. Les plaies sont en voie de cicatrisation. Transpiration très-abondante, 100 pulsations, les contractures sont peu prononcées, mais toujours existent des douleurs lancinantes s'accompagnant de spasmes dans le membre malade; spasmes des masséters, le malade s'est mordu la langue. Bain de vapeur prolongé, opium.

Soir. A eu dans la journée des envies de vomir.

31. A pris depuis hier matin *quarante-huit* centigrammes d'opium, a vomi pendant la nuit; un peu d'abattement; contracture des extenseurs du membre inférieur gauche. Injection sous-cutanée, au-dessus de la plaie, de *soixante-six* milligrammes de chlorhydrate de morphine. Bain de vapeur, opium.

Soir. Injection de *soixante-six* milligrammes de morphine. Immobilité complète du membre malade, contracture légère des extenseurs du côté droit.

1er novembre. A pris depuis hier matin *quarante-deux* centigrammes d'opium. Deux bains de vapeur.

Soir. Contracture progressive des membres inférieurs et des muscles des gouttières vertébrales (opisthotonos). Injection de *quatre-vingt-deux* milligrammes de morphine.

2. A pris depuis hier matin *trente-quatre* centigrammes d'opium.

3. A pris depuis hier matin *cinquante et un* centigrammes d'opium. Rigidité des deux membres inférieurs; gêne de la respiration; rien dans les membres supérieurs. Frictions avec un liniment chloroformé. Deux bains de vapeur.

4. A pris depuis hier matin environ *cinquante* centigrammes d'opium. Douleurs lancinantes vives et fréquentes ayant leur point de départ dans les plaies les plus externes et s'accompagnant de spasmes énergiques dans les muscles du membre malade, et aussi d'une augmentation brusque de la contracture dans les autres points du corps. Cataplasme laudanisé sur les plaies. Deux bains de vapeur.

Soir. Injection de *cent vingt-quatre* milligrammes de morphine.

5. A pris *quarante-deux* centigrammes d'opium depuis hier matin; 116 pulsations. Élancements et spasmes fréquents dans le membre malade. Cataplasmes remplacés par des fomentations émollientes laudanisées. Un verre d'eau de Sedlitz.

Soir. Plusieurs selles involontaires; les muscles pectoraux et abdominaux sont contracturés, la respiration est gênée; elle est diaphragmatique. La morphine est remplacée par la narcéine, d'après les conseils de M. Cazalis, cette dernière exposant moins aux vomissements. Le malade a pris tous les jours du vin, du bouillon, *quatre* grammes d'extrait de quinquina et aussi parfois de la viande crue râpée, mélangée au bouillon.

6. A eu du délire dans la nuit, 120 pulsations, éruption sudorale sur tout le corps, gêne dans les mouvements des membres supérieurs, déjections involontaires. Injection de *soixante-six* milligrammes de narcéine au-dessus de la plaie; frictions sur les membres avec un liniment chloroformé; frictions laudanisées sur la cuisse malade.

7. A pris depuis hier matin *quarante-trois* centigrammes d'opium et *cent trente-trois* milligrammes de narcéine. La contracture est à peu près générale : quatre ventouses scarifiées à la nuque. Pour augmenter encore la sudation que l'on a toujours cherché à maintenir à un degré élevé, on ordonne une potion de :

Eau.	*cent vingt-cinq* grammes.
Tartre stibié. . . .	*un* décigramme.
Sirop	*trente* grammes.

Soir. Injection de *cent quinze* milligrammes de narcéine.

8. Le malade a pris depuis hier matin *cinquante-quatre* centigrammes d'opium et *cent trente-trois* milligrammes de narcéine. La nuit a été très-mauvaise, délire continuel, plusieurs déjections involontaires. Pouls, 108; langue sèche.

La cicatrisation des plaies a toujours marché très-régulièrement.

Soir. Gêne assez marquée de la respiration. Injection de *cent trente-trois* milligrammes de narcéine.

9. A pris depuis hier matin *soixante-trois* centigrammes d'opium.

A huit heures et demie du matin, au moment où il buvait quelques cuillerées de bouillon, le malade est pris tout à coup d'un accès de suffocation pendant lequel il succombe presque instantanément.

L'examen cadavérique n'a porté que sur la blessure, le trajet était complétement oblitéré. La cicatrisation était parfaite.

Remarques. — Avant d'insister sur les réflexions auxquelles peut donner lieu ce cas de tétanos, résumons d'abord l'observation de notre malade.

Un jeune homme de 19 ans, d'une bonne constitution, syphilitique depuis trois mois environ, est atteint par une balle qui lui fait à la partie supérieure de la cuisse gauche une plaie en séton, sans léser aucun organe important (os, artère ou nerf volumineux). Un tube à drainage est placé dans le trajet et des injections détersives et désinfectantes sont faites régulièrement deux fois par jour, tout le temps que le drain reste en place; la plaie, du reste, marche assez bien depuis le moment de sa production jusqu'à celui de sa cicatrisation complète.

Le deuxième jour après la blessure, l'état général commence

ne pas être satisfaisant; bientôt le malade a des rêves continuels; il est altéré, sans appétit; la langue est mauvaise.

Le huitième et le neuvième jour il éprouve des douleurs dans le membre malade.

Le douzième jour il est pris de frissons qui ne se renouvellent pas.

Le treizième jour on observe du trismus et de la roideur dans le cou. *Les muscles de la langue sont contracturés et durs.*

A partir de ce jour, jusqu'au 9 novembre, c'est-à-dire jusqu'au vingt-septième jour de la blessure, ou au quatorzième jour du tétanos, les contractures musculaires ont suivi une marche lente, mais progressive.

La contracture a atteint successivement les muscles élévateurs de la mâchoire inférieure, ceux de la langue, de la nuque, du membre inférieur gauche, des gouttières vertébrales, du membre inférieur droit, des muscles des parois abdominales et des parois pectorales; enfin, à un degré moins élevé, les muscles des membres supérieurs.

La contracture n'a presque jamais été poussée très-loin; les mâchoires s'écartaient toujours d'un centimètre au moins, et rarement on a été dans la nécessité de maintenir l'écartement au moyen d'un bouchon placé entre les dents (ce bouchon était fixé au dehors au moyen d'un fil, afin de pouvoir l'extraire facilement, dans le cas où il serait tombé dans la bouche). Dans les derniers jours la respiration était diaphragmatique, mais il n'y avait *aucune* menace d'asphyxie. En un mot, l'état général du malade était tel, que MM. Ricord, Cazalis, Richelot, qui veulent bien nous honorer de leurs conseils, pensaient que l'on pouvait espérer une guérison.

Le malade est mort subitement le quatorzième jour de son tétanos. La mort est due probablement à une contracture synergique des muscles du pharynx et de la glotte, provoquée par la déglutition de quelques cuillerées de liquide. Le malade, à plusieurs reprises, avait éprouvé de la dysphagie. Peut-être la contracture de la glotte a-t-elle été provoquée par la chute d'une goutte de liquide sur la muqueuse sus-glottique. Au moment où le malade buvait à la cuiller, sa tête reposait sur l'oreiller.

Un seul mode de traitement a été suivi : le malade a pris tous les jours un ou deux bains de vapeur; il a été maintenu constamment en transpiration abondante; il prenait par la bouche de *trente à soixante* centigrammes d'extrait thébaïque par jour; de plus je lui faisais des injections sous-cutanées *au-dessus* de la plaie, d'abord avec une solution de chlorhydrate de morphine, ensuite avec une solution de narcéine qui expose moins aux vomissements. Ce traitement était continué très-sévèrement, d'autant plus que l'état général laissait quelque espérance et qu'il y avait des rémissions fréquentes.

Est-il possible, d'après cette observation, de tirer quelques conclusions relatives à la nature du tétanos et au traitement de cette redoutable affection ?

Dès les premiers jours l'état général devint mauvais et l'on craignit une septicémie, un empoisonnement ayant son point de départ dans la plaie.

Le tétanos n'est-il que le résultat d'une intoxication générale d'une nature particulière ?

Les premiers symptômes présentés par notre malade peuvent bien faire croire à une intoxication; cependant, si nous pouvons émettre l'idée d'intoxication à propos du tétanos, nous ne pouvons la soutenir, car les matériaux manquent absolument.

Ce qui semble beaucoup mieux démontré, c'est l'influence d'une lésion nerveuse.

Notre malade a eu, avant les premières contractures du tétanos, des douleurs, des élancements dans le membre malade; ces élancements se sont bientôt accompagnés de spasmes dans ce même membre, puis enfin de contractures dans diverses régions du corps. Les élancements et les spasmes ont continué tout le temps de la maladie et leur fréquence coïncidait manifestement avec une augmentation des contractures dans les autres parties du corps, de même que leur diminution s'accompagnait d'une amélioration notable dans ces contractures.

Il est évident pour nous que, dans ce cas particulier, le tétanos était sous la dépendance de la lésion de la cuisse; l'irritation partie de ce point gagnait la moelle et de là les muscles du corps. On constatait nettement que des exacerbations douloureuses des contractions de la cuisse gauche s'accompagnaient de suite d'exacerbation dans les contractures des autres muscles du corps. Il y avait là une action réflexe bien manifeste.

Quelle conclusion en tirer ?

Il faut, en pareil cas, faire disparaître l'irritation locale, qui a son siége dans les nerfs.

Chez notre malade nous avons enlevé d'abord les tubes à drainage aussitôt que possible; puis on a recouvert la partie malade de cataplasmes laudanisés, ensuite de fomentations laudanisées, en même temps que l'on faisait des frictions laudanisées. De plus, je faisais deux fois par jour des injections sous-cutanées de morphine ou de narcéine, et cela au-dessus de la plaie, c'est-à-dire entre la lésion probable des nerfs et la moelle.

Y avait-il autre chose à faire ?

Ici les nerfs atteints étaient ou des branches superficielles du crural, ou et plutôt des branches cutanées du plexus lombaire; je ne pouvais donc songer à faire la section des nerfs.

En pareil cas, quand une blessure suivie de tétanos siége sur le trajet ou dans le territoire d'un tronc nerveux accessible au chirurgien, je crois qu'il serait bon de faire la section du nerf.

Si le tétanos est précédé et accompagné de spasmes douloureux ayant leur point de départ dans la blessure et que l'on ne puisse préciser *très-nettement* quel est le nerf lésé, ou bien si la *section isolée* de ce nerf est impossible, le chirurgien est alors, je crois, autorisé à avoir la hardiesse de pratiquer une amputation. Larrey père a agi ainsi plusieurs fois, et avec succès. L'amputation serait utile par la section des nerfs en interceptant toute communication entre la partie lésée et la moelle.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Etudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois.. 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 5 juin 1871.

CLINIQUE CHIRURGICALE

De l'ostéite aiguë chez les enfants et les adolescents (1).

Par M. le docteur SÉZARY.

Nous ne parlerons qu'en passant du phlegmon profond suppuré, si fréquent dans ces cas suraigus que Chassaignac le donne comme la règle, disant qu'il n'a jamais incisé un membre atteint d'ostéo-myélite, sans rencontrer le pus à tous les plans aponévrotiques, qui s'étagent de la peau jusqu'à l'os. C'est là encore un phénomène généralement secondaire qui manque au début, mais qui se produit rapidement par la diffusion de l'inflammation. Cette marche rapide, cette tendance à l'envahissement, cette malignité sont caractéristiques de la forme suraiguë, et elles tiennent aux propriétés éminemment septiques que donne au pus le contact des portions nécrosées. Billroth a particulièrement insisté sur cette propriété spéciale des os nécrosés, qu'il attribue aux substances organiques en décomposition dans les canalicules de Havers et dans la moelle. Aussi ce pus a-t-il des propriétés éminemment septiques, détruisant tous les tissus avec une rapidité inouïe, qu'on ne peut guère comparer qu'à celle du processus gangréneux envahisseur, qui suit les grandes contusions.

Chassaignac, Gamet, et surtout Klose, ont insisté sur ces destructions étendues du périoste, cet envahissement des parties molles, cet aspect gangréneux, cet odeur fétide du pus, tout chargé de débris mortifiés, et ce dernier auteur, en particulier, qui observait sur des sujets cachectiques et épuisés, avait été tenté d'en faire une forme spéciale d'ostéite.

Une autre conséquence de cette marche de l'affection est cet œdème subit qui envahit brusquement tout le membre atteint, et ces thrombus étendus que l'on retrouve dans les gros troncs veineux de la région, thrombus mentionnés en premier lieu par Klose, qui, par ce motif, y voyait une *méningo-ostéo-phlébite*, et que d'autres auteurs ont également signalés.

Nous renvoyons à Billroth pour le mécanisme de ces coagulations veineuses, dont tout le monde connaît l'importance au point de vue de la production des abcès métastatiques, si fréquente en effet dans l'ostéite suraiguë des jeunes sujets.

Telles sont les lésions recontrées dans la forme suraiguë de l'affection.

Dans les cas moins violents, moins intenses, mais qui méritent encore l'épithète d'aigus, le processus inflammatoire est localisé en un point de l'os.

C'est toujours le tissus embryonnaire que nous avons décrit, qui est le siége de suppuration, mais elle reste confinée au point où elle s'est déclarée d'emblée.

On peut alors voir une suppuration du canal médullaire ou du tissu embryonnaire qui avoisine le cartilage de conjugaison.

Dans le premier cas, ce sera l'*ostéo-myélite* de Chassaignac, dans le second, la *périostite phlgemoneuse* de Schützenberger, dans le troisième, l'*ostéite- juxta-épiphysaire* de Gamet, l'*ostéite épiphysaire* de Gosselin, le *décollement épiphysaire* de Klose.

Non pas que nous rangions sous ces noms la plupart des cas que ces auteurs ont décrits, et qui sont pour nous des cas d'ostéite généralisée, telle que nous l'avons définie. Mais il existe en réalité bon nombre d'observations, où tantôt la moelle, tantôt le périoste, ont isolément suppuré. Le pus, dans ces cas, se forme plus lentement et n'a plus ce caractère gangréneux signalé plus haut; il est crémeux, quelquefois séreux, mais presque toujours surnagé de globules huileux.

Les lésions rencontrées dans tous ces cas sont du reste intéressantes, en ce qu'elles nous offrent les résultats extrêmement variés de l'inflammation des os. En effet, tous ont cela de commun qu'au centre de la partie malade il y a du pus tout autour des néossifications, et, sur la limite, des phénomènes congestifs.

(1) Suite. — Voir le dernier numéro.

Dans les cas d'ostéo-myélite, le pus s'enkyste et peut ainsi demeurer des mois et des années sans présenter de tendance à sortir spontanément de la loge, qui lui est fermée précisément par cette néossification dont nous parlions tout à l'heure. Le tissu spongieux, dans lequel ces abcès se forment presque toujours, devient plus dense, la substance compacte la plus voisine s'épaissit elle-même par des néossifications sous-périostiques : double fait bien connu de tous ceux qui ont eu occasion de voir ces os, et qui est très-visible sur les plus belles planches de la thèse d'E. Cruveilhier. Il est vrai que cet auteur décrit ces abcès sous le nom d'*abcès des épiphyses*, ce qui semble en contradiction avec le siége que nous leur assignons. Mais il a soin de nous prévenir qu'il entend par épiphyses les extrémités renflées des os longs, donnant ainsi à cette expression un sens chirurgical plutôt que réellement anatomique. Les mêmes faits sont d'ailleurs décrits par Broca, sous le nom d'ostéo-myélite chronique, dans l'*Encyclopédie anglaise* de Costello.

Pour établir, du reste, l'étiologie de ces abcès, nous nous contenterons de citer l'observation suivante, qui est on ne peut plus probante.

OBSERVATION. — Enfant de 13 ans, atteint d'ostéite aiguë du fémur et du tibia. Trois mois après, amputation de la cuisse.

Périostite plastique de l'extrémité inférieure du fémur : *Abcès occupant le centre de l'extrémité de la diaphyse, gros comme une noix.*

A l'extrémité inférieure du tibia, périostite, plastique ossifiante : *caverne osseuse, du volume d'un œuf de pigeon, à la terminaison inférieure de la dyaphyse.*

L'épiphyse limite ce foyer de suppuration, mais n'est pas décollée. Le canal médullaire est plein de pus dans ses 2/3 supérieurs. Le péroné commence à s'emflammer (Raymond Petit, *Bull. Société anatom.*, 1865, p. 330).

Nous verrons du reste plus loin que tous les points de l'histoire de ces collections purulentes concourent à la faire ranger dans l'ostéite aiguë des jeunes sujets.

S'agit-il d'une ostéite superficielle, le pus peut se former en un point du corps de la diaphyse plus ou moins distant de ses extrémités, ou à ses extrémités mêmes. Dans les deux cas, les lésions du début seront les mêmes : collection purulente sous-périostique, perte de substance de la superficie de l'os par le mécanisme de l'ostéite raréfiante ou par formation de séquestres, néossifications sous-périostiques du pourtour de l'abcès amenant une hypertrophie partielle de l'os, ouverture spontanée de l'abcès au dehors, dans une période de temps qui a varié de huit jours à un mois.

Peu à peu, l'os augmente de volume sur une hauteur de plusieurs centimètres ; en même temps, sa moelle s'ossifie lentement ; d'abord analogue à la substance spongieuse, elle acquiert peu à peu l'aspect franchement compacte et finit par devenir plus dure que l'os normal (ostéite condensante). Ce tissu est tout particulièrement prédisposé à la nécrose par son peu de vascularité, et c'est ce qui ne manque pas d'arriver dans les interminables poussées inflammatoires auxquelles sont sujets ces malades.

Ces recrudescences d'ostéite aiguë s'accompagnent de congestion des parties molles ; pendant ces longues périodes de temps, il n'est même pas rare que des érysipèles envahissent le membre malade, et sous leur influence se produisent des éléphantiasis qui atteignent non seulement le segment du membre auquel appartient l'os malade, mais encore ceux placés au-dessous. Les os eux-mêmes y participent, et nous avons pu voir, à la suite d'ostéites de longue durée du fémur, des hypertrophies du tibia, de la rotule. Les articulations éprouvent aussi des lésions analogues : les capsules s'épaississent, des hydarthroses se produisent, d'abord intermittentes, disparaissant avec le repos, puis devenant définitives ; les ligaments articulaires se relâchent et on peut imprimer aux os des mouvements anormaux. Mais, quelque intéressantes que soient ces lésions, il en est d'autres bien plus curieuses encore, très-peu connues, bien qu'elles ne soient pas rares et que nous ayons pu les observer sur plusieurs malades, et que nous n'avons trouvées signalées que par Ollier.

Ce sont les modifications que l'os malade éprouve dans sa longueur et dans sa direction normale, suivant le siége de l'ostéite. Nous avons vu l'os s'accroître en épaisseur d'une manière anormale, par l'effet d'une irritation de voisinage survenue sur les limites du foyer de suppuration. Le cartilage de conjugaison, sous la même influence, éprouve un surcroît de nutrition qui se traduit par un accroissement exagéré de l'os en longueur. Nous avons mesuré cet accroissement sur plusieurs de nos malades. Fréquemment il était de 1 à 2 centimètres ; un fémur était allongé de 2 centimètres et demi ; un autre, de 3 centimètres ; un humérus mesurait 3 centimètres ; un tibia, 4 de plus que les mêmes os du côté sain.

Auguste-Emile M... Ostéite de l'extrémité supérieure de l'humérus qui a débuté sous forme aiguë, à l'âge de six ans et demi.

La maladie dure depuis sept ans.

L'humérus présente un allongement de 3 centimètres.

Benoît R..., atteint d'ostéite aiguë de l'extrémité inférieure du fémur, à l'âge de 11 ans.

Le fémur malade est allongé de 2 centimètres et demi huit ans après.

Louis C... a été atteint d'une ostéite aiguë de l'extrémité inférieure du fémur à 12 ans.

Le fémur malade est allongé de 3 centimètres neuf ans après.

Mais, si le foyer de l'ostéite se rapproche davantage de l'extrémité de la diaphyse, il en résultera un phénomène tout opposé : tout le cartilage temporaire éprouvera un tel surcroît d'irritation que l'ossification s'arrêtera d'abord ; puis, consécutivement, l'épiphyse se soudera prématurément à la diaphyse, et l'accroissement ultérieur de l'os sera définitivement enrayé. En sorte que, dans ces cas-là, plus le malade était jeune au début de l'affection, plus l'inégalité entre ses membres sera marquée à la fin de chaque période du développement.

Aussi trouve-t-on des raccourcissements parfois énormes. Nous avons mesuré tous ceux que nous avons eu occasion de rencontrer; nous avons ainsi trouvé des différences en longueur de 1, 3, 5, 6 et jusqu'à 7 centimètres et demi ; ce dernier sur le fémur d'un malade dont l'ossification avait été enrayée à l'âge de 8 ans.

Voici quelques-uns de ces faits :

Jean J..., atteint d'ostéite aiguë de l'extrémité inférieure du fémur, à l'âge de 15 ans.

Fémur hypertrophié dans son tiers inférieur et raccourci de 3 centimètres.

Antoine M... est atteint, à l'âge de 12 ans, d'une ostéite aiguë de l'extrémité inférieure du tibia. Entre à l'Hôtel-Dieu le 19 octobre 1869, à l'âge de 23 ans, pour une nouvelle poussée inflammatoire.

Le tibia est raccourci de 1 centimètre. Les péronés sont égaux.

Pierre L... a été atteint, à 8 ans, d'une ostéite aiguë de l'extrémité inférieure du fémur. Le fémur malade était raccourci de 7 centimètres et demi, quand il vint à l'Hôtel-Dieu dix-sept ans après.

(A suivre.)

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 15 mai 1871. — Présidence de M. DELAUNAY.

Météorologie. — *L'hiver de 1870-1871 dans le Jardin des plantes de Montpellier.* M. CH. MARTINS. A Montpellier comme à Paris et à Bruxelles, il y a eu trois périodes de froid continu dont les deux premières, celles du 1er au 12 décembre 1870 et du 22 décembre au 5 janvier 1871, se correspondent exactement. La troisième, du 9 au 15 janvier, s'est prolongée à Montpellier en s'adoucissant un peu jusqu'à la fin du mois. Le petit tableau suivant présente les minima moyens, véritable expression du froid dans ces trois périodes et le minimum absolu avec la date correspondante.

1re période (1870, déc. 1 à 12). *Minimum moyen* : Paris —3°,6; Montpellier —2°,6; — *minimum absolu* : Paris —5°,9; Montpellier —8°,0; — *date du minimum absolu* : Paris, 5 déc. Montpellier, 8 déc.

2e période (22 déc. 1870 à 5 janv. 1871). *Minimum moyen* : Paris —7°,2; Montpellier —10°,2; — *minimum absolu* : Paris —11,2; Montpellier —16,1 — *date du minimum absolu* : Paris, 24 déc., Montpellier, 31 déc.

3e période (1871, janv. 9 à 15). *Minimum moyen* : Paris —4°,6, Montpellier —7°,9; — *minimum absolu* : Paris —8°,0; Montpellier —13°,1; — *date du minimum absolu* : Paris, 15 janv.; Montpellier, 15 janv.

Un premier fait à signaler, c'est que dans ces trois périodes les minima absolus sont plus bas à Montpellier qu'à Paris, et, par conséquent, le froid a été plus intense dans le midi. Les minima moyens de Montpellier sont également plus bas que ceux de Paris dans les deux dernières périodes. Dans la première seule, du 1er au 12 décembre, le froid a été plus persistant à Paris.

Passons à l'étude des moyennes mensuelles. A l'Observatoire de Paris, la moyenne de décembre 1870 a été de —0°,7, au jardin des plantes de Montpellier, de 1°,86. En janvier, la moyenne du jardin des plantes de Montpellier n'a été supérieure à celle de Paris (—0°,8) que de 0°,7, et, celle de février, de 1°,71; la moyenne de l'observatoire ayant été de 6°,0. Mais les moyennes usuelles n'accusant pas les oscillations de la température de chaque jour, nous

allons étudier les maxima et les minima moyens de chaque mois en particulier.

Décembre 1870. A l'Observatoire de Paris le minimum moyen de ce mois a été de — 2°,88. Au Jardin des Plantes de Montpellier de — 2°,28. Le froid a donc été aussi intense dans l'une que dans l'autre station. Il n'en est pas de même pour la chaleur relative de la journée; à Paris, elle s'est élevée en moyenne à 1°,01, à Montpellier à 6 degrés. Le nombre des jours de gelée étant à Paris de 23, n'a été que de 12 à Montpellier. Ces résultats prouvent ce que la considération des périodes de froid nous avait déjà fait entrevoir, c'est que le thermomètre s'est tenu en moyenne plus haut à Montpellier, mais qu'il est descendu pendant quelques nuits sereines plus bas qu'à Paris. C'est surtout du 22 au 31 du mois que l'écart entre les deux stations a été considérable : à Paris, le minimum moyen de ces dix jours a été de — 7°,99; à Montpellier il est descendu à — 9°,67. Le minimum absolu de cette période et de l'hiver ayant été de — 11°,2 le 24 décembre à l'Observatoire de Paris, le thermomètre est descendu à — 16°,1 le 31 décembre au Jardin des Plantes de Montpellier.

Janvier 1871. Ce mois a été décidément plus froid à Montpellier qu'à Paris. La moyenne permet seulement de le soupçonner, la considération du minimum moyen le démontre. A Montpellier, ce minimum a été de — 5°,50; à Paris, de — 2°,56 seulement. La comparaison des jours de gelée aux deux stations confirme ces résultats: à Montpellier il est de 28, à Paris de 19. Néanmoins, comme en décembre, nous trouvons que pendant ces jours le thermomètre s'élevait en général plus haut à Montpellier, puisque le maximum moyen a été de 5°,30 et de 0°,75 à Paris.

Février 1871. Beaucoup plus tempéré que janvier dans les deux stations; il a été comme celui qui le précède plus froid à Montpellier qu'à Paris : en effet le minimum moyen étant de 2°,92 dans la capitale, celui que j'ai observé n'est que de 1°,86. De même aussi il y a eu douze jours de gelée dans le jardin que je dirige et quatre seulement à Paris. Mais toujours la chaleur de la journée a compensé dans le midi le froid de la nuit et relevé ainsi la moyenne : en effet à Paris le maximum moyen atteint seulement 9°,16; à Montpellier il s'élève à 13°,56.

La neige blanchit rarement les champs du Languedoc et, quand elle tombe, elle disparaît au bout de peu de jours. Cet hiver une première chute de 6 centimètres a eu lieu le 4 décembre, une autre de 25 centimètres le 25 du même mois et une de 5 centimètres le 10 janvier. Cette couche de 30 centimètres a fondu très-lentement et les dernières flaques persistaient encore dans les stations ombragées du jardin au commencement de février.

Si nous comparons l'hiver dernier à Montpellier aux 19 autres qui l'ont précédé, nous n'en trouvons aucun dont la moyenne soit aussi basse. En effet, la moyenne de ces 19 hivers est de 5°,61, et celle de l'hiver dernier 3°,16 : il a donc été relativement plus froid que celui de Paris. En effet, à Paris la différence entre l'hiver 1870-1871 et l'hiver moyen déduit de 50 ans par M. Renou est de 1°,43; à Montpellier elle est de 2°,45. Dans les deux hivers les plus froids que j'aie supportés, ceux de 1854 et 1864, les moyennes ont été de 4°,20 et 4°,25, nombres supérieurs à celui de 1870-1871. Examinons les mois en particulier.

La moyenne de décembre, déduite des 19 dernières années, a été de 3°,60. Jamais, dans ce laps de temps, elle n'était descendue au-dessous de 3 degrés. En décembre 1870 elle a été de 1°,86.

Pour janvier l'écart a été encore plus considérable. La moyenne générale de ce mois (1852-1870) est de 5°,02; la moyenne de janvier 1871 est donc de 5°,12 au-dessous de cette moyenne générale. A Paris, la même différence ne s'élève qu'à 3°,12. Ai-je besoin d'ajouter que, dans le midi, la température de janvier n'a jamais été aussi basse? Celle de 1855 était encore de 1°,03.

Comme à Paris, février a été relativement chaud à Montpellier. La moyenne générale de ce mois est 6°,40, celle de 1871 n'est donc que de 0°,40 au-dessous de la moyenne générale, et je compte cinq hivers, ceux de 1853, 1854, 1860, 1864 et 1865, où elle a été plus basse; en 1860, cette moyenne est descendue à 2°,88. A Paris, l'écart est encore plus considérable, et la moyenne de 1871 étant de 2°,35 au-dessus de la moyenne générale de 50 ans, ce mois de février a été été réellement d'une douceur exceptionnelle.

La température de l'eau d'un grand puits à roue du jardin de 11m,50 de profondeur, dont 7 mètres d'eau, était, au 1er décembre 1870, de 12,3°; au 1er janvier 1871, de 10°,2; au 1er février, 9°,8; au 1er mars, 10°,4; au 1er avril, 10°,7.

En résumé, quoique la température moyenne de l'hiver dernier à Paris ait été seulement de 1°,83, tandis que celui de Montpellier a pour moyenne 3°,16, il n'en est pas moins vrai que le froid a été plus prolongé et plus rigoureux dans le nord de la France, quoique Montpellier soit de 5°,14' plus rapproché de l'équateur que Paris. Mais la cité languedocienne n'est plus sous l'influence du *Gulf-Stream*; son climat est continental, et l'écart entre la température du jour et celle de la nuit s'accentue beaucoup plus qu'à Paris : de là des journées chaudes à cause de la sérénité habituelle du ciel, qui permet au soleil de réchauffer le sol et l'air, mais aussi des nuits plus froides dues à l'intensité du rayonnement nocturne avec un ciel étoilé et un air calme, car le vent du nord qui règne pendant le jour tombe presque toujours vers le soir pour recommencer le lendemain.

Les effets de cet hiver exceptionnel sur la végétation ont été désastreux. Des arbres indigènes, tels que les chênes verts, les pins d'Alep, les oliviers, les cyprès, les lauriers d'Apollon, les grenadiers, les figuiers ont souffert dans leurs branches, dans leurs troncs, ou même ont été tués jusqu'aux racines exclusivement; mais ces effets ont été très-variables suivant les localités, les expositions, les abris et l'élévation. Presque partout on constate que dans ces nuits froides il y avait accroissement de la température avec la hauteur, et les arbres situés sur les collines et les flancs des montagnes ont été moins maltraités que ceux de la plaine et des vallées.

La séance est levée à cinq heures.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 7 décembre 1870. — Présidence de M. Alph. GUÉRIN.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :
— Le dernier numéro de l'*Union médicale*.

LECTURE

M. VERNEUIL donne lecture de l'observation suivante :

Blessure de l'artère humérale par arme à feu. — Guérison spontanée de la plaie artérielle; absence de suppuration de la plaie des parties molles. — M. M..., 26 ans, officier de la garde mobile, fut blessé au bras gauche, le 18 octobre au matin, par un coup de révolver, involontairement déchargé sur lui.

La douleur fut minime, mais le sang s'échappa en abondance, et en quelques instants imprégna les vêtements qui recouvraient le membre.

M. M..., transporté chez lui, fut visité par son médecin, qui prescrivit le repos, les applications froides sur le point blessé, et me fit mander.

Nous vîmes M. M..., à cinq heures du soir. Le bras fléchi à angle droit, reposait sur un coussin: l'hémorrhagie ne s'était pas reproduite; quelques caillots peu volumineux recouvraient seulement la plaie d'entrée. Point de douleurs, sensation d'engourdissement et de pesanteur dans l'avant-bras et la main, avec légère diminution de la température appréciable au toucher, mais conservation de la sensibilité sur tous les points du tégument et du mouvement dans tous les muscles.

Le pouls manque absolument aux artères radiale et cubitale; nous le cherchons sans plus de succès au pli du coude et dans le tiers inférieur du bras; au contraire, on le distingue nettement au tiers supérieur, dans le tiers moyen on constate une légère tuméfaction sur le trajet de l'artère humérale et là, dans l'étendue de plusieurs centimètres de longueur et de trois centimètres environ de largeur, on perçoit des pulsations très-évidentes avec expansion appréciable. L'auscultation n'est pas pratiquée dans la crainte d'imprimer au membre des mouvements nuisibles. Ces constatations nous font admettre une section de l'artère humérale avec commencement d'anévrysme faux primitif.

Les commémoratifs et l'examen de la blessure appuient ce diagnostic. En effet, le projectile est de petit calibre, cylindro-conique et de 7 millimètres de diamètre. Or, les blessures faites par ces balles ne donnent lieu qu'à une hémorrhagie insignifiante quand elle ne traverse que les tissus cutanés et musculaires, et, le blessé affirme que le sang est sorti en abondance et en bouillonnant. Un vaisseau important a donc été atteint, et comme en ce point l'artère humérale ne donne pas de branche notable, elle seule a pu fournir l'hémorrhagie.

Le trajet de la balle est aussi concluant. Entrée par la partie antérieure du bras vers la partie moyenne; à l'union du tiers interne avec les deux tiers externes de la face antérieure du biceps, cette balle est sortie à l'union de la face interne avec la face postérieure du bras. En raison du grand développement des muscles, la distance entre les trous d'entrée et de sortie mesure environ 9 à 10 centimètres.

On comprend très-bien que l'artère humérale ait été comprise dans ce trajet, on peut seulement s'étonner que les nerfs satellites n'aient point été touchés; le petit volume du projectile explique seul cet heureux hasard.

Les trous d'entrée et de sortie sont à peu près égaux et de petite dimension remplis seulement par un caillot de quelques millimètres.

Malgré la bénignité apparente de la blessure, on pouvait redouter le retour de l'hémorrhagie ou l'accroissement de l'anévrysme faux déjà manifesté. Je songeai donc à prévenir au plus tôt l'une et l'autre de ces éventualités en découvrant le point blessé et en liant les deux bouts de la plaie artérielle.

L'absence de gonflement et d'inflammation, la proportion minime de l'épanchement sanguin avaient rendu facile cette petite opération. Le point blessé devant se trouver nécessairement à l'intersection du trajet de la blessure et de la ligne fictive qui indique la situation normale du vaisseau.

J'ajournai cependant l'exécution de la ligature parce que le jour baissait, que je n'avais qu'un aide à ma disposition et que d'ailleurs il n'y avait pas urgence. Je pris cependant quelques précautions.

Une attelle de bois léger en forme d'équerre et convenablement garnie fut placée sous le membre et assujettie de façon à assurer l'immobilité complète; des compresses pliées en plusieurs doubles et imbibées d'un liquide résolutif et refrigérant furent appliquées sur le bras, avec recommandation de les renouveler sans cesse. Le trajet de l'artère ayant été marqué à la face interne du bras, je montrai à un parent du blessé la manière de comprimer le vaisseau avec la main au cas ou le sang reparaîtrait.

Je construisis même avec une boucle et quelques compresses graduées, un petit appareil qu'il eût été facile d'appliquer en attendant l'arrivée d'un secours médical.

Quelques grains d'opium furent prescrits pour assurer une nuit tranquille et prévenir l'agitation physique et morale.

Rendez-vous fut pris pour le lendemain matin. Sur ces entrefaites, j'eus l'occasion de rencontrer notre éminent collègue M. Larrey et de lui demander conseil, il m'engagea à ne point me presser et à différer l'opération, à moins de nécessité pressante.

A onze heures, nous retrouvâmes les choses dans le même état que la veille.

L'épanchement sanguin n'avait pas augmenté, les battements semblaient même amoindris, nulle douleur locale, point de traces d'inflammation ni aux orifices, ni dans la profondeur de la plaie. Le pouls radial n'avait pas reparu.

Les jours suivants ne furent marqués par aucun incident. La tumeur sanguine disparut peu à peu, remplacée par une induration diffuse assez étendue. Les battements cessèrent sur le quatrième jour, et les plaies recouvertes d'une petite croûte noirâtre se cicatrisèrent sans suppuration. L'immobilisation complète du bras à l'aide de l'attelle coudée fut néanmoins maintenue pendant une quinzaine de jours. Mais la guérison semblait effectuée longtemps auparavant. Je revis M. M..., le 5 et le 20 novembre. Sauf le pouls absent et une légère roideur tenant à l'immobilité prolongée et à l'induration persistante de la gaîne des vaisseaux, le membre m'a paru dans les conditions normales. A peu près complétement rassuré sur les chances de la formation ultérieure d'un anévrysme, j'ai permis à M. M... de se servir modérément du bras et de reprendre ses fonctions militaires.

Si, comme je le crois, la blessure de l'artère humérale ne peut être contestée, l'observation qui précède ne laisse pas d'être curieuse et de fournir un exemple assez rare de guérison spontanée d'une section artérielle par projectile de guerre.

Le petit volume de celui-ci, l'étroitesse et la longueur du trajet, surtout l'absence d'inflammation et de suppuration, l'immobilité prolongée du membre sur l'utilité de laquelle Amussat insistait jadis avec tant de raison, ont certainement contribué à divers titres à l'hémostase spontanée, provisoire d'abord, puis définitive. Au reste, je rapprocherai ce fait de celui que j'ai communiqué l'an dernier à la Société, et dans lequel une balle de révolver ayant blessé la carotide et la jugulaire, il en résulta un anévrysme artério-veineux, qui persiste encore aujourd'hui, mais qui n'a jamais déterminé d'accidents graves.

La plaie, unique en ce cas, s'était également cicatrisée sans suppuration, fait moins exceptionnel au reste qu'on ne le croit.

Les chances d'arrêt définitif d'une hémorrhagie après hémostase provisoire doivent elles faire abréger cette règle si sage d'aller à la recherche du vaisseau blessé et d'en lier les deux bouts? Je ne le pense pas, et je crois qu'un fait exceptionnel tout en conservant son intérêt, ne doit pas faire loi.

L'abstention est réellement indiquée, si le trajet de la plaie n'est pas exposé à s'enflammer et à suppurer, si le malade est d'une bonne constitution et n'est pas menacé d'accidents généraux, si enfin le milieu est favorable. Dans les conditions contraires, les hémorrhagies secondaires sont si menaçantes et si probables, qu'on ne doit pas hésiter à prendre contre elle la précaution par excellence, c'est-à-dire la ligature des deux bouts du vaisseau blessé.

M. BOINET parle de deux cas de blessure par balle, de l'artère humérale, observés par lui.

Dans le premier cas, les nerfs médian et cubital avaient été touchés. Il y eut deux hémorrhagies consécutives que la compression a pu arrêter. L'artère humérale s'étant oblitérée spontanément, on ne percevait plus en ce moment les battements de la radiale et de la cubitale — après une suppuration prolongée, le malade guérit sans anévrysme consécutif.

Dans le second cas, malgré l'arrêt spontané et primitif de la circulation dans les artères du membre (absence de battements dans les artères radiale et cubitale), le malade eut trois hémorrhagies consécutives qui obligèrent M. Boinet, après des tentatives infructueuses de compression, de pratiquer la ligature de l'axillaire au niveau de la racine du bras.

M. GUÉRIN demande à M. Verneuil si le blessé a éprouvé, au moment de l'accident, la douleur vive et caractéristique qui accompagne l'arrêt brusque de la circulation dans une grosse artère.

M. VERNEUIL répond que le malade n'a ressenti qu'une douleur médiocre, ce qui s'explique par le peu de dégâts produits par la balle du révolver.

M. GUÉRIN pense que la raison invoquée par M. Verneuil ne saurait suffire pour expliquer l'absence de douleur, attendu que celle-ci est due uniquement à l'arrêt de la circulation, et non aux dégâts plus ou moins grands des tissus ambiants. Dans la ligature des gros troncs artériels des membres, les choses se passent exactement de même.

M. GIRALDÈS approuve M. Verneuil et insiste comme lui sur la nécessité de lier dans la plaie l'un et l'autre des deux bouts artériels, attendu que la plupart du temps les hémorrhagies consécutives se font par le bout inférieur.

M. BOINET ne conteste nullement l'opportunité de ce précepte, bien que la ligature du tronc principal puisse suffire dans certains cas, comme dans l'observation dont il a fait mention.

Cicatrisation sans suppuration des trajets de balle. **M. VERNEUIL**, se fondant sur six cas qu'il a été à même d'observer dans ces derniers temps, se demande s'il y a réellement lieu de s'attacher à un mode de traitement qui viserait à un pareil résultat.

Déjà Gustave Simon, cité par M. Legouest, avait proposé de pratiquer à cet effet l'excision des deux orifices, qu'il suturait ensuite, en même temps qu'il exerçait une compression sur tout le trajet. Avec nos idées sur les plaies contuses ce procédé parait au premier abord antiphysiologique. Malgré cela, il était permis de tenter quelque chose dans ce sens, et c'est ce que fit M. Verneuil en essayant le pansement par occlusion (baudruche collodionée), pansement qui lui avait fourni d'excellents résultats dans les fractures de jambes compliquées de plaie.

Les résultats obtenus n'ont pas répondu à son attente, et même, dans un cas de plaie en séton du bras, s'étendant depuis l'acromion jusqu'à l'olécrâne, il eut à combattre un vaste phlegmon gangréneux qui mit la vie du malade en péril.

Il est bon d'ajouter toutefois que dans ce cas la balle avait fracturé l'acromion comminutivement, et passé profondément sous le triceps, ce qu'on ignorait au début, ne voulant pas explorer le trajet, qu'on avait cru sous-cutané, et comme tel devant se prêter à une réunion immédiate. Partant de ces faits négatifs, et de la nécessité qu'il y a de ne jamais laisser les trajets de balles inexplorés, M. Verneuil n'hésite pas à condamner la réunion par première intention.

M. BLOT, se fondant sur des faits qu'il a été à même d'observer, pense que la réunion sans suppuration n'a lieu qu'alors que le projectile est d'un petit volume, tels que : grains de plomb, petites balles de révolver, éclats métalliques d'une petite dimension, etc.

M. GIRALDÈS pense qu'il faut tenir compte de la forme du projectile. C'est ainsi qu'avec la balle olivaire dont se servent les Prus-

siens on observe plus souvent la réunion sans suppuration qu'avec les balles rondes, et surtout les cylindro-coniques, qui déterminent le plus de dégâts. Ensuite il y a là une question d'individu qui doit être prise en considération.

L'avivement des plaies par armes à feu a été proposé par Larrey le premier, pour celles de la face.

Le chirurgien américain Haward, qui pendant la guerre de la Sécession avait été chargé tout particulièrement du traitement des plaies de poitrine, avait proposé l'excision et la suture pour ce genre de plaies. Il n'a eu à enregistrer que des insuccès.

On sait, d'autre part, que l'occlusion spontanée des orifices du trajet, à une époque peu éloignée du début, expose souvent au phlegmon et à des abcès; aussi M. Giraldès ne craint pas de repousser cette pratique, d'autant plus que l'exploration du trajet lui paraît une chose indispensable.

Pour cette exploration, M. Giraldès préfère le doigt, après avoir débridé au besoin l'orifice extérieur.

Il cite à l'appui un cas où, pour s'être contenté de l'exploration à l'aide de sondes, un confrère avait pris pour une balle enclavée dans l'os coronal la cloison des sinus frontaux. Le malade, après avoir été soumis à de vaines tentatives d'extraction, fut dirigé au Val-de-Grâce, et c'est alors que M. Giraldès put reconnaître, à l'aide du doigt, qu'il n'y avait lieu de faire aucune espèce d'extraction.

M. Marjolin, tout en ayant observé des cas de réunion sans suppuration, ne les considère pas moins comme très-exceptionnels, et pense que l'on doit porter un pronostic d'autant plus réservé que des délabrements étendus des parties molles, et même des fractures, passent souvent inaperçus à un premier examen.

La séance est levée à cinq heures un quart.

Le secrétaire annuel : F. Panas.

DOCUMENTS

POUR SERVIR A L'HISTOIRE DU MOUVEMENT SCIENTIFIQUE PENDANT LE SIÉGE DE PARIS (1).

20 NOVEMBRE

XXXVI. **Ordre du jour.** — M. Fouquet (Auguste), médecin aide-major aux mobiles du Morbihan, est mis à l'ordre du jour avec cette mention :

Très-calme en pansant les blessés sous le feu de l'ennemi; très-dévoué, plein de zèle, a quitté la Malmaison le dernier.

XXXVII. **Ambulances.** — La commission supérieure des ambulances arrête le règlement suivant relativement à la répartition des blessés et des malades, à l'alimentation et à l'inspection des ambulances :

Art. 1er. Il est choisi dans chaque secteur, à l'effet de répartir les blessés et les malades entre les diverses ambulances, un hôpital dit hôpital répartiteur.

Ces hôpitaux sont les suivants :

1er secteur. — Hôpital Saint-Antoine.
2e — Hôpital Saint-Louis.
3e — Hôpital Saint-Martin.
4e — Hôpital Lariboisière.
5e — Hôpital Beaujon.
6e — Hôpital du Gros-Caillou.
7e — Hôpital Necker.
8e — Hôpital du Val-de-Grâce.
9e — Hôpital de la Pitié.

Art. 2. Les conducteurs des voitures destinées à l'enlèvement des blessés, après s'être conformés aux prescriptions de l'arrêté de M. le Gouverneur de Paris (arrêté du 20 octobre 1870, dont le libellé est annexé au présent règlement), sont tenus de conduire aux hôpitaux répartiteurs qui leur auront été désignés tous les blessés qu'ils relèveront, soit le jour du combat, soit même les jours suivants.

Art. 3. Les chirurgiens des hôpitaux répartiteurs sont chargés de décider, selon la nature ou la gravité des blessures, quels sont les blessés qui devront rester à l'hôpital et dans les ambulances diverses qui ont été annexées audit hôpital, conformément au tableau dressé à cet effet.

Art. 4. Tout malade ou tout blessé envoyé dans une ambulance sera muni d'une pièce administrative délivrée par l'hôpital répartiteur; mention exacte de cette pièce sera faite sur le registre de l'ambulance.

Si les nécessités du moment amenaient dans une ambulance un malade ou un blessé qui n'aurait pu présenter cette pièce, le médecin-directeur ou le propriétaire de l'ambulance devra faire, à l'hôpital auquel l'ambulance est annexée, la déclaration de l'entrée des malades ou des blessés admis d'urgence.

Art. 5. Pour permettre entre les diverses ambulances la répartition des malades, et pour assurer à ces derniers les soins les plus rapidement efficaces, les directeurs de toutes les ambulances seront tenus de faire parvenir chaque jour au directeur de l'hôpital auquel l'ambulance est annexée un bulletin constatant la situation de l'ambulance, la veille au soir, et indiquant exactement le nombre des entrées, le nombre des sorties, celui des décès de la journée, comme aussi le nombre des malades blessés présents dans l'ambulance.

Des instructions spéciales fixeront la forme de ces bulletins, ainsi que leur mode d'expédition.

Art. 6. Cet état, certifié par le médecin ou par le chirurgien de l'ambulance, servira, sous leur responsabilité spéciale, à établir le chiffre des rations alimentaires qui, pour assurer le bien-être des malades et des blessés, seront délivrées à chaque ambulance soit contre espèces, soit gratuitement, par l'économe de l'hôpital auquel l'ambulance est annexée.

Chaque directeur d'ambulance est tenu de faire lui-même diligence pour recevoir ces rations alimentaires, selon les indications particulières que donnera l'économe de l'hôpital.

Art. 7. Les diverses ambulances, de quelque provenance qu'elles soient, sont inspectées :

1° Par les membres de la commission supérieure;
2° Par les intendants militaires ou par leurs délégués;
3° Par les médecins militaires de chaque secteur.

Ces derniers sont autorisés, selon les circonstances, à provoquer auprès du médecin en chef de l'armée soit le retour dans l'hôpital, soit la sortie définitive du malade ou du blessé. A cet effet, ils donnent aux directeurs des ambulances les indications nécessaires et veillent à ce que le directeur de l'hôpital auquel l'ambulance est annexée soit régulièrement informé des décisions intervenues à ce sujet.

Art. 8. Conformément à la convention internationale de Genève, il est interdit à toute ambulance d'arborer les insignes internationaux tant qu'il n'y a ni malades ni blessés dans l'ambulance.

Il est également interdit d'arborer les mêmes insignes sur des voitures qui ne servent pas dans le moment au transport des malades ou des blessés.

Fait à Paris le 20 novembre 1870.

Le président de la commission des ambulances,
Jules Ferry.

Approuvé :
Le gouverneur de Paris,
Général Trochu.

Approuvé :
Le ministre de l'intérieur, Jules Favre.
Le ministre de la guerre, Général Le Flô.

XXXVIII. **Une lettre sur Paris.** — Peu de jours avant l'investissement, M. Ratisbonne adressait la lettre suivante à M. Jules Janin. Cette lettre nous peint si bien et si finement, que nous la donnons comme *prologue* de notre malheureux siége de Paris.

LE THÉATRE DE LA GUERRE. — LA PIÈCE, LES AUTEURS, LES ACTEURS, LE PUBLIC.

Lettre à Jules Janin.

Le pain du lundi, le feuilleton des théâtres, a manqué hier; il avait déjà manqué la semaine passée. Vous vous taisez, cher et paternel ami, vous si ponctuel, vous, notre infatigable, notre choyé et aimé J. J. Vous avez brillé deux fois par votre absence au rez-de-chaussée du *Journal des Débats*. Et cependant il y a encore à Paris, qui le croirait? quelques théâtres ouverts où l'on joue la comédie ou le drame, et un demi-public qui essaye d'écouter ces fictions. Ce n'est pas parce que vous êtes en Normandie que vous ne nous en dites rien. Vous voyez cela d'ici avec votre bonne lorgnette, vous entendez de loin, et d'ailleurs vous nous raconteriez cela, au besoin, avec d'autant plus de charme, d'entrain et d'impartialité, que vous n'auriez rien vu, rien entendu. La goutte? Est-ce la faute de la goutte? Non, ce n'est pas elle. La goutte, quand vous l'avez à la main, voire aux deux mains, n'atteint pas cette droite féminine, tendre et fidèle, qui saisit votre parole au vol et la suit sur le papier; et quand l'ennemie vous prend aux jambes et vous cloue au fauteuil, elle vous laisse toujours debout sur votre phrase ingambe. Non, vous êtes triste, n'est-ce pas? triste à mourir, vous pourtant, l'homme à la bonne humeur inaltérable, vous qui défiez le chagrin comme la maladie, qui savez souffrir en riant de ce rire clair et sonore que connaissent vos amis, et qui réjouissait naguère encore, sans les effaroucher, les oiseaux de votre jardin. Vous refusez aujourd'hui de sourire, n'est-ce pas? Vous êtes muet devant ce tonnerre?... C'est que vous êtes un pacifique, comme moi, quoique je sois arrivé en volontaire pour la défense de Paris. Vous suivez du regard un drame qui vous prend au cœur et à la gorge et vous empêche de parler. Vous entendez quelque chose de plus horrible que la musique de l'avenir, le son de la mitrailleuse, le bruit d'une toile qui se déchire, la toile de ces tragédies-là, et vous êtes en proie comme nous, comme tout ce qui a un cœur français, comme tout ce qui a un cœur humain, à un cauchemar qui dure depuis trois semaines, mille fois plus terrible que le songe d'Athalie. Quel spectacle! la science moderne prêtant toutes ses forces à la vieille barbarie et décuplant les hécatombes que la Guerre offre à la Mort : deux grandes nations civilisées ruées l'une sur l'autre et faisant pleurer cent mille mères en un jour! Vous les voyez ces armées qui s'étreignent huit jours de suite, ces régiments foudroyés, ces escadrons culbutés et précipités, hommes et chevaux, dans des abîmes où ils tombent les uns sur les autres, les chevaux écrasant les cavaliers armés qui s'enferrent sans le vouloir, et s'entretuent dans le gouffre en se débattant! On appelle ce tableau *les Carrières de Jaumont*. Au moins là c'est notre victoire. Mais ailleurs les héros, nos héros français, pliant sous le nombre batailles sur batailles, toutes effroyables, les parapets de cadavres où s'abritent les canons, le sang coulant, et, nous dit-on, inondant la terre comme une pluie d'orage! Voilà les images de cette pièce moderne, voilà les scènes qu'elle nous offre. Le soir on se repose. Pourtant la bombe décrit encore sa parabole dans l'air sombre et tombe sur la ville endormie, sur la cité patriotique qui s'appelle Strasbourg ou Phalsbourg, et qui ne veut pas se rendre. La lune éclaire en paix les champs du carnage, et, vers le ciel impassible, un murmure s'élève de la terre fumante où frémissent les mourants cachés parfois sous les morts. On les relève alors ces héros inconnus, ceux dont le cœur bat encore, ceux dont le cœur a cessé de battre et battait peut-être si tendrement. Il y en a un auquel je pense toujours : vous savez, ce capitaine français qui tenait dans sa main gauche crispée une lettre d'enfant qu'il avait serrée en mourant contre son cœur. Cela commençait ainsi : « Mon cher papa », et finissait : « J'espère que tu reviendras bientôt embrasser ta petite Marguerite!... » Et le spectacle indicible des ambulances et des blessés qu'on ne peut secourir, et les fermes incendiées, les villes ouvertes qui sont pillées! les paysans ruinés qui fuient éperdus! Et cette douleur humiliante qui domine toutes les douleurs particulières et nous arme pour tous les sacrifices, notre mère commune, notre chère et malheureuse France, surprise, livrée, vaincue, mordue au flanc par l'invasion, et la tache prussienne grandissant, s'étendant, couvrant ou inquiétant dès à présent dix-sept départements, menaçant le cœur, menaçant Paris!

Paris, c'est de notre Paris, dont vous êtes loin, que je voulais vous parler, et de la physionomie qu'il prend au milieu de tels événements. Cette physionomie est mobile, elle change pour ainsi dire tous les jours. Ce n'est plus depuis longtemps (il y a un mois que le drame a commencé, mais ce mois est gros comme un siècle), ce n'est plus le bruit et la chanson guerrière entremêlée des cris des premiers jours. Nous étions, là-dessus, du même avis. La chanson de guerre est superbe, entonnée par des soldats en marche; mais le refrain : *A Berlin!* poussé souvent par des hommes qui venaient de chez le marchand de vin et qui y retournaient, nous laissait froids. Depuis lors, à Wissembourg et à Wœrth, il y en a eu des nôtres qui l'ont poussé, ce cri, et qui ont été sublimes, eux, quoiqu'ils soient restés en chemin et tombés bien loin du but. Il y en a eu un (avez-vous lu ce fait?) un soldat, le dernier survivant du bataillon, qui, entouré d'ennemis et pressé de se rendre, se précipita, pour toute réponse, dans la mêlée de fer en poussant ce cri : *A Berlin!* comme s'il voulait forcer la destinée, et qui tomba percé de mille coups.

A mesure que les événements ont pris une sinistre tournure, Paris, je parle du boulevard et de la rue, est devenu grave sans rien perdre de sa confiance. Le mouvement populeux de la grande ville n'était arrêté nulle part; mais c'est surtout au centre, sur le boulevard, de la Madeleine au faubourg Montmartre, que ce mouvement se portait. On y faisait des cercles en plein vent, désorganisés quelquefois par le poing des sergents de ville, et se reformant un peu plus loin. Çà et là, sur les refuges, à l'angle des rues et des boulevards, près des kiosques où l'on s'arrache comme manne les journaux, des groupes se formaient où l'on discutait avec animation, mais sans désordre. Pendant quinze jours, l'espionnage a sévi.

Que de fois nous avons retourné la tête à cette exclamation : *Enlevez le Prussien!* Ce Prussien conduit au poste avec une escorte de gamins, c'était ou un prêtre inoffensif signalé par un drôle, ou un bottier qui avait eu le tort de réclamer sa note, que sais-je? J'ai vu conduire ainsi à la mairie comme Prussien, et relâcher cinq minutes après heureusement, un pur zouave, enfant de ma ville natale, de mon héroïque Strasbourg. Son accent alsacien l'avait rendu suspect. Où cette suspicion affolée s'arrêterait-elle? Cette fièvre, surexcitée par quelques journaux, paraît coupée pour le moment. On a fait sortir d'ailleurs tous les vrais Prussiens qu'on pouvait craindre.

Le boulevard et la rue, vous le savez, sont en tout temps un champ d'observations fertiles. Je me suis amusé quelquefois à me mêler aux groupes et à suivre les causeries. Parfois, je l'avoue, la comédie au boulevard m'a distrait du drame poignant à la frontière; j'ai oublié un instant, je m'en accuse, et les revers, et la colère de la défaite, et la revanche espérée, pour rire des hommes mes frères, et recueillir dans ma mémoire des traits de caractère ou quelques-unes de ces plaisantes fleurs d'imbécillité humaine qui ne manquent jamais. On dirait que les événements graves ont le privilége de les faire lever et qu'elles s'épanouissent alors pour nous forcer à un éclair de sourire au milieu de nos angoisses.

Les caractères s'accentuent dans les crises publiques, ils poussent des boutures inattendues, et la nature est si féconde, si variée, que c'est un spectacle où l'on peut se distraire. Que de types, que de figures précieuses dans cette comédie qui naît du drame? Il y a le bavard, le muet, l'agité, l'homme qui se prétend informé, Dieu sait comme! le diseur qui affecte de ne rien vouloir dire et qui ne sait rien, l'homme qui a des plans et des idées pour battre l'ennemi et assurer la défense de Paris, le stratégiste sans emploi qui promène les armées à sa fantaisie, l'alarmiste qui vous annonce, le jour de la bataille de Forbach, que les Prussiens sont à Saint-Denis, l'optimiste qui vous dit : « L'ennemi marche sur Paris? Tant mieux : La Sarre et le Rhin sont à nous! » Il y a le *Snob* parisien qui s'indigne que le maréchal Bazaine le laisse se morfondre sans lui envoyer toutes les heures des éclaircissements sur ses mouvements. « Enfin, dit-il, la dernière dépêche est d'hier onze heures du soir, et aujourd'hui midi pas de nouvelles! » On cherche à lui démontrer que le secret est indispensable aux opérations militaires. Le curieux s'apaise. « Qu'on nous dise au moins où sont les Prussiens; c'est tout ce que je demande. » Un prud'homme d'État répond d'un ton grave : « Vous dire où est le roi de Prusse, y songez-vous? Vous voulez donc qu'on l'éclaire sur ses propres positions? » Un ivrogne fait scandale devant un café du boulevard. « Ah! (avec un juron formidable) si j'avais un fusil! » Un sergent de ville fend la foule qui se rassemble : « Ne faites pas de bruit, venez avec moi à la mairie, on vous en donnera un fusil, et vous pourrez partir comme volontaire! » L'ivrogne s'en allant : « Ah! moi, je vas vous dire : ce n'est pas aux Prussiens que j'en veux, c'est à ces canailles de Cosaques! » J'ai eu le bonheur d'entendre cette conversation : « Vous qui avez été juré, croyez-vous vraiment que ce pauvre diable de Hart, qu'on a fusillé comme espion et qui est mort avec courage, fût vraiment un espion? — Je suis sûr que non, mais on a bien fait de le fusiller pour l'exemple. — Si l'on n'a rien à lui reprocher, n'est-ce pas un peu sévère? — Oui, sans doute; mais nous sommes dans des temps exceptionnels; en temps de paix ordinaire, je l'aurais condamné seulement à perpétuité. »

Le fusilier Dumanet et son frère passent devant moi. « Je te dis que l'Empereur va les cerner dans les coins, ces Prussiens. Laisse-le faire. Il connaît son affaire, le vainqueur d'Austerlitz. Ça chauffe, et il va se donner là-bas un fameux coup de chien! » Vous auriez au moins ajouté : Comme dit Bossuet.

Je rencontre un ami; il me dit tristement : « Je ne vis plus »; et moi plus tristement encore : « Qui est-ce qui vit? On est presque honteux de n'être ni blessé ni mort. » Cependant Mme Prudhomme au bras de son mari : « N'est-il pas à craindre, mon ami, que cette guerre ne fasse perdre au chef de l'État quelque chose de sa popularité? »

Je n'ai pas attendu la réponse de M. Prudhomme.

Depuis deux ou trois jours, Paris a encore changé d'aspect. C'est le Paris des grands jours, c'est Paris qui prend les résolutions suprêmes. Il s'apprête à faire face à l'ennemi, si l'ennemi a l'audace

(1) Voir le dernier numéro.

de se présenter. Il fait partir autant qu'il peut les enfants et les femmes, laisse fuir les timides, plus femmes que les femmes et que les enfants. Et parmi ces timides, dire qu'il y en a, j'en connais, qui voulaient la guerre, qui appelaient Prussiens ceux qui luttaient pour conserver la paix! Ils proposaient de signer une adresse pour sommer M. Thiers de donner sa démission de député. M. Thiers n'était pas prêt, ils étaient prêts, eux. En effet, ils lèvent le siége et décampent avant que Paris ne soit assiégé.

Au milieu de ces fuites, d'autres arrivent malgré eux. La banlieue effrayée se réfugie sous l'aile de la capitale. Paris se vide et se peuple en même temps. Les gares sont encombrées. Aux barrières, l'immense remue-ménage des approvisionnements. Ce sont partout de longues files de bétail affamé et qui tire la langue; on leur livre le bois de Boulogne et les alentours; partout des voitures de déménagement, des chariots chargés de pauvres meubles, des voitures qui portent des blés et des fourrages. Comment tout ce pauvre monde qui les conduit campera-t-il à Paris? C'est triste à voir. Les abords des mairies sont assiégés, on y commente à voix basse dans les groupes les dépêches affichées et celles qui ne viennent pas et qu'on attend. Le clairon et le tambour font entendre leurs appels. Des soldats de la ligne, des mobiles, des fantassins de la marine casernés dans les forts vont et viennent par troupes ou isolés, confondant leurs uniformes bigarrés. De temps en temps, des escouades de sergents de ville conduisent à la préfecture leur razzia de drôles et de pauvres diables qu'on éloigne de Paris. Vous le sentez bien, il y a dans tout cela une immense angoisse.

Les destinées de la France vont se décider bientôt. Que dis-je? Elles se décident peut-être en ce moment. « Faisons notre devoir, et laissons faire aux dieux! » Le résultat final pour la patrie, je le connais. Malheur à l'Europe si la France était abaissée! Elle s'agiterait sans repos sur son lit d'humiliation; elle rejetterait bientôt son linceul avec un soupir à la face de l'Europe ennemie. Elle a commis des fautes, et quelles illusions elle a eues, nous le savons. Mais cette race héroïque que le ciel a protégée pendant tant de siècles, et qui a éclairé le monde en l'affranchissant, ne sera pas condamnée à tout jamais dans un jour de céleste colère. Elle sortira triomphante de cette épreuve, et reprendra le cours de ses gestes divins. La victoire lui reviendra, et le peuple français ne périra pas.

Merses profundo, pulchrior evenit, comme vous diriez, mon cher ami, c'est-à-dire comme parle Horace :

Plongez-le dans l'abîme, il remonte plus grand.

LOUIS RATISBONNE.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments ou autres objets).

—

Traité des fractures non-consolidées ou pseudartroses, par le docteur BÉRENGER-FÉRAUD, médecin principal de la marine. In-8 de 700 pages. — Prix : 10 francs.

Comptes rendus des séances et mémoires de la Société de biologie (tome XXI de la collection, année 1869). 1 volume in-8 de 627 pages et 6 planches lithographiées et coloriées. — Prix : 7 francs.

Des troubles de la sensibilité générale dans la période secondaire de la syphilis et notamment de l'analgésie syphilitique, par le docteur FAID, médecin de l'école du Caire (Égypte). In-8 de 134 pages. — Prix : 3 fr. 50.

Des méthodes générales d'opération de la cataracte et en particulier de l'extraction linéaire composée, par Paul YADES, docteur en médecine. Paris, 1870, 1 gr. in-8 de VIII-77 pages. — Prix : 3 fr.

De l'hyoscyamine et de la daturine. Étude physiologique et applications thérapeutiques, par le docteur LAURENT, ancien interne des hôpitaux de Paris. Brochure in-8, avec figures dans le texte. — Prix : 3 fr.

De l'intervention chirurgicale dans les étranglements internes, par M. CHARPENTIER (P.), 1 vol. in-8, 1870. — Prix : 2 fr. 50 centimes.

Plaies pénétrantes de l'abdomen et procédé de suture nouvelle pour la guérison des anus contre nature, par M. GOYARD, 1 vol. in-8, avec figures, 1870. — Prix : 2 fr.

De la congestion pulmonaire simple, par le docteur BOURGEOIS, ancien interne des hôpitaux de Paris. Brochure in-8 de 90 pages. — Prix : 2 francs.

Armées en campagne. — Considérations relatives aux hommes et aux chevaux. — Prix : 2 fr., au profit des pauvres.

De quelques applications de l'électricité à la thérapeutique (courants continus, bains électrisés), par le docteur CHAPOT-DUVERT. In-8 avec figures dans le texte. — Prix : 1 fr. 75.

Traité des maladies chroniques, par le docteur THOMPSON, traduction de l'anglais. Brochure in-12 de 80 pages. — Prix : 1 fr.

Du fonctionnement des ambulances civiles et internationales sur le champ de bataille, par J.-P. BONNAFONT, médecin principal des armées, en retraite, membre correspondant de l'Académie impériale de médecine, etc. In-8. — Prix : 50 centimes.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

Le journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois. . . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 6 juin 1871.

Nos lecteurs n'apprendront pas sans intérêt dans quelle situation se trouvent nos établissements scientifiques et nos établissements d'assistance, à la suite de l'affreux cataclysme qui les a tous menacés et qui, heureusement, n'en a atteint que quelques-uns.

Voici en quels termes il a été rendu compte à l'Académie des sciences, dans la séance du 29 mai, par M. Chevreul, de l'état du Muséum d'histoire naturelle et de la manufacture des Gobelins, placés l'un et l'autre sous sa direction ; par M. Yvon Villarceau, des pertes éprouvées dans une partie des bâtiments de l'Observatoire, celle qui est destinée aux observations et aux travaux de géodésie astronomique, et par M. Elie de Beaumont, de la situation de l'École des mines.

MUSÉUM.

(Déclaration de M. Chevreul.)

C'est avec une satisfaction bien vive que j'annonce à l'Académie que le Muséum d'histoire naturelle a heureusement échappé aux dangers qu'il a courus et à l'incendie dont il a été menacé toute la journée du mercredi 24.

Les dommages qu'il a éprouvés sont peu de chose, relativement à ce qui pouvait arriver.

Qu'il me soit permis de dire à l'Académie combien nos confrères, M. Decaisne pour les serres et les jardins, M. Milne-Edwards pour la ménagerie et les collections de son service, M. Delafosse pour les galeries de minéralogie et de géologie, et M. de Quatrefages pour la galerie d'anthropologie, ont déployé de zèle et d'activité dans cette circonstance où toutes les collections du Muséum pouvaient être anéanties. Combien j'ai regretté que notre confrère M. Blanchard et M. le professeur Deshayes, logés loin de nous, aient, pour cette raison, été obligés d'interrompre, de temps en temps, les services qu'ils ont rendus au Muséum, empêchés par la force d'y parvenir lorsqu'ils l'auraient voulu.

Enfin M. Gervais, logé hors de l'établissement, mais dans son voisinage, n'a épargné ni son temps ni sa vie même pour veiller à la conservation des collections de l'anatomie comparée. Si des faits parlent en faveur du logement des professeurs au muséum, opinion que j'ai toujours soutenue, les événements sont là pour la justifier.

Dans les circonstances si graves auxquelles nous venons d'échapper, il est de mon devoir de dire aux amis de la science ce qu'ils doivent de remercîments aux professeurs du Muséum dont je viens de citer les noms.

GOBELINS

(Déclaration de M. Chevreul.)

Il ne s'est trouvé aucune autorité aux Gobelins, lorsque le feu y a été mis, mais des tapissiers, prenant l'initiative, ont prêché d'exemple ; la part du feu a été faite courageusement, et avec une grande intelligence.

L'incendie a détruit 80 mètres de bâtiments composant :

1° La galerie ouverte au public ;

2° Un atelier renfermant six métiers ;

3° Trois salles renfermant trois broches chargées de fils teints ;

4° L'école de tapisserie ;

5° Un atelier de peinture ;

6° Une partie du magasin des plâtres destinés à l'enseignement du dessin.

La perte vraiment désastreuse est la collection des tapisseries depuis Louis XIV jusqu'à nos jours.

Le projet des incendiaires était de brûler tous les bâtiments.

C'est au courage de tous les employés des Gobelins, et des honnêtes gens du quartier, hommes, femmes et enfants, qu'on est redevable de la conservation des bâtiments qui ont échappé à l'incendie ; et si, dans un tel désastre, il m'est permis de dire un mot de moi, on me le pardonnera en faveur du sentiment de reconnaissance qui me le dicte, c'est que, sans ce courage, sans ce zèle, les Gobelins n'existeraient plus, et dès lors auraient disparu les produits de mes recherches sur la laine et le suint auxquelles je me livre depuis bientôt un demi-siècle.

OBSERVATOIRE. — Géodésie astronomique.

(Note de M. Yvon Villarceau.)

Dans la prévision du bombardement de l'Observatoire par les Prussiens, les instruments de géodésie avaient été rentrés dans leurs caisses et déposés dans une des pièces du rez-de-chaussée où je m'étais réfugié pendant le siége.

Deux obus ayant alors éclaté à peu de distance de la fenêtre et l'un d'eux ayant projeté des débris enflammés dans l'intérieur de la pièce, je me retirai dans une autre pièce, séparée de la principale par une mince cloison en planches à laquelle étaient adossées les caisses des instruments : ces caisses superposées me servaient de rempart.

Lundi dernier, 22 mai, je songeai à mettre à l'abri de la destruction deux Mémoires inédits et des Tables numériques qui avaient nécessité plusieurs centaines de pages de calculs : le parti de la Commune ayant émis la prétention d'étendre sa domination sur les établissements publics, il ne m'était pas venu à l'esprit que ce fût dans le but de les détruire. Aussi déposai-je sans défiance mes papiers sur des tablettes adossées à la cloison dont je viens de parler, mais du côté opposé à celui des caisses contenant les instruments géodésiques.

Dans la nuit du 23 au 24 mai, seize à dix-huit personnes, dont les trois quarts composés de femmes et d'enfants, s'étaient réunies à l'étage supérieur de la tour de l'est ; elles furent averties, un peu après minuit, que *le feu était à l'Observatoire*. Une seule issue permettait de s'échapper : on en profita pour gagner une cabane destinée à servir d'abri à l'héliostat de Foucault : de là on vit effectivement de vives lueurs d'incendie, mais dont la source était extérieure à l'Observatoire.

Quand le jour fut venu, on se hasarda à sortir, non sans crainte de rencontrer les gens de la Commune. C'est alors que nous constatâmes que les incendiaires avaient brisé l'un des panneaux de la porte du magasin de la géodésie et avaient mis le feu aux caisses. Les habitants de l'Observatoire étaient parvenus déjà à éteindre l'incendie ; mais j'eus la douleur de constater que l'instrument le plus précis et le plus complétement étudié que possède l'Observatoire a subi les plus graves avaries : des pièces métalliques ont été en partie fondues, et il est douteux qu'il soit possible de tirer parti de ce qu'il en reste, sans le remettre pour ainsi dire à neuf.

Cela est d'autant plus regrettable que l'instrument de Rigaud a été employé de 1864 à 1870 dans les expéditions géodésiques, et, comme je l'ai dit, complétement étudié. La perte n'est pas seulement une perte matérielle, puisqu'il faudra recommencer sur l'instrument restauré, ou sur un autre, des études qui exigeront beaucoup de temps et de patience. On sait, par exemple, qu'un cercle dont les erreurs de division ont été déterminées a une bien plus grande valeur que n'en avait le même cercle à sa sortie des mains de l'artiste.

Le porte-microscopes d'un autre instrument, construit par M. Eichens, a également été détruit.

Une pendule astronomique, faisant partie du matériel de la géodésie, paraît avoir échappé à l'incendie ; la caisse seule aurait brûlé.

Les papiers déposés sur les tablettes ont été atteints par l'incendie ; mais, grâce aux cartons dans lesquels une partie était contenue, il n'y a eu que quelque feuillets de carbonisés.

Ces affreux ravages nous empêcheront sans doute de participer prochainement aux grands travaux de l'Association géodésique internationale qui devait siéger à Vienne en septembre 1871, et avait invité le gouvernement français à s'y faire représenter. Mais nous nous consolerons en faisant voir, dans une autre note, que si nous abandonnons un instant les opérations sur le terrain, la France pourra du moins revendiquer la première solution qui ait été produite du problème de la *vraie* figure de la Terre.

En l'absence momentanée du directeur de l'Observatoire, je n'ai point à faire connaître les dégâts qui ont été occasionnés dans les services auxquels je suis étranger, ni ceux qu'ont pu subir le monument et les coupoles.

ÉCOLE DES MINES

(Note de M. Élie de Beaumont.)

L'École des mines n'a été endommagée que par l'explosion de la poudrière du Luxembourg. Les vitres et les ustensiles en verre des laboratoires ont été en grande partie brisés ; mais les collections n'ont éprouvé ni dégâts, ni dilapidation.

(On sait que plusieurs parties des constructions et des galeries avaient été atteintes par le bombardement de l'armée allemande.)

La *Sorbonne*, l'*École de médecine* avec ses annexes de l'École pratique, l'*École de pharmacie*, l'*École de droit* (1), n'ont point été atteintes.

L'*Institut* et l'*Hôtel des monnaies* ont été sauvés au moment où les incendiaires allaient y mettre le feu. Il en a été de même du *Collége de France* et de l'*École normale*.

De toutes nos grandes et riches bibliothèques, nous n'avons à regretter — et c'est déjà beaucoup trop — que la *Bibliothèque du Louvre*, qui contenait une précieuse et unique collection littéraire et historique de plus de 100,000 volumes, comprenant des correspondances manuscrites, des documents historiques, des éditions rares, — elle a été brûlée de fond en comble ; la bibliothèque également très-riche en documents historiques et administratifs de l'*Hôtel-de-Ville* et celle de la *Préfecture de police*. La *Bibliothèque nationale*, la *Bibliothèque Sainte-Geneviève*, les bibliothèques de l'*Institut*, *Mazarine* et de l'*Arsenal*, quoique toutes menacées, ont été heureusement préservées.

L'*Imprimerie nationale*, le *Conservatoire des Arts-et-Métiers* et les *Archives* ont été conservés intacts. Ces établissements paraissent avoir été oubliés.

L'*École des Beaux-Arts* a échappé également au désastre. On avait déposé dans les caves les manuscrits les plus précieux de la bibliothèque.

Enfin le *Ministère de l'instruction publique* est aussi resté hors d'atteinte.

Les bâtiments de l'administration générale de l'*Assistance publique*, qui constituaient l'une des grandes constructions annexes de l'Hôtel-de-Ville, donnant sur la place de l'Hôtel-de-Ville, le quai de Gèvres et l'avenue Victoria, sont complétement détruits. Il n'en reste que les murs de façade. L'autre construction annexe, comprenant les bureaux des travaux publics, ceux de l'alimentation de Paris et une partie des archives, est détruite également.

Quant aux hôpitaux, on devine le sort qu'aurait eu l'*Hôtel-Dieu* sans la prompte extinction de l'incendie commençant de Notre-Dame. Nous ne sachons pas qu'aucun autre de nos établissements hospitaliers ait eu à souffrir autrement que par le voisinage des combats qui ont eu lieu dans presque tous les quartiers de Paris.

On cite parmi ceux qui ont le plus souffert et qui ont eu les dégâts les plus considérables, Lariboisière, Saint-Louis, Necker et la Pitié. Nous n'avons pu avoir encore jusqu'à présent de détails assez précis pour évaluer l'importance de ces dégâts et les pertes que l'on peut avoir à regretter.

Parmi les grandes ambulances nous pouvons, à bon escient, citer le Palais du Luxembourg, qui, après avoir échappé aux menaces et aux projets réitérés d'incendie, et tout ébranlé encore par l'explosion de la poudrière qui a fait d'innombrable dégâts dans l'intérieur, a eu sa façade de l'Est tout abîmée par les boulets, les obus et les balles que dirigeaient sur elle les fédérés des barricades de la rue Soufflot et de la place du Panthéon. L'appartement qu'occupait notre confrère M. le docteur Lucien Boyer dans cette partie du Palais a reçu plusieurs obus, qui ont mis tout son riche mobilier en éclats. Cette partie du Palais renfermait environ une soixantaine de malades, momentanément confiés à nos soins, et qui ont pu heureusement être mis à l'abri à temps.

On ne peut que se féliciter, au milieu de ces horrribles désastres, que les établissements universitaires, ainsi que les autres établissements consacrés aux sciences, aux lettres, aux arts et aux industries scientifiques, aient relativement si peu souffert, quand on sait surtout que le programme de la Commune était la destruction de tous les monuments et de tous les édifices de Paris.

Dr B...

CLINIQUE CHIRURGICALE

De l'ostéite aiguë chez les enfants et les adolescents

Par M. le docteur SÉZARY (1)

L'ossification prématurée du cartilage temporaire n'est pas, du reste, la seule cause qui produise de pareils raccourcissements ; il faut en attribuer une partie à des déviations singulières qui surviennent à l'union de la diaphyse et de l'épiphyse, et dont voici le mécanisme : sous l'influence de l'irritation qui va amener l'ossification prématurée du cartilage temporaire, ses cellules prolifèrent, passent à l'état embryonnaire, sa substance fondamentale s'imbibe, se ramollit, et, pendant un certain temps, la diaphyse est unie à l'épiphyse par un tissu mou, peu résistant, et qui cède facilement aux tractions qu'exercent les muscles voisins sur leurs points d'insertion. Il en résulte des incurvations constamment les mêmes pour les mêmes os, et que nous avons surtout bien observées aux extrémités inférieure du fémur et supérieure du tibia.

L'épiphyse et la diaphyse fémorale forment un angle saillant en avant, qui se traduit par une convexité antérieure, grâce à la couche si épaisse que forme le triceps fémoral en ce point.

L'épiphyse et la diaphyse du tibia au contraire, forment un angle rentrant en avant, beaucoup plus sensible à l'œil et au toucher, grâce à la position superficielle de l'os.

(1) Les fédérés chargés de la défense de la place du Panthéon avaient reçu la mission de fusiller au dernier moment les professeurs et employés logés dans les bâtiments de l'École de droit, ainsi que les administrateurs de la bibliothèque Sainte-Geneviève, les prêtres de la paroisse de Saint-Étienne-du-Mont et les fonctionnaires du collége Henri IV.

(1) Suite. — Voir les numéros des 7 et 10 janvier 1871.

Chez un malade de Laroyenne, le ramollissement du cartilage de conjugaison de l'extrémité inférieure du fémur se traduisit sous les yeux du chirurgien par un déplacement de l'épiphyse et de la jambe en dehors, survenant d'une manière lente et progressive.

La cuisse présentait un raccourcissement de 1 centimètre.

Lorsque le tibia éprouve dans sa longueur la modification dont nous venons de parler, le péroné, continuant à croître normalement, il en résulte des changements permanents dans la situation des deux os par rapport l'un à l'autre.

Dans le cas où le tibia s'allonge, la mortaise péronéo-tibiale se déforme, l'astragale, repoussé en bas par le tibia, mais retenu en dehors par les ligaments externes de l'articulation tibio-tarsienne, bascule autour de sa face externe et le pied avec lui, de manière à se porter en valgus. Cette déformation signalée par plusieurs observateurs (E. Cruveilhier, Ollier), était portée à un tel point sur un malade de Delore, que ce chirurgien dut réséquer un fragment du tibia pour rétablir le pied dans sa position normale. D'autres fois le péroné se luxe sur le tibia dans son articulation supérieure.

Dans le cas où l'ossification du tibia est prématurément arrêtée, le péroné continuant à croître, l'articulation tibio-tarsienne n'éprouve aucune modification, mais le péroné, devenu trop long, se luxe sur le tibia dans l'articulation péronéo-tibiale supérieure.

Des faits analogues doivent se passer à l'avant-bras : mais l'ostéite de ces os est beaucoup plus rare, et il ne nous a été donné d'en observer aucun. Dans ses expériences sur l'allongement des os, Ollier a pu reproduire toutes ces déformations : il a signalé en particulier des incurvations de l'os resté sain, quand on arrêtait l'accroissement de l'autre. Le musée pathologique de l'École de Lyon possède une pièce d'anatomie pathologique *humaine*, où le cubitus s'est incurvé à côté du radius arrêté dans son développement.

Siége de l'ostéite. — Les divers os sont atteints dans l'ordre de fréquence suivant :

Tibia	56 fois.
Fémur	47 —
Humérus	10 —
Péroné	3 —
Radius	2 —
Cubitus	1 —
Total	119 fois.

Ce qui saute aux yeux dans ce tableau c'est la grande fréquence de l'ostéite aiguë aux membres inférieurs, et surtout au tibia et au fémur, fait déjà signalé par les auteurs. Aux membres supérieurs l'humérus est assez souvent pris, très-rarement les os de l'avant-bras.

Chez quelques-uns de ces malades il y avait concurremment des ostéites des os plats : omoplate, os iliaque, maxillaire inférieur, os du crâne, sacrum. Nous avons négligé ces faits, d'ailleurs très-rares.

Ces 119 cas d'ostéite ne se rapportent du reste pas à 119 malades différents, attendu que, dans plusieurs d'entre eux, comme nous l'avons dit plus haut, il y avait plusieurs ostéites concomitantes.

Il était intéressant de chercher si, dans ces cas, il y avait symétrie par rapport au plan médian dans les os atteints; symétrie sur laquelle insiste Ollier, et qu'ont signalée incidemment d'autres auteurs.

Or, dans 16 cas où il y eut plusieurs os longs d'atteints simultanément, il n'y eut que 5 fois symétrie des lésions.

3 fois les deux tibias s'enflammèrent simultanément; dans un de ces cas un fémur était atteint.

2 fois les deux fémurs étaient pris ensemble, et dans ces deux cas il y eut un tibia d'enflammé.

Dans tous les autres cas les lésions se répartissaient, sans ordre apparent, sur les os longs. Chassaignac a mentionné un cas où les os de toute une moitié du corps étaient pris : nous n'avons pas retrouvé cette coïncidence.

Nous aurions pu essayer de déterminer la proportion des cas où la diaphyse était prise à sa partie moyenne et de ceux où elle était prise dans une de ses portions juxta-épiphysaires. Mais cette recherche ne pouvait aboutir qu'à des résultats tout à fait illusoires.

En effet, sur le vivant, il est très-difficile d'établir avec précision le siége de l'affection : dans les cas suraigus, l'inflammation à marche galopante peut être indifféremment rangée dans ces deux variétés d'ostéite.

Dans les cas plus circonscrits, les phénomènes de voisinage masquent le lieu précis de l'ostéite, et tout ce qu'on peut se permettre d'avancer c'est que l'ostéite siége à la partie moyenne, ou vers une des extrémités de la diaphyse. Dans le premier cas, il n'y a pas de doute, c'est une ostéite de la diaphyse, mais dans le second, comment affirmer que le processus a débuté sur les limites du cartilage de conjugaison?

Voudrait-on s'appuyer sur le fait de l'ossification prématurée de ce cartilage, du raccourcissement de l'os et des incurvations consécutives que nous avons décrites, que ces remarques perdraient encore de leur valeur, si l'on se rappelait que dans ces cas déterminés par ostéite chronique, et par conséquent de longue durée, le processus inflammatoire peut fort bien n'avoir envahi que consécutivement les points de l'os en question : et d'autant plus que ces résultats ne se prononcent qu'à la longue, et par le fait même de la durée de l'affection.

Resteraient donc les cas où il y a eu autopsie. Mais, outre qu'alors on n'aurait plus la proportion établie sur tous les cas d'ostéite, les mêmes objections persistent encore. En effet, s'il y a ostéite suraiguë, on trouve des lésions tellement étendues qu'il est difficile de se prononcer : et si l'affection est plus légère, la mort n'étant survenue qu'à la longue, les lésions se sont succédé par poussées successives, et il est encore plus difficile de se prononcer d'une manière absolue.

Restent seulement quelques cas types, où le doute n'est pas possible qui permettent de décrire à part les formes extrêmes de la maladie, mais qui, on le comprendra, ne peuvent suffire pour établir la proportion de fréquence et juger la question entre les divers auteurs qui ont écrit sur ce sujet.

(*A suivre.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 16 mai 1871. — Présidence de M. Bouvier.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

M. LE PRÉSIDENT fait part à l'Académie de la perte douloureuse qu'elle vient de faire dans la personne de M. le professeur Payen, membre associé libre.

Suite de la discussion sur l'infection purulente.

M. COLIN donne lecture d'un mémoire sur l'action des matières purulentes introduites dans l'organisme.

Les expériences rapportées dans ce travail se rattachent d'une manière très-directe à l'objet de la discussion présente, car elles ont pour but de résoudre cette question : « Comment agissent isolément, c'est-à-dire séparées des éléments figurés, les matières septiques résulant de l'altération du pus à la surface des plaies, matières dont la résorption doit s'opérer avec une extrême facilité? »

M. Colin a expérimenté avec du pus altéré spontanément à la surface des plaies, du pus fétide de clapiers ouverts, du pus altéré après son extraction, de la sanie gangréneuse et divers produits de sécrétion plus ou moins décomposés. Tous ces liquides ont été préalablement filtrés, après avoir été étendus d'eau s'ils étaient trop épais; par conséquent, débarrassés de tout ce qui les rendait aptes à la formation des embolies capillaires, sauf cependant des infusoires et des bactéries que les fibres ne peuvent arrêter.

Les résultats généraux de ces recherches tendent à prouver que la matière putride agit tantôt à la manière d'un poison énergique, tantôt à la manière d'un ferment qui, à dose faible, provoque l'altération du sang, et enfin quelquefois à la façon d'un virus qui produit un état morbide défini susceptible de se transmettre par inoculation.

De tous les modes d'introduction, c'est l'injection dans les veines qui met le mieux en évidence les propriétés toxiques des matières putrides, à la condition que ces matières soient en parfaite dissolution; car si elles sont, en totalité ou en partie, en suspension dans l'eau, elle exercent une action mécanique capable de donner le change sur leurs véritables effets.

M. Colin expose une première série d'expériences pratiquées sur des chevaux avec de l'eau putride injectée dans la jugulaire à des doses variant de 1 litre à 450 grammes. Il en résulte que l'eau putride filtrée ou la solution aqueuse de matière putride, à la dose de 1,000, de 750, de 500 grammes, injectée dans le sang, tue le cheval du poids moyen de 400 kilogrammes, et, à cette dose, elle le tue en quelques minutes ou au plus tard en moins d'une heure ; à dose moins forte elle peut encore le tuer, comme le prouvent d'autres expériences faites avec 100 grammes seulement d'eau putride. D'où l'on voit, en comparant le poids moyen de l'homme à celui du cheval, qu'il suffirait de 18 grammes de solution putride pour tuer en moins d'un jour un individu de taille ordinaire. M. Colin fait remarquer que les résultats de ses expériences, en ce qui concerne le cheval, concordent dans ce qu'ils ont d'essentiel avec ceux des expériences faites, en 1825, par M. Bouillaud, sur le chien.

Dans une deuxième série d'expériences, M. Colin a injecté la matière putride dans les voies respiratoires.

Pour expliquer la différence d'action de ce mode d'introduction avec l'injection veineuse, il importe, au préalable, de tenir compte de ce fait physiologique incontestable, à savoir, que si les substances volatiles, septiques ou putrescibles sont promptement absorbées par la surface muqueuse broncho-pulmonaire, elles sont exhalées avec non moins de rapidité, de telle sorte que leur élimination peut, sur place, faire équilibre à leur absorption.

Sur un premier cheval, M. Colin a injecté lentement dans la trachée, par une petite ouverture de trocart, 2 litres d'eau putride filtrée ; sur deux autres chevaux, il a injecté 500 grammes du même liquide. Le premier cheval mourut au bout de cinq heures; les deux autres se rétablirent après quelques jours d'indisposition. D'où il suit que la matière septique agit moins énergiquement en pénétrant dans les voies respiratoires qu'en entrant directement dans le sang par les veines. Vraisemblablement cela tient à ce que, dans les voies aériennes, elle trouve toujours ouvertes, pour s'échapper, les portes qui lui ont donné accès. Elle s'en échappe effectivement dès les premiers moments, en donnant son odeur à l'air expiré, et peut-être, en outre, s'y modifie-t-elle sous l'influence de l'oxygène. Dans tous les cas, elle agit encore ici à la manière d'un poison. De plus, et en raison même de sa lenteur d'action, elle a le temps de déterminer les lésions d'une pneumonie de mauvais caractère, avec un commencement d'altération du sang. Conséquemment ici, à l'action du toxique, semble s'ajouter celle du ferment.

Ce qui va se passer dans l'appareil digestif prouve mieux encore que la matière putride ne se comporte pas seulement et absolument à la façon des toxiques ordinaires dont le caractère essentiel est l'uniformité d'action et l'inaltérabilité, quel que soit le lieu de leur absorption.

La troisième série d'expériences a trait à l'ingestion de la matière putride dans les voies digestives. M. Colin a fait avaler à deux chevaux 3 litres d'eau putride non filtrée. Les animaux ont témoigné seulement du dégoût, mais ils n'ont éprouvé aucun malaise, aucun symptôme morbide. Ici, l'innocuité de la matière putride doit être attribuée à ce qu'elle a été modifiée par le suc gastrique et par les fluides intestinaux, en d'autres termes, à ce qu'elle a dû être digérée en partie et à ce que le reste a pu échapper à l'absorption.

Dans une quatrième série d'expériences, M. Colin a étudié les effets de l'insertion de la matière putride dans le tissu cellulaire et les plaies. Ces nouvelles expériences ont été faites sur des pigeons, des lapins, des chats, des moutons et des moineaux, car il fallait opérer avec de faibles doses de substance toxique et choisir, par conséquent, des animaux de petite espèce, qui, en raison même de leur médiocre volume, constituent des réactifs d'une extrême sensibilité. D'autre part, pour se rapprocher autant que possible des conditions dans lesquelles se développent les altérations putrides, il convient aussi de choisir comme matière septique le sang, la lymphe, la sérosité décomposés sur le cadavre même.

Dans une première expérience, M. Colin a inséré, au moyen de douze piqûres faites à la peau d'un lapin, trois à quatre gouttes de sang très-fétide pris, cinq jours auparavant, sur un ruminant charbonneux. Vingt-quatre heures après, le lapin est trouvé mort et froid. Le sang ne renferme aucune bactérie charbonneuse; il présente, en grande quantité, de fins granules mouvants, analogues à ceux de la septicémie et des liquides animaux en voie de décomposition. Dans l'infiltration sous-jacente aux plaies de l'inoculation, les granules mouvants sont plus nombreux que dans le sang; ils y sont associés à quelques rares bactéries.

Le lendemain, M. Colin prit sur le cadavre de ce lapin un peu de la sérosité de l'infiltration dorsale, et l'inocula seulement par huit piqûres de lancette à un autre animal de la même espèce. Au bout de dix-neuf heures, celui-ci mourut, après avoir été plongé dans une adynamie profonde. Les viscères n'offraient pas de lésions notables. Le sang était chargé de fins granules mouvants pouvant être rapportés au *bacterium punctum*.

Dans les expériences suivantes, M. Colin, au lieu de la sérosité altérée du lieu de l'inoculation, choisit, pour ses inoculations, le sang le plus éloigné possible de ce point, celui du cœur ou de la veine jugulaire.

A trois premiers animaux, un mouton, un chat et un lapin, le sang du précédent sujet a été inoculé par douze piqûres. Il n'est rien arrivé au chat ni au mouton; mais le lapin a succombé au bout de dix-sept heures; il a été ouvert sur-le-champ. La région des piqûres n'était ni tuméfiée ni œdématiée. Le sang était coagulé et très-chargé de granules bactériformes. Ici le sang de l'animal mort de septicémie a donc transmis la maladie aussi bien que l'avaient fait précédemment la sérosité du voisinage de l'inoculation et le sang putréfié lui-même.

D'autres expériences ont prouvé que le sang jouissait de cette faculté en plus faible quantité, et qu'il la conservait après un certain nombre de transmissions successives. Deux simples piqûres ont produit sur des lapins des effets toxiques après une sixième et une septième transmission. Même le sang provenant de septième transmission septicémique sur le lapin a tué, en vingt heures, un pigeon adulte.

M. Colin a voulu voir ensuite si d'autres matières putrides prises également sur le cadavre, notamment les liquides que la transsudation amène dans la cavité du péritoine, et le putrilage des muscles ou la sanie des plaies gangréneuses, produiraient les mêmes résultats que le sang altéré. Il a pris, en conséquence, dans la cavité péritonéale d'un chat mort depuis quatre jours, un peu de sérosité fétide qu'il a inoculée sur le dos d'un jeune lapin. Il en est résulté une septicémie mortelle, et cette septicémie s'est transmise ensuite par inoculations successives à quatre pigeons et à deux lapins, comme celle qui avait été antérieurement produite par du sang putréfié. M. Colin s'est assuré enfin, par d'autres expériences, que cette septicémie, transmissible du lapin au lapin, pouvait l'être également du lapin à d'autres espèces, aux oiseaux par exemple.

La partie la plus fluide de la sanie puisée au fond d'une plaie gangréneuse, inoculée à un jeune lapin, par trois ou quatre piqûres de lancette, a déterminé la mort dans les vingt-quatre heures, avec une altération du sang traduite, comme plus haut, par la présence de nombreux granules bactériformes dans le plasma.

Quant aux matières altérées, prises dans les muscles et dans les dilatations synoviales, elles ont donné sur deux jeunes lapins les résultats des autres matières putrides.

De tout ce qui précède, il résulte que les matières putrides ont, à haute dose, une action toxique très-énergique, et à petite dose, une action pathogénique capable de faire naître une septicémie transmissible par inoculation à divers animaux, à la manière des maladies dites virulentes. Dans ce dernier cas, la matière putride commence par agir d'elle-même sur le premier individu, en développant une altération spéciale du sang; puis, le sang altéré reproduit à lui seul, sur d'autres individus, la septicémie, sans intervention apparente de la matière septique.

Eh bien! ajoute M. Colin, si tout cela a une signification claire, ne pouvons-nous pas en déduire ce qui doit se passer dans l'infection putride, sauf à le vérifier par l'expérimentation? Il y a dans l'infection purulente deux choses distinctes, bien qu'elles soient réunies le plus souvent : d'une part absorption de matières altérées, septiques, associées au pus, attachées à ses éléments figurés ou autres. La résorption purulente simple paraît très-évidente sur les animaux dans ce qu'on appelle le *mal de garrot*, et elle s'y fait d'une manière si facile à suivre, qu'elle n'est pas niable. Du foyer morbide, formé au sommet du garrot, le pus va tuméfier les ganglions sous-scapulaires, pré-scapulaire et pré-pectoraux, qui se trouvent sur sa route, et il produit des embolies capillaires en arrivant aux poumons. Autour de celles-ci se constitue un petit centre de congestion et d'hémorrhagie, un infarctus, et finalement, au milieu de ce noyau, apparaît l'abcès métastatique, simulant souvent un dépôt tuberculeux.

Or, il y a quelque raison physiologique sérieuse de nier la possibilité d'une résorption portant sur tous les éléments du pus? Est-ce que, dans une vaste plaie résultant d'une amputation, d'une destruction de tissu, d'une inflammation désorganisatrice, le pus a besoin de pénétrer par endosmose les parois vasculaires? Ne trouvet-il pas des solutions de continuité, des bouches béantes, aux réseaux veineux et lymphatiques?... Et, d'ailleurs, tous les abcès métasta-

tiques de l'infection dite *purulente*, ne témoignent-ils pas d'une façon irrécusable de l'entrée du pus dans les vaisseaux? Tout ce que les expérimentateurs d'outre-Rhin ont dit de l'impossibilité de l'absorption du pus en nature s'applique bien aux cas dans lesquels ce pus se trouve à la surface d'une muqueuse, d'une séreuse, mais non à ceux où le pus s'étale sur des plaies ou dans des tissus dilacérés. La plaie, qui a mille bouches veineuses ou lymphatiques béantes, offre encore une collection de petites phlébites, de petites lymphangites, presque capillaires, où le pus se trouve à l'intérieur même des parois vasculaires, si bien qu'il lui suffit d'être mis en mouvement, d'être aspiré, pour être entraîné dans le torrent de la circulation.

Mais ce premier élément de l'infection purulente, cette introduction du pus dans la circulation, n'est pas le phénomène dangereux. Le pus, par lui-même, ne crée pas un péril immédiat, imminent, il n'a par sa partie solide, par ses éléments figurés, qu'une action mécanique; il donne lieu seulement à des embolies capillaires qu'un travail enflammatoire périphérique convertit en dépôts métastatiques susceptibles de demeurer longtemps inoffensifs. Ce qui, de l'avis de tous, est le véritable danger de l'infection purulente, c'est l'introduction dans le sang de principes altérés, putrides, agissant à la fois comme le poison qui tue, et comme un ferment, comme un virus qui altèrent la constitution des humeurs.

Il est facile par l'expérimentation d'isoler les deux éléments de l'infection purulente et de faire la part d'effets de chacun. D'un côté, en injectant de petites quantités de pus non altéré dans les veines, ou en provoquant des suppurations sous-cutanées, on réussit à développer les infarctus et les abcès métastatiques. D'autre part, on produit la septicémie, on empoisonne, en inoculant seules les matières putrides. Par l'expérimentation on reproduirait sans doute aussi les effets complexes de l'infection purulente, si l'on faisait absorber avec lenteur le pus associé aux matières septiques. Ce qui porterait à le croire, ce sont les résultats de l'expérience suivante: M. Colin a injecté dans la veine saphène externe d'un mouton 7 à 8 grammes de pus fétide, brunâtre, pris dans un diverticule de mal de garrot sur le cheval. Le mouton est mort au bout de dix minutes. A l'autopsie, M. Colin a trouvé un engouement pulmonaire marqué et des globules blancs purulents ou lymphatiques dans la veine cave postérieure, dans le ventricule droit et dans l'artère pulmonaire. Probablement il y a eu là empoisonnement par les matières septiques du pus, comme dans les cas où ces matières seules sont portées dans les veines.

Dans les traumatismes internes ou externes, l'individu ne s'empoisonne pas seulement par les produits septiques de l'un de ses organes blessé ou malade. Aux produits altérés des plaies ou tissus lésés viennent se joindre souvent les matières putrescibles de l'atmosphère, les miasmes de l'hôpital, du lieu encombré, malsain, matières qui provoquent l'altération des liquides exhalés sur les surfaces vivantes, et qui, sans aucun doute, peuvent être absorbées. Quoiqu'il y ait alors une double infection, c'est principalement la première qui est dangereuse: c'est surtout par ses propres produits altérés que l'organisme s'empoisonne chez l'amputé, chez la femme en couches, le typhoïde, etc. Ne pas voir ces produits se développer dans l'économie, les chercher dans les milieux, c'est vraisemblablement lâcher la proie qu'on tient pour l'ombre insaisissable.

M. DEPAUL fait remarquer que M. Colin, dans ses expériences, a injecté des matières très-différentes (eau putride, sang putride, sang altéré, pus putride, sanie purulente), et cela par des voies très-différentes aussi (vaisseaux, appareil respiratoire, appareil digestif, tissu cellulaire sous-cutané). Le résultat de ces expériences ne se ressemble que par un point, c'est la mort de la plupart des animaux inoculés. Mais les symptômes et les lésions présentent, suivant le mode d'inoculation et la nature de la substance inoculée, des différences sensibles. M. Depaul en conclut qu'il se produit des effets distincts et variables, suivant la matière inoculée et la voie par laquelle on l'inocule. M. Colin, au contraire, ne semble pas admettre cette conclusion. M. Depaul lui demande, en conséquence, s'il ne voit dans les effets morbides de ses expériences qu'une seule et même maladie.

M. COLIN reconnaît volontiers qu'on obtient, par la méthode expérimentale, des symptômes et des lésions sensiblement différents de ceux qui se produisent dans le développement spontané de l'infection purulente. Cela tient surtout à ce que, dans les expériences, on est obligé de procéder avec des éléments isolés et avec des quantités relativement minimes. Si l'on voulait reproduire d'une manière plus exacte l'ensemble des symptômes et des lésions de l'infection purulente, il faudrait introduire de grandes quantités de pus dans l'organisme, d'une manière lente et non interrompue.

M. Colin ajoute qu'il n'a voulu établir que des analogies, en montrant seulement le danger de l'introduction des matières septiques dans l'économie vivante. Il n'a eu nullement la prétention de reproduire de toutes pièces l'infection purulente, ni de fixer d'une manière définitive l'évolution de la pyohémie et le mécanisme des abcès métastatiques.

M. VERNEUIL conteste une assertion avancée par M. Colin, à savoir, que le pus louable et pur, inséré en proportion minime dans le tissu cellulaire, puisse être absorbé en nature et provoquer dans les viscères la formation d'abcès métastatiques. Il avait cru jusqu'à présent que la production des embolies capillaires et des abcès métastatiques consécutifs était nécessairement subordonnée à l'une des deux conditions suivantes: ou à l'introduction directe du pus dans le torrent circulatoire, ou à son accumulation en très-grande quantité dans le tissu conjonctif, sous forme de phlegmon.

M. Verneuil demande ensuite à M. Colin si la maladie de garrot est toujours et fatalement mortelle, si elle donne constamment lieu à des abcès métastatiques dans les poumons, et si de pareils abcès peuvent se produire sans entraîner la mort des animaux.

M. COLIN répond à la première question de M. Verneuil que, suivant lui, les abcès métastatiques du poumon, dans la pyohémie expérimentale, peuvent résulter du pus inséré directement dans le tissu cellulaire sous-cutané; mais il reconnaît pourtant, avec M. Verneuil, qu'ils sont produits le plus souvent par le pus du phlegmon sous-cutané qui succède à l'inoculation. Sur les animaux on peut suivre la progression du pus du foyer d'origine aux poumons, dans les vaisseaux et les ganglions lymphatiques intermédiaires.

Quant à la seconde question, M. Colin réplique que la maladie de garrot ne produit pas fatalement la mort. Quelques chevaux y survivent, et si l'on vient à les ouvrir plusieurs années après la maladie, on ne trouve pas d'abcès métastatiques dans les poumons: d'où il faut conclure, ou que les abcès n'ont jamais existé, ou qu'ils ont été résorbés.

M. VERNEUIL persiste à croire que l'insertion du pus louable dans le tissu cellulaire sous-cutané ne détermine jamais par elle-même la production d'embolies capillaires et d'abcès viscéraux métastatiques. Ce qui donne lieu à ces accidents (et c'est là une condition indispensable), c'est le développement d'un phlegmon et d'une suppuration abondante sur le lieu de l'inoculation.

Quant au pus introduit dans le torrent circulatoire, s'il est parfaitement pur, il ne donne lieu qu'à des accidents sans gravité, à des embolies capillaires simples, à des infarctus, ou même à des abcès métastatiques susceptibles d'être résorbés. Mais si le pus est altéré, indépendamment des lésions précédentes, il produit des phénomènes graves ou mortels d'intoxication septique. C'est à cette forme d'accidents que M. Verneuil a donné le nom de *septicémie embolique*.

M. COLIN admet, avec M. Verneuil, que les embolies capillaires ne produisent pas par elles-mêmes de symptômes graves ou mortels; il faut, pour qu'il en soit ainsi, que les lésions emboliques se compliquent de septicémie. A l'appui de cette insertion, M. Colin rappelle une expérience qu'il a faite avec M. Goubaud. Du petit plomb de chasse ayant été injecté dans les veines jugulaires d'un cheval et d'un chien, il n'en résulta aucun trouble pathologique appréciable. Chez un de ces animaux, tué peu de temps après, on trouva les balles de plomb fixées dans le tissu pulmonaire et entourées d'un infarctus inflammatoire. Chez l'autre animal, immolé beaucoup plus tard, on trouva également le plomb dans le tissu pulmonaire, mais enkysté et isolé des parties saines. Cette expérience prouve bien que les embolies viscérales n'apportent, quand elles sont simples et indépendantes de toute complication septicémique, aucune perturbation redoutable dans la santé.

La séance est levée à quatre heures et demie.

DOCUMENTS

POUR SERVIR A L'HISTOIRE DU MOUVEMENT SCIENTIFIQUE PENDANT LE SIÉGE DE PARIS (1).

---

20 NOVEMBRE

Gymnastique. — M. EUGÈNE PAZ, chargé d'étudier l'organisation de l'enseignement de la gymnastique et des exercices militaires dans les lycées et colléges de Paris, adresse à M. le ministre de l'instruction publique le rapport suivant :

« Monsieur le ministre,

« Les graves événements qui désolent notre pays donnent à la mission que vous m'avez fait l'honneur de me confier une importance tout exceptionnelle. Je me hâte donc de vous remettre le rapport que vous m'avez demandé, en vous priant d'en excuser et la brièveté et la forme un peu hâtive.

« J'ai visité les lycées Condorcet, Charlemagne, Corneille, Descartes et Saint-Louis; les colléges Chaptal, Stanislas et Rollin. Les internes n'ayant nulle part opéré leur rentrée, il ne m'a pas été permis de me rendre un compte bien exact des diverses méthodes adoptées pour l'enseignement de la gymnastique dans celles de ces institutions qui sont pourvues d'un gymnase.

« Je ne puis donc que vous rendre un compte assez sommaire des installations qui existent et vous indiquer, conformément aux instructions contenues dans votre lettre du 8 octobre, les emplacements qui conviendraient pour les installations à faire, et l'établissement le plus voisin où l'enseignement de la gymnastique pourrait être donné, soit en attendant la construction d'un local, soit dans le cas où l'emplacement nécessaire à la construction de ce local ferait complétement défaut.

« L'installation du gymnase du lycée Descartes est la seule qui réponde à peu près complétement aux nécessités aujourd'hui si impérieuses de l'éducation physique, de même que le professeur de ce gymnase, M. Napoléon Laisné, est, parmi ses confrères des colléges et lycées, le seul qui me paraisse vraiment à la hauteur de cet enseignement si important.

« Dans les autres institutions, la direction des exercices est confiée à des maîtres animés sans doute de la meilleure volonté, mais qui peut-être ne remplissent pas toutes les conditions qu'on devrait exiger d'un professeur de gymnastique scolaire.

« Il faut, monsieur le ministre, avant de songer à organiser la gymnastique dans les lycées, former des professeurs capables, et, pour instruire ces professeurs, créer immédiatement une *École normale de gymnastique*. Dans cette école pourraient être instruits, mais d'une façon naturellement plus restreinte, les élèves des écoles normales primaires des deux sexes, afin de les mettre à même de diriger, par la suite, l'éducation corporelle des enfants qui leur seront confiés.

« Cette école normale, étant située dans le quartier des écoles, pourrait enfin être très-sérieusement utilisée par l'admission, à de certaines heures de la journée, des élèves de celles de ces écoles privées d'un gymnase.

« L'instruction militaire devrait entrer dans le programme des exercices dont la connaissance serait imposée aux professeurs de gymnastique; l'école élémentaire du soldat serait de même enseignée aux instituteurs primaires.

« Je signalerai à ce propos un fait déplorable : la suppression complète des exercices militaires dans les lycées et les colléges depuis le mois d'août 1869.

« Oui, monsieur le ministre, l'école du soldat et le maniement du fusil, qui avaient été prescrits en 1868 par le maréchal Niel pour tous les élèves âgés de seize ans, ont été supprimés depuis quinze mois, par ordre du maréchal Le Bœuf, et les armes servant à ces exercices retirées depuis cette époque par le ministère de la guerre. Tous les proviseurs avaient cependant constaté le goût passionné des jeunes gens pour ces exercices et les progrès remarquables réalisés en quelques mois.

« Ils faisaient peut-être trop de progrès, et c'est pour cela sans doute que les fusils ont été enlevés et l'instruction militaire rayée du programme de l'enseignement...

« Il est douloureux, en ce moment, d'avoir à invoquer l'exemple des envahisseurs qui nous oppriment, et cependant nous devons, dans l'intérêt de notre pays et de la revanche que nous prendrons tôt ou tard, invoquer cet exemple.

« Dans le rapport que j'adressais, il y a trois ans, à votre éminent prédécesseur, M. Duruy, je disais :

« Si je ne craignais de paraître trop absolu, j'oserais presque « avancer, qu'abstraction faite des importantes considérations mo- « rales déjà connues, la cause la plus immédiatement détermi- « nante de l'ascendant pris par la Prusse à la suite des événements « de 1866, peut être attribuée aux bienfaits de l'éducation gymnas- « tique et militaire que l'on reçoit en Prusse, et qui a été jusqu'à « ce jour complétement négligée en Autriche.

« J'ajoutais même que « M. de Beust, frappé des immenses avanta- « ges que les Prussiens avaient retirés de cette éducation, soumet- « tait lui-même au reischtag, dès la fin de la guerre, un projet de « loi relatif à l'introduction de l'enseignement gymnastique et mi- « litaire dans toutes les écoles de l'empire autrichien, et je deman- « dais que nous fissions mieux que les Autrichiens, c'est-à-dire que « cette loi fût votée et surtout *appliquée* dans notre pays, non pas « après, mais avant toute guerre possible. »

« Ce rapport, qui signalait énergiquement le mal et qui indiquait nettement et pratiquement les moyens de le combattre, la commission chargée de l'examiner n'a même pas daigné m'en accuser réception...

« Alors qu'en toute branche d'étude on s'attache à rendre la méthode intelligente et facile, il est extrêmement fâcheux que le programme de la gymnastique apparaisse comme hérissé de difficultés qui en rendent l'enseignement en quelque sorte impraticable.

« Cela dit pour l'acquit de ma conscience, je vais, monsieur le ministre, vous faire connaître, sous forme de notes aussi brèves et aussi précises que je le pourrai, ce que j'ai constaté dans les lycées et les colléges que j'ai visités. »

Après avoir exposé l'état, les moyens et l'organisation actuelle de l'enseignement de la gymnastique dans les différents lycées et colléges de Paris, l'auteur du rapport présente ses conclusions en ces termes :

« Voilà à peu près tout ce que j'ai pu recueillir dans un examen rapide des possibilités de l'enseignement gymnastique dans chaque établissement, et maintenant, comme conclusion à ce rapport sommaire, j'ai dit et je répète :

« Que les heures consacrées à la gymnastique ne doivent pas être prises sur les heures des récréations;

« Que l'enfant a droit à sa récréation pour se distraire, et droit également à la gymnastique pour gagner des forces et s'acheminer vers cette virilité qui manque visiblement à presque toute notre jeune génération;

« Que l'enseignement de la gymnastique a été jusqu'à ce jour mal compris dans notre pays, faute de bons professeurs, d'appareils modernes et de locaux spéciaux.

« Je formule ce vœu qu'à l'avenir cet enseignement soit organisé avec l'intelligence et la sollicitude qu'il comporte, parce que la gymnastique scolaire, livrée plus longtemps à des mains inhabiles, fera ainsi défaut à notre pays, alors qu'il en a le plus urgent besoin.

« Je demande avec instance la création d'une école normale de gymnastique civile, qui forme des professeurs pour les écoles, rien que pour les écoles;

« Que cette école normale soit dirigée par un gymnasiarque expérimenté, M. Laisné, par exemple, qui, de tous les maîtres de gymnastique français, me paraît être le plus capable et le plus sérieux.

« Qu'à titre de sous-directeur, on adjoigne à M. Lainé M. Heiser fils, de Strasbourg (si ce brave garçon est encore de ce monde!) et M. Édouard Soleirol, premier professeur au gymnase Triat, deux jeunes hommes dont la tenue, l'intelligence et les aptitudes ne laissent rien à désirer;

« Que deux professeurs, prototypes de force, de souplesse et d'agilité physique, choisis au concours, ainsi que deux excellents instructeurs militaires viennent compléter le personnel enseignant de cette école, où seront instruits les jeunes gens qui se destinent exclusivement au professorat de la gymnastique et, d'une façon plus restreinte, les instituteurs primaires de la ville et de la banlieue;

« Qu'on exerce les uns et les autres à leurs futures attributions en les chargeant, sous la surveillance des directeurs de l'école normale, des leçons données aux enfants envoyés dans cet institut;

« Que le ministère de l'instruction publique délègue un professeur d'anatomie et un professeur de physiologie chargés d'instruire ceux qui se voueront à l'enseignement de la gymnastique, dans la connaissance de la structure du corps humain, des lois qui président au mouvement, à la circulation des fluides et au renouvellement des molécules qui forment et reconstituent incessamment l'organisme de tout être vivant;

« Qu'un officier d'état-major soit de même délégué par le ministre de la guerre pour professer un cours de levée de plans topographiques et de fortifications;

« Qu'un professeur spécial soit attaché à chaque lycée, à chaque collége, à chaque école normale primaire, mais qu'il ne puisse exercer cet emploi qu'après avoir suivi, pendant un temps déterminé, le cours de l'école normale de gymnastique et pu justifier de connaissances suffisantes, tant au point de vue physique qu'au point de vue scientifique.

« Que pendant la leçon de gymnastique le professeur ait sur les élèves la même autorité que le maître d'étude; qu'il ait le droit de les récompenser et de les punir, selon leur application et leur conduite;

(1) Voir le dernier numéro.

« Que ce professeur soit suffisamment rétribué, afin d'encourager un certain nombre de jeunes gens intelligents à embrasser cette carrière;

« Que ces jeunes gens présentent une instruction générale, une tenue et des principes de morale qui les placent à la hauteur du mandat qui leur sera confié et leur attirent la considération et le respect de leurs élèves;

« Que dans l'enseignement primaire, gratuit ou payé, les principes élémentaires de la gymnastique et de l'école du soldat, soient, autant que possible, démontrés par l'instituteur lui-même, dont la santé et le caractère se ressentiront très-favorablement de ce régime hygiénique.

« L'adjonction de la gymnastique aux autres branches de l'enseignement étendra et embellira les fonctions de l'instituteur, et les enfants, lui devant non-seulement l'instruction, mais aussi la santé et le plaisir, l'aimeront davantage.

« Les professeurs des lycées, ceux des collèges communaux et des écoles normales primaires, sortant du grand institut gymnastique, seront parfaitement à même de transmettre cet enseignement aux instituteurs primaires de leur résidence respective.

« Je demande enfin que tous les élèves, depuis celui de septième jusqu'à celui de philosophie ou de mathématiques transcendantes, passent à tour de rôle une heure *au moins* par jour dans la salle de gymnastique;

« Qu'un seul professeur ne puisse exercer à la fois plus d'une *quarantaine d'enfants* aux mouvements d'ensemble, plus de *quinze* aux mouvements d'application ou exercices aux appareils;

« Qu'à cet effet, dans les lycées de Paris qui comptent un nombre considérable d'internes ou de demi-pensionnaires, un ou deux aides pris parmi les aspirants-professeurs de l'école normale de gymnastique soient adjoints aux professeurs du lycée;

« Que les mouvements élémentaires de l'école du soldat et de peloton soient enseignés à tous les élèves âgés de moins de onze ans; qu'au-dessus de cet âge, ils apprennent le petit maniement d'armes; qu'on adopte à cet effet le *fusil de paix*, dont monsieur le ministre trouvera la description et le dessin dans le numéro du *Moniteur de la gymnastique* que je joins à ce rapport;

« Qu'à partir de quinze ans, on complète l'instruction militaire de ces jeunes gens en leur faisant exécuter l'école de peloton dans son entier, l'escrime à la baïonnette et l'école de tirailleurs;

« Que sur l'heure affectée quotidiennement à la gymnastique, vingt minutes soient consacrées à l'instruction militaire pour les jeunes élèves, et que cette même instruction absorbe la moitié de l'heure pour les élèves des classes supérieures;

« Que tous les appareils nuisibles, tels que le *trapèze* (engin dangereux, avantageusement remplacé aujourd'hui par la barre fixe et la barre mobile), le *tremplein* (appareil de cirque et non de gymnase, qui offre ce grave inconvénient d'habituer l'élève à prendre un élan factice sur un terrain factice), que tous les appareils faux ou surannés soient rayés du programme ministériel;

« Et que le manuel de la gymnastique scolaire soit divisé en trois parties séparées : la première, destinée aux jeunes garçons de 7 à 11 ans (élèves des lycées, des collèges et des écoles primaires); la seconde, aux élèves de 11 à 15 ans; la troisième, aux élèves au-dessus de cet âge;

« Que cette théorie soit mise au concours et qu'on adopte celle qui sera reconnue la plus claire, la plus rationnelle et la plus pratique.

« La France est le seul grand pays où la gymnastique ait été, jusqu'à ce jour, considérée comme un agréable passe-temps et non comme un des objets les plus sérieux qui puissent solliciter l'attention des gens graves.

« Il est temps cependant de tremper nos enfants dans le Styx !

« Il est temps de substituer à l'éducation désastreusement exclusive de notre époque une éducation rationnelle et virile, afin que l'âme et le corps se développent dans un constant et complet état d'harmonie.

« Il est temps, enfin, de se souvenir que ce qui, par-dessus tout, peut faire une nation forte et énergique, ce sont ses mœurs, et que le meilleur moyen de combattre les travers de l'imagination chez les enfants comme chez les hommes, c'est de les soumettre tous à des exercices réguliers qui calment le cerveau en fortifiant le corps.

« Si l'on veut faire contre-poids aux formidables empiétements du système nerveux, il faut qu'on favorise la revanche du système musculaire. Les nations septentrionales l'ont bien compris; le peuple par excellence, la tête de colonne de l'humanité, la France, enfin, s'entêtera-t-elle à laisser ses enfants se rabougrir et s'atrophier, pendant que les nations voisines régénèrent leur vigueur, leurs mœurs et leur courage par la sainte et féconde gymnastique ?

« Vous avez bien voulu, monsieur le ministre, me permettre de vous présenter le résultat de mes observations. Je l'ai fait de grand cœur et avec toute la sincérité dont je ne saurais me départir en aucun cas...

« J'ai l'honneur d'être, etc.

« EUGÈNE PAZ.

« Paris, le 20 novembre 1870. »

Faculté de médecine de Strasbourg. — A la suite du rapport de M. le professeur G. Tourdes, la Faculté a décerné le *prix* de thèse à M. Billet (*Études sur la température*); deux *premières mentions* à MM. Grollemund (*Action de la bile sur l'organisme*) et Haas (*De la hernie ombilicale*), et des mentions honorables à MM. Straus, Duval, Millardet, Caillet, Flammarion, Renoult, Treille, Doumairon, Minard, Urbanowich, Lippmann, Magdelaine et Lefort.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Etudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois. . . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 7 juin 1871.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Depuis le numéro du 10 mai, dans lequel nous avons rendu compte de la séance du 9, l'Académie n'a pu tenir qu'une séance utile, celle du 16. Le 23, la guerre des rues et l'incendie rendaient l'accès de la rue des Saints-Pères par trop périlleux pour qu'aucun de nos immortels ait pu songer à le tenter. Le 30 mai, quelques membres se sont réunis, heureux de se revoir après quinze jours d'aussi rudes épreuves, mais les esprits étaient encore ailleurs qu'aux questions scientifiques. Toute la séance a consisté dans la reprise de possession du fauteuil de la présidence par M. Wurtz, retour de Versailles, où il avait été appelé en sa qualité de doyen de la Faculté.

Dans la séance du 16 août, dont le compte rendu a été publié dans le numéro d'hier, M. Colin a pris la parole sur la question de l'infection purulente, ou plutôt a lu, à l'occasion de la discussion engagée sur ce sujet, un travail sur l'action des matières putrides introduites dans l'organisme. Les expériences rapportées dans ce travail ont pour but de résoudre cette question : « Comment agissent isolément, c'est-à-dire séparées des éléments figurés, les matières septiques résultant de l'altération du pus à la surface des plaies? » Les résultats généraux de ces expériences tendent à prouver que la matière putride agit tantôt à la manière d'un poison énergique, tantôt à la manière d'un ferment qui, à dose faible, provoque l'altération du sang, et enfin quelquefois à la façon d'un virus qui produit un état morbide défini susceptible de se transmettre par inoculation. Il est aisé de voir, et on en aura jugé d'ailleurs par la lecture de l'analyse du travail de M. Colin, que ses expériences ne pouvaient avoir pour objet et pour résultat immédiat la solution de la question débattue, et qu'il n'a eu d'autre prétention lui-même, en les faisant et en en exposant les résultats, que d'établir des analogies capables seulement de fournir des éléments utiles à cette solution.

Dans la séance d'hier, M. Alph. Guérin a usé de son droit, sinon de rapporteur (il n'y avait point ici de rapport), du moins de promoteur de la discussion, en répondant sur une foule de points à la dernière argumentation de M. Verneuil. Cette réponse a pris sous sa plume les proportions d'un véritable travail et d'une exposition nouvelle et plus complète de ses principes, résumée dans des conclusions finales et qui ne peut être suffisamment appréciée qu'après une lecture et une étude attentives.

Cette dernière réplique restera certainement comme un des documents les plus importants de cette discussion.

Dr BROCHIN.

CLINIQUE CHIRURGICALE

De l'ostéite aiguë chez les enfants et les adolescents (1).

Par M. le docteur SÉZARY.

Nous n'imiterons pas plusieurs de nos prédécesseurs, qui rangent sous le chef de complications les décollements épiphysaires, les abcès consécutifs qui se reproduisent de loin en loin, et qui ne sont pour nous que des conséquences toutes naturelles de la maladie, survenant forcément dans la variété juxta-épiphysaire, ou quand l'ostéite aiguë passe à l'état chronique.

Mais nous devons signaler la péricardite, qui a été notée dans quatre observations : une de Louvet (*loc. cit.*), une de Larmande, prise à l'hôpital d'Alger (2), une de Gadaud (3), une troisième qui était présentée en mars 1870 à la Société anatomique.

La pleurésie est indiquée dans un cas.

Louvet a vu une thrombose des sinus intra-crâniens chez une malade qui mourut de pyohémie.

Pour nous, nous avons observé un cas de chorée chez un jeune malade de 12 ans, qui avait eu, à 9 ans, une ostéite aiguë de l'extrémité inférieure du fémur. Cette chorée ne dura que trois semaines.

Parfois, au moment des exacerbations de l'ostéite, une grande partie de l'épaisseur de la diaphyse se médullise assez rapidement pour enlever à l'os sa solidité, et alors, à la suite d'un mouvement brusque, quelquefois même en se soulevant dans son lit, le malade se fracture l'os malade au niveau du point enflammé. Deux de nos malades s'étaient ainsi fracturé le fémur entre le tiers moyen et le tiers inférieur, l'un en jetant une pierre, l'autre en descendant de son lit.

Ces cas ne sont du reste pas très-rares. Marjolin en a signalé quatre à la Société de chirurgie; nous en avons trouvé d'autres dans les Bulletins de la Société anatomique.

On sait que Vigarous réséqua les deux fragments d'un tibia enflammé, qui s'était spontanément fracturé.

Enfin, nous avons dit que l'ostéite de l'extrémité supérieure du fémur s'accompagnait de coxite, laquelle peut amener une luxation spontanée de la hanche, qu'on pourrait à la rigueur considérer comme une complication de l'ostéite. Nous avons observé deux cas de ce genre.

Nous passerons rapidement sur les symptômes. Longuement traités par tous les auteurs, nous n'avons rien de spécial à y ajouter.

Nous mentionnerons seulement une période prodomique, surtout quand la maladie survient à la suite d'un refroidissement, période que Chassaignac comparait à celle qui marque le début du rhumatisme articulaire aigu, qui passe presque toujours inaperçue; elle est caractérisée par des frissons, un malaise général, des douleurs vagues, erratiques.

Puis, dans tous les cas, une douleur ou tout au moins une gêne locale qui marque le début de l'affection; les auteurs qui ont fait de la maladie une affection générale comparable aux fièvres graves, n'avaient pas trouvé ce symptôme initial. Mais, en relisant leurs observations, on voit que dans tous ces cas la période du début avait été inobservée.

Tantôt les petits malades avaient continué leurs occupations, malgré la gêne et les souffrances qu'ils éprouvaient, jusqu'au moment où l'intensité des symptômes généraux déterminait leurs parents ou leurs maîtres à les amener à l'hôpital. Tantôt le médecin qui les traitait à leur domicile, mal éclairé sur la nature d'une affection peu commune (Bouchut), s'en laissait imposer par l'aspect typhoïde de la maladie. Mais dans tous ces cas on peut appeler la période du début, période d'inobservation.

Dans les premiers jours, généralement, surviennent les symptômes généraux, dont l'intensité varie depuis la forme d'une fièvre typhoïde grave, jusqu'à celle d'une simple réaction inflammatoire, suivant l'acuité de la maladie : le délire est très-fréquent à cette période.

On comprend pourquoi elle a été nommée période médicale de l'ostéite, les signes locaux fonctionnels étant complétement masqués par l'état général. Mais cette dénomination n'est même plus vraie dans ce sens restreint, dans les cas de moyenne intensité, où les symptômes généraux sont ceux d'une fièvre inflammatoire plus ou moins intense, à plus forte raison dans les cas subaigus, où ils manquent absolument.

Les signes locaux cependant deviennent de plus en plus apparents : gonflement tantôt survenant d'emblée dans tout le segment de membre situé au-dessous du mal, tantôt localisé au début sur le point malade pour s'étendre successivement. Douleur caractéristique conquassante, excruciante à exacerbations nocturnes, irradiée du point malade à tout le membre. Rougeur à la peau, si l'ostéite est superficielle; en cas contraire, marbrures violacées signe de la gêne de la circulation, chaleur énorme dans le membre malade. Les signes de la présence du pus ne tardent pas à se manifester : fluctuation plus ou moins appréciable suivant l'épaisseur des parties molles; très-obscure quand le pus est sous-périostique, nettement perceptible quand il s'est épanché dans les parties molles.

Bientôt les signes d'infection générale s'accusent avec une intensité effrayante; puis, enfin, dans les cas les plus graves, thrombus dans les veines du membre, abcès métastatiques et mort.

Dans les cas d'intensité moyenne, les signes locaux, avons-nous dit, sont d'emblée très-évidents, les symptômes généraux sont ceux d'une fièvre inflammatoire vive à exacerbations nocturnes. Assez souvent, surtout si les enfants sont jeunes, il y a un peu de délire la nuit pendant les premiers jours. Mais tous ces symptômes tombent comme par enchantement au moment où la suppuration se fait jour au dehors, ce qui arrive de trois jours à trois semaines environ après le début de l'affection.

Enfin dans les cas les plus faibles, le malade n'éprouve que quelques douleurs passagères, qui se calment par le repos; puis ces douleurs reparaissent à des intervalles variés, deviennent de plus en plus vives, et finissent par devenir intolérables. Constamment elles sont à exacerbations nocturnes : toute fatigue, tout effort prolongé les exaspère. Enfin l'os ne tarde pas à présenter des signes évidents d'inflammation, il augmente de volume; s'il est superficiel, il perd la netteté de ses contours; le point hypertrophié devient le siége d'une douleur superficielle qui est augmentée par la palpation, la peau rougit, le membre devient chaud. L'os augmente lentement de longueur. Les articulations voisines restent intactes : on a pourtant noté dans quelques cas un peu d'hydarthrose, de voisinage. Et, quand on se décide à trépaner, on trouve au centre de ces os un abcès plein de pus, tantôt crémeux, tantôt séro-purulent, mais pas de séquestre.

D'autres fois, ces accès de douleurs s'éloignent de plus en plus et finissent par disparaître, vers la fin de la période du développement, de 25 à 28 ans.

(*Sera continué.*)

(1) Suite. — Voir les numéros des 7, 10 et 12 janvier 1871.
(2) Mane, *Abcès sous-périostiques aigus.* Thèse de Paris, 1867.
(3) *Bulletin de la Société anatomique*, 1865.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

—

Le mardi 23 mai l'Académie n'a pu tenir séance.

—

Séance du 30 mai 1871. — Présidence de M. WURTZ.

M. WURTZ, en reprenant possession du fauteuil de la présidence, rappelle que c'est sur l'ordre du ministre qu'il a dû quitter Paris il y a deux mois. Pendant son absence, l'Académie s'est réunie toutes les semaines, et ce sera, dit-il, l'honneur de la savante compagnie de n'avoir pas interrompu ses travaux. C'est, du reste, a-t-il ajouté, dans le travail qu'il faut chercher désormais la consolation et la réparation d'aussi grands désastres.

En l'absence de M. Béclard, M. Depaul donne connaissance de la correspondance qui ne comprend que des journaux.

Personne n'étant disposé à prendre la parole, la séance est levée immédiatement.

Séance du 6 juin 1871. — Présidence de M. WURTZ.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet un état des vaccinations pratiquées en 1870, dans le département de l'Ardèche, ainsi qu'une copie du procès-verbal du comité central de vaccine, en date du 14 mars dernier. (Comm. de vaccine.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE

La correspondance manuscrite comprend :

Une note de M. Decaisne ayant pour titre : *Quelques réflexions sur trois causes de suicide* (1° L'influence des passions politiques et en particulier de l'esprit démocratique nouveau; 2° l'affaiblissement des idées religieuses; 3° les progrès toujours croissants de l'alcoolisme). (Comm. MM. Delpech et Bergeron.)

M. LE SECRÉTAIRE ANNUEL dépose sur le bureau : 1° au nom de M. Chevallier, le tome VI, 5e série du *Journal de chimie médicale*,

Et 2° au nom de M. Jeannel, une brochure intitulée : *Intendance, médecine et pharmacie militaires.*

M. LE PRÉSIDENT informe l'Académie que, d'après une décision du conseil, prise à raison des événements, le délai déjà prorogé une fois pour la remise des mémoires destinés aux concours de prix pour l'année 1871, est prorogé de nouveau et fixé définitivement au 30 juin.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur l'infection purulente. La parole est à M. A. Guérin.

Suite de la discussion sur l'infection purulente.

M. A. GUÉRIN. Je vous demande, messieurs, de vouloir bien m'excuser, si la question de l'infection purulente m'appelle encore à la tribune. Malgré mon désir de ne point abuser de la bienveillance de nos collègues, je demande que l'on veuille bien m'entendre une fois encore...

Je soutiens que l'infection purulente provient de l'empoisonnement du sang par un agent toxique provenant d'une certaine altération du pus. Cette altération se produit lorsque ce liquide est en rapport avec l'air extérieur ou avec un gaz provenant de la dé-

composition de nos tissus. Le poison ainsi engendré agit immédiatement sur la plaie qui l'absorbe ; il est ainsi porté dans le sang par l'intermédiaire duquel il pénètre tous nos tissus. Ce poison étant miasmatique se mêle à l'air qui entoure le malade, et agit de proche en proche sur les plaies des blessés qui sont à une plus ou moins grande distance.

Ce poison s'attache, comme tous les corps gazeux, aux vêtements, aux rideaux, à tous les linges et peut être transporté d'un lieu dans un autre par les personnes qui donnent des soins au malade.

Voilà en peu de mots l'opinion que je soutiens depuis vingt-deux ans, et jusqu'ici on ne m'a pas fait une objection qui ait une valeur réelle.

Vous remarquerez même, messieurs, que mes contradicteurs ne m'ont jamais argumenté qu'en me prêtant des idées qui ne sont pas les miennes.

J'ai répondu à M. Legouest, je n'ai pas à revenir sur mon argumentation. M. Verneuil, à qui j'avais porté moi-même mon dernier discours et qui aurait dû savoir à quoi s'en tenir sur mes opinions, m'a fait des objections qui ne reposent que sur des erreurs.

Toutes les opinions qu'il me prête sont si peu les miennes, que je crus devoir interrompre M. Verneuil pour l'éclairer.

Où M. Verneuil a-t-il vu que je rejette l'auto-infection au nom de la physiologie?

Dans le discours auquel il répond, je disais : « C'est dans les miasmes dégagés par la décomposition du pus à la surface des plaies et des pièces à pansement que l'on doit chercher la cause de la maladie; » et un peu plus loin : « C'est par la plaie que l'absorption se fait et les traumatismes intéressant les surfaces osseuses, en même temps que les parties molles, créent une réceptivité plus grande pour le poison. » Où voit-il là que je repousse l'auto-infection, où voit-il surtout que je la repousse au nom de la physiologie?

Si j'avais pu m'égarer à ce point, il n'eût pas manqué, je suppose, de me demander pourquoi les miasmes produits à la surface d'une plaie ne trouveraient pas là des conditions d'absorption qu'ils rencontreraient dans une autre plaie, et j'aurais été assurément fort embarrassé. Mais je le mets au défi de trouver dans mes communications quelque chose qui puisse reesembler à l'opinion qu'il me prête. J'ai dit, à la vérité, que la physiologie repousse l'absorption du pus en nature, de ses globules, des détritus purulents et autres substances morphologiques, mais cela ne s'applique pas aux miasmes, et c'est justement parce que l'absorption des émanations miasmatiques se fait facilement à la surface des plaies et que celle des autres substances n'est pas prouvée, que je me crois fondé à dire que l'infection purulente a une origine miasmatique.

Le second reproche que M. Verneuil m'adresse est celui-ci : « il rejette, dit-il en parlant de moi, l'hétéro-infection par contagion immédiate, n'acceptant pas comme preuve les faits de M. Legouest. »

J'avoue que la contagion immédiate ne me semble pas avoir été prouvée, et encore est-ce plutôt une question de mots; puisque j'admets que le poison se mêle à l'air, s'attache aux vêtements et aux corps environnants, il est bien difficile de ne pas admettre que les mains qui auront été plongées dans le pus d'un malade infecté pourront contaminer un blessé dont la plaie sera en rapport plus ou moins immédiat avec elles. Est-ce de la contagion médiate ou immédiate? Ce sera ce que vous voudrez. Mais de ce que j'admets le transport, je me garderai bien de dire que le poison est inoculable, parce que cette inoculabilité n'est pas preuvée, malgré les travaux qui ont été tentés dans ce sens.

Je n'aurais pas relevé ce reproche, si M. Verneuil n'avait pas ajouté que je rejette l'hétéro-infection par contagion immédiate, qui est pourtant prouvé, dit-il, par les faits de M. Legouest. Or ces faits, je regrette d'avoir à le rappeler à M. Verneuil, n'ont pas trait à la contagion immédiate. Je les ai rapportés dans le discours que j'avais communiqué à notre collègue, avant qu'il fit le sien, et il eût pu voir qu'ils ne prouvent qu'une chose, la contagion médiate : c'est le mot dont M. Legouest s'est servi. Si j'ai cité les observations de M. Legouest, c'était uniquement pour les opposer à la théorie de l'érosion des veines, car pour moi, cette contagion par l'air est la règle.

M. Verneuil n'est pas plus heureux quand, après avoir rappelé que je n'admets pas l'hétéro-infection par inoculation, il me reproche de ne pas considérer les piqûres anatomiques comme étant un accident d'empoisonnement. Jugez-en ; toujours dans le même discours communiqué à M. Verneuil, on lit ceci : « Je ne puis même pas voir avec M. Gosselin une grande analogie entre une piqûre anatomique et la fièvre traumatique. Ce sont, je crois, des accidents d'un ordre entièrement différent. Les piqûres anatomiques n'ont, à mon avis, de gravité réelle que lorsqu'elles ont lésé les réseaux lymphatiques comme le ferait un tube à injection mercurielle. Dans cette affection souvent fort grave, l'intoxication semble se faire par les vaisseaux lymphatiques. »

Vous voyez comment on traduit une pensée.

M. Verneuil nous dit : « Vous qui critiquez les auteurs allemands, faites comme moi, lisez-les. » J'avoue qu'après l'essai que j'ai fait sur cet auteur, je suis bien en droit de me réserver pour les livres français qui, eux aussi, ont besoin d'être lus et dans lesquels les Allemands savent bien trouver de bonnes idées.

On comprendra facilement que j'aie pour Roser plus de sympathie que pour Billroth. Il défend une théorie fort analogue à la mienne, et ce n'est pas un petit appoint pour ma cause, car (ce que mon collègue ne paraît pas avoir découvert) Roser compare, comme je l'avais fait avant lui, la fièvre purulente au typhus. Voici le passage du mémoire de Roser : « D'après cela, on voit que la pyohémie et la septicémie ne sont pas des processus de la même famille pathologique, mais que la pyohémie appartient (comme le typhus) aux malades zymotiques spécifiques, tandis que la septicémie est un nom collectif pour désigner toutes sources d'état du sang, résultat de son mélange ou de son intoxication. » (Roser, *Arch. der Helk.*, 1864).

Vous voyez que si ce passage est favorable à mes idées, il l'est bien peu à celles qui confondent la septicémie et l'infection purulente. L'opinion de Roser a de la valeur, et je ne repousse point son appui, mais (c'est peut-être parce que je ne suis pas familiarisé avec la méthode allemande) je trouve des contradictions dans ce passage : l'auteur dit avec la plus grande raison que la pyohémie, qui appartient comme le typhus aux maladies zymotiques spécifiques, n'est point la septicémie qui est un nom collectif pour désigner toutes sortes d'état du sang. Je suis parfaitement de cet avis, mais je me sépare de Roser quand il dit que la septicémie et la pyohémie ne sont pas des processus de la même famille. La septicémie est réellement le nom collectif qui désigne tous les empoisonnements du sang par les effluves et les miasmes, et je suis d'avis que l'on doit désigner sous ce nom l'infection purulente, l'infection putride, la fièvre des marais, etc. Aussi m'est-il impossible d'admettre avec Roser que la pyohémie et la septicémie ne sont pas des processus de la même famille pathologique. Elles sont de la même famille, mais elles ne procèdent pas l'une de l'autre comme les Allemands l'admettent dans la théorie dont M. Verneuil se dit l'éditeur; il faut bien, en effet, se garder de dire que deux empoisonnements provenant de sources analogues sont nécessairement deux émanations successives d'un même agent; que diriez-vous d'un toxicologiste qui, voyant que l'opium et la belladone, par exemple, produisent tous les deux la mort en donnant lieu à des accidents symptomatiques analogues, admettrait que l'empoisonnement par l'opium est une des phases de l'empoisonnement par la belladone? Prenons garde de raisonner ainsi.

On nous demande de prouver que l'infection purulente et l'infection putride ne sont pas deux périodes de la même maladie. Je ne puis pas admettre cette manière d'argumenter. Est-ce moi qui, le premier, ai soulevé cette question? Non. Vous affirmez, c'est à vous de prouver. Vous voulez que fièvre traumatique, infection putride et infection purulente ne soient qu'une seule chose en trois états. Je n'admettrai cette trinité que lorsque vous l'aurez démontrée, car ce ne peut être pour moi une affaire de dogme.

La théorie qui fait procéder l'infection putride de la fièvre traumatique, et l'infection purulente de l'une et de l'autre, affirme, mais elle ne prouve pas. J'avais reproché à M. Verneuil de s'être contenté d'avoir formulé huit propositions à ce sujet, et de n'avoir cherché à en prouver qu'une, celle qui faisait de la septicémie une affection analogue à celle de la syphilis, et se transmettant par un virus. Aujourd'hui, notre collègue paraît moins tenir à cette proposition, mais il ne cherche pas à démontrer les autres : il les formule un peu différemment; il affirme qu'elles sont vraies; il nous demande même de donner des conclusions formelles sur la nature et les causes de la fièvre traumatique. Quant à une démonstration, il n'y en a pas.

J'ai déjà dit qu'à propos de l'infection purulente, je ne peux pas traiter à fond toutes les questions qu'il plaira à notre collègue de rattacher à ce sujet. Je me contenterai de dire en peu de mots pourquoi je considère la fièvre traumatique comme essentiellement différente de l'infection putride et de l'infection purulente ; il est peu de grandes lésions qui n'éveillent une fièvre plus ou moins violente. Quand cette réaction suit de près la lésion, nous l'appelons fièvre traumatique; si c'était le premier degré de la septicémie, la chirurgie se réduirait presque à une question de toxicologie; si la fièvre traumatique était ce que veut l'école allemande, elle existerait rarement à la campagne et chez les malades isolés. Or on n'observe pas cette absence de fièvre traumatique dans les conditions où tout le monde sait que l'infection purulente ne se produit presque jamais.

Je ne comprends pas, je l'avoue, cette fièvre traumatique qui, d'après M. Verneuil, peut survenir tant qu'existent les conditions de production et d'absorption de sepsine. Jamais personne n'a compris ainsi la fièvre traumatique ; c'est pour tout le monde un accident des premiers jours, se produisant souvent dès les premières heures, et qui, quand elle a cessé, ne reparaît plus ; si une autre fièvre se produit, ce n'est plus une fièvre traumatique. Avant donc de suivre notre collègue sur le terrain où il voudrait porter la discussion, il faudrait commencer par nous mettre d'accord sur les termes et les bien définir, et cela me semble impossible, car je ne puis pas admettre avec lui que « la fièvre traumatique cesse souvent au bout de quelques jours, quand la sepsine est éliminée, mais peut durer indéfiniment, cesser et reparaître, prendre le type rémittent, régulier ou irrégulier, sans changer pour cela de caractère essentiel. »

Avant tout, il faudrait nous prouver que c'est bien là ce que l'on a appelé la fièvre traumatique. Je crains fort que cette démonstration ne soit pas facile.

Pour moi, quand la fièvre traumatique a cessé, il ne doit plus en être question; si une autre fièvre se produit, il faut en chercher la cause ailleurs que dans l'accident que l'on pourra appeler immédiat du traumatisme.

Si l'infection purulente n'était que la période ultime de la fièvre traumatique, comment comprendre les cas dans lesquels elle éclate au moment où certains malades sont presque guéris ? Elle apparaît sans doute le plus souvent dans le deuxième ou le troisième septénaire après la lésion, mais on observe assez souvent encore des faits d'infection chez des blessés qui ont passé plusieurs mois à l'hôpital, et qui n'ont plus qu'une petite plaie.

Cela s'observe surtout dans les salles de chirurgie où de nouveaux blessés apportent l'infection purulente. Les malades en voie de guérison sont alors pris subitement de malaise, d'inappétence; puis, au bout de vingt-quatre ou de quarante-huit heures, le frisson initial se produit, et l'homme qui naguère était presque guéri se trouve empoisonné.

Celui-là n'a pas eu la fièvre traumatique, ou, s'il l'a eue, il en était débarrassé depuis bien longtemps. Comment expliquera-on ces faits? Dira-t-on que cette maladie, que l'on a comparée à la syphilis, peut parfois débuter par l'accident tertiaire? J'avoue que je n'admettrais pas facilement cette manière de raisonner.

Si l'infection purulente peut se produire ainsi, et tous les chirurgiens ont pu le constater, comment ne pas reconnaître que c'est un accident entièrement distinct de la fièvre traumatique ?

Il ne m'est pas prouvé que la fièvre traumatique soit produite par l'absorption d'un poison ; mais cette étiologie fût-elle admise, il resterait encore à démontrer la liaison de cause à cette fièvre et l'infection purulente. On dit : ce sont des accidents de même ordre donc ils procèdent l'un de l'autre, et l'on croit avoir administré une preuve irrécusable ! C'est comme si l'on disait, en voyant trois membres d'une même famille, qu'il y a là nécessairement le grand-père, le père, et le fils !

Ils est probable qu'un jour la chimie nous dira quels sont les agents délétères des miasmes, et alors on n'auca pas renversé l'opinion que je soutiens, mais on l'aura enrichie et précisée. Nous saurons alors si le poison est le même dans toutes les maladies que la septicémie renferme, et s'il en était ainsi, ce que je ne crois pas, on aurait à chercher pourquoi dans un cas il produit l'infection putride, et pourquoi dans un autre, c'est à l'infection purulente qu'il donne naissance.

Si M. Verneuil ne se trompait pas, on aurait déjà fait un grand pas dans cette voie, et la sepsine dissiperait bien des points obscurs de la septicémie. Je crains pourtant que notre collègue ne se soit fait illusion, et qu'il ait pris pour une réalité ce qui n'est encore qu'une espérance. Pour lui, la sepsine est l'agent de l'empoisonnement dans l'infection purulente et dans l'infection putride ; il existerait donc également dans la fièvre traumatique.

En entendant faire l'histoire de la sepsine d'une manière presque aussi précise que s'il s'était agit d'un alcaloïde, tel que la morphine ou la strychnine, je me réjouissais. Je me réjouissais trop tôt, car, ayant recherché le travail dans lequel Bergmann parle de la sepsine, voici ce que j'ai trouvé :

Dans un article dont j'ai copié le titre sans chercher à le prononcer (*Bergmann und Schmiedberg uber das Schwefelsaure Sepsin Centrabbatt für die Mit.* Wiessens, 1868, nº 32), Bergmann et Schmiedberg exposent leurs recherches pour découvrir un composé chimique défini dans les matières organique putréfiées. De l'analyse de ce travail, que M. Schwartz a bien voulu faire pour moi, il résulte que les auteurs sont arrivés à isoler un cristal qu'ils supposent être un sulfate du composé défini cherché, auquel ils ont donné le nom de sulfate de sepsine.

La plus grande partie de l'article est consacrée à des considérations purement chimiques. Ce n'est qu'à la fin que dans quelques lignes on trouve le récit de deux expériences sur des chiens qui, ayant été sacrifiés, au bout de deux heures, présentèrent comme principale lésion anatomique des ecchymoses sous la membrane muqueuse de l'estomac. Les symptômes de l'empoisonnement avaient été : vomissements et déjections rapidement devenues sanguinolentes.

Je ne trouve pas dans ce travail la précision sur laquelle je comptais : d'abord, Bergmann et Schmiedberg ne font que *supposer*, ils n'affirment pas que le cristal qu'ils ont produit soit le sulfate de sepsine qu'ils cherchaient; et puis il y a bien une autre objection à faire à ceux qui veulent introduire dans la science la sepsine comme un corps définitivement démontré, comme l'agent de toutes les formes de la septicémie : si l'on a bien lu et bien compris le travail de Bergmann et de Schmiedberg, c'est de la levûre de bière pourrie qui aurait servi aux recherches de ces savants. Si ce n'est que cela, si ces auteurs n'ont pas, comme on me l'assure, trouvé dans le pus ce qu'ils ont appelé du sulfate de sepsine, je les engage à chercher autre chose s'ils veulent amener les chirurgiens à voir dans ce produit de la décomposition de la levûre de bière la cause de l'infection purulente.

M. Verneuil est encore en défaut quand il reproche aux chirurgiens de s'être laissé devancer par les accoucheurs.

Si notre collègue se reportait à onze ans en arrière, il entendrait encore les protestations des hommes les plus éminents contre une pareille confusion. N'est-ce donc pas un *clinicien sérieux* celui de nos collègues de la section d'accouchements qui apporte dans toutes les questions qu'il traite la précision qui est l'honneur de l'école française? Eh bien, demandez-lui, demandez au professeur de clinique d'accouchements de la Faculté s'il ne considère pas la fièvre puerpérale comme spécifique et ne pouvant pas être confondue avec la métrite simple, avec la métro-péritonite et avec la pelvi-péritonite, qu'on groupait sous la qualification de fièvre puerpérale à l'époque où l'étude de toutes ces maladies n'avait pas été suffisamment éclairée par l'anatomie pathologique.

Depuis le remarquable travail de M. Bernutz, nous savons tous que les accouchements sont fréquemment suivis de pelvi-péritonite. Les symptômes de cette maladie peuvent en imposer pour la fièvre puerpérale; mais un clinicien sérieux ne peut pas s'y tromper.

Vous voyez, messieurs, que les accoucheurs éclairés et les chirurgiens qui voient dans l'infection purulente une maladie spéciale différant de la fièvre traumatique sont parfaitement d'accord, et qu'on ne peut pas nous opposer l'opinion que nos collègues professent sur les *accidents fébriles puerpéraux*.

Avant de terminer la partie de ce discours qui est relative à l'étiologie de l'infection purulente, je veux rappeler l'opinion de Darcet et faire bien comprendre en quoi elle consiste.

Darcet était partisan de l'absorption du pus en nature. Il ne se distinguait de Velpeau qu'en admettant la nécessité de la putridité du pus. Il ne faudrait donc pas dire qu'il est le créateur de la théorie moderne de la pyohémie, puisqu'il invoque une absorption que les physiologistes repoussent; mais on serait juste en lui reportant l'honneur d'avoir le premier ébauché la théorie des infarctus, en attribuant aux matières absorbées la propriété de mettre obstacle à la circulation capillaire.

Je viens de dire que les physiologistes repoussent l'absorption du pus en nature. Vous avez pourtant entendu, dans la dernière séance, un de nos collègues soutenir la thèse opposée. Pour lui, les vaisseaux absorbants ont à la surface des plaies des orifices béants qui donneraient passage à des corps plus volumineux que les globules du sang. Si M. Colin parvenait à démontrer ce qui jusqu'ici n'est qu'une assertion, il dérangerait singulièrement les théories qui font l'objet de ce débat. Pour ma part, je serais bien moins fondé à invoquer les miasmes putrides, puisque le pus décomposé pourrait être absorbé tout entier. C'est justement l'impossibilité de cette absorption qui m'a amené à soutenir que les émanations pestilentielles du pus décomposé, altérées, sont seules absorbées et suffisent pour donner naissance à l'infection purulente.

Je n'ai pas cherché à démontrer par des expériences l'impossibilité de l'absorption du pus, parce qu'il y a des raisons qui me semblent suffisantes pour ne pas admettre les orifices béants que M. Colin croit avoir vus. S'il existait à la surface des plaies, comme notre collègue l'affirme, des ouvertures de vaisseaux assez larges pour laisser passer le pus en nature, pourquoi ne donneraient-elles pas lieu sans cesse à des hémorrhagies en laissant s'écouler le sang contenu dans ces vaisseaux?

M. Colin admet la théorie de Darcet, l'absorption du pus et l'ob-

stacle à la circulation capillaire, d'où résulteraient les infarctus et les abcès métastatiques. C'est l'opinion de Darcet, avec le mot *infarctus* qui n'existait pas il y a trente ans. Je répète qu'il ne suffit pas d'affirmer cette absorption, il faut la prouver.

A mon avis, on se fait une bien fausse idée de l'évolution de ce qu'on a appelé les infarctus. On veut absolument que la nécrobiose résulte du transport d'un caillot d'un point à un autre de l'arbre artériel; on fait toujours intervenir, avec M. Virchow, un caillot qui, détaché d'une veine, par exemple, arrive au cœur qui le repousse vers les capillaires. Trop gros pour franchir les plus petits vaisseaux, il prive de sang et mortifie la partie à laquelle ces vaisseaux appartiennent.

Cette théorie serait très-admissible, s'il n'y avait qu'un infarctus; mais comme il y a souvent des infarctus et des abcès dans tous les organes parenchymateux, comme on trouve du pus dans le tissu cellulaire sous-cutané et dans les membranes synoviales, voyez quel nombre d'embolies il nous faudra.

Les partisans de cette théorie ne s'embarrassent pas pour si peu: s'ils reconnaissent qu'il n'est pas facile d'admettre la fragmentation d'un caillot en un nombre infini d'emboles, ils pensent qu'il pourrait se faire que le premier infarctus donnât naissance à de nouveaux caillots, qui, venant à se mêler au sang, iraient produire de nouveaux infarctus.

J'avoue que, malgré toute ma bonne volonté, je n'ai pas pu arriver à comprendre cette évolution.

On pourrait encore admettre les infarctus du poumon, provenant d'une des nombreuses divisions de la veine cave: un caillot détaché, arrivant au cœur, peut, s'il n'est pas trop gros, parvenir jusqu'aux lobules du poumon, et s'il est fragmenté, il n'y a pas de raison pour que la circulation ne soit pas arrêtée dans plusieurs lobules; mais comment expliquer la coïncidence des abcès métastatiques du foie, d'un organe qui a sa circulation particulière? Il faudrait que des particules du caillot migrateur traversant les capillaires du poumon, revinssent dans l'oreillette gauche, qu'elles passassent dans le ventricule du même côté et fussent transportées par l'artère hépatique dans les lobules du foie! Et puis, si vous poussez la complaisance jusqu'à signer le laissez-passer du caillot migrateur dans une aussi grande étendue de vaisseaux, comment expliquerez-vous la formation des abcès articulaires?

Montrez-moi donc le point où le caillot s'est arrêté, près de la membrane synoviale qui a suppuré. J'ai étudié pendant bien des années le système vasculaire des articulations, et je n'ai pas encore renoncé à cette étude; mais j'avoue que je ne devine même pas où il faudrait placer cet imperceptible caillot pour produire les abcès articulaires.

On se paye de mots, on dit: Il y a septicémie avec infarctus! Moi, je dis: L'empoisonnement miasmatique n'a pas besoin de vos embolies pour expliquer les lésions du typhus traumatique, pas plus que les médecins n'ont recours à la migration d'un caillot pour expliquer les gangrènes de la peste.

Si de la surface d'une plaie naissent des miasmes, des émanations délétères, capables de donner lieu à une maladie qui a la plus grande ressemblance avec la fièvre jaune, avec la peste d'Orient, pourquoi les émanations, en se mêlant au sang, ne seraient-elles pas capables de mortifier certains de nos tissus, de donner lieu à cette nécrobiose pour l'explication de laquelle vous faites intervenir les embolies multiples? Pour moi, le poison, une fois mêlé au sang, altère toutes les sécrétions: la salive, l'urine et la sueur diminuent de quantité; les synoviales produisent du pus que l'on retrouve aussi dans le tissu cellulaire. Les plaques de Peyer sont malades et souvent ulcérées comme dans la fièvre typhoïde; comme dans la fièvre jaune et dans la peste, il y a des hémorrhagies. Pouvez-vous ne pas être frappés de l'analogie qui existe entre ce que l'on appelle maintenant les infarctus et les anthrax charbonneux de grands typhus?

Est-ce que les médecins vont faire intervenir l'embolie pour expliquer la gangrène et les bubons de ces maladies?

Dans le typhus des salles de chirurgie, il y a empoisonnement du sang, et le sang altéré produit les abcès et les infarctus. Voilà ce que l'on peut affirmer. Aller plus loin, c'est se jeter dans le domaine des hypothèses.

Permettez-moi encore de dire à M. Colin qu'il a cent fois raison de ne pas opposer les expériences du laboratoire à l'observation clinique. D'après notre collègue, en effet, il suffirait d'introduire du pus de bonne nature dans le tissu cellulaire pour donner lieu à des abcès métastatiques. S'il en était ainsi, quand on sait que du pus s'est formé quelque part, il faudrait se hâter de lui donner une issue par une incision. Eh bien! l'observation clinique nous apprend que l'infection purulente n'est à craindre que lorsque l'on a incisé l'abcès. Tant que le pus n'est pas au contact de l'air, le malade peut avoir de la douleur, mais il n'a pas à redouter l'empoisonnement du sang.

Notre collègue s'est livré à des expériences qui m'ont beaucoup intéressé: par une série d'opérations faites sur plusieurs animaux, il a démontré que le sang d'un animal devenu septicémique est lui-même un poison. Il serait même tenté d'y voir la preuve d'un virus.

Il faut prendre garde d'aller trop loin dans cette voie; vous avez prouvé que le sang d'un animal empoisonné devient une cause de mort quand on l'injecte dans les tissus des autres animaux, mais vous n'avez rien fait pour prouver que vous engendrez et que vous transmettez un virus. Je me trompe, vous avez démontré le contraire; si l'agent dont vous vous servez n'était pas un simple poison, mais un virus, il agirait à faible dose, et vous nous avez dit que la quantité doit être relativement considérable; elle doit être proportionnée au volume de l'animal!

Cette phrase-là est la condamnation de la théorie du virus. Vous savez bien, en effet, que si, avec la sérosité putride dont vous vous êtes servi, vous êtes dans l'impossibilité de tuer de gros animaux avec une gouttelette de virus-vaccin vous imprégnez leur corps tout entier, et que, avec un atome de vaccin pris sur un enfant à la mamelle, vous pouvez préserver de la variole un homme de six pieds.

Comparez donc l'impuissance de vos inoculations sur les grands animaux en vous servant de matières putrides, avec les résultats de l'inoculation du virus de la morve. Est-ce qu'il faut une grande quantité de pus d'un cheval morveux pour transmettre cette maladie? Y a-t-il, d'un autre côté, des hommes assez grands et assez gros pour pouvoir, sans danger, s'exposer à contracter la syphilis?

Je n'insisterai pas. J'aime bien mieux terminer ce que j'ai à répondre au discours de M. Colin en faisant remarquer combien ses expériences sont intéressantes au point de vue de la distinction de l'infection putride et de l'infection purulente.

Si par des injections de pus putride on donne lieu à des abcès multiples, à des abcès dits métastatiques, jamais notre collègue n'est parvenu à en produire en se servant de matières putrides. Il a tué les animaux, il ne leur a pas donné l'infection purulente.

Le nom dont on se sert pour désigner l'infection dont les lésions les plus graves sont les abcès multiples a une trop grande signification.

En acceptant le nom d'infection purulente, on préjuge ce qui est en discussion, car on donne à entendre que l'on admet l'absorption du pus en nature. Il vaudrait bien mieux adopter la qualification de *typhus chirurgical*, ou, si vous voulez, de typhus des salles de chirurgie, de même que l'on a désigné une maladie qui a plus d'un rapport avec celle dont nous nous occupons sous le nom de *typhus des camps*.

Le nom de *pyohémie* ne vaut pas mieux que celui d'infection purulente, car il peut se faire que chez un malade affecté de typhus chirurgical, la mort arrive avant la formation des abcès métastatiques. Souvent, en effet, quand la mort est survenue rapidement, on ne trouve dans les organes parenchymateux que des noyaux d'un rouge foncé, d'une consistance plus ferme que celle du reste de l'organe; on dirait d'une asphyxie partielle. C'est toujours le typhus chirurgical, c'est la période qui précède la formation des abcès ou des infarctus, mais on ne peut pas encore dire que c'est de la pyohémie.

Je pense que ce sont ces faits qui ont induit les Allemands en erreur. Au lieu d'y voir des cas d'infection purulente en voie d'évolution, ils ont cru y reconnaître l'infection putride aiguë. Mais si c'était l'infection putride, ces noyaux noirs ne seraient pas l'avant-coureur ordinaire des abcès que l'on appelait métastatiques; or, tout le monde sait que souvent, parmi trois ou quatre de ces noyaux, on en découvre un au milieu duquel on aperçoit déjà du pus. Tandis que l'infection putride classique, celle que les Allemands appellent chronique, ne donne jamais naissance à du pus; jamais elle n'engendre les abcès métastatiques.

Ce que l'on nous a dit de la difficulté du diagnostic de l'infection purulente pourrait s'appliquer à toutes les maladies. Il y a des cas difficiles, parce qu'ils offrent quelques particularités propres à induire en erreur les cliniciens les plus habiles; mais de ce que l'erreur est possible, il faut bien se garder de dire qu'on ne peut pas affirmer l'existence d'une infection purulente. Ce n'est pas seulement au frisson initial, qui a pourtant sa valeur, que l'on reconnaît la maladie, mais à l'aspect particulier de la plaie, qui souvent, un ou deux jours avant le frisson, présente un aspect sur lequel j'ai depuis longtemps appelé l'attention. La sécrétion diminue et le pus change de consistance, il devient séreux ou plus liquide; la plaie a une odeur spéciale qui m'a souvent suffi pour annoncer l'imminence des symptômes irrécusables pour tout le monde. Les tissus se flétrissent non-seulement dans la plaie, mais souvent cette flétrissure s'étend assez loin sur la peau voisine qui devient ridée et terreuse. Quand j'ai observé tout cela, et qu'un frisson avec claquement de dents survient, j'affirme l'existence d'une intoxication miasmatique devant se terminer par des abcès multiples dans les organes parenchimateux, dans les articulations, dans le tissu cellulaire, etc. Il ne faut pas croire que je fasse fi des renseignements thermométriques; mais l'élévation de la température ne peut être considérée que comme un adjuvant du diagnostic; pour ma part, si je n'avais que le frisson et la température comme renseignements sur un malade que je ne verrais pas et que je ne pourrais pas interroger, je serais fort embarrassé pour supposer un diagnostic. Je me dirais que les deux symptômes appartiennent autant à la pneumonie qu'à l'infection purulente, et je m'abstiendrais.

En prenant part, pour la dernière fois, à une discusssion que j'ai provoquée en communiquant un fait de guérison d'infection purulente, je pourrais apporter à cette tribune l'histoire de deux observations récentes et incontestables de guérison par le sulfate de quinine administré pendant dix ou douze jours à la dose de 2 à 4 grammes; mais je craindrais de faire descendre le débat des hauteurs où les discours de nos collègues ont su l'élever. Je vous demande seulement de vouloir bien me permettre quelques considérations nouvelles sur le traitement de la maladie dont nous nous occupons depuis si longtemps.

Je vous ai dit la confiance que m'inspire le sulfate de quinine, je ne reviendrai pas sur ce sujet. Je veux aujourd'hui dire quelques mots des pansements et de leurs influence sur la guérison des plaies.

L'influende de l'air sur la productionc des émanations qui infectent le sang étant admises, l'isolement des malades est la première, la plus impérieuse des indications. Tout le monde le sait, tout le monde le dit, mais il y a des circonstances dans lesquelles les malades sont nécessairement agglomérés. Dans ces cas, quel est le pansement qui met le plus sûrement les plaies à l'abri de l'infection?

Je crois avoir trouvé un mode de pansement supérieur à tous les autres, voici en quoi il consiste: j'ai recours pour le pansement de toutes les plaies, soit qu'elles résultent d'une resection, soit qu'elles proviennent d'une grande amputation, à l'application de couches épaisses de quate. C'est, comme tout le monde le sait, le pansement préconisé et employé depuis longtemps contre les brûlures. Je n'ai pas besoins de dire que je n'y ai recours que dans les cas où je ne tente pas la réunion par première intention. J'introduis dans la profondeur de la plaie une couche de ouate qui adhère immédiatement aux tissus humides, avec lesquels elle se trouve en contact. Quand l'espace qui existe entre les lambeaux est rempli, j'enveloppe l'extérieur de plusieurs couches de la même substance, puis je maintiens les choses en place avec une bande qui enveloppe le membre un grand nombre de fois.

Ce pansement si simple ne doit plus être renouvelé qu'au moment où l'on croit que la plaie est à peu près guérie.

On se comporte, en un mot, comme pour le pansement des brûlures.

Le premier effet de ce traitement est de calmer très promptement la douleur résulant de l'opération.

C'est à l'hôpital de Saint-Martin que j'ai, pour la première fois, à la fin de l'année 1870, employé ce pansement. Depuis cette époque, je n'ai pas rencontré un blessé qui se soit plaint de ressentir la plus légère douleur, même après une grande amputation...

Dans aucun cas, je ne renouvelle le pansement avant quinze jours.

A la levée du premier appareil, c'est-à-dire au bout de quinze jours ou trois semaines, j'ai toujours été émerveillé de l'aspect satisfaisant des plaies, qui sont vermeilles et recouvertes d'un pus crèmeux, en quantité modérée. J'ai vu à cette époque le fémur, coupé dans une amputation de cuisse, entièrement recouvert de bourgeons charus.

Jusqu'ici, je cherche vainement un défaut à ce pansement; je ne lui trouve que des avantages. On devait d'ailleurs prévoir ce résultat, puisque la ouate filtre l'air et le débarasse de toutes les impuretés...

Je résumerai les opinions que j'ai soutenues dans cette discussion par les propositions suivantes:

1° La maladie que nous désignons sous le nom d'*infection purulente* ou *pyohémie* devrait être appelée *typhus chirurgical*.

2° Comme tous les autres typhus avec lesquels il a la plus grande analogie, le typhus chirurgical est le résultat d'un empoisonnement du sang.

3° Cet empoisonnement provient de l'absorption de miasmes délètères engendrés à la surface des plaies.

4° Il donne lieu à la formation d'abcès métastatiques, et produit une lésion qui a été décrite sous le nom d'*infarctus*.

5° Ces infarctus proviennent, comme les abcès, de l'action du poison sur les tissus où ils se développent.

6° De ce que, par des expériences dans lesquelles on met un obstacle à la circulation par l'injection dans les veines, on donne lieu à des abcès et à des infarctus, on n'est pas en droit de soutenir que ces lésions ne peuvent pas résulter d'une atteinte portée à la vie dans les parties du corps où on les observe, par des émanations miasmatiques.

7° Le typhus chirurgical est une maladie essentiellement différente de l'infection putride.

8° Ces deux affections, quoique différentes, appartiennent à la classe des septicémies.

9° La fièvre traumatique ne doit pas être rangée dans la même classe. Rien ne démontre, comme on l'a soutenu, qu'elle résulte de l'absorption d'un poison.

10° Le typhus chirurgical est une maladie infectieuse, c'est-à-dire contagieuse par l'air.

11° L'agent de l'empoisonnement ne peut encore être désigné que par le mot vague de *miasme*.

Ce que l'on a décrit sous le nom de *sulfate de sepsine*, paraît n'être qu'une matière agissant comme toutes les substances putrides.

12° Le sulfate de sepsine a été trouvé dans la levûre de bière.

13° Pour s'oppposer à la production du typhus chirurgical, il faut, quand on ne peut pas isoler les blessés, soustraire les plaies au contact d'un air contaminé.

Le pansement avec la ouate me paraît le moyen le plus sûr d'atteindre ce but.

14° Quand le typhus existe, s'il n'est pas foudroyant, le meilleur médicament est le sulfate de quinine donné à une dose qui varie de 2 à 4 grammes.

M. GIRALDÈS monte à la tribune après M. A. Guérin pour opposer quelques objections à sa théorie du miasme. Si, dit-il, comme le pense M. A. Guérin, l'infection purulente est le résultat de l'action d'un miasme, comment se fait-il que tous les opérés ou blessés n'y soient pas également exposés? Pourquoi les enfants, les femmes et les gens de la campagne, en général, n'en sont-ils pas atteints? C'est par une raison que M. A. Guérin ne lui paraît pas avoir vu: c'est l'état organique des individus qui fait l'infection purulente. Lorsque j'ai pris le service chirurgical dans des baraques récemment installées, ajoute M. Giraldès, il n'y avait pas encore de miasmes formés, et cependant j'y ai observé dès le début des exemples d'infection purulente.

Tout ce qui a été dit sur la production de l'infection purulente par l'absorption du pus est un pur roman. Quant aux expériences faites sur les animaux, elles démontrent que toutes les fois que l'on a affaire à un animal sain, on produit des accidents, mais jamais l'infection purulente. Tout le monde est d'accord aujourd'hui pour admettre que l'infection purulente est une sorte d'empoisonnement moléculaire qui se fait peu à peu, bien différent en cela de l'infection putride, qui se fait d'emblée.

M. VERNEUIL a présenté, à la fin de la séance, quelques réflexions critiques sur le mode de pansement proposé par M. A. Guérin, que le bruit ne nous a pas permis de saisir.

La séance a été levée à cinq heures.

DOCUMENTS

POUR SERVIR A L'HISTOIRE DU MOUVEMENT SCIENTIFIQUE PENDANT LE SIÉGE DE PARIS (1).

21 NOVEMBRE.

XXXVI. **Santé publique.** — La mortalité a encore augmenté cette semaine. Elle s'est élevée du chiffre 1,885 au chiffre 2,064. Toutefois cet accroissement n'a rien encore d'effrayant, car, si l'on décompose le chiffre brut en ses divers éléments, on trouvera que

(1) Voir le dernier numéro.

l'augmentation ne dépend pas exclusivement de la totalité des décès causés par les maladies régnantes. En effet, le *Bulletin hebdomadaire des décès* pour la ville de Paris comprend deux séries : 1° les maladies régnantes, ou, si l'on veut, les maladies appelées soit épidémiques, soit saisonnières; 2° les « affections chroniques ou accidentelles, et qu'il n'y a pas intérêt à faire connaître et à compter dans un Bulletin hebdomadaire »; ce sont les termes mêmes du tableau officiel. Or nous trouvons que du 6 au 12 novembre cette seconde catégorie renferme 1,064 décès, tandis que du 13 au 19 du même mois elle en donne 1,198, soit un excès de 134 décès, causés cette semaine par les maladies « accidentelles. » D'un autre côté, durant la semaine précédente, les maladies régnantes ont fourni 821 décès, et dans la présente semaine, 866, c'est-à-dire un accroissement de 45 décès seulement.

Si maintenant nous mettons en regard pour les deux semaines dont nous parlons les chiffres afférents aux principales maladies régnantes, nous constatons que les décès par variole se sont élevés de 419 à 431, différence, 12; la dyssenterie avait fait 39 victimes du 6 au 12, tandis que du 13 au 19, 25 malades seulement y avaient succombé; mais l'angine couenneuse a presque triplé, puisqu'on comptait 5 décès l'autre semaine, et qu'il y en a eu 14 pendant celle qui vient de s'écouler. Les différences les plus considérables au compte de cette semaine sont ensuite pour la fièvre typhoïde 62 du 6 au 12, et 94 du 13 au 19; pour la bronchite 82 — 92; le croup 5 — 10; la scarlatine 7 — 14. Quant aux chiffres des décès causés par la rougeole, la diarrhée, la pneumonie, les affections puerpérales, ils restent presque les mêmes dans les deux semaines.

Il est clair que c'est la variole qui en ce moment nous inquiète le plus par sa marche ascendante; toutefois, on peut constater que, si les innombrables vaccinations ou revaccinations qu'on pratique chaque jour de tous les côtés n'arrêtent pas cette marche, elles l'entravent certainement. On ne doit pas oublier non plus que la population réfugiée entre pour une partie notable dans cette extension de la variole. Pour ce qui est du nombre des décès causés par les autres affections régnantes, il n'a rien que de normal, eu égard à la saison où nous sommes; on pouvait même craindre qu'il ne fût plus considérable, en raison des circonstances toutes particulières que nous traversons.

Il résulte enfin de ce Bulletin hebdomadaire que Paris souffre encore plus des intempéries de la saison que de l'insuffisance ou du défaut de variété de l'alimentation, et cela malgré de déplorables et trop nombreux excès dans l'usage des boissons alcooliques. Nous devons tout naturellement tirer de cette liste mortuaire deux conséquences pratiques : — la première, c'est qu'il importe de protéger à tout prix nos braves défenseurs contre les intempéries, — de ne pas exposer leurs femmes ou leurs filles à prendre toutes sortes de maladies à la porte des bouchers, — de pourvoir au chauffage des personnes nécessiteuses; — la seconde, c'est qu'il convient de surveiller avec l'attention la plus scrupuleuse la qualité des substances alimentaires, et de multiplier sous ce rapport les conseils d'une hygiène bien entendue et adaptée à notre misérable condition présente. Le temps n'est peut-être pas loin où nous n'aurons plus que par intermittence des légumes frais et de la viande fraîche; c'est alors qu'il faudra redoubler de surveillance et de précautions afin de ne pas ajouter aux fâcheuses influences de la saison l'action délétère d'une nourriture malsaine. Ce sera déjà bien assez qu'elle ne soit pas abondante.

Jamais nous n'avons traversé des temps aussi durs; espérons que nous en sortirons à notre honneur et sans trop compromettre notre santé. Beaucoup de patriotisme et de résignation; un bon usage du peu de ressources alimentaires dont nous disposons peuvent assurer notre délivrance.

Voici maintenant le tableau des causes de décès tel qu'il est dressé par l'administration :

Causes de décès du 13 au 19 novembre : Variole, 431; scarlatine 14; rougeole, 9; fièvre typhoïde, 94; érysipèle, 12; bronchite, 92; pneumonie, 73; diarrhée, 91; dyssenterie, 25; choléra, 2; angine couenneuse, 5; croup, 10; affections puerpérales, 8; autres causes, 1,198. Total : 2,064. — Ch. Daremberg.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté ministériel du 27 mai, M. le docteur Cardinal a été nommé médecin-inspecteur des eaux de Cauterets.

— M. le professeur Gubler commencera son cours de thérapeutique le jeudi 15 juin, à cinq heures, dans le grand amphithéâtre de l'Ecole-de-Médecine, et le continuera les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine à la même heure.

— M. le professeur Richet continue ses leçons à l'hôpital des Cliniques, les lundis, mercredis et vendredis, de huit heures à dix heures.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Traité des fractures non-consolidées ou pseudartroses, par le docteur Bérenger-Féraud, médecin principal de la marine. In-8 de 700 pages. — Prix : 10 francs.

Comptes rendus des séances et mémoires de la Société de biologie (tome XXI de la collection, année 1869). 1 volume in-8, de 627 pages et 6 planches lithographiées et coloriées. — Prix : 7 francs.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

SOMMAIRE. — CLINIQUE CHIRURGICALE. De l'ostéite aiguë chez les enfants et les adolescents (M. Sézary). — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — Documents pour servir à l'histoire du mouvement scientifique pendant le siége de Paris. — Nécrologie. — Nouvelle. — Bulletin bibliographique.

Paris, le 8 juin 1871.

CLINIQUE CHIRURGICALE

De l'ostéite aiguë chez les enfants et les adolescents

Par M. le docteur SÉZARY (1).

Les cas suraigus ont une marche vraiment foudroyante. En huit, quinze jours, des enfants pleins de santé meurent épuisés par cette production subite et abondante de pus, ou emportés par les symptômes de septicémie et de pyohémie. La mort est la règle dans ces cas.

Parfois, les jeunes malades résistent à ces lésions énormes : le pus sous-périostique s'est frayé une voie au dehors ou a été évacué par le chirurgien : il en résulte un temps d'arrêt; le malade est moins agité, les symptômes locaux paraissent s'amender. Mais tout le pus n'est pas en communication avec le dehors, la fièvre ne tarde pas à redoubler, le délire devient plus intense que jamais; c'est le processus inflammatoire qui progresse dans l'intérieur de l'os. Les douleurs sont atroces, le pus enfermé dans le canal médullaire cherche à se frayer une voie. C'est alors que secondairement les articulations sont envahies; mais leur envahissement ne se manifeste pas par les symptômes habituels de l'arthrite aiguë : tous les auteurs ont noté ce caractère de l'arthrite post-ostéitique. A cela nous voyons deux raisons principales : la première, c'est qu'un organisme qui est dans l'état de prostration et d'épuisement qui caractérise cette forme de la maladie ne réagit pas comme un organisme sain ; la seconde, c'est qu'une des principales causes des douleurs atroces de l'arthrite aiguë est l'étranglement qui manque précisément ici, puisque l'articulation est envahie de dehors en dedans par un processus éminemment destructeur qui débride par cela même.

Dans plusieurs observations, Chassaignac a noté cette absence du gonflement intra-articulaire, et ces perforations rapides des culs-de-sac synoviaux, bien mieux applicables par les propriétés phlogogènes du pus que par le fait mécanique d'une réplétion exagérée de la synoviale, que l'on n'a observée à aucun instant.

Ajoutons qu'il est des cas où ces symptômes d'arthrite consécutive manquent par une raison bien simple, c'est qu'ils se confondent avec les symptômes locaux du début de la maladie. C'est quand l'ostéite débute par l'extrémité supérieure du fémur, ou inférieure de l'humérus.

Comme la diaphyse est en contact immédiat avec la synoviale, l'arthrite se produit presque en même temps que l'ostéite. Et si l'articulation est profondément située comme la hanche, il en résultera que ces ostéites seront prises infailliblement pour des coxalgies aiguës. Gibert (*Coxalgie des enfants*, Paris, 1859) a insisté sur ces cas, et a cité des observations de coxalgie aiguë prises dans Brodie, qu'il rapporte à l'ostéite aiguë du fémur.

Quoi qu'il en soit, le fait de l'arthrite ajoute de vastes surfaces suppurantes à celles qui existaient déjà ; les culs-de-sac se perforant de fusées purulentes s'étendent rapidement dans les segments de membres voisins, et la mort survient secondairement, dans un état de cachexie aiguë.

Tous les auteurs ont décrit cette fonte rapide de tous les tissus aboutissant à un amaigrissement effrayant des pauvres petits malades.

La maladie ne dépasse guère en ces cas une durée de un à deux mois.

Il est rare que les jeunes malades résistent à ces causes puissantes de mort : cela se voit surtout à la campagne, car c'est de là que viennent aux hôpitaux des villes ces cas de nécroses totales qui ne sont autre chose que la terminaison de ces formes d'ostéite. En effet, d'énormes séquestres se forment, comprenant une grande partie de la diaphyse, parfois la diaphyse tout entière, et ce sont alors les phénomènes consécutifs de la nécrose que présenteront ces malades, phénomènes à marche excessivement lente, à durée indéfinie, et qui ne peuvent prendre fin que par l'intervention active de la chirurgie.

Nous sortirions de notre sujet en les décrivant : disons seulement qu'on retrouve plus tard ces malades avec des jointures ankylosées, des membres raccourcis, atrophiés, couverts d'énormes cicatrices adhérentes.

Les cas de moyenne intensité sont rarement mortels, mais ils ont une durée interminable. Il est rare qu'ils guérissent rapidement; l'ostéite passe à l'état chronique, quelquefois symptomatique de petits séquestres nécrosiques à éliminer, le plus souvent par la nature même du processus qui, frappant à des degrés divers, et produisant des pertes de substance irrégulière dans l'os, détermine d'une manière incessante la production de petits séquestres parcellaires d'ostéite, dont la présence irrite constamment les parties saines, voisines, et les prédispose à de nouvelles poussées inflammatoires qui se terminent par leur élimination.

Du reste, les jeunes malades, quand les accidents aigus se sont calmés, et que les accidents locaux se réduisent à l'existence d'une fistule, qui se ferme de temps à autre, ne tardent pas à se lever. Ils reprennent leurs occupations, dès que leurs forces le leur permettent : de là des récidives continuelles qui éternisent la maladie, récidives généralement peu graves, terminées par la production de nouveaux séquestres, la formation de nouvelles fistules.

C'est alors que se produisent ces hydarthroses de voisinage, dont nous avons parlé, hydarthroses à répétition qui apparaissent avec les poussées inflammatoires et finissent avec elles. A la longue, elles deviennent quelquefois définitives; il en résulte de la gêne dans les mouvements.

La propagation de l'inflammation aux parties molles, lors des accidents aigus, les cicatrices des trajets fistuleux, déterminent des brides cicatricielles, des adhérences tendineuses qui limitent parfois les mouvements des jointures. Ainsi au genou, au cou-de-pied, qui sont les jointures les plus souvent exposées, vu la fréquence des ostéites du fémur et du tibia, la règle est que les articulations soient saines, mais que leurs mouvements soient limités, dans un sens et dans l'autre, de manière que l'extension et la flexion ne puissent atteindre leurs dernières limites.

Quand persiste ce relâchement des ligaments dont nous avons parlé, il en résulte moins d'énergie et moins de précision dans les mouvements.

Les fractures spontanées se consolident parfois très-rapidement. Nous avons observé deux fractures du fémur; quoique non soignées méthodiquement, elles se sont parfaitement consolidées, et avec cette particularité que le raccourcissement qui en résultait était peu important, relativement au chevauchement, qu'il était facile d'apprécier, d'après la forme du cal et le déplacement angulaire des fragments. Chez l'un de ces malades, il était de 3 centimètres, chez l'autre il était nul. L'irritation transmise à distance au cartilage de conjugaison avait déterminé un allongement du fémur compensateur; d'autres fois la consolidation est infiniment retardée.

Cet allongement, comme nous l'avons dit à l'anatomie pathologique, est du reste la règle, toutes les fois qu'on peut observer les malades longtemps après le début du mal; et comme, en somme, il est rare qu'une fracture vienne en contrebalancer l'effet, il en résulte une inégalité dans la longueur des membres, fait important et qu'il nous faut étudier, au point de vue de la claudication.

Nous avons observé 11 fois cet allongement dans les os du membre inférieur. Il variait de 1 à 5 centimètres. Ce dernier, nous ne l'avons trouvé qu'une fois chez un malade qui n'a pu être examiné à ce point de vue, atteint de nécrose étendue, il était encore en traitement.

De tous les autres, un seul boitait un peu ; tous les autres disaient ne pas s'apercevoir de la différence de longueur de leurs membres.

Il est clair que, dans les cas de raccourcissement de l'os malade, par l'ossification prématurée du cartilage temporaire, la différence de longueur doit aussi amener une gêne dans la fonction du membre.

Nous avons observé des raccourcissements énormes de 6, 7 centimètres, obligeant les malades à marcher avec une canne, pendant plusieurs mois. Ils finissent cependant par pouvoir s'en passer, mais ils boitent fortement.

L'un d'eux qui avait eu le fémur et le tibia atteints successivement du même côté, avec ankylose du genou, avait une différence de 13 centimètres entre ses deux jambes. Il avait été obligé de quitter sa profession de berger pour se faire tailleur d'habits. Des raccourcissements inférieurs à 3 centimètres, et se sont les plus fréquents, ne causent aucune gêne aux malades.

Enfin, dans les cas d'ostéite terminée par abcès intra-osseux, il y a quelquefois des symptômes généraux, inflammatoires au début. Mais ce qui caractérise la maladie, ce sont les accès intermittents de douleurs, qui deviennent de plus en plus intenses et de plus en plus rapprochés; le siége constant de la douleur en un point déterminé de l'os; ces abcès n'ont aucune tendance à s'ouvrir à l'extérieur, entourés qu'ils sont d'ostéite condensante, et les malades, après un temps plus ou moins long, finissent toujours par réclamer l'intervention active du chirurgien.

Enfin dans ces cas tout à fait légers, qu'à l'exemple de Gosselin, nous admettons par analogie, et qui du reste, sauf la terminaison par suppuration, ont une marche analogue aux précédents, les accès de douleurs survenues dans les extrémités des os, vont en s'éloignant de plus en plus pour disparaître à l'âge adulte.

Dans tous ces cas peu intenses, et de durée plus ou moins longue, les malades sont sujets, avons-nous dit, à des exacerbations continuelles. Or, il peut arriver à toute époque de la maladie, que l'ostéite prenne une marche suraiguë à la suite de l'action d'une cause occasionnelle intense. Il n'est pas rare de voir la mort survenir de cette manière.

Enfin, signalons un signe que nous avons trouvé réuni chez le plus grand nombre de nos malades, c'est le retour de douleurs ou leur exacerbation sous l'influence des variations atmosphériques.

(*A suivre.*)

(1) Suite. — Voir les numéros des 7, 10, 12 et 14 janvier 1871.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 14 décembre 1870. — Présidence de M. Alph. GUÉRIN.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

— Le dernier numéro de *l'Union médicale*.

M. VERNEUIL dépose sur le bureau une brochure de M. Henri Petit, intitulée : *Note pour servir à l'histoire de la phlébite inguinale consécutive à la compression de l'artère fémorale au pli de l'aine.*

M. Verneuil pense que pour éviter ce genre d'accident et remédier à l'insuffisance des aides, on pourrait se dispenser, en cas d'amputation, de comprimer la fémorale, et c'est ce qu'il fit avec succès.

M. GUÉNIOT offre à la Société son mémoire ayant pour titre : *De l'opération césarienne à Paris, et des modifications qu'elle comporte dans son exécution* (extrait du Bulletin général de thérapeutique).

M. GIRALDÈS dépose sur le bureau, au nom de M. Béranger-Féraud, le premier fascicule d'un ouvrage intitulée : *Traité des fractures non consolidées ou pseudarthroses.* — M. Bérenger-Féraud, chirurgien principal de marine et auteur de diverses publications, se recommande, ajoute M. Giraldès, aux suffrages de la Société pour la place de membre correspondant national, qu'il sollicite vivement.

DISCUSSION

Plaies par armes à feu (suite). — M. MARJOLIN insiste de nouveau sur la rareté comparative de la cicatrisation sans suppuration des plaies par projectile de guerre.

Vouloir généraliser ces faits, ce serait aussi mauvais, que de détruire le précepte de la compression préalable des gros troncs artériels dans les amputations des membres. Sans doute, une compression mal faite ou par trop forte, peut entraîner des accidents comme ceux signalés par MM. Verneuil et Petit; mais bien faite et modérée, la compression préventive de l'hémorrhagie n'a en soi, rien que d'utile, et comme telle, devra être conservée dans la pratique chirurgicale.

M. BOINET considère la cicatrisation sans suppuration des trajets des balles, comme étant encore plus communément observée, que ne l'a dit M. Verneuil. Pour son compte, sur un total de 104 blessures de ce genre, il eut à enregistrer 10 cas de réunion primitive, et sur ce nombre, quatre fois, les os eux-mêmes auraient été intéressés. — M. Boinet cite entre autre, un jeune homme chez lequel la balle avait traversé les condyles du fémur, et qui n'a pas moins guéri sans suppuration du trajet, et sans complication aucune du côté de l'articulation du genou. Par contre, sept fois, de simples sétons des parties molles ont longtemps suppuré, et l'exploration au doigt permit d'extraire des morceaux de drap, qui en y séjournant avaient entretenu une suppuration prolongée.

Le traitement suivi par M. Boinet, consiste à pratiquer des lavages et des injections journalières dans les trajets avec une solution aqueuse iodo-tannique, et celà, jusqu'à ce que le trajet se dessèche ou bien qu'il suppure abondamment. Dans ce dernier cas, on suspend les injections pour des pansements au styrax et l'on revient aux injections, sitôt que les chairs commencent à devenir exhubérantes.

En procédant de la sorte, M. Boinet n'a eu à enregistrer jusqu'ici, aucun cas d'infection purulente, et a pu se dispenser de pratiquer des débridements.

M. GIRALDÈS croit devoir faire des réserves au sujet des cas où

en même temps que les parties molles, les os se trouvent intéressés; son embarras augmente en songeant aux fêlures pénétrant dans l'articulation et qui accompagnent si souvent les fractures par balle des épiphyses. De même, les fractures communitives des os du torse et du carpe se compliquent souvent d'accidents phlegmoneux redoutables.

M. Giraldès insiste de nouveau sur la nécessité qu'il y a d'explorer les trajets des balles à l'aide du doigt; en vue d'en extraire les corps étrangers métalliques ou autres qui peuvent y séjourner. A ce propos, il cite le cas tout récent d'un sous-officier chez lequel il fut conduit à extraire non-seulement des morceaux de drap, mais, en outre, des fragments métalliques, provenant d'une lorgnette que le malade tenait à la main, et qui fut brisée par le projectile au moment de la blessure.

M. BOINET. Elevé dans les idées classiques, il n'a pas été moins frappé que M. Giraldès, en voyant l'extrême simplicité de certaines blessures intéressant les os. C'est même pour celà qu'il a tenu à en parler. Est-ce à la forme des balles ou bien au traitement employé qu'il faut attribuer cet heureux résultat? c'est ce que M. Boinet ne saurait affirmer, quant à présent.

M. LARREY pense, qu'en fait de blessures par armes à feu, il devient toujours difficile de formuler des règles absolues.

Il en est toutefois une qui ne comporte que peu d'exce ption; à savoir, que toute blessure de ce genre devra suppurer *plus ou moins*. Beaucoup de trajets de balle à orifice d'entrée et de sortie, se réunissent en grande partie par une espèce de dessiccation, mais même alors les orifices du séton, comme on l'appelle, suppurent dans une certaine mesure.

M. Larrey insiste comme M. Giraldès sur l'éclatement des os par les projectiles nouveaux, et sur la gravité des lésions du tissu osseux, ce qui ne l'empêche pas d'admettre, comme cliniquement démontrée, la possibilité de la guérison sans accidents graves dans certains cas de fractures périarticulaires. C'est ainsi qu'il a pu recueillir déjà un certain nombre de guérisons pour des plaies pénétrantes du genou, dont il compte entretenir la Société dans un avenir prochain.

Tout en avouant qu'on a abusé autrefois des débridements, M. Larrey ne persiste pas moins à croire que, faits dans une certaine mesure (autant que possible, sous-cutanés et multiples), ces débridements donnent d'excellents résultats.

M. VERNEUIL. Sans détruire les règles dont a parlé M. Larrey, on peut dire que les faits nouvellement observés, s'ils continuent à se multiplier, modifieront notablement, au moins en ce qu'elles avaient d'exclusif, les idées qu'on s'était faites jusque-là sur les plaies par armes à feu. Cette différence dans les résultats tient probablement à l'influence du milieu plus favorable ici que sur les champs de bataille, mais avant tout, il fallait constater le fait en lui-même.

Le débridement préventif, justement abandonné, ne saurait supporter la discussion, et quant à celui qu'on est appelé à pratiquer après que le phlegmon a éclaté, il est triste d'avouer qu'il reste le plus souvent inefficace et qu'il ne parvient pas à arrêter les progrès du mal.

Jusqu'à preuve du contraire, M. Verneuil considère les plaies avec fracture intra-articulaire (dans nos hôpitaux au moins), comme ne pouvant échapper à l'amputation ou à la resection; sauf dans quelques cas très-rares, et qu'il est impossible d'indiquer à l'avance.

M. GUÉRIN est d'avis qu'il faudrait limiter la discussion actuelle aux seules plaies pouvant se cicatriser sans suppuration appréciable, et laisser la solution des autres grandes questions de chirurgie des armées pour le moment où un grand nombre d'éléments scientifiques viendront s'ajouter à ceux qui existent déjà.

M. GIRALDÈS pense qu'il est bon de tenir compte de ce qui a été observé déjà, attendu que le régime, pendant le siége, devant varier d'un moment à l'autre, il faudra plus tard faire entrer cet élément dans la discussion.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. MEUNIER, chirurgien des hôpitaux, présente un calcul urinaire phosphatique, du volume d'un œuf de pigeon, recueilli par lui chez un vieillard de 80 ans.

La muqueuse vésicale offrait une coloration d'un rouge foncé par place, et le lobe moyen de la prostate était hypertrophié. C'est à cette dernière lésion et à la gêne qui en résultait pour la miction, que M. Meunier croit devoir attribuer la formation de la concrétion lithique.

La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire annuel : F. PANAS.

DOCUMENTS

POUR SERVIR A L'HISTOIRE DU MOUVEMENT SCIENTIFIQUE PENDANT LE SIÉGE DE PARIS (1).

21 NOVEMBRE

XXXVII. **Académie des sciences.** — L'Académie tient séance.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 21 novembre 1870. — Présidence de M. LIOUVILLE.

MÉMOIRES ET COMMUNICATIONS DES MEMBRES ET DES CORRESPONDANTS DE L'ACADÉMIE.

Météorologie. — M. CH. SAINTE-CLAIRE DEVILLE présente une deuxième note intitulée : *De la période tridodécuple ou décemdiurne dans les phénomènes atmosphériques et dans leur influence sur l'état sanitaire et physiologique.* — Les phénomènes de la vie, surtout ceux de la vie animale, si intimement liés avec les manifestations de l'instinct et de l'intelligence, ont des lois qui leur sont propres et auxquelles restent parfaitement étrangères les actions qu'on se passent dans les corps dépourvus d'organes. Mais la réciproque n'est pas vraie, les être organisés subissant constamment l'influence des milieux dans lesquels ils sont placés. Il en résulte que, si l'on parvient à découvrir des retours périodiques dans les propriétés de l'un de ces milieux, de l'air atmosphérique, par exemple, il est nécessaire que ces variations se traduisent par certaines modifications, périodiques aussi, dans les êtres vivants, végétaux et animaux, qui l'habitent.

Je ne pourrai présenter avec quelque détail les faits, déjà nombreux, que j'ai recueillis dans cet ordre de considérations que lorsque j'aurai discuté les données relatives aux éléments physiques. Or, cette discussion, entraînant de très-longs et très-arides calculs numériques, exigera sans doute encore un temps considérable. Et comme, d'un autre côté, dès rapports de cet ordre intéressent les physiologistes et pourraient les engager à poursuivre des recherches dans une voie analogue, je demande à l'Académie la permission de détacher de mes études sur ce sujet et de lui soumettre quelques résultats, relatifs uniquement à l'espèce humaine. Mais il me paraît préalablement utile de rappeler d'une manière sommaire les bases sur lesquelles reposent les retours périodiques que je crois avoir découverts dans l'ensemble des phénomènes atmosphériques.

Dans une série de notes *sur les variations périodiques de la température*, publiées aux *Comptes rendus* de nos séances, je recherche avec soin tous les indices de périodicité que présentent les températures terrestres, soit dans l'année, soit dans un cycle d'années pouvant ramener régulièrement les mêmes influences. Parmi les résultats de ce travail, je crois avoir établi qu'il y a une certaine solidarité entre les températures moyennes de quatre jours placés sur l'écliptique à 90 degrés l'un de l'autre. Je divise, de cette manière l'année en quatre-vingt-dix jours quadruples (1), dont je calcule séparément la température moyenne, et que je puis aussi étudier aux divers points de vue de la météorologie, tous les phénomènes de l'atmosphère étant nécessairement liés aux températures de l'air. Déjà, dans quelques-unes de mes notes, j'ai indiqué accessoirement plusieurs de ces concordances; en particulier, pour la pression barométrique, pour les variations dans les propriétés de la chaleur et de la lumière diffuses, et pour les colorations du papier *ozonométrique* de Schœnbein. J'ai même quelque peu effleuré le sujet dont je désire entretenir aujourd'hui l'Académie, en montrant (*Comptes rendus*, t. LXIII, p. 243), que, dans le mois de novembre 1865, pendant la dernière invasion du choléra, le nombre diurne des décès à Paris avait été remarquablement en rapport avec les variations dans la température moyenne.

Enfin, dans un mémoire inséré au tome XVI, p. 60, de l'*Annuaire de la Société météorologique de France*, j'ai discuté un très-curieux document, qui date de l'année 1781, sur lequel j'aurai l'occasion de revenir dans le présent travail, et j'y ai signalé l'influence de la symétrie quadruple dans la température, dans la pression barométrique et dans l'état physiologique de l'observateur.

En définitive, les nombreux travaux dans lesquels j'ai fait ressortir l'influence de la symétrie quadruple sur la répartition des températures montre qu'il serait tout à fait inexact d'admettre, comme M. Serpieri pensait l'avoir démontré, que la courbe des températures moyennes des différents jours de l'année jouit de cette propriété que les températures de quatre jours pris indifféremment sur la courbe, pourvu qu'ils soient à des intervalles équidistants, donnent une moyenne constante et sensiblement égale à celle de l'année entière (1). En d'autres termes, les températures sont réparties sur tout le cours de l'année, de telle manière que la moyenne de quatre jours équidistants peut être très-supérieure à la moyenne de quatre autres jours aussi équidistants entre eux ou *quadruples*, et cette inégalité est soumise à certaines phases qu'on peut déterminer.

Mais, dans ma *Huitième Note*, je montre que la proposition est vraie aussi pour les températures moyennes de douze jours, répartis uniformément sur le cours de l'année, et distants, par conséquent, entre eux de trente jours : ce qui établit l'existence d'une nouvelle symétrie, la symétrie dodécuple.

Dans cette manière de considérer la répartition des températures, l'année se trouve, en quelque sorte, ramenée à une seule *saison thermique* de quatre-vingt-dix jours, dont chacun est la moyenne de quatre jours séparés entre eux par 90 degrés de longitude héliocentrique.

De même, dans la symétrie dodécuple, l'année entière est représentée par un *mois thermique* de trente jours, dont chacun est la réunion de douze jours, séparés par trente intervalles égaux sur l'orbite terrestre.

La considération des jours dodécuples confirme celle des jours quadruples, mais n'enlève rien à sa valeur particulière, chacune des deux séries ayant ses propriétés intrinsèques, dont il faut tenir compte. Seulement, elle introduit dans l'étude une simplification précieuse, puisqu'elle permet de condenser en trente nombres, au lieu de quatre-vingt-dix, la caractéristique thermique d'une année.

Cela est encore plus vrai d'une nouvelle période, trois fois plus courte, que mes recherches m'ont conduit à distinguer dans le mouvement annuel de la température; c'est une période de dix jours, qui, se reproduisant trente-six fois dans l'*année angulaire* de trois cent soixante jours, constitue la symétrie *tridodécuple*. Dans ce système, l'année se réduit à une *décade thermique*, composée de dix jours, dont chacun est la moyenne de trente-six jours, distants entre eux, sur l'écliptique, de 10 degrés de longitude héliocentrique.

Dans une *Neuvième Note* sur les variations périodiques de la température, où je discute plus de quatre cent cinquante années d'observations, qui, avec les quatre cents cinq ans discutés dans ma *Huitième Note*, forment un total d'environ neuf cents ans, répartis sur un peu plus de deux siècles, je donnerai plus tard avec détails les éléments qui me servent à établir cette nouvelle période. Il me suffira de faire aujourd'hui les deux remarques suivantes, qui résultent de mon travail :

1° Dans la symétrie tridodécuple, la probabilité serait trois fois plus grande que dans la symétrie dodécuple, et neuf fois plus grande que dans la symétrie quadruple pour que les températures moyennes de chacun des jours de la décade thermique, qui représente l'année, fussent égales entre elles. Si donc la courbe de ces dix jours présente des maxima et des minima, on sera plus fondé à admettre que ces inégalités sont dues à des causes particulières qu'il s'agit de dégager.

2° Bien que j'aie dû employer dans mes premières recherches le plus grand nombre possible d'années d'observations, afin qu'on ne pût pas m'objecter que les inégalités périodiques que je signalais étaient peut-être particulières à quelques années choisies, j'avais établi, dès le début de mes travaux, que les inégalités ne se présentent pas pour les mêmes jours dans les diverses années : je montrais même (Deuxième Note, *Comptes rendus*, t. LX, p. 696) qu'il y avait dans chaque oscillation particulière, un minimum d'écart entre les années : ce qui est un fait très-encourageant pour la recherche du cycle d'années qui ramène, dans chaque cas, les mêmes influences. La question a donc fait, il me semble, un grand pas, puisque je puis et je dois, dès maintenant, me débarrasser de la considération en bloc d'un très-grand nombre d'années, que je combinais à l'aveugle, annulant certaines influences par des influences opposées, et qu'il faut aujourd'hui prendre à part chaque année et l'étudier dans sa caractéristique thermique.

Néanmoins, le problème reste encore très-compliqué; car il faudrait, pour le résoudre complétement, examiner séparément chacune des inégalités pouvant avoir sa cause propre, il n'est pas nécessaire que le retour des mêmes phases soit le même jour pour toutes ces inégalités.

En attendant qu'on puisse un jour traiter la question dans toute sa généralité et dans toutes ses complications, l'introduction que je fais des symétries quadruple, dodécuple et tridodécuple montre qu'il y a un certain rapport entre toutes ces causes, puisque leurs effets multiples peuvent ainsi se résumer. Je ne donne donc, par le fait, que des moyens transitoires d'investigation, et il est évident que le premier à employer est celui qui condense la caractéristique d'une année en le moindre nombre de signes possible : c'est la période tridodécuple. Si l'on parvient à établir de cette manière un premier rapport approximatif entre les diverses années, on pourra successivement les comparer aux points de vue des symétries dodécuple et quadruple, enfin analyser cette dernière période à son tour et étudier chacune des inégalités réduite à elle-même, soit dans une année, soit dans le cycle d'années qui la ramène avec les mêmes caractères.

Ces réflexions, dont l'Académie excusera, j'espère, la longueur, étaient, il me semble, nécessaires, pour expliquer comment il se fait que j'aborde de suite celle des trois symétries qui est la plus compliquée, la symétrie tridodécuple.

Mais avant d'en faire l'application à l'état sanitaire et physiologique de l'homme, j'ai voulu construire les deux périodes dodécuple et tridodécuple d'après l'année entière d'observations thermométriques, du 21 juin 1869 au 21 juin 1870, que j'ai recueillies à Montsouris, la seule véritablement qui, pour la station de Paris, réunisse jusqu'ici des conditions irréprochables pour la position des instruments. Aussi, je n'en doute pas, sera-t-on frappé, comme je le suis moi-même, de la netteté des résultats.

La planche ci-contre donne, pour cette période, les valeurs des

---

(1) Voir le dernier numéro.

(1) J'extrais de ma *Huitième note* (*Comptes rendus*, tome LXIV, p. 934), les détails suivants sur la manière dont j'ai divisé l'année en 90 *jours quadruples* :

« J'ai dû répartir aussi également que possible les 365 jours de l'année tropique sur les 360 jours d'une année hypothétique, telle que la somme des longitudes héliocentriques de quatre jours opposés fût toujours égale à 360 degrés, et que la différence moyenne entre ces quatre longitudes fût un minimum. Il est clair, en effet, que, si la différence moyenne de longitude entre deux jours consécutifs de l'année tropique est moindre qu'un degré, cette différence, en certaines saisons, dépasse 1 degré.

« On résout cette petite difficulté par le tâtonnement et avec une exactitude très-suffisante au moyen de la Table des Longitudes héliocentriques donnée, pour chaque jour de l'année, par la *Connaissance des Temps*.

« J'ai été ainsi amené sept fois (les 10-11 et 29-30 avril, les 29-30 juin, les 12-13, 22-23 et 30-31 juillet, enfin les 7-8 octobre) à condenser en un seul *jour angulaire* deux jours tropiques, et, d'un autre côté, à calculer deux jours hypothétiques (un 31 novembre et un 29 février, pour les années non bissextiles), en prenant la moyenne des deux jours voisins.

« Ces bases établies, et l'année tropique étant ainsi ramenée à une *année angulaire*, comptant 360 jours sensiblement distants d'un degré en longitude, j'ai procédé au rapprochement, quatre à quatre, de ces jours placés sur l'écliptique à des distances angulaires de 90 degrés. Il en résulte, comme on voit, 90 *jours quadruples*, et, comme il fallait leur assigner à chacun un rang numérique, j'ai naturellement pris pour origine et pour premier jour quadruple celui qui réunit les deux solstices et les deux équinoxes, et qui se compose des 22 décembre, 21 mars, 21 juin et 31 septembre. »

La définition des *jours dodécuples* est donnée ainsi (même volume, p. 940) :

« Au lieu de diviser les 360 jours de l'*année angulaire* que nous venons de considérer en quatre quadrants de 90 degrés, partageons-les en douze séries égales de 30 jours chacune, qui seront les mois de cette année angulaire ; combinons ensemble, douze à douze, les dates égales de chacun des mois, et cherchons si les 30 *jours dodécuples* que nous obtiendrons de cette manière ne présenteraient pas aussi quelque chose de régulier dans les allures de la température moyenne. »

Enfin, j'ai fait remarquer (*Comptes rendus*, t. LXVIII, p. 1077, en note) que, au point de vue du polygone régulier inscrit, ces deux périodes et la *période tridodécuple* (qui se compose de trente-six séries consécutives de dix jours chacune, et dont je parlerai plus loin) constituent trois symétries distinctes :

La symétrie *quadrangulaire* ou *orthogonale* : carré inscrit; angle au centre, 90 degrés;

La symétrie *dodécagonale* : dodécagone régulier inscrit; angle au centre, 30 degrés;

La symétrie *hexatriacontagonale* : polygone régulier de 36 côtés; angle au centre, 10 degrés.

Les mots *quadruple, dodécuple, tridodécuple* correspondent donc aussi au nombre des côtés du polygone inscrit.

(1) M. Serpieri s'appuyait sur les propriétés de quatre ordonnées équidistantes de la sinusoïde ou d'autres courbes analogues. Mais ce qu'il fallait démontrer, c'est que les nombres qui représentent la moyenne température de chacun des jours de l'année constituent une de ces courbes. Or, mes recherches établissent manifestement le contraire.

trente ordonnées des jours dodécuples. Leur inégalité est flagrante, puisque la température du huitième jour (qui réunit les 28 janvier, 27 février, 28 mars, 28 avril, 29 mai, 28 juin, 1er et 31 août, 30 septembre, 31 octobre, 30 novembre et 29 décembre) n'est que de 8°,5, tandis que celle du vingt-sixième jour (16 janvier, 15 février, 16 mars, 16 avril, 17 mai, 16 juin, 18 juillet, 19 août, 18 septembre, 19 octobre, 18 novembre et 17 décembre) atteint 12°,5. La somme des températures moyennes des douze derniers jours a donc dépassé de 48 degrés celle des douze premiers.

Mais ce qui est plus remarquable, c'est que le premier coup d'œil jeté sur la courbe conduit immédiatement à la considération de la symétrie tridodécuple. En effet, il est impossible de ne pas remarquer que cette courbe se décompose naturellement en trois boucles, dont la première est convexe vers le bas (à l'exception du sixième jour, dont l'anomalie s'expliquera bientôt), et dont les deux autres présentent, au contraire, vers le haut leur convexité. La moyenne des dix premiers jours n'est que de 9°,5 : celle des vingt derniers est d'environ 11 degrés.

Si l'on combine trois à trois ces trente jours dodécuples pour en déduire les dix jours tridodécuples, on obtient la première courbe de la deuxième planche, et l'on s'explique l'anomalie apparente du maximum que présentait le sixième jour dodécuple. C'est qu'en effet ce sixième jour dodécuple est un des trois éléments du sixième jour tridodécuple qui, comme on le voit en examinant la deuxième planche, est un maximum très-saillant. Ce sixième jour tridodécuple, que nous allons voir jouer un rôle remarquable dans les divers documents que j'ai à mentionner aujourd'hui, réunit, outre les douze jours que j'ai énumérés précédemment comme constituant le vingt-sixième jour dodécuple, vingt-quatre autres jours appartenant aux sixième et seizième de la symétrie dodécuple, savoir : les 6 et 16 janvier, 5 et 15 février, 6 et 16 mars, 5 et 16 avril, 7 et 17 mai, 6 et 16 juin, 7 et 18 juillet, 9 et 19 août, 8 et 18 novembre, 7 et 17 décembre. Sa température a été, à Montsouris, du 21 juin 1869 au 21 juin 1870, de 11°,2, tandis que celle du premier jour tridodécuple, qui commence au 1er janvier et qu'on peut facilement restituer dans sa composition, n'a été que de 10°,1. La somme des trente-six moyennes a été, d'un côté, supérieure de 40°,3 à ce qu'elle a été de l'autre.

Les limites assignées à nos communications ne me permettraient pas de développer avec détails les diverses courbes que réunissent les quatre petits dessins dont je prie l'Académie d'autoriser l'insertion dans le texte même de ma note. Un coup d'œil jeté sur les courbes en dira plus, d'ailleurs, que de longs commentaires. Je vais donc me borner presque uniquement à indiquer le sujet auquel se rapporte chacune d'elles.

La seconde courbe de cette deuxième planche a trait encore aux observations de Montsouris. C'est la représentation tridodécuple des moyennes ozonométriques diurnes, calculées d'après huit observations trihoraires (1). Sans discuter cette courbe dans ses détails, on voit immédiatement que ses inflexions sont opposées à celles de la température. Ainsi, à l'extrémité sud de Paris, et pendant cet intervalle, la coloration du papier ioduré a été d'autant plus faible que la température était plus élevée.

La troisième courbe donne, pour la même période, les dix jours tridodécuples, calculés d'après les observations ozonométriques établies par MM. Belgrand et Lemoine dans un grand nombre de stations municipales parisiennes, et publiées dans le *Bulletin de statistique municipale*. Les deux courbes ozonométriques, placées l'une au-dessous de l'autre, ne coïncident pas dans leurs allures ; et cela n'a rien d'étonnant, puisque, dans l'intérieur ou aux limites d'une grande ville, la coloration des papiers iodurés varie avec la direction du vent qui amène l'air sur eux. Mais cette troisième courbe, se rapportant à des points répartis sur toute l'étendue de Paris, peut être comparée avec la dernière, qui soumet à la symétrie tridodécuple le nombre des décès diurnes constatés, pour la même période, dans toute l'étendue de la ville, et publiés aussi par le *Bulletin municipal*. En jetant les yeux sur cette dernière courbe, on ne peut s'empêcher de remarquer la simplicité de ses allures, qui présentent deux maxima et deux minima. Le plus bas de ces minima tombe précisément sur le sixième jour tridodécuple, qui donnait, à Montsouris, un maximum notable de température. Le maximum des décès tombe sur le dixième jour tridodécuple, qui se compose des 10, 20 et 30 janvier ; 9, 19 et 29 février ; 10, 20 et 30 mars ; 9 et 20 avril ; 1, 11, 21 et 31 mai ; 10 et 20 juin ; 1, 11, 22-23 juillet ; 3, 13 et 23 août ; 2, 12 et 22 septembre ; 2, 13 et 23 octobre ; 2, 12 et 22 novembre ; 1, 11, 21 et 31 décembre. Le nombre total des décès a été, pour les trente-six jours de cette dernière série, de 5653, et seulement de 5386 pour les trente-six jours de la première.

Comparée avec la courbe de l'ozonométrie, celle-ci montre que le nombre des décès à Paris, pendant cette période, a été sensiblement inverse de la coloration du papier.

Des deux dernières planches qui accompagnent cette note, l'une présente la symétrie tridodécuple appliquée aux mortalités diurnes des quatre années publiées jusqu'ici, pour Paris, dans le *Bulletin de statistique municipale*. Ces quatre années s'étendent du 22 décembre 1865 au 22 décembre 1869. Malgré l'irrégularité apparente de ces quatre courbes, en les étudiant de près, on ne tarde pas à distinguer des traits communs, légèrement variables d'une année à l'autre, mais qui s'accusent nettement dans la cinquième courbe, moyenne des quatre autres. Tels sont le minimum du dixième jour tridodécuple, qui, dans la première année seulement, est reculé d'un jour ; le minimum du troisième jour, qui varie suivant les années, du deuxième au quatrième ; le minimum du cinquième et, enfin, celui du septième, qui varie entre le septième et le huitième. Le maximum du premier jour est très-clairement indiqué, mais surtout celui de ce même sixième jour tridodécuple, sur lequel je viens plusieurs fois d'appeler l'attention.

Lorsque, comme dans les troisième et quatrième années, il y a une tendance générale à la diminution des mortalités du premier au septième jour tridodécuple, on voit le sixième jour se relever et donner un maximum relatif.

Cette tendance du sixième jour tridodécuple à présenter un maximum de mortalité est très-sensible encore dans la dernière planche. Voici de quels éléments elle se compose :

J'ai pu, grâce à l'obligeance de la municipalité de Boulogne-sur-Mer, consulter les registres des décès, et en extraire vingt-deux années complètes, savoir les années 1832, 1839 et les vingt ans consécutifs qui se sont écoulés de 1846 à 1866. Seulement mon travail, déjà ancien, ne porte que sur les quatre mois, que je réunis sous le nom commun de *fébriarides*, et qui sont février, mai, août et novembre, que j'étudiais plus spécialement alors. On voit que, répartis dans la symétrie tridodécuple, ces quatre mois *angulaires*, commençant respectivement au 31 janvier, 2 mai, 4 août et 3 novembre, forment le tiers de la série, c'est-à-dire douze jours tridodécuples, qui, si le principe de régularité signalé existe réellement, doivent la présenter comme le ferait l'ensemble des trente-six jours. Or, c'est ce qu'il est aisé de vérifier par un coup d'œil jeté sur cette planche. Elle contient, en effet, trois courbes dont voici les éléments. Parmi les vingt-deux années étudiées, six présentèrent une mortalité exceptionnelle, due aux deux invasions du choléra, à des épidémies de variole et aux maladies typhoïdes, amenées par la concentration des troupes dans les camps improvisés aux environs de Boulogne. J'ai réuni dans la première courbe la moyenne de ces six années pour les douze jours tridodécuples que j'ai considérés. On voit que la mortalité y a été presque double de celle qui s'est manifestée dans les seize autres années, condensées dans la troisième courbe. Enfin, la courbe du milieu représente la mortalité moyenne pour les vingt-deux années.

Sans entrer dans des détails qui ne pourraient avoir d'intérêt que pour les personnes qui auraient les trois courbes sous les yeux, je me contenterai d'y faire remarquer une succession de maxima et de minima analogue à celle que nous venons de voir dans les cas de décès constatés à Paris pendant quatre années. J'insisterai seulement sur le maximum présenté encore ici par ce même sixième jour tridodécuple, qui s'est montré remarquable à presque tous les points de vue, assez variés, que j'ai abordés dans cette note. Dans la moyenne des six années exceptionnelles, en particulier, on voit la mortalité, pour ce sixième jour, dépasser de près de 20 pour 100 celle qui affecte le premier jour tridodécuple.

Toutes ces concordances, il serait, à mon avis, puéril et antiphilosophique de les attribuer à cet être de raison qu'on nomme le *hasard*, et dont la considération doit être absolument bannie de l'étude des phénomènes naturels.

J'ai poursuivi principalement aujourd'hui l'application de la symétrie tridodécuple aux faits de l'espèce humaine ; dans une troisième et dernière communication, je me propose de rechercher si elle se manifeste dans quelques-uns des phénomènes physiologiques.

M. CH. SAINTE-CLAIRE DEVILLE fait hommage à l'Académie :

1° Du *Bulletin de l'Observatoire météorologique central de Montsouris* du 1er août au 6 septembre 1870, époque à laquelle le bâtiment du Bardo ayant été mis, provisoirement et pour les besoins du siége, à la disposition de l'autorité militaire, la plupart des instruments en ont été retirés et le service régulier a dû être interrompu.

2° Des *Bulletins*, nécessairement incomplets, des mois de septembre (1) et d'octobre, pendant une partie desquels on a pu observer, plusieurs fois par jour, le baromètre, le thermomètre fixe et le thermomètre-fronde, le psychromètre, la coloration des papiers Schonbein, la direction et la force du vent, l'état du ciel.

Il n'est pas nécessaire d'insister sur les difficultés qu'a présentées, dans l'état actuel des choses, l'obtention de ces dernières observations, pour lesquelles j'ai eu l'assistance de deux de mes anciens observateurs, MM. Guénaire et Chatelain, et celle de M. Louis Baudin, fils de notre excellent constructeur d'instruments, lui-même déjà très-habile. Mais je ne puis me dispenser d'exprimer ici ma reconnaissance à M. le capitaine de vaisseau Grasset et à M. le lieutenant de vaisseau Vimont, qui habitent le Bardo, comme attachés au huitième secteur, qui nous ont aidés de tout leur pouvoir, et dont le dernier a voulu contribuer, par lui-même, à recueillir nos observations.

Enfin, je suis heureux d'ajouter que M. Jules Simon, ministre de l'instruction publique, a bien voulu, malgré les difficultés financières actuelles de son administration, remettre au président de la commission de l'observatoire de Montsouris une somme qui, toute faible qu'elle est, permet néanmoins d'assurer la conservation de ce qui y est resté de l'ancien matériel, dont une partie, comme on le voit, est encore utilisée.

MÉMOIRES LUS

Chirurgie. — **M. BONNAFONT** lit une note intitulée : *Sur la propriété dont jouiraient les troncs artériels de résister, mieux que les cordons nerveux, à l'action directe des projectiles sphériques.* J'ai recueilli autrefois, en Afrique, diverses observations qui, dans les circonstances actuelles, me semblent offrir un certain intérêt.

Premier fait. — Le nommé M..., soldat au 26e de ligne, reçut sur le Coudiatasy, sous Constantine, et à bout portant, la décharge d'un coup de fusil. Le projectile pénétra d'arrière en avant dans le creux axillaire droit, divisa le plexus nerveux presque en totalité, ainsi que la veine axillaire. Les téguments et toutes les autres parties charnues étaient fortement dilacérés, triturés même et noircis par la poudre ; la bourre, restée dans la plaie, y avait produit un délabrement considérable. Au milieu d'un pareil désordre, l'artère seule était intacte et paraissait isolée comme un cordon, dans l'étendue de 4 à 5 centimètres.

Deuxième fait. — M. R..., alors sous-lieutenant, aujourd'hui général de cavalerie, reçut pendant l'expédition de Sétif (1838) un coup de feu à bout portant, tiré par un cabaïle caché derrière un rocher dans le défilé de Karbaïte (l'ancienne Guicrilus des Romains). La balle traversa de bas en haut le bord postérieur de l'aisselle, le creux axillaire et vint sortir à la partie antérieure de cette région, traversant aussi le bord formé par le grand pectoral. La blessure mise à découvert présenta les lésions suivantes : destruction complète de tous les téguments du creux axillaire, tous les troncs nerveux, l'axillaire excepté, étaient brisés ainsi que la veine ; l'artère axillaire était intacte et se détachait seule, dans l'étendue de 4 centimètres, au milieu de ce désordre, et pourtant si, comme je le fis, on passait un stylet à travers les deux ouvertures, et qu'on remît le bras dans la position où il se trouvait au moment de la blessure, le stylet rencontrait immédiatement l'artère. Le projectile l'avait donc aussi rencontrée et avait dû glisser sur elle, pour passer dessus ou dessous avant de sortir du côté opposé...

En présence de ces faits, il est permis de se demander s'il n'y a pas là une cause spéciale qui a empêché la lésion de l'artère, et par suite une hémorrhagie mortelle, alors que les cordons nerveux qui, par leur nature, sont beaucoup plus résistants, ont cependant été brisés sous l'influence de la même cause.

Cette cause spéciale et préservatrice pourrait bien résider : 1° dans la structure celluleuse et élastique des parois de l'artère ; 2° et surtout dans sa forme cylindrique, que la plénitude sanguine et les pulsations rendent encore plus résistante. Dans ces conditions, on peut bien supposer qu'un tube à parois lisses et résistantes puisse, jusqu'à un certain point, imprimer une légère déviation à un projectile sphérique à surface également lisse qui, lancé à grande vitesse et animé d'un mouvement rotatoire rapide, se dévie souvent par la rencontre d'un obstacle quelquefois insignifiant. (Renvoi à la section de médecine et de chirurgie.)

Conservation des viandes. — **M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL** présente, au nom de M. EUGÈNE PELOUZE, un Mémoire et des échantillons relatifs à un procédé nouveau de conservation des viandes.

L'auteur avait cru d'abord que son travail devait être communiqué à l'Académie. En y réfléchissant, et d'accord avec le secrétaire perpétuel, il a pensé qu'il était plus convenable d'en ajourner la publication. Il pourra en faire profiter le pays, et il est inutile que d'autres partagent ce profit en ce moment.

Le procédé de M. Pelouze, dont le secrétaire perpétuel a eu connaissance dès les premiers essais de l'auteur, réalise, à la lettre, un résultat qui paraît au premier abord paradoxal. La viande se conserve à l'air libre, avec son apparence, son odeur et son goût, au moins pendant deux mois, probablement bien plus longtemps, sans qu'on puisse, pour ainsi dire, y trouver trace appréciable d'un agent conservateur quelconque. Elle diminue de volume et se dessèche.

M. E. Pelouze semble avoir découvert de nouveau le procédé de Vilaris, pharmacien de Bordeaux, qui à la fin du siècle dernier, préparait des viandes capables de résister de longues années à l'air libre et où l'analyse n'a jamais révélé la présence d'un agent de conservation. Cette analogie avait paru telle au secrétaire perpétuel, dès qu'il a été initié aux premiers résultats de M. E. Pelouze, qu'il en a conçu immédiatement des espérances que l'événement justifie.

L'expérience constate qu'on peut loger dans un mètre cube environ 700 kilogrammes de viande fraîche, séparée des os, représentant soit 40 moutons, soit 3 ou 4 bœufs. Ces quantités seraient peut-être doublées, s'il s'agissait de la viande conservée par le procédé nouveau. Le transport par chemin de fer en serait donc rendu bien plus facile, et si, comme tout porte à le croire, la durée de la conservation le permet, il en serait de même du transport par mer.

L'Académie accepte le dépôt du Mémoire de M. E. Pelouze, sous forme de paquet cacheté.

(A suivre.)

NÉCROLOGIE

Nous avons à inscrire encore plusieurs pertes regrettables que la médecine et la science ont faites depuis celles qui ont été enregistrées dans notre dernière nécrologie. Quelques-unes d'entre elles ont déjà été annoncées, mais elles méritent toutes plus que cette simple mention.

— La première, dans l'ordre chronologique est celle de M. *Scoutetten*, l'ancien médecin en chef et premier professeur des hôpitaux militaires d'instruction de Strasbourg et de Metz, ancien médecin-chef des hôpitaux français pendant la guerre d'Orient, membre correspondant de l'Académie de médecine, qui après une longue carrière militaire des plus actives et des plus utilement employées et dont les débuts ont été marqués par des travaux de médecine opératoire remarquables, n'a cessé de consacrer les loisirs de sa retraite à des travaux scientifiques les plus variés. Nous rappellerons entre autres ses travaux sur le choléra, sur l'anesthésie et le chloroforme, sur l'ozone, sur l'hydrothérapie, sur l'orthopédie, et en dernier lieu ses recherches, très discutées, mais assurément originales et pleines d'intérêt, sur le rôle de l'électricité dans l'organisme, et en particulier sur l'électricité considérée comme cause principale de l'action des eaux minérales.

M. Scoutetten est mort à Metz, à l'âge de 72 à 73 ans environ.

— On a appris par les communications faites à l'Académie des sciences et à l'Académie de médecine, la mort de M. *Longet*, professeur de physiologie à la Faculté de médecine, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine. Les travaux physiologiques et la carrière professorale de M. Longet sont trop connus de tous pour qu'il soit nécessaire de les rappeler ici. M. Longet

(1) Cette observation consiste simplement dans la mesure des colorations du papier ioduré de Schonbein, d'après l'échelle de 0,21, établie par MM. Bérigny et Richard de Sedan.

(1) On verra que nous avons pu donner, jusqu'au 15 septembre, dans le Supplément agricole et médical, toutes nos correspondances des départements arrivées avant cette époque. Afin que nos correspondants sachent par le *Compte rendu*, s'ils le reçoivent, que leurs notes du mois d'août nous sont parvenues, je demande la permission de citer celles que nous avons pu utiliser. Ce sont celles de MM. Naudin, à Collioure ; Nonel, à Vendôme ; Crouzat, à Béziers ; Souberbielle, à Laressore ; du Peyrat, à Beyrie ; de Lentilhac, à Lavallade ; Carlier, à Saint-Martin-de-Hynx ; Vaillant, à Cosne-sur-Loire ; Pissot, à Doulevant-le-Château ; Thiriat, au syndicat de Saint Amé ; Meurein, à Lille ; Houzeau et Tocqueville, à Rouen ; Coquelin, à Beaufiel ; Marchant, à Fécamp ; A. Perrey, à Lorient ; Pralon, à Blois ; Parant, à Montargis ; Nicolas, au Puy ; Vincent, à Bourg.

est mort subitement à Bordeaux, dans la maison de son ami M. le professeur Oré. Il était à peine âgé de 60 ans.

— La science a fait une grande perte dans la personne de M. *Payen*, l'un des vétérans de l'Académie des sciences, dont tout le monde connaît les importants et nombreux travaux de chimie appliquée aux arts économiques, industriels et à l'hygiène publique, et qui, malgré son âge déjà très-avancé (il avait 76 ans), a déployé dans ces derniers temps un zèle et une activité extraordinaires dans l'étude et la recherche de toutes les questions qui pouvaient intéresser l'alimentation publique. M. Payen avait tenu, vers la fin de sa carrière, à être attaché, au titre d'associé libre, à l'Académie de médecine, dont il suivait très-assidûment les séances et dont il a partagé activement les travaux jusqu'à son dernier jour. M. Payen était, en outre, professeur au conservatoire des Arts-et-Métiers et secrétaire général de la Société centrale d'agriculture. Il a laissé dans tous les corps auxquels il a appartenu de profondes traces de sa grande activité et de son zèle constant pour la science. L'Académie de médecine elle-même, à laquelle il n'a appartenu que si peu de temps, en conservera le souvenir.

— Nous avons enfin à inscrire une quatrième perte toute récente, d'autant plus regrettable qu'il s'agit d'un homme encore jeune et qui semblait avoir devant lui un long et grand avenir. M. le docteur *Liégeois*, chirurgien des hôpitaux et agrégé à la Faculté, qui avait déjà marqué sa place à la fois parmi nos chirurgiens et nos savants, par son *Traité de physiologie* et ses nombreuses communications à la Société de chirurgie, est mort subitement, à l'âge de 41 ans. M. Liégeois, à peine de retour de la longue et pénible campagne qu'il avait faite comme chirurgien en chef de l'une des ambulances de la Société internationale, venait tout récemment de publier un récit des plus émouvants des travaux de cette ambulance. Il venait de recevoir la décoration de la Légion d'honneur pour prix de ses services.

Dr B...

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

— *Conseil supérieur de l'instruction publique. Projet de loi.* — MM. le duc de Broglie, Wallon et l'évêque d'Orléans ont proposé le projet de loi suivant :

L'Assemblée nationale décrète :

Art. 1er. — La disposition de l'article 1er du décret du 7 mars 1852, portant que le président de la République, sur la proposition de M. le ministre de l'instruction publique, nomme et révoque les membres du conseil supérieur, est abrogée.

Art. 2. — Jusqu'à la révision de la loi organique sur l'enseignement du 13 mars 1850, l'article 1er de cette loi, modifié comme il suit, est remis en vigueur, et le conseil supérieur de l'instruction publique est ainsi composé :

Le ministre, président ;

Huit membres choisis, au scrutin de liste, par l'Assemblée nationale, dont l'un appartiendra à l'armée et l'autre à la marine ;

Quatre archevêques ou évêques, élus par leurs collègues ;

Un ministre de l'Eglise protestante, élu par le consistoire ;

Un ministre de l'Eglise de la confession d'Augsbourg, élu par le consistoire ;

Un membre du consistoire central israélite, élu par ses collègues ;

Trois membres de la cour de cassation, élus par leurs collègues ;

Trois membres de l'Institut, élus en assemblée générale de l'Institut ;

Un membre élu par les professeurs du Collége de France ;

Un membre élu par les professeurs des Facultés de droit ;

Un membre élu par les professeurs des Facultés de médecine ;

Un membre élu par les professeurs des Facultés des sciences ;

Un membre élu par les professeurs des Facultés des lettres ;

Huit membres nommés par le chef du pouvoir exécutif et choisis parmi les membres de l'Université et de l'enseignement libre.

Art. 3. — Les articles 33 et 76 de la loi du 15 mars 1850, qui règlent les garanties assurées aux membres de l'enseignement supérieur, de l'enseignement secondaire et de l'enseignement primaire, sont rétablis.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments ou autres objets).

De la dénudation des artères, par le docteur DELBARRE, ancien interne des hôpitaux de Paris. Brochure in-8 de 70 pages. — Prix : 1 fr. 50.

Recueil de questions posées aux 5 examens de médecine et aux accouchements. 1 fr. 50 le volume. — Chez A. Delahaye, place de l'Ecole-de-Médecine.

De l'hémiplégie pneumonique, par le docteur R. LÉPINE, préparateur du cours de pathologie comparée et expérimentale à la Faculté de médecine de Paris. 1870, in-8 de 40 pages. — Prix : 1 fr. 25.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 9 juin 1871.

CLINIQUE CHIRURGICALE

De l'ostéite aiguë chez les enfants et les adolescents (1).

Par M. le docteur SÉZARY.

Causes prédisposantes. — Age. — En tête des causes prédisposantes, tous les auteurs inscrivent le jeune âge ; l'âge moyen que donnent les statistiques est 14 ans. C'est le chiffre que donne Louvet, c'est aussi celui auquel arrive Ed. Cruveilhier pour les abcès des extrémités des os. En réunissant nos observations personnelles à toutes celles que nous trouvons disséminées dans les auteurs, nous arrivons aux résultats suivants :

32 ans.	1 cas (avec décollem. épiphysaire).
30 —	1 —
29 —	1 —
25 —	1 —
22 —	1 —
19 —	4 —
18 —	7 —
17 —	3 —
16 —	5 —
15 —	13 —
14 —	4 —
13 —	10 —
12 —	11 —
11 —	6 —
10 —	6 —
9 —	3 —
8 —	4 —
7 —	3 —
6 —	1 —
5 —	1 —
4 —	1 —
2 —	1 —
1 —	2 —
Nouveau-nés	2 —

Total.......... 92 cas, dont la moyenne est 13,3.

Les faits que nous avons recueillis à l'Hôtel-Dieu de Lyon, se décomposent ainsi :

19 ans.	2 cas.
18 —	2 —
16 —	1 —
15 —	8 —
14 —	3 —
13 —	4 —
12 —	4 —
11 —	3 —
10 —	1 —
9 —	1 —
8 —	2 —
6 —	1 —

Total...... 32 cas, donnant une moyenne de 16 ans.

Nous avons déjà dit que nous observions dans un hôpital d'adultes, et que nous avions vu surtout les malades qui avaient survécu aux accidents si graves des premiers jours. On remarquera qu'aucun de nos malades n'avait été atteint au-dessous de 6 ans. C'est très-probablement la raison pour laquelle notre moyenne est un peu plus élevée que les moyennes antérieures; les enfants atteints très-jeunes et qui succombent ordinairement, ayant par cela même échappé à notre statistique.

En revanche nous avons évité une autre cause d'erreur qui consiste à recueillir, dans les bulletins des sociétés savantes et dans les journaux, des cas qui ne sont guère publiés qu'à cause de leur allure singulière, de leur gravité, souvent à cause de l'intérêt de l'autopsie (ce qui est le cas en particulier pour les faits nombreux qui proviennent de la Société anatomique de Paris), et qui, pour ce motif, donnent des statistiques plus étendues que justes. Mais c'est surtout au point de vue du pronostic que prennent de la valeur ces considérations sur lesquelles nous n'insisterons pas davantage. Contentons-nous de faire remarquer que la grande majorité des malades ont de 8 à 19 ans, le maximum étant de 14 à 16; qu'au-dessus comme au-dessous de ces limites, ils deviennent rares. Que d'une manière absolue, on ne peut assigner de limites exactes à la maladie, car si d'une part on a vu des enfants venir au monde avec une ostéite suppurée, on a aussi vu des ostéites suraiguës *à frigore* ou sans cause connue chez des malades de 30 à 32 ans, cette dernière même accompagnée de décollement de l'épiphyse inférieure du fémur. Mais cette réserve établie, nous pourrons, à l'exemple de Klose, Gosselin, Ollier, affirmer que l'ostéite spontanée est une maladie de l'adolescence. Nous donnons comme garantie de notre opinion la manière dont nous avons fait nos recherches cliniques. En parcourant les vastes services de l'Hôtel-Dieu de Lyon, si riches en maladies osseuses, nous avons bien trouvé quelques malades âgés atteints d'ostéite. Mais, invariablement, tous faisaient remonter leur affection à l'adolescence. Deux cas seulement constituaient une exception plus apparente que réelle ; car l'un des malades, très-âgé et très-affaibli, était atteint de carie sénile, cliniquement très-caractérisée; l'autre, âgé de 45 ans, avait une ostéite du fémur consécutive à un violent coup de pied de cheval.

Maintenant, dirons-nous avec Gosselin que la fréquence de l'ostéite aiguë, chez les adolescents, est due à l'accroissement de nutrition qui accompagne la soudure des épiphyses au corps de l'os? Mais, comme le fait si justement remarquer Ollier, le moment de la soudure des épiphyses marque au contraire l'épuisement de la prolifération physiologique du cartilage temporaire, et il indique la fin de ce travail de nutrition et de formation qui va en diminuant progressivement du commencement à la fin de la période du développement. Du reste, que devient cette exagération de nutrition et ses conséquences devant le fait clinique de ces ostéites aiguës chez les jeunes enfants, chez les nouveau-nés eux-mêmes, chez lesquels la détermination physiologique en question est bien autrement impérieuse et bien autrement absolue, puisqu'on trouve en certains cas tous les os longs atteints à la fois, toutes les épiphyses simultanément décollées, et, ajouterons-nous, toutes les jointures saines, comme pour prouver, jusqu'à l'évidence, cette énorme susceptibilité, cet appel inflammatoire du jeune tissu médullaire juxta-cartilagineux.

Ollier a signalé la plus grande fréquence de l'ostéite juxta-épiphysaire au voisinage des cartilages temporaires, qui contribuent le plus à l'accroissement en longueur des os, d'où résulterait que l'ostéite juxta-épiphysaire doit siéger le plus souvent, pour le fémur et le tibia, sur les extrémités qui forment le genou, pour l'humérus sur l'extrémité supérieure, pour le radius et le cubitus sur l'extrémité inférieure. Nous n'avons rencontré que dix faits bien avérés d'ostéite juxta-épiphysaire ainsi répartis :

Extrémité supérieure du fémur	2
— inférieure	5
— supérieure du tibia	2
— inférieure	1

Ils concordent, en effet, avec la loi d'Ollier. Mais ils sont trop peu nombreux pour que nous leur accordions une valeur réelle à ce point de vue.

Sexe. — L'ostéite est incomparablement plus fréquente chez les garçons que chez les filles, ce qui ne peut être interprété que par la différence des conditions extérieures, conditions dont nous allons bientôt discuter la valeur.

Constitution. — Si nous en croyons les faits que nous avons observés nous serions tenté d'attribuer peu de valeur à la constitution des malades. La plupart des nôtres étaient en effet vigoureux, bien portants, et se livraient avec activité aux travaux des champs, toutes les fois que l'étendue des lésions consécutives ne les empêchaient pas d'une manière absolue. Mais, en rapprochant ces faits de la gravité des cas survenus chez les enfants anémiés des grandes villes, et en particulier des faits réunis dans le mémoire de Klose, qui, observant des malades cachectiques, a fait de cette maladie la description la plus effrayante, nous en concluerons que la faiblesse de constitution est en rapport avec la gravité du mal. Et nous réunirons sous ce chef toutes les causes débilitantes, dépression morale, mauvaise hygiène, logements insalubres, nourriture insuffisante, travaux prématurés et excessifs (Gosselin, *surmenage*). Cette dernière cause de débilitation nous explique pourquoi le sexe féminin paraît épargné par la maladie : les occupations dévolues aux jeunes filles, soit à la campagne, soit à la ville, n'exigeant pas en général un grand déploiement de forces, comme celles dont on accable les jeunes garçons. Nous rangerons encore dans cette catégorie l'influence des pyrexies, mais sans leur donner une grande valeur : il existe à peine deux ou trois cas d'ostéite, survenus dans la convalescence des fièvres éruptives ou de la fièvre typhoïde.

(*Sera continué.*)

(1) Suite. — Voir les numéros des 7, 10, 12, 14 et 17 janvier 1871.

DE L'ŒSOPHAGOTOMIE EXTERNE (1)

Par M. le docteur Félix TERRIER,
Aide d'anatomie à la Faculté, lauréat de l'École pratique (médaille d'or 1866).

Conclusions. — 1. L'œsophagotomie externe abandonnée dans ces dernières années, au moins en France, est une opération qui mérite cependant de fixer l'attention des chirurgiens.

2. Elle peut être faite dans deux circonstances, soit pour retirer des corps étrangers arrêtés dans le conduit pharyngo-œsophagien ; soit pour traiter les rétrécissements du même conduit.

3. Les corps étrangers irréguliers, et en particulier les os, arrêtés dans le conduit pharyngo-œsophagien nécessitent plus que tous les autres l'œsophagotomie externe.

4. Les tentatives de propulsion ou d'extraction de ces corps doivent être faites avec beaucoup de ménagements, afin de ne pas léser les tuniques des premières voies digestives.

5. On doit proscrire l'emploi des vomitifs, qui épuisent le malade et facilitent l'enclavement du corps étranger.

6. Lorsque le corps étranger ne peut être extrait par la bouche ou refoulé dans l'estomac, il ne faut pas hésiter à pratiquer l'œsophagotomie externe; si surtout le corps arrêté dans le conduit œsophagien y séjourne depuis quelques jours.

7. Plutôt sera faite l'opération, plus les chances de guérison seront grandes.

8. Dans les rétrécissements de l'œsophage, l'opération peut être palliative ou curative.

9. Lorsqu'il existe un rétrécissement cancéreux infranchissable ou presque infranchissable, de la partie supérieure du conduit œsophagien, on peut ouvrir l'œsophage au-dessous du point rétréci pour alimenter les malades et les empêcher de mourir d'inanition.

10. Quand un rétrécissement inflammatoire ou cicatriciel est situé dans la portion cervicale, ou tout à fait à la partie supérieure de la portion thoracique de l'œsophage, que ce rétrécissement est infranchissable ou très-difficile à franchir, l'œsophagotomie externe est parfaitement autorisée, comme opération palliative ou curative.

11. Dans ce dernier cas, l'ouverture de l'œsophage peut être faite, soit au niveau même du rétrécissement qui est alors sectionné de dehors en dedans, soit au-dessus de lui.

12. La section directe du rétrécissement est tout à fait exceptionnelle jusqu'ici; mais rien ne prouve que ce soit une mauvaise opération.

13. L'ouverture du conduit pharyngo-œsophagien doit être faite de préférence au-dessus du rétrécissement, à cause de la plus grande facilité de l'opération, et de la possibilité de dilater assez vite le point coarcté.

14. Enfin ne pourrait-on pas associer l'œsophagotomie externe à l'œsophagotomie interne lors de rétrécissements siégeant à la fois dans la portion cervicale et dans la portion thoracique de l'œsophage.

15. L'opération de l'œsophagotomie externe offre bien moins de gravité qu'on ne pense généralement; et contrairement à ce qu'on en a dit, elle nous semble entraîner plus d'accidents chez les animaux, et surtout chez les ruminants, que chez l'homme.

16. Le manuel opératoire de l'œsophagotomie externe n'est pas extrêmement difficile, au moins dans le plus grand nombre des cas.

17. Sauf quelques circonstances exceptionnelles, il existe un *lieu d'élection* pour pratiquer l'œsophagotomie externe.

18. De même que pour l'uréthrotomie externe, l'œsophagotomie externe peut être exécutée *avec* ou *sans conducteur*.

19. L'œsophagotomie externe avec conducteur doit être faite toutes les fois qu'il est possible d'introduire une sonde dans le canal pharyngo-œsophagien, ce qui permet d'en faire saillir la paroi latérale du côté de la plaie du cou.

20. L'œsophagotomie externe sans conducteur, dont les premiers temps sont tout à fait analogues à ceux de l'œsophagotomie avec conducteur, est indiquée dans un certain nombre de cas, et en particulier dans les rétrécissements cancéreux infranchissables de la partie supérieure de l'œsophage.

21. Le dernier temps de cette opération est parfois assez pénible, vu la difficulté qu'on peut éprouver à découvrir le conduit pharyngo-œsophagien caché derrière le larynx et la trachée.

22. Les soins consécutifs à l'opération varient beaucoup selon le but que le chirurgien s'est proposé d'atteindre.

23. A-t-on enlevé un corps étranger, il faut faciliter la cicatri-

(1) Grand in-8°. 1870. Prix : 3 fr. 50.

sation des parties, et empêcher autant que possible l'issue des matières ingérées, par la plaie de l'œsophage.

24. Cette indication peut être remplie, pensons-nous, par la suture de la muqueuse œsophagienne.

25. Lors de rétrécissements cancéreux, il faut au contraire laisser l'ouverture œsophagienne béante et combattre son rétrécissement incessant par le cathétérisme ou l'usage d'un tube à demeure.

26. Le rétrécissement inflammatoire doit être dilaté, et dès qu'on est parvenu à un certain résultat, il faut fermer la plaie œsophagienne et continuer la dilatation par les voies supérieures.

27. Les accidents consécutifs à l'opération de l'œsophagotomie externe sont exceptionnels, au moins d'après les faits publiés. Rien ne prouve qu'il se fasse ultérieurement un rétrécissement de l'œsophage au point où celui-ci a été sectionné.

28. Sauf des indications exceptionnelles, les opérés ne devront pas être soumis à une diète absolue. Il faut essayer, au moins dans les premiers jours qui suivent l'opération, de les alimenter avec une sonde œsophagienne d'un calibre modéré et ne leur permettre d'avaler des liquides qu'en petites quantités.

29. Grâce à l'emploi de la suture de la muqueuse, on pourra peut-être se dispenser du cathétérisme et alimenter tout de suite les malades, tout en prenant d'ailleurs de grandes précautions.

30. Nous croyons que dans tous les cas il est absolument contre-indiqué de réunir les lèvres de la solution de continuité des parties molles.

DOCUMENTS

POUR SERVIR A L'HISTOIRE DU MOUVEMENT SCIENTIFIQUE PENDANT LE SIÉGE DE PARIS (1).

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 21 novembre 1870. — Présidence de M. LIOUVILLE.

(Suite et fin.)

CORRESPONDANCE

LA SOCIÉTÉ D'ACCLIMATATION adresse à l'Académie la lettre suivante :

Dans sa séance de rentrée, la Société d'acclimatation a pris connaissance de la déclaration publiée par l'Institut de France, en prévision du bombardement de Paris. A l'unanimité, elle a déclaré adhérer à cette noble protestation de l'intelligence contre la barbarie.

La Société a décidé, en outre, qu'il serait adressé à chacune des Académies composant l'Institut un extrait de son procès-verbal, constatant son adhésion en exprimant sa gratitude pour l'initiative prise par notre premier corps savant, en faveur des trésors scientifiques, artistiques et littéraires qui sont réunis dans la capitale de la France.

Hygiène publique. — M. RABUTEAU, par l'intermédiaire de M. Bertrand, présente une deuxième note sur *l'influence du café et du cacao sur l'alimentation.* — Dans une Note adressée à l'Académie le 12 septembre dernier, après avoir rappelé les effets du café et de la caféine sur la nutrition, j'ai fait connaître les premiers résultats d'une expérience que je faisais en ce moment sur l'alimentation par le cacao et le café. Cette expérience étant terminée depuis quelque temps, je vais la citer brièvement en entier.

J'ai pris deux chiens de taille ordinaire, aussi identiques qu'il m'a été possible de les trouver. A l'un d'eux, j'ai donné chaque jour, pour toute nourriture, 30 grammes de pain, 10 grammes de beurre frais et 10 grammes de sucre; à l'autre, 20 grammes de cacao, 10 grammes de sucre et une infusion de 20 grammes de bon café torréfié. Cette dernière ration contenait en poids moins de matières solides que la précédente. Le premier chien a maigri rapidement; il a été bientôt réduit à un état d'exténuation extrême, et j'ai pu observer sur lui tous les effets de l'alimentation insuffisante, effets si bien signalés par Chossat. Enfin cet animal a succombé au bout de vingt-neuf jours du régime auquel je l'avais soumis.

Le second chien, celui qui était soumis au régime du café et du cacao, a conservé pendant tout ce temps ses allures habituelles et les attributs de la santé. Il a maigri, il est vrai, mais infiniment moins que le premier chien, et il se portait très-bien lorsque celui-ci a succombé. Étant obligé de me trouver chaque jour aux remparts, je n'ai pu continuer de le nourrir, de sorte que je l'ai abandonné sans lui donner aucun aliment, sinon de l'eau qu'il a eue à sa discrétion. Il est mort au bout de quatre jours; mais il a paru évident à toutes les personnes qui ont pu le voir que cet animal aurait vécu encore au moins un mois, sous l'influence du régime au cacao, au café et au sucre, qui lui était distribué journellement en si minime quantité.

Cette expérience vient confirmer ce qui a été observé en Amérique par M. de Parville; elle prouve que le café et le cacao sont des aliments d'épargne; que s'il ne contribuent pas beaucoup à la nutrition, ils empêchent la dénutrition; en d'autres termes, ces substances agissent, suivant l'expression de M. Cl. Bernard, comme la cendre qui est jetée sur le feu. C'est pourquoi, de même que l'alcool et le vin de bonne qualité, elles sont utiles aux travailleurs et en général aux personnes qui mangent peu; aussi, ne saurait-on trop recommander l'usage du bon café au milieu des circonstances où nous nous trouvons.

La torréfaction du café est une opération délicate qui, lorsqu'elle est mal faite, peut annihiler les effets de cette précieuse substance sur la nutrition. J'ai employé, au début de l'expérience que je viens de rapporter, du café que javais torréfié moi-même par un procédé particulier; je me suis servi ensuite avec avantage du café Dubois. Ce café, qui est torréfié à l'air chaud, renferme plus de caféine que n'en retiennent les cafés torréfiés par le procédé ordinaire; il contient en même temps moins de caféone. Or, d'après ce que j'ai signalé dans une note antérieure, la caféine est le principe véritablement actif du café, celui qui modère la nutrition, tandis que la caféone, huile essentielle développée par la torréfaction, agit d'une manière bien différente.

En effet, j'ai reconnu à la caféone les propriétés excitantes attribuées au café. Chacun sait que l'infusion de café empêche le sommeil et que cet effet n'est pas constant. On a attribué à tort cette différence d'action à l'idiosyncrasie; c'est à la différence de composition de café qu'il faut la rapporter. Tandis qu'une infusion de café contenant beaucoup de caféone arrête le sommeil, on peut dormir après l'usage d'une infusion qui a été débarrassée de caféone par une ébullition prolongée, et de celle qui a été préparée avec du café trop torréfié ou du café vert, qui renferme ce pendant une faible quantité d'une essence particulière qui lui donne son odeur caractéristique. Enfin j'ai reconnu que la caféone, de même que toutes les essences, est toxique; ainsi, il m'a été impossible de constater la présence d'un seul infusoire dans une infusion de café torréfié; mais des champignons peuvent se développer à sa surface. Ces champignons, filamenteux, portent à leurs extrémités des spores groupées de manière à offrir un aspect élégant qui rappelle l'inflorescence de l'œillet. N'ayant pu continuer mes recherches, je suis obligé de me borner aujourd'hui à ce simple énoncé.

M. PAYEN dit qu'il lui paraît impossible d'admettre, d'une manière absolue, que le cacao seulement soit un aliment d'épargne, en présence des faits nombreux et concordants qui établissent le contraire.

Qui ne sait en effet qu'à l'époque de la conquête, les Espagnols avaient reconnu non sans étonnement l'état de santé florissante des populations américaines qui faisaient du cacao broyé leur principale nourriture et supportaient, sous l'influence de cette alimentation, les fatigues de longs voyages accidentés (1); que, dès les premiers temps de l'introduction de l'usage du chocolat en France, les mêmes qualités nutritives de cette délicieuse boisson aromatique ont été reconnues par le plus grand nombre des personnes qui la peuvent utilement digérer. Mme de Sévigné, dont la santé délicate était très-affaiblie à cette époque, supportait péniblement les abstinences qui lui étaient imposées à certains jours, elle s'en était souvent expliquée; mais, disait-elle plus tard, « depuis que le chocolat se trouve au nombre des boissons permises sans interrompre le jeûne, avec cette seule boisson je puis très-bien résister sans en souffrir aux jeûnes les plus prolongés. »

Les qualités nutritives du cacao ont été reconnues de même expérimentalement par un très-gand nombre de consommateurs chez les différentes nations où l'usage s'en est successivement répandu.

Comment admettre qu'une amande, douée de l'arome si agréable développé par la chaleur, et qui provoque l'appétit, soit dépourvue de qualité nutritive, lorsque, dans sa composition immédiate, on trouve, suivant les auteurs les plus autorisés, 17 à 20 centièmes de substances albumineuses, 10 à 12 d'amidon en granules discernables au microscope, 40 à 50 de matière grasse neutre, douce, peu susceptible de rancir, et des substances salines (phosphates notamment) propres à d'autres fruits ou graines alimentaires? Il existe d'ailleurs une notable différence entre les liquides préparés avec le café, le thé et le chocolat : les deux premiers renferment seulement une partie des principes solubles extraits par infusion, le dernier contient la totalité des substances solubles et insolubles, et notamment les matières amylacées, albuminoïdes, sucrées et grasses considérées comme des aliments les uns plastiques, les autres respiratoires.

Sans doute, en dehors des substances albumineuses, rien n'indique ni ne prouve que le principe immédiat azoté cristallisable appelé théobromine, pas plus que la caféine et d'autres principes immédiats cristallisables stables, soit assimilable; mais ce principe particulier au cacao, ne semble pas pouvoir mettre obstacle à la propriété alimentaire des autres produits dix fois plus abondants et qui, relativement à d'autres fruits, constituent l'ensemble des substances nutritives de ces produits de la végétation.

Il ne faudrait pas moins que des expériences physiologiques comparatives sur l'emploi du cacao associé à des substances nutritives, peu sapides, plus particulièrement chez les hommes, ce qui ne saurait offrir d'inconvénient, pour apprécier sainement le rôle du cacao et de ses préparations usuelles dans l'alimentation, l'entretien de la force et de la santé. On doit en effet tenir compte, dans les propriétés utiles du cacao, de l'arome qui excite les forces digestives et facilite l'assimilation des substances peu sapides telles que le pain ajouté au chocolat, comme cela est parfaitement démontré à l'égard du bon bouillon.

M. DUMAS demande la permission de réserver son opinion, en ce qui concerne le cacao et ses préparations. Que le café ne soit pas un aliment, rien ne s'y oppose. Mais pour le cacao, qui renferme le tiers de son poids de matière albuminoïde ou de fécule et la moitié de son poids de beurre et qui, converti en chocolat par l'addition du sucre, réalise le type d'un aliment complet, c'est différent. Si l'aliment complet pour l'homme semble résulter de certaines proportions de matières albumineuses, grasses, sucrées ou féculentes, le chocolat semble en réaliser les données et demeurer comparable au lait.

Il est impossible de croire que le caractère du cacao et celui du chocolat, à titre d'aliment, puissent être attribués à la théobromine qu'on y rencontre; le cacao n'en contient que 2 pour 100, et elle ne peut avoir d'autre effet, si elle exerce une action spécifique, ce qui est probable, que d'en prolonger l'action nutritive sans la détruire.

M. E. CHEVREUL s'exprime comme il suit :

Je ne connais pas les expériences de M. Rabuteau, que M. Bertrand vient de présenter à l'Académie, mais des observations auxquelles elles ont donné lieu me suggèrent quelques réflexions que je crois devoir soumettre à mes confrères.

En principe, rien de plus difficile dans l'état actuel de nos connaissances que de prononcer *au nom de la science* sur l'intensité de la propriété nutritive de tel aliment ou de tel autre, à cause de la différence existant entre l'*idiosyncrasie* des individus, et ici j'invoque mon expérience personnelle.

Toutes les personnes de ma famille buvaient du vin, tandis que, dès mon plus jeune âge, une répugnance invincible m'en éloignait, et cette répugnance dure encore. Même aversion du poisson, dégoût d'un grand nombre de légumes, et je n'ai jamais pu me résoudre à boire du lait pur. Conclurai-je de là que le poisson, les légumes que je n'aime pas et le lait ne sont pas nutritifs? Non certainement, parce que je tiens compte d'un fait général, quoiqu'en opposition avec mon *idiosyncrasie*.

Je viens d'entendre que le café et le chocolat agissent de même. Quant à mon *idiosyncrasie*, ils sont tout à fait différents : le café me soutient sans que j'accepte à présent les raisons qu'on a données pour en expliquer l'effet, tandis que le chocolat, dont le goût m'est agréable, me fait sentir le besoin de manger une ou deux heures après l'avoir pris, effet opposé à celui du café. Consulté dans les premières années de la conquête de l'Algérie sur l'usage du café pour l'armée, je n'hésitai pas à le recommander avec insistance, de préférence aux spiritueux, et le temps a prononcé que je n'avais pas tort.

M. Wurtz a émis l'opinion qu'il peut y avoir dans la nutrition une grande différence entre tel aliment renfermant des principes albumineux et tel autre renfermant autant d'azote faisant partie de principes immédiats cristallisables. Je partage son opinion, et je crois en avoir donné la raison dans le Mémoire du dernier *Compte rendu*.

A cette occasion, j'exprimerai ma manière de voir relativement à *l'estimation de la qualité alimentaire d'après la proportion de l'azote contenue dans les aliments.*

Je m'occupe depuis trop longtemps de l'analyse organique immédiate pour ne pas être convaincu de la nécessité absolue de la consulter dans la plupart des questions du ressort des sciences de la vie; car les phénomènes des êtres vivants étant inhérents aux principes immédiats qui les constituent, négliger la connaissance de la nature spécifique de ces principes dans la discussion des faits relatifs à l'alimentation, c'est s'exposer à l'erreur. Effectivement, établir une échelle des aliments sur la proportion de leur azote élémentaire, c'est donner prise à une critique qui a quelque analogie avec celle qu'on a faite des travaux des premiers membres de cette Académie, qui se livrèrent dès sa fondation, durant trente ans environ, à des recherches dont le but était de *connaître les propriétés des plantes d'après les produits de la distillation sèche* (1). Si cette proposition est erronée depuis que l'analyse organique a pu déterminer de la manière la plus précise tant d'espèces de principes immédiats organiques doués de propriétés si remarquables, ne perdons pas de vue l'époque des travaux de nos prédécesseurs; la première théorie chimique, celle du phlogistique, n'existait point encore, et l'idée des affinités chimiques ne fut introduite dans la science que de 1717 à 1718.

Je ferai remarquer qu'il y avait un progrès réel lorsque Dodard et ses collaborateurs pensèrent avec raison, tout en reconnaissant la théorie des quatre éléments, que les propriétés des êtres vivants en général, et celles des plantes en particulier, résidaient immédiatement dans des composés de ces quatre éléments et non dans ces éléments mêmes; en cela, ils envisageaient la constitution des êtres vivants, comme les esprits les plus élevés et les plus scientifiques des alchimistes avaient envisagé les métaux en les considérant comme formés immédiatement de soufre, de mercure et de sel, lesquels soufre, mercure et sel étaient chacun composés des quatre éléments. Eh bien! il est désirable que les savants modernes ne s'exposent pas au reproche fait aux anciens académiciens, en cherchant la solution de la question qui nous occupe en dehors des principes immédiats des aliments : il faut, pour que l'analyse élémentaire ne trompe pas, et particulièrement la proportion de l'azote, ne soumettre à des analyses élémentaires comparatives que des aliments réputés analogues par un long usage. A cette condition seulement le résultat de l'analyse élémentaire aura quelque valeur.

J'étends cette manière de voir à l'analyse des engrais : le dosage de l'azote ne doit jamais être séparé de la prise en considération du temps que l'engrais met à se décomposer dans les circonstances où il est employé, c'est-à-dire relativement au sol, au climat et à la plante qu'il doit nourrir.

Je demanderai si, un aliment ou une matière proposée comme tel renfermant de l'urée, son azote serait compté ou exclu de la quantité de l'élément qui le classe dans l'échelle des aliments? La question ainsi posée prouve la nécessité de recourir à l'analyse immédiate, qui seule est compétente pour savoir si l'urée existe ou n'existe pas dans l'aliment soumis à l'examen dont je parle.

Enfin je me demande quelle est l'origine de l'azote qui est évacué, sous forme d'*urée* et d'*acide urique*, des corps de l'homme et d'animaux supérieurs à l'état adulte et supposés invariables de poids dans les vingt-quatre heures?

L'azote vient-il immédiatement de l'aliment, ou vient-il de principes immédiats préalablement formés, qui, après avoir satisfait à des actes que la science ne connaît point encore, seraient *usés*, qu'on me passe cette expression, et dès lors expulsés des corps vivants à l'état excrémentitiel? En ce cas, cette excrétion serait conforme à l'opinion de la *rénovation* de la matière des organes vivants. Quoi qu'il en soit, la formation de l'urée et de l'acide urique simultanée avec la respiration a-t-elle de l'influence soit pour augmenter soit pour diminuer la chaleur animale? C'est une question qu'il me paraît utile de proposer.

Zoologie historique. — M. F. LENORMANT présente une note sur *l'histoire du chat domestique dans l'antiquité.* — J'ai dit dans une précédente note que l'Égypte a été le berceau du chat comme animal domestique. C'est aussi l'opinion de Link (*Urwelt*, t. I, p. 393), qui pense qu'il n'a été introduit qu'au moyen âge en Europe et dans

(1) Voir le dernier numéro.

(1) C'est sans aucun doute (le cacao) un des aliments les plus sains et les plus promptement réparateur que l'on connaisse. Boussingault, *Economie rurale*, t. I, p. 470.

(1) En faisant l'histoire de ces travaux dans plusieurs articles du *Journal des Savants* (février, octobre, novembre 1858), j'ai montré qu'ils avaient été mal jugés, et que des choses excellentes et originales avaient été injustement méconnues des critiques. Quant à la pensée qui avait institué ces travaux, elle était élevée; mais l'état de la science ne permettait de faire que ce qu'on a fait alors.

une grande partie de l'Asie. Je crois que sur ce dernier point il y a lieu de modifier le dire du naturaliste allemand, et que ma propre proposition, vraie en ce qui touche les civilisations du bassin de la Méditerranée, doit être aussi rectifiée, en ce que le chat paraît avoir été reçu tout domestique par les Égyptiens d'autres populations africaines à une époque que l'on peut déterminer. Au reste, l'exposé des faits relatifs à l'histoire du chat domestique dans l'antiquité me semble prêter à quelques remarques intéressantes.

Si le chat, à partir d'une certaine date, a joué un grand rôle en Égypte, sa domestication est loin de remonter aussi haut que la civilisation égyptienne elle-même. On ne trouve aucune trace de cet animal dans toute la durée de l'ancien empire, où pourtant les représentations familières sont si multipliées et où les sculptures des tombes nous offrent le tableau complet de la faune domestique du pays pendant cet âge si reculé. Il est même à remarquer que dans les monuments des dynasties primitives la déesse *Bast*, qui plus tard est une déesse-chatte, est alors toujours et exclusivement une déesse-lionne. C'est seulement sous la XXII[e] dynastie, avec les conquêtes dans le pays de *Kousch*, que le chat commence à se montrer. Les plus anciens monuments où il figure sont les tombeaux de Béni-Hassan. Il apparaît alors en même temps que le chien de Dongolah et tout paraît indiquer qu'on doit le regarder également comme un animal importé sous les *Osortasen* et les *Amenemhé*, ou bien un peu avant sous les *Entef*, des pays situés sur le cours supérieur du Nil, où les indigènes l'avaient déjà réduit en domesticité. Mais aussitôt introduit en Égypte, il s'y multiplia de la façon la plus rapide, y devint d'un usage général et y fut revêtu d'un caractère sacré.

Au reste, le chat de l'antique Égypte, tel que nous le connaissons par les représentations des monuments et par ses momies, diffère spécifiquement de notre chat le plus communément répandu, du chat de gouttières. Si ce dernier descend certainement du chat sauvage de nos forêts (*Felis Catus* L.), Rüppel a établi avec non moins de certitude que la souche originaire du chat domestique des anciens Égyptiens était son *Felis maniculata*, espèce qui se rencontre encore à l'état sauvage dans la Haute-Nubie, ou Soudan égyptien. Il est vrai que certaines de nos variétés de chats, entre autres le chat d'Espagne, dont l'origine se rattache dans la Péninsule aux invasions arabes, paraissent provenir d'une hybridation des deux espèces que nous venons de distinguer. Il y a donc eu dans les contrées occidentales de l'Europe à la fois introduction de l'ancien chat égyptien et domestication du *Felis catus*, qui, à l'état sauvage, est indigène de nos forêts, que les habitants des cités lacustres de la Suisse à l'âge de pierre y chassaient déjà et mangeaient comme gibier. De là dérive, comme conséquence forcée, si l'on parvient à établir la récente apparition du chat en tant qu'animal domestique en Europe, que l'introduction de l'espèce étrangère a dû avoir lieu d'abord, et que l'espèce indigène n'a commencé à être ensuite domestiquée qu'à son exemple.

Remarquons d'abord que si la domesticité du chat est plus antique en Égypte que chez aucun peuple du bassin méditerranéen et de l'Asie antérieure, cet animal ne s'introduisit que tardivement, même chez les populations sémitiques les plus voisines. Il n'en est pas fait une seule fois mention dans la Bible, et l'on ignore s'il a jamais eu un nom en hébreux. Les Assyriens et les Babyloniens n'ont point connu le chat, et dans leur nomenclature idéographique et scientifique, qui admettait un nom générique fixe et un nom spécifique variable comme la nomenclature linnéenne (indice d'un esprit de méthode bien rare chez les peuples antiques), ils rapportaient le lion et la panthère, comme les autres carnassiers, au genre des chiens, faute d'un point de comparaison plus rapproché dans leurs animaux domestiques. Et quand le chat réduit en domesticité commença à se répandre chez les Sémites, ce fut le chat d'Égypte. Aussi l'écrivain arabe Kaywini (cité par Bochard, *Hierozoicon*, liv. III, ch. XIV) distingue-t-il encore comme deux animaux tout à fait différents ce chat domestique et le chat sauvage de l'Asie occidentale, qui est le même que le nôtre.

Le chat, si fréquemment représenté sur les monuments égyptiens, est, au contraire, totalement absent des monuments grecs ou romains; je n'en connais pas une seule figure dans les œuvres de l'art classique. Et n'osant pas m'en fier exclusivement sur ce point à mes propres observations, j'ai consulté M. de Longpérier, dont la haute expérience et la vaste érudition en matière d'antiquité figurée font justement autorité dans la science; il m'a répondu avoir fait la même remarque et n'avoir jamais rencontré aucune image de chat, grecque ou romaine, si ce n'est une fois, comme type accessoire sur une monnaie de Tarente. Mais ces médailles offrent, à la même place, la figure de tant d'objets différents, empruntés à la faune sauvage de la contrée, qu'on ne peut en tirer aucune induction sur l'existence du chat domestique dans l'Italie méridionale à l'époque où fut frappée la pièce de Tarente, un peu avant les guerres de Phyrrhus. On peut penser que c'est le chat sauvage que le graveur monétaire a voulu y représenter. Fabretti, dans son recueil d'inscriptions (p. 187, n° 423), cite aussi une pierre funéraire de Rome où il dit avoir vu sculptée la figure « d'un chat marchant, » par allusion au nom de la défunte *Calpurnia Felicula*. Le monument ayant depuis longtemps disparu, on ne peut savoir si l'animal y était caractérisé avec quelque certitude; et d'ailleurs l'inscription n'est pas antérieure au II[e] ou au III[e] siècle de notre ère, époque où nous allons voir que le chat domestique commençait à être répandu dans le monde romain. Orelli a déjà remarqué que le nom propre féminin *Felicula*, « petite chatte, » ne commençait à paraître qu'à une époque assez basse.

Ce qui est bien positif, c'est que, pour les Grecs de la belle époque, le chat, αἴλουρος, n'est dans leur pays qu'un animal sauvage habitant les forêts (Aristote, *Hist. anim.*, V, 2, 3); ils ne le connaissent à l'état domestique qu'en Égypte, où Hérodote signale son caractère sacré. C'était la belette ou plutôt la fouine, γαλῆ, que les Grecs élevaient dans leurs maisons pour détruire les rats, et qui y demeurait toujours dans un état plus qu'à demi-indépendant. Les témoignages des écrivains helléniques, depuis l'auteur de la *Batrachomyomachie*, sont unanimes à cet égard, et il suffit de renvoyer à ce qu'en dit Dureau de la Malle dans les *Annales des sciences naturelles* de juin 1829. Ce sont seulement les écrivains byzantins du moyen âge, comme Moschopoulos, qui, après que le chat eut complétement supplanté la belette dans le rôle de protecteur des maisons contre les rats et les souris, appliquèrent au chat le nom de γαλῆ; dans toute l'époque antique il n'y a pas de doute possible sur le sens réel de ce mot.

Chez les Romains aussi, jusqu'à la fin du premier siècle de notre ère, c'est la *mustela*, identique à la γαλῆ des Grecs, que l'on voit élevée dans les habitations pour le même objet, comme le prouvent les témoignages de Plaute (*Stich.*, act. III, sc. 2, v. 43) et de Pline (*Hist. nat.*, XXIX, 4, 16). Le mot *feles* ou *felis* a d'abord désigné cet animal. Varron (*De re rust.*, III, II) ne lui donne pas d'autre sens, et Columelle (VIII, 14) et Phèdre (II, fab. 4) emploient ce mot également pour désigner la belette ou la fouine. Mais ensuite, et dès la fin de la République, il fut appliqué au chat, que les Romains commençaient alors à connaître, par suite de l'analogie de l'emploi qu'on en faisait. Cicéron (*Tusculan.*, V, 27) se sert du mot *felis* en parlant des chats divinisés de l'Égypte. Chez Pline, *felis* désigne aussi le chat; mais il ne mentionne cet animal que parmi les espèces sauvages (*Hist. nat.*, X, 73, 94; XI, 37, 65), bien qu'il ait eu l'occasion de le voir déjà chassant les rats dans les maisons et qu'il décrive très-exactement sa manière de procéder en pareil cas. A la même époque Babrius (*Fab.* 17 et 121) fait intervenir le chat domestique dans ses fables, où la critique a déjà reconnu de nombreux indices d'origine syrienne. C'est seulement au quatrième siècle après J. C. que le chat paraît devenir d'un usage général et habituel dans le monde romain comme animal domestique, en même temps que se montre le véritable nom qui a toujours désigné spécialement et exclusivement cette espèce, *catus*. On le rencontre pour la première fois chez l'agronome Palladius (IV, 9) et dans une épigramme de l'Anthologie latine (V, 162).

Le savant M. Pictet (*Les origines indo-européennes*, t. I, p. 381) a établi avec son érudition et son autorité habituelles que les noms du chat dans toutes les langues européennes n'appartiennent pas au vieux fonds du langage aryen, qu'ils sont de date récente et qu'ils tirent tous leur origine du latin *catus*, passé aussi sous la forme κάτος dans le grec byzantin. C'est donc par les Romains que le chat domestique fut répandu en Occident, quand eux-mêmes l'eurent adopté à l'époque où les usages orientaux s'implantaient de plus en plus dans l'Empire. Mais l'éminent philologue a été encore plus loin et a fait voir que le mot *catus* portait en lui-même le certificat d'origine de la contrée d'où les Romains avaient alors tiré l'emploi du chat à l'état de domesticité, comme tant d'autres habitudes syriennes. *Catus* dérive en effet du syriaque *katô*, arabe *kithth*.

Mais le mot *katô* est lui-même en syriaque un mot tiré d'une source étrangère, qui ne se rattache pas à une racine sémitique. Ici encore M. Pictet, en reconstituant l'histoire du mot, donne un précieux fil conducteur pour suivre la transmission de l'animal de peuple en peuple. Il prouve en effet qu'il provient primitivement des langues africaines et dérive du type qui a produit l'affadeh (du Bornou) *gàda*, le nouba *kad-ska*, et le barabra *kaddiska*.

On doit remarquer ici que l'égyptien semble former une interruption dans cette chaîne de transmission de noms. Car les mots qui désignent le chat dans l'idiome antique, *mau*, et dans le copte, *schau*, n'ont aucune parenté avec ceux que nous venons de citer. Mais en voyant que c'est avec les langues des populations au sud de l'Égypte qu'est apparenté le nom arabe du chat, déjà universellement répandu dans la Péninsule avant l'islamisme, n'est-on pas induit à supposer que le nom et l'animal durent s'introduire à la fois chez les Arabes par les contrées méridionales, par le Yémen, dont les relations ont toujours été si intimes et si fréquentes avec la côte africaine voisine? Le chat domestique, que les Sémites des temps bibliques n'avaient pas emprunté à l'Égypte, aurait été ainsi porté plus tard des pays du Haut-Nil et de l'Abyssinie en Arabie, et de là en Syrie, d'où il passa ensuite à Rome et dans l'Europe occidentale.

L'existence du chat comme animal domestique est fort ancienne dans l'Inde. Cependant il n'était connu ni des Aryas primitifs de la Bactriane, ni même de ceux de l'âge védique, et par conséquent il doit provenir dans l'Inde d'une importation extérieure. Aussi ses noms sont-ils des composés purement sanscrits, dont le sens ne peut faire l'objet d'un doute, comme *mandirapaçu*, « l'animal de la maison », *çalavrka*, « le loup de la maison », *akhubug'*, « le mangeur de rats », *müschakârâti*, « l'ennemi de la souris ». Un seul de ces noms, celui de *virâla* ou *vilâla*, semblerait au premier abord offrir une certaine parenté avec le grec αἴλουρος, que l'on pourrait supposer avoir été primitivement ϝαἴλουρος. Mais cette ressemblance est purement fortuite, car αἴλουρος est un composé tout grec pour αἰλουρός, « l'animal qui dresse sa queue en panache.

Cependant si le chat domestique fut certainement inconnu des Aryas primitifs, il ne put pas en être de même du chat sauvage. Le nom par lequel ils le désignaient paraît être celui qui a laissé ses traces dans un grand nombre de langues de la famille, s'appliquant le plus souvent à l'animal sauvage, mais quelquefois aussi à l'animal domestique. C'est le persan *puschak*, afghan *pischik*, kurde *psiq*, lithuanien *puijé*, irlandais *pus* et *feisag*, ersa *pusag* et *piseag*, d'où l'anglais *puss*. Ce nom a passé en turc sous la forme *pischik*. Ainsi que l'a remarqué M. Pictet, il semble dérivé de la racine qui est en sanscrit *putchha*, *pitchha*, « queue », et par conséquent avoir été emprunté à la même particularité de la démarche de l'animal que le grec αἴλουρος.

J'ai peut-être un peu trop insisté sur ces derniers détails, mais ils m'ont paru avoir quelque intérêt en fournissant un exemple de plus des lumières précieuses que la zoologie peut demander à la philologie comparative pour l'histoire des espèces domestiques et leur transmission parmi les anciens peuples.

Géologie comparée. — *Relations stratigraphiques entre diverses roches météoriques.* M. ST. MEUNIER. Les météorites ont été surtout étudiés jusqu'ici au point de vue de leur composition élémentaire et de leur constitution météorologique, et il en est résulté un ensemble de notions fort importantes, quant à la nature *chimique* et *lithologique* de ces masses extra-terrestres. Mais, à côté de ces études, il m'a semblé utile de chercher à en instituer d'autres, dont le but est de fournir des données *géologiques* relatives aux météorites.

En effet, mettant pour le moment de côté la question de savoir d'où ils proviennent, nous pouvons nous demander si des météorites, différents les uns des autres au point de vue lithologique, n'ont pas été à une époque inconnue en relation de position.

Déjà on a émis l'idée très-vraisemblable que les masses de nature identique dérivent d'un même gisement originel, mais on ne peut donner aucune preuve satisfaisante à l'appui de cette opinion, puisqu'il suffit de supposer l'exercice des mêmes causes dans des régions diverses de l'espace, pour comprendre la formation de masses identiques quoique indépendantes.

Si l'étude des météorites semblables entre eux ne saurait, à elle seule, être concluante, il y aurait au contraire le plus vif intérêt à démontrer une communauté d'origine entre des météorites différents les uns des autres au point de vue de leur nature lithologique. Or, tel est le résultat auquel je crois être arrivé, dans plusieurs circonstances qui me paraissent se prêter un mutuel appui en concourant à une même démonstration.

Evidemment, on ne saurait arriver à la découverte de relations stratigraphiques entre divers types de météorites, si les échantillons que nous possédons étaient tous homogènes, c'est-à-dire formés d'une même roche dans toutes leurs parties. Mais il n'en est point ainsi; à côté des météorites *monogéniques*, on en connaît depuis longtemps qui sont de nature *polygénique*, c'est-à-dire qui sont comparables aux brèches terrestres, étant formés comme celles-ci de fragments anguleux, cimentés ensemble, mais différents les uns des autres.

Cela posé, il est clair que si, dans les fragments dont la réunion constitue une brèche, on retrouve tous les caractères de composition et de structure propres à des météorites monogéniques, on sera en droit d'en conclure que ces derniers ont été quelque part en relations stratigraphiques entre elles et avec la brèche. Des faits de ce genre m'ont été fournis par l'étude de la riche collection de météorites du Muséum; j'en indiquerai quelques-uns.

Il est tombé en 1866 à Saint-Mesmin (Aube) une pierre qui, étudiée au point de vue nouveau dont je viens d'essayer de faire comprendre l'intérêt, se montre constituée par le mélange de deux roches tout à fait distinctes. L'une, blanche, grenue et serrée, forme des fragments anguleux de grosseur très-variable que la seconde, brune et relativement poreuse, empâte. Ayant étudié séparément ces deux roches, j'ai trouvé que la première est rigoureusement identique à celle que j'ai antérieurement désignée sous le nom de *lucéite*, et qui constitue à elle seule de très nombreux météorites, tels que celui de Luté (1768), Wold-Cottage (1795), Angers (1822), Mascombes (1845), Saint-Denis Westrem (1855), Sauguis Saint-Étienne (1868), etc. J'ai de même reconnu dans la seconde roche la matière fondamentale de plusieurs masses, parmi lesquelles celles de Weston (1807) et de Limerick (1813) doivent être citées d'une manière spéciale; j'ai désigné cette roche sombre sous le nom de *limerickite*.

La conclusion de ce premier fait est évidemment que, dans un astre non déterminé, les roches dites lucéite et limerickite ont été en relation stratigraphique entre elles et avec la brèche (*mesminite*) qui constitue la pierre de Saint-Mesmin.

On arrive absolument au même résultat par l'étude des météorites d'Assam (1846), de Mouza-Khoorna (1865) et de Cangas de Onis (1866), également constituées par la mesminite.

Le météorite tombé à Canellas en 1861 offre avec les pierres précédentes de très-grandes ressemblances. Comme elles, il est formé de fragments anguleux blanchâtres, empâtés dans une roche foncée et, de plus, cette pâte sombre est encore constituée par de la limerickite. Mais la pierre de Canellas diffère de celle de Saint-Mesmin et des analogues de celle-ci par la nature des fragments blancs empâtés. Ceux-ci, étudiés avec le plus grand soin, se montrent absolument pareils, sous tous les rapports, à ceux qu'on obtiendrait en concassant certains météorites monogéniques, tels que ceux de Pégu (1857), Montréjeau (1858), Muddor (1865), Casale (1868), Pnompehn (1868), Hessle (1869), etc.: ils sont formés de *montréjite*.

Ce second fait prouve, comme on le voit, que la limerickite et la montréjite ont été en relation de position entre elles et avec la brèche (*canellite*), qui constitue la pierre de Canellas, de même que, pour le dire en passant, les pierre de La Baffe (1851) et de Gutersloh (1851). De plus, quoique jusqu'ici nous n'en ayons pas la démonstration directe, il est très-probable, d'après ce qui vient d'être exposé, que la lucéite et la montréjite, ayant été toutes deux en rapport avec une même roche, la limerickite, ont été aussi entre elles dans un rapport plus ou moins immédiat. Toutefois ce fait ne sera certain que du jour où l'on aura trouvé des brèches contenant à la fois des fragments de ces deux roches.

Dans une note présentée à l'Académie dans sa séance du 31 octobre dernier, j'ai indiqué la communauté d'origine de deux roches météoriques distinctes, savoir: l'*aumalite* représentée par les chutes de Charsonville (1810), de Vouillé (1831), d'Aumale (1865), de Dauville (1868), etc., et la *chantonnite*, représentée par les chutes de Luponnas (1753), de Chantonnay (1812), de Pultusk (1868), etc. C'est un fait à joindre aux précédents.

Il en est d'autres, peut-être plus insignificatifs encore, que révèle l'étude de certains faits météoriques, dont l'un des plus caractérisés est celui qu'on a récemment découvert dans la Cordillère de Deesa, au Chili. Ce fer, qui a été décrit par M. Daubrée, dans un mémoire présenté à l'Académie au mois de mars 1868, se distingue de la plupart des autres masses de même origine par sa structure bréchiforme. Il se compose d'une pâte métallique, renfermant des fragments anguleux essentiellement pierreux. Or, il résulte d'analyses exécutées avec le plus grand soin, et dont j'ai fait connaître déjà les résultats: 1° que la pâte métallique est identique à la substance des fers météoriques homogènes dont le gros bloc trouvé à Caille en 1828, et qui figure aujourd'hui au Muséum, fournit le type le mieux accusé; 2° que les fragments ne peuvent, sous aucun rapport, être distingués de la roche météoritique constituant la masse tombée à Sétif en 1867.

Que conclure de là, sinon que les roches représentées par les masses de Caille (*caillite*) et de Sétif (*tadjérite*) ont été en relation? Car il serait évidemment absurde de supposer que le fer de Deesa se soit formé d'un seul coup avec la structure polygénique que nous lui voyons.

On voit, en résumé, que des faits déjà très-nombreux, observés sans idée préconçue et avec l'appui constant de l'analyse chimique n'amènent à reconnaître que diverses roches météoriques, très-différentes les unes des autres, ont été en relations stratigraphiques

dans un astre et à une époque que des études spéciales parviendront peut-être à déterminer.

Effets des diverses préparations phéniques dans le traitement de la variole. — M. BOBOEUF. La persistance de l'épidémie variolique appelle la sérieuse attention des corps savants, et rend nécessaire l'expérimentation comparative des nouveaux agents de préservation et de guérison qui ont été récemment proposés. Parmi ces traitements nouveaux, l'emploi, pour l'usage interne, des solutions aqueuses d'acide phénique à petites doses, n'offre aucune garantie d'efficacité et présente de graves dangers de brûlures, de lésions et d'intoxication.

Le traitement par le *phénol sodique*, employé à l'intérieur et à l'extérieur, réunit au contraire, à une efficacité reconnue, le double avantage de n'occasionner aucun accident, et d'épargner aux malades les traces ou cicatrices.

Il serait urgent que les assertions diverses fussent contrôlées par des expériences dont le résultat serait rendu public.

La séance est levée à cinq heures un quart.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

— L'illustre professeur Skoda vient de quitter volontairement son enseignement clinique à l'université de Vienne, à la fin du semestre d'hiver. A un âge où tant d'autres professeurs se cramponnent violemment à une popularité qui leur échappe, — il n'a que soixante-cinq ans, — il a donné sa démission sans autre motif que le soin de sa réputation, en se faisant remplacer par un plus jeune, M. le docteur Duchek. Une grande ovation lui a été faite à ce sujet par les étudiants, réunis au nombre de plus de 1,700, pour lui présenter une adresse de remercîments et de regrets revêtue de 2,500 signatures. « A une époque où la médecine reposait encore sur l'empirisme, disent-ils, et quand le diagnostic, plus ou moins fallacieux, ne se basait encore que sur des signes obscurs, vous vous fîtes réformateur, et votre logique lumineuse et vos investigations infatigables détruisirent les hypothèses artificielles et fondèrent la science sur une base physiologique inébranlable Le monde entier sait ce que vous avez fait pour la science, mais ce que vous avez fait pour vos nombreux élèves est inconnu du public. La postérité, comme vos contemporains, honorera votre nom comme un brillant exemple d'une grande et noble humanité et d'une intrépide fermeté de caractère. » Ému par cette démonstration sympathique, le célèbre maître, entouré de ses collègues Rokitanski, Hebra, Braün, Hyrtl et Brücke, ne put répondre que quelques mots.

On craignait des troubles à propos de cette manifestation entre les étudiants allemands, qui voulaient prendre le premier rang, et les Esclavons, auxquels M. Skoda se rattache par sa naissance, et qui voulaient porter l'étendard de leur pays en opposition avec celui des Allemands. En consentant à ne se parer d'un drapeau ni les uns ni les autres, tout s'est passé pacifiquement. Un des élèves les plus constants et les plus distingués du maître, le docteur Schrotter, prépare ses leçons cliniques pour une prochaine publication. (*Union médicale.*)

— *Hygiène publique.* — Le prince Orloff, président du comité d'assainissement des champs de bataille à Bruxelles, vient de recevoir un rapport de M. le conducteur des ponts et chaussées Trouet, directeur des travaux entrepris par le comité sur le champ de bataille de Sedan. Les glacis de cette ville viennent d'être entièrement assainis.

M. Trouet y a désinfecté soixante-dix fosses, dans lesquelles étaient accumulés de 1,500 à 2,000 cadavres de chevaux et de bœufs, à peine recouverts de terre.

D'après les indications du comité, M. Trouet va maintenant opérer la désinfection des rives de la Meuse, ainsi que celle du lit même de cette rivière.

Le président du comité se rendra sur les lieux dans le courant de la semaine prochaine, afin d'inspecter la marche des travaux si heureusement inaugurés par la rapide désinfection des glacis de Sedan.

(*Gazette hebdom.*)

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments ou autres objets).

Des troubles de la sensibilité générale dans la période secondaire de la syphilis et notamment de l'analgésie syphilitique, par le docteur FAID, médecin de l'école du Caire (Égypte). In-8 de 134 pages. — Prix : 3 fr. 50.

Des méthodes générales d'opération de la cataracte et en particulier de l'extraction linéaire composée, par Paul YADES, docteur en médecine. Paris, 1870, 1 gr. in-8 de VIII-77 pages. — Prix : 3 fr.

De l'hyoscyamine et de la daturine. Étude physiologique et applications thérapeutiques, par le docteur LAURENT, ancien interne des hôpitaux de Paris. Brochure in-8, avec figures dans le texte. — Prix : 3 fr.

De l'équitation considérée au point de vue physiologique, hygiénique et thérapeutique, par le docteur R. CHASSAIGNE. 1870, gr. in-8 de 116 pages. — Prix : 2 fr. 50.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 10 juin 1871.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Maladies régnantes pendant le siége de Paris.

RELATIONS DE CES MALADIES ENTRE ELLES ET AVEC LA TEMPÉRATURE ET LES DIVERSES CONDITIONS INHÉRENTES AU SIÉGE (1).

Nous sommes arrivé au terme de la tâche que nous avions entreprise, faire l'esquisse des principales maladies qui ont régné à Paris pendant le siége et qui y ont produit le chiffre élevé de mortalité que l'on connaît. Il ne nous reste plus maintenant qu'à chercher les rapports de ces maladies entre elles, à démêler les caractères communs qu'elles ont présentés au milieu de leurs dissemblances symptomatiques, apparentes ou réelles, et enfin à découvrir les liens de causalité qui les rattachent soit aux conditions atmosphériques exceptionnelles de la saison où elles se sont produites, soit aux conditions de régime, d'habitude et de manière d'être inhérentes au siége. Il nous reste, en un mot, à reconstituer en quelque sorte de toutes pièces, avec ces éléments épars, la constitution médicale du siége.

Ce que nous avons dit du scorbut et du typhus, au point de vue étiologique, dans nos deux précédentes Revues, a déjà considérablement simplifié et abrégé cette dernière partie de notre tâche. Elle est faite effectivement sur ce point. On a déjà vu que des maladies auxquelles donnent lieu ordinairement les longs siéges et que l'on a désignées, à cause de cela, sous le nom de maladies *obsidionales*, la dysenterie, le scorbut, le typhus, le scorbut seul, ou à peu près seul, a justifié, en se réalisant, les appréhensions que l'on avait pu concevoir à son égard. Encore a-t-il été loin d'approcher du degré d'intensité qu'on l'a vu atteindre dans la plupart des grands siéges.

La dysenterie s'est montrée au début du siége, mais avec une bénignité telle que nous avons pu presque la négliger dans notre aperçu, et qu'elle nous a paru devoir être éliminée du cadre des maladies obsidionales proprement dites.

Nous avons eu, il est vrai, les diarrhées qui ont été très-fréquentes, soit comme affection idiopathique, soit comme complication de la plupart des autres maladies, et qui ont surtout fait beaucoup de victimes, pendant une partie du siége, parmi les enfants et les vieillards. Ces dernières, en particulier, peuvent figurer légitimement parmi les maladies obsidionales, à beaucoup plus juste titre que les dysenteries.

Quant au typhus, nous n'en avons eu, comme nous l'avons vu, qu'une ébauche à peine, tout juste assez pour en affirmer l'existence à titre d'individualité pathologique et reconnaître quelques traces de son influence sur les autres affections, comme nous le verrons plus tard.

Si nous reprenons maintenant une à une les autres maladies ou groupes d'affections qui ont le plus pesé sur la population, nous trouvons en tête : la variole, depuis longtemps déjà en pleine énergie épidémique, et paraissant même commencer à entrer dans la phase de décroissance à l'époque de l'investissement. Très-indépendante par conséquent des conditions du siége, la variole lui doit néanmoins la recrudescence rapide qu'elle a subie au double point de vue du nombre et de la gravité des cas, par suite de l'entrée subite à Paris de cette masse de mobiles et de jeunes recrues, qui lui ont fourni un aliment d'autant plus facile que la plupart étaient vierges d'inoculation vaccinale ou tout au moins de revaccination.

Nous trouvons ensuite la fièvre typhoïde, qui était aussi comme la variole en possession d'état de maladie régnante et qui, comme elle, a dû aux mêmes circonstances une plus grande et nouvelle impulsion.

Puis vient un groupe tout entier de maladies dont la cause principale est manifestement dans les conditions atmosphériques, notamment dans le froid intense, persistant et qui n'a pas duré moins de trois mois sans discontinuité, avec de fréquentes rafales de neige qui ont à plusieurs reprises recouvert la surface du sol. Ce sont les angines, les laryngo-trachéites, les bronchites, les pneumonies, les broncho et pleuro-pneumonies surtout, en un mot, toutes les affections aiguës des voies aériennes et des organes respiratoires, qui ont été si communes; avec leur cortége obligé de rhumatismes articulaires et musculaires, de diarrhées, d'embarras gastro-intestinaux et de phthisies aiguës ou galopantes qu'elles ont déterminés sur un assez grand nombre de jeunes soldats, chez qui la disposition tuberculeuse était jusque-là restée latente.

(1) Fin. — Voir les numéros 114, 120, 126, 132, 137, 143, 151.

Ajoutons, et c'est ici qu'apparaît la part d'influence qui revient aux conditions du siége, que l'action du froid déjà si puissante en elle-même par son intensité et sa persistance pour préparer sinon pour produire même ces affections, a été puissamment aidée encore et multipliée en quelque sorte par l'exposition presque continuelle des hommes au grand air, dans les tranchées, sous des tentes qui les abritaient à peine, couchant le plus souvent sur la terre gelée ou en partie couverte de neige. Joignons-y enfin les fatigues des marches, des veilles, des corvées, auxquelles la plupart n'étaient pas encore faits et qui ont produit chez un si grand nombre cette fièvre de courbature, à laquelle nous donnions le nom de fièvre des surmenés ou des éreintés, lorsqu'elle existait seule, — ce qui a eu lieu encore assez souvent, — mais qui le plus souvent se surajoutait aux affections des voies respiratoires et leur imprimait ainsi, en se combinant en quelque sorte avec elles, ce caractère d'adynamie qui a fait le fond commun de toutes les maladies.

C'est dans ce groupe d'affections, dues, comme on le voit, à un concours de causes complexes et que nous considérerions volontiers à cause de cela comme occupant une sorte de situation mixte entre les maladies saisonnières et les maladies obsidionales, tenant à la fois des unes et des autres ; c'est, dis-je, dans ce groupe que nous retrouvons les traits principaux de la constitution médicale du siége, qui nous paraît pouvoir être qualifiée ainsi : constitution catarrhale ataxo-adynamique.

Rien ne nous semble plus propre que les faits qui viennent de se passer sous nos yeux, à jeter quelque lumière sur cette question toujours un peu vague et mal définie des constitutions médicales. On y voit, en effet, en quelque sorte en action les deux facteurs nécessaires de toute constitution médicale, à savoir : les milieux, impressionnant, modifiant peu à peu par leur action combinée, continue, incessante, les organismes collectifs qui y sont soumis, les préparant de longue main et dans une direction déterminée à l'éclosion et à l'évolution de la maladie; ces organismes eux-mêmes, ainsi façonnés, imprégnés pour ainsi dire par l'action prolongée de ces influences, au point d'en être devenus en quelque sorte diathésiques, et qui, soit qu'ils y cèdent simplement à un moment donné et par une pente naturelle, soit qu'ils y aient été poussés par une cause incidente, par une influence pathogénique intercurrente quelconque, manifestent tous leur souffrance, sinon exactement de la même manière, du moins avec des expressions et des formes qui ont entre elles les plus grandes analogies, mais qui ne sont jamais celles des maladies simples. Ici l'idée d'unité et d'espèce nosologique, ainsi que la notion anatomo-physiologique de la maladie, le cèdent en importance pratique à la considération plus générale de l'étroite connexité qui lie entre eux tous les états morbides concomitants, quelques différences apparentes qu'ils présentent, sous la dépendance d'une étiologie commune.

Un médecin militaire d'un grand mérite, enlevé beaucoup trop tôt à la science, qu'il cultivait avec passion, Félix Jacquot, a remarqué pendant la guerre d'Orient, ainsi que dans les diverses campagnes qu'il avait faites précédemment en Afrique et à Rome, que sur les soldats on voyait réunis deux à deux ou même trois à trois le typhus, le scorbut, le choléra, la fièvre palustre, les profondes lésions de l'intestin, et enfin plusieurs maladies intercurrentes. « Cette concomitance de maladies diverses, dit-il, qui se compliquent, s'aggravent, se masquent et se combinent, produit des états pathologiques complexes qu'il est impossible de comprendre si on les soumet en bloc à l'étude. » D'où il fait ressortir, comme conséquence très-juste, la nécessité d'apporter un esprit analytique dans l'étude des maladies rendues complexes, soit par l'action simultanée de plusieurs causes, soit parce qu'une épidémie vient sévir sur des masses qui sont déjà en proie à d'autres affections et ruinées par d'autres cachexies; précepte applicable particulièrement à l'étude des maladie des armées.

Or, si nous reportons cet esprit d'analyse dans l'étude des maladies régnantes du siége, que voyons-nous? Rarement une affection simple, franche, parfaitement caractérisée et nettement catégorisable dans le cadre nosologique; presque toujours, au contraire, un état complexe, souvent mal défini, obscur, dans lequel se mêlent des éléments divers répondant aux influences multiples, combinées, auxquelles les malades avaient été plus ou moins longtemps soumis.

C'est ainsi que nous n'avons presque jamais vu des pneumonies simples ou franchement inflammatoires, mais toujours des broncho-pneumonies ou pneumonies catarrhales, se compliquant souvent en outre de quelques phénomènes typhoïdes, embarras gastro-intestinal, prostration, délire. C'est ainsi que presque toutes les fièvres typhoïdes à leur tour présentaient une prédominance marquée de symptômes thoraciques; que toutes les fièvres éruptives, variole, rougeole, scarlatine semblaient s'imprégner à la fois du voisinage et de l'influence de l'affection catarrhale et de l'affection typhoïde, genre de complication qui leur donnait le caractère si grave qu'on leur a vu. Enfin, dans ces derniers temps, l'élément scorbutique est venu se joindre à tout cet ensemble pathologique et lui imprimer à son tour son cachet.

La conclusion pratique qui ressort de tout cela, car c'est toujours là qu'il faut aboutir en dernière analyse, c'est que toutes les fois qu'on se trouve en présence d'une constitution médicale bien accentuée, la recherche des indications thérapeutiques et par suite des moyens de traitement, ne doit pas procéder exclusivement d'une seule source. Elle doit s'inspirer à la fois et de la considération de la lésion principale, qui donne à la maladie son nom et sa place nosologique et de celle du caractère commun qu'elle partage avec les autres. Le caractère commun ici, c'était l'adynamie et la prédominance des phénomènes catarrheux. Aussi, loin de songer à combattre les phlegmasies pulmonaires par des émissions sanguines, sauf de très-rares exceptions où ces émissions n'avaient lieu qu'à titre dérivatif à l'aide de ventouses scarifiées, c'était par les évacuants et les toniques, en général, que nous nous attachions à les combattre. Et sans considérer en ce moment si, comme le pensent quelques médecins, les alcooliques doivent désormais remplacer la saignée dans le traitement de la pneumonie, nous pouvons certifier qu'ils nous ont rendu les plus grands services dans l'espèce particulière de pneumonie que nous avons eue à traiter pendant toute la durée de cette constitution médicale. Ce que nous disons de la pneumonie, nous pouvons le dire de la fièvre typhoïde et des fièvres éruptives elles-mêmes. Partout et toujours la médication tonique et le régime reconstituant, autant qu'il était possible d'y avoir recours, étaient indiqués.

Notre conduite a été, à très-peu de chose près, celle qu'ont suivie nos collègues de l'ambulance du Luxembourg. Nous ne voudrions engager personne ni répondre pour tous nos confrères des autres hôpitaux et ambulances, mais nous ne croyons pas nous avancer beaucoup trop en disant que ce doit avoir été, sauf de légères nuances, la manière d'agir du plus grand nombre d'entre eux.

Dr BROCHIN.

DOCUMENTS

POUR SERVIR A L'HISTOIRE DU MOUVEMENT SCIENTIFIQUE PENDANT LE SIÉGE DE PARIS (1).

22 NOVEMBRE.

XXXVIII. **Académie de médecine.** — L'Académie tient séance.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 22 novembre 1870. — Présidence de M. DENONVILLIERS.

M. BARTH monte à la tribune pour donner lecture d'une nouvelle conclusion de son rapport sur les divers mémoires de M. le docteur Papillaud relatifs à l'emploi de l'arséniate d'antimoine dans le traitement des maladies organiques du cœur.

M. le rapporteur pense que les travaux de M. Papillaud méritent mieux que la formule banale de remercîments adressés à l'auteur. Suivant lui, sans vouloir préjuger la question de l'existence chimique de l'arséniate d'antimoine et de ses propriétés médicales, il y a lieu cependant de louer M. Papillaud des efforts qu'il a faits pour doter la thérapeutique d'un nouveau médicament qui s'ajoute à ceux dont la médecine dispose déjà dans le traitement de certaines maladies du cœur.

Cette conclusion (dont nous ne pouvons garantir les termes, mais seulement la signification générale) est mise aux voix et adoptée.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur l'action physiologique et les effets thérapeutiques de l'arsenic. — La parole est à M. Gubler.

Après avoir, dans un préambule, déclaré qu'il n'existe pas entre M. Sée et lui de différence essentielle au point de vue des principes et de la méthode, mais seulement des dissidences quant à la prééminence à donner aux inductions tirées de l'expérimentation physiologiques sur celles de l'observation clinique dans l'appréciation des faits médicaux, M. Gubler, serrant de plus près la question, cherche à montrer que M. Sée n'a pas toujours professé les mêmes doctrines sur l'action physiologique des préparations arsénicales.

(1) Voir le dernier numéro.

En 1865, dans son article *Asthme* du *Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques,* qui comprend, en même temps que l'asthme proprement dit, plusieurs études sur les dyspnées, les emphysèmes, etc., M. Sée a cru devoir donner un résumé de l'action physiologique et thérapeutique de chacun des médicaments conseillés aux asthmatiques.

Dans l'article consacré à l'arsenic, on lit : « Le poison pénètre dans le sang, se combine avec les éléments histologiques ou protéiques, et favorise manifestement les oxydations; en voici les preuves : L'urée, qui représente les produits des combustions organiques, augmente de 12 à 28; les chlorures et les phosphates terreux de l'urine s'élèvent jusqu'au double de la proportion normale. Ces résultats, acquis par les expériences de Sabelin, indiquent l'*exagération du mouvement nutritif*; ce qui le prouve mieux encore, c'est que l'acide urique, produit incomplet d'oxydation, diminue en raison inverse de l'urée; enfin l'augmentation de température et l'*accélération du pouls* sont des témoignages de plus de l'activité des décompositions. »

C'est là une doctrine diamétralement opposée à celle que M. Sée faisait soutenir trois ans plus tard (juillet 1868) par M. le docteur Lolliot, l'un de ses élèves.

Dans l'intervalle (février 1868), M. Gubler publiait son livre intitulé *Commentaires du Codex,* dans lequel il développait précisément la manière de voir adoptée plus tard par son collègue. Le travail de M. Lolliot ne fait même pas mention du livre de M. Gubler, publié six mois auparavant. — Quant à Sabelin, à qui M. Sée avait emprunté sa première doctrine, il n'en est pas non plus question dans la thèse de M. Lolliot.

Voici d'ailleurs ce que M. Gubler disait, dans son livre, de l'action physiologique de l'arsenic :

« Irritant topique, escharotique, sphacélique. — Aiguisant l'appétit. — Modérateur de la combustion respiratoire, et par là apte à ralentir la dénutrition, à faire engraisser, à calmer l'éréthisme fébrile, les mouvements respiratoires. »

M. Sée ne dit pas autre chose touchant l'action générale. Seulement, au lieu de s'étayer des faits cliniques, il invoque à l'appui les expériences de Schmitt, Brettschneider, Sturzwage, tendant à établir la diminution de l'urée et de l'acide carbonique, et confirmées par celles de MM. Lolliot, Th. Anger et Bruley. M. Gubler fait à ces expériences les objections suivantes :

1° Les expériences ne sont pas encore assez nombreuses pour mettre hors de doute les faits qu'elles prétendent établir.

2° La quantité d'urée excrétée n'exprime pas directement et nécessairement soit l'état de la dénutrition, soit celui de la combustion respiratoire. Il se peut que l'arsenic s'oppose à la sécrétion de l'urée, comme l'iode favorise au contraire le passage du fer par les glandes salivaires.

3° Avec une dénutrition active, l'urée peut diminuer, les déchets organiques passant sous forme de matières albuminoïdes ou d'acide urique.

4° Avec une dénutrition ralentie, la proportion d'urée peut augmenter si une combustion plus complète fait apparaître sous cette forme l'albuminose urinaire et l'acide urique normal.

Les mêmes réserves doivent être faites vis-à-vis de la diminution d'acide carbonique.

Un autre point sur lequel M. Gubler ne peut encore partager les convictions enthousiastes de M. Sée est celui qui se rapporte aux effets quasi merveilleux observés sur les populations arsénicophages de la basse Autriche.

M. Gubler reconnait bien l'influence favorable exercée par l'arsenic sur certaines dyspnées, dans certains asthmes chez l'homme, et dans la *pousse* des chevaux; mais il ne peut admettre que l'efficacité du moyen soit telle que les asthmatiques, devenus si légers qu'ils se disent volatils, se fassent ensuite un jeu de gravir les pentes les plus abruptes.

Cette *action sur la respiration,* qu'il admet dans une certaine limite, M. Gubler la compare à celle de la *migraine.* Ceux qui ont éprouvé des accès modérés de migraine savent que, sous l'influence du mal, on se sent plus léger, plus apte à gravir une pente, monter un escalier, etc. — Chose remarquable, une sorte de migraine est parfois l'un des symptômes de l'intolérance de l'économie pour l'arsenic.

Mais l'un des points les plus importants de la théorie de l'action physiologique de l'arsenic est celui qui se rapporte à l'action de cette substance sur le sang.

M. Sée a cru pouvoir comparer l'action de l'arsenic à celle de l'oxyde de carbone sur les globules, découverte par M. Claude Bernard. Or, d'après les expériences de M. Bernard, l'oxyde de carbone empoisonne en chassant l'oxygène des globules et l'empêchant d'y rentrer, tandis que, d'après M. Sée, l'arsenic agit sur les globules du sang en y fixant l'oxygène et empêchant ce gaz de les abandonner.

Il n'y a donc aucune parité à établir entre l'action de l'oxyde de carbone sur les globules du sang et celle de l'arsenic sur ces mêmes globules, telle que M. Sée la comprend.

D'ailleurs, M. Sée comprenait autrement à une autre époque cette action de l'arsenic sur le sang. Il professait, ainsi qu'il résulte de la thèse de M. Lolliot, que l'arsenic se combinerait avec les globules en prenant la place de l'oxygène, et les rendrait de la sorte inaptes à oxyder les tissus, dont la dénutrition se trouve ainsi ménagée.

Quoi qu'il en soit de cette théorie, le nom de *médicament d'épargne* que M. Sée donne à l'arsenic et la distinction des médicaments en ceux qui activent la dénutrition et ceux qui la retardent ne sont pas chose nouvelle, suivant M. Gubler. Le nom et la chose étaient parfaitement connus depuis longtemps en Allemagne, et M. Sée n'a rien ajouté à ce que l'on savait sur ce point.

En proposant l'expression de médicaments *dynamophores,* M. Gubler pense avoir fait quelque chose de plus. Il a donné une interprétation nouvelle du mode d'action des principaux *antidéperditeurs,* fondée sur l'application des lois de la *corrélation des forces* à l'organisme vivant.

Avant lui, les physiologistes n'avaient pas remarqué qu'il ne suffit pas d'avoir établi qu'un médicament arrête la dénutrition pour avoir fait comprendre comment il peut entretenir les forces. A ne prendre que ce phénomène isolé, il devrait au contraire y avoir *asthénie,* puisque les forces proviennent de la combustion respiratoire et que la combustion porte principalement, peut-être entièrement, sur les déchets de la désassimilation.

Les deux grandes classes de moyens d'augmenter les richesses de l'organisation sont donc : 1° les aliments proprement dits qui apportent la matière par la rénovation organique; ce sont les *recorporants;* 2° certains aliments et les remèdes toniques qui apportent de la force directement; ce sont les *corroborants* ou dynamisants, ou *dynamophores.*

Mais ces aliments ou remèdes (alcool, thé, café, coca, électricité), en nous dispensant de brûler ralentissent le mouvement de désassimilation. C'est leur effet accessoire.

Passant ensuite à l'action de l'arsenic sur la circulation, M. Gubler se défend d'avoir affirmé la réalité du ralentissement des mouvements du cœur sous l'influence de l'arsenic. Seulement, lorsque M. Sée avait déclaré impossible le ralentissement des battements du cœur par cette raison que l'arsenic, produisant la dilatation des capillaires de la face et de l'encéphale, doit au contraire augmenter la fréquence du pouls, M. Gubler s'était récrié contre cette manière de juger *à priori* les questions de fait; mais, gardant une réserve prudente, il ne s'était prononcé ni pour ni contre. Il admettrait ce ralentissement de battements du cœur si un certain nombre d'observations bien authentiques, semblables à celles de M. Beuley, existaient dans la science.

Toutefois, puisque l'arsenic enraye la fièvre intermittente, comme l'ont annoncé Boudin, MM. Sistach, Frémy, etc., on doit accorder qu'il peut exercer une action sédative sur la circulation. Sans doute, il faut en rabattre; mais néanmoins il reste quelque chose de l'action fébrifuge de ce médicament.

D'un autre côté, tous ceux qui l'ont expérimenté dans la tuberculose ont vu la fièvre symptomatique s'apaiser, pouls compris. Les observations de Trousseau et Pidoux, celles de M. Moutard-Martin, celles surtout recueillies à l'hôpital Lariboisière, dans le service de M. Hérard, par M. Niederkomm, accompagnées de relevés précis avec des courbes, ont montré la décroissance parallèle de la température et du pouls. Un auteur anglais, Hill, a vu des palpitations cardiaques céder rapidement à l'action de l'arsenic.

Étant admise l'influence sédative de l'arsenic sur la respiration, on ne comprendrait guère qu'elle ne s'étendît pas à la circulation, qui marche ordinairement du même pas. Une loi positive, c'est que le ralentissement des mouvements respiratoires entraine un ralentissement des battements du cœur.

Malgré ces faits et ces considérations, M. Sée ne craint pas de déclarer que l'abaissement du pouls n'existe pas, parce qu'il ne peut pas exister coïncidemment avec la paralysie vaso-motrice des parties supérieures du corps. Il invoque la loi de M. Marey. Or, c'est, suivant ce dernier, une *diminution générale* de la tension vasculaire qui entraine l'accélération du pouls.

Une diminution locale n'aurait pas ce pouvoir, et, par conséquent, l'influence de la dilatation des capillaires de la face serait probablement insuffisante.

Mais cette paralysie vaso-motrice circonscrite est-elle du moins bien constatée? M. Gubler croit pouvoir affirmer le contraire. La coloration rosée des joues des sujets qui ont repris par l'usage de l'arsenic une santé plus florissante ne dépend pas plus chez eux que chez les gens sanguins bien portants de la paralysie des vaisseaux.

M. Hardy a déjà réfuté cette doctrine en montrant que l'arsenic devient cause d'*anaphrodisie* et même de *paraplégie,* accidents dont le siége est dans les organes de la partie inférieure du corps.

En somme, la paralysie vaso-motrice de la tête, invoquée par M. Sée, n'est pas démontrée. On sait parfaitement qu'il y a plusieurs centres ou foyers d'innervation sympathique dont les deux principaux sont au cou et à la région lombaire; mais cela ne fait rien à la question de savoir si le phénomène est ou n'est pas.

Voulant prouver que certaines substances bornent leurs effets à l'une des deux régions sympathiques, il cite la fève de Calabar comme ne faisant sentir son influence que sur la moitié inférieure du corps; mais tout le monde sait que l'effet le plus apparent de cette substance est la contracture des pupilles. Si elle provoque avec une intensité remarquable les mouvements antipéristaltiques de l'intestin grêle, il faut dire aussi qu'elle détermine un accroissement de motricité dans presque tous les organes contractiles de la vie organique et de la vie de relation, d'après les expériences de MM. Laborde et Leven.

En définitive, l'action sédative de l'arsenic sur le cœur est observée dans une foule de circonstances; le fait est certain; seulement il est permis de se demander par quel moyen ce médicament amène ce résultat : si c'est directement ou d'une manière détournée. On pourrait parfaitement appliquer à l'arsenic ce que M. Sée a dit de l'action du sulfate de quinine : « Toutes les fois qu'un médicament produit une modification de la température, on verra se produire dans le même sens une modification de l'excitabilité. S'il y a augmentation de la température, l'excitabilité sera augmentée; s'il y a abaissement de la température, l'excitabilité sera diminuée. Or, le sulfate de quinine produit un abaissement du cœur; il produira donc en même temps une diminution de l'excitabilité des nerfs du cœur, qui battra plus lentement. »

Le même raisonnement s'applique de tous points à l'arsenic. S'il y a des raisons de penser que l'arsenic ne doit pas ralentir le cœur, il y en a de meilleures pour admettre qu'il le ralentit. C'est à l'observation de prononcer, non à l'hypothèse, levier utile, nécessaire même, mais dont il ne faut pas abuser.

M. Gubler se résume dans les propositions suivantes :

A part son action irritante et escharotique-sphacéliante, l'arsenic se comporte comme s'il diminuait la combustion respiratoire ou ce que M. Gubler appelle l'*hématocausie,* et par conséquent le mouvement de dénutrition.

— Plusieurs expériences proprement dites, effectuées sur l'homme et les animaux, s'accordent sur ce point avec l'observation clinique, en démontrant une diminution de l'acide carbonique exhalé par les poumons et de l'urée sécrétée par les reins.

Mais le mécanisme par lequel se produit ce ralentissement des oxydations et de la désassimilation est encore mal connu.

— On peut invoquer avec quelque vraisemblance une action directe sur le sang et une action sur le système nerveux après intussusception du métalloïde prenant la place d'une proportion correspondante de phosphore.

Mais rien n'autorise à préciser davantage et à soutenir que l'arsenic force l'oxygène à se maintenir plus intimement et plus longtemps combiné avec la substance des globules.

— L'arsenic est donc un abincitant, un contre-stimulant, un antipyrétique, mais non pas un tonique.

Il s'oppose à la dépense, mais n'apporte pas de force; c'est un antidéperditeur, mais non pas un dynamique.

— En empêchant les organismes de se brûler activement, il permet la reconstitution et l'emmagasinement, d'où l'air de fraicheur et de santé, l'embonpoint de ceux, hommes et bêtes, qui en font un usage modéré.

— L'ensemble des symptômes de l'arsenicisme rappelle le syndrome de la migraine, et spécialement la facilité de respiration qui caractérise les accès de cette maladie.

— Tout porte à admettre que l'action sédative de l'arsenic se fait sentir en même temps sur le centre circulatoire. Un certain nombre d'observations en font foi. Néanmoins, des faits précis, complétés par les moyens d'investigation modernes, et particulièrement par les recherches sphygmographiques, sont nécessaires à la démonstration rigoureuse de ce point important.

— L'accroissement momentané de l'appétit sous l'influence des préparations arsenicales est probablement dû à l'excitation directe de la muqueuse digestive et à la diminution fébrile qui entretenait l'inappétence.

— L'ensemble des faits thérapeutiques confirme ces vues physiologiques et s'explique en partie par elles; mais beaucoup de points restent encore obscurs et réclament des recherches ultérieures nombreuses et suivies.

— Il est impossible d'établir aujourd'hui une théorie de l'action physiologique de l'arsenic répondant à toutes les exigences des faits connus, et les faits eux-mêmes n'ont pas toujours été observés avec assez de rigueur pour fournir des bases certaines à l'édification d'une doctrine scientifique.

M. Sée demande à répondre en quelques mots à la longue argumentation de M. Gubler.

D'abord, sans vouloir discuter la priorité des idées qu'il a émises sur l'action physiologique et thérapeutique des médicaments, M. Sée fait remarquer à M. Gubler qu'en 1866, à l'époque où ils étaient tous les deux compétiteurs pour la chaire de thérapeutique, il fit, dans un opuscule de vingt pages, l'exposé complet de sa manière de voir sur l'action de tous les médicaments et en particulier de l'arsenic. A cette époque, M. Gubler n'avait encore rien publié de sérieux sur la thérapeutique expérimentale, pas même ses *Commentaires sur le Codex,* parus seulement en 1867. Les recherches de M. Sée n'ont donc rien de commun avec les idées développées par M. Gubler dans ce dernier ouvrage.

Relativement à l'influence de l'arsenic sur le sang, M. Sée n'a pas prétendu assimiler l'action de l'arsenic à celle de l'oxyde de carbone; il a voulu seulement faire une comparaison et dire que, sous l'influence de l'arsenic, l'hémoglobine fixe l'oxygène aussi intimement qu'elle s'incorpore l'oxyde de carbone pour former avec lui une combinaison stable, ainsi que l'a démontré M. Cl. Bernard.

Cette action de l'arsenic sur le sang n'est pas une hypothèse; elle est démontrée par les expériences qui prouvent que l'arsenic préserve les globules de la destruction en diminuant la combustion organique, diminution indiquée par la moindre proportion d'urée et d'acide carbonique éliminés de l'organisme. La diminution de la quantité d'acide carbonique contenu dans le sang à un moment donné et l'excès relatif d'oxygène expliquent pourquoi le sang, dans ce cas, reste rutilant.

L'arsenic a donc la propriété d'enrayer la destruction des globules. Mais il n'en est pas ainsi lorsqu'on force la dose de l'arsenic ou que l'on prolonge trop la durée de la médication. Quand on arrive à l'*arsenicisme,* les résultats sont tout à fait opposés aux précédents; dans ce cas, la destruction des globules est accélérée; on en voit diminuer le nombre, de même que l'on voit apparaître alors des phénomènes de paralysie, au lieu de l'accroissement de la force d'innervation musculaire que nous avions noté auparavant. Il importe de ne pas confondre des résultats opposés qui dépendent de conditions entièrement différentes de l'expérimentation.

M. Sée explique comment il a été amené à modifier des opinions qu'il avait émises, dès l'année 1864, dans son article Asthme du *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques.* Il n'avait pas encore fait les recherches expérimentales qui lui ont démontré l'erreur dans laquelle est tombé Sabelin; Voït n'avait pas encore indiqué la précaution qu'il y avait à prendre, pour éviter l'erreur, d'établir au préalable le bilan des recettes et des dépenses des sujets mis en expériences. Grâce à cette précaution indispensable, l'analyse chimique a pu établir avec une entière certitude le fait important non-seulement de la diminution absolue de l'urée, mais encore de l'acide carbonique, sous l'influence de l'arsenic. On en a conclu logiquement que cette substance met obstacle à la destruction de la molécule organique.

La diminution de la température générale, causée par l'emploi de l'arsenic, est la conséquence forcée de la diminution de la désassimilation, c'est-à-dire des combustions organiques.

On a discuté la question de savoir si l'arsenic est un excitant ou un hyposthénisant, et l'on a invoqué les faits d'observation clinique contre les faits d'expérimentation. En vérité, quand on voit des cliniciens de la valeur de Trousseau et de Graves conclure à l'action excitante de l'arsenic d'après l'augmentation de la coloration de la peau du visage, tandis que le thermomètre placé sous l'aisselle ou introduit dans le rectum montre une diminution de la température normale, on se demande si les prétentions de la clinique à l'infaillibilité sont bien fondées et si, dans l'espèce, l'analyse chimique n'est pas plus dans le vrai en expliquant le fait de la diminution de la température animale par la diminution des combustions organiques.

En ce qui concerne l'influence de l'arsenic sur la respiration, M. Sée n'a pas dit que cette influence se traduit par une diminution dans le *nombre* des respirations, mais bien par une diminution du besoin de respirer. Chaque fois que l'on constate une diminution de la proportion d'acide carbonique contenue dans le sang, ou un excès relatif d'oxygène, on observe parallèlement une diminution du be-

soin de respirer. La vigueur respiratoire des individus qui prennent de l'arsenic peut aussi s'expliquer par l'énergie que l'arsenic communique aux musles respiratoires comme aux autres muscles de l'économie.

On peut dire, en effet, mais seulement d'une manière hypothétique, que les circulations locales dans les muscles se trouvent augmentées par l'influence de l'arsenic, sans produire toutefois l'augmentation des produits de combustion dont l'accumulation détermine la sensation de fatigue musculaire. L'activité imprimée à la circulation musculaire enlève au fur et à mesure les produits d'oxydation, surtout l'acide lactique, d'où résulte une aptitude plus grande à l'action musculaire.

M. Sée n'a pas dit que l'animation de la face, chez les individus soumis à la médication arsenicale, dépendait de la paralysie des vaisseaux. La dilatation des vaisseaux peut, au contraire, ainsi que l'ont démontré MM. Legros et Onimus, et M. Meuriot, coexister avec des contractions véritablement actives.

L'action du cœur reste en dehors de l'influence exercée par l'arsenic sur les circulations locales. Les observations cliniques qui constatent le ralentissement de la circulation cardiaque chez les individus soumis à la médication arsenicale sont loin d'être probantes, de l'aveu de M. Gubler lui-même, et l'on ne comprend pas que, si ce ralentissement existait, il n'eût pas été mis déjà tout à fait en lumière par les observateurs en si grand nombre qui se sont occupés de la question.

Au point de vue physiologique et thérapeutique, rien n'est moins démontré que ce prétendu ralentissement des mouvements du cœur; mais il résulte des expériences entreprises par M. Sée sur l'homme et les animaux que l'arsenic diminue l'impulsion cardiaque et la tension artérielle mesurées avec le manomètre. Or, la fièvre n'est pas seulement indiquée par l'augmentation des battements du cœur ou du pouls, mais encore par la *diminution* de la tension artérielle. L'arsenic serait donc un singulier fébrifuge. — Son action principale, c'est l'arrêt temporaire des combustions organiques. C'est de cette façon que ce médicament entraîne avec lui la diminution de la calorification, et par conséquent de la fièvre. A cet égard, l'action de l'arsenic n'est nullement comparable à celle du sulfate de quinine, de la vératrine ou de la digitale. C'est en mettant obstacle à l'activité des combustions organiques que l'arsenic diminue et éteint la fièvre.

Si c'est là une hypothèse (et tout médecin qui prescrit un médicament fait une hypothèse plus ou moins préconçue sur l'action de ce médicament), M. Sée pense que cette hypothèse, induite des faits de physiologie expérimentale, a contribué à répandre la lumière sur des faits que l'observation clinique réduite à elle-même avait été jusqu'à ce jour incapable d'expliquer.

— La séance est levée à cinq heures.

23 NOVEMBRE.

XXXIX. **Alimentation des nouveau-nés pendant le siége de Paris.** — Sous ce titre, M. le docteur Bouchut publie dans le *Journal officiel* le travail suivant :

En tout temps, la médecine s'est préoccupée du fait de la mortalité des nourrissons, soit pour connaître l'étendue du mal en déterminant le chiffre de la dîme mortuaire du premier âge, soit pour déterminer ses causes, soit enfin pour indiquer les moyens d'y remédier. Villermé, William Edwards, Heuschlin, Bertillon et Bouchut, dans des recherches statistiques, ont jadis donné les chiffres de cette mortalité en France. Monot, Brochard et la Société protectrice de l'enfance ont signalé les causes du mal et indiqué quelques-uns des remèdes à employer. Mais, au moment du siége de Paris, par suite de la rareté et de la cherté des subsistances et du lait, lorsque la mortalité générale a doublé et qu'elle frappe surtout chez les enfants, la question reprend une actualité nouvelle et le devoir de la science médicale est d'indiquer tout ce qu'elle croit devoir être utile pour préserver de la mort tant de jeunes existences compromises.

Dans les temps paisibles et réguliers, ainsi que je l'ai établi dans mon *Hygiène de la première enfance* et comme l'ont fait voir à leur tour les docteurs Monot et Brochard, la mortalité des jeunes enfants dépend surtout de l'abandon, pour les enfants trouvés, et de l'envoi en nourrice chez des femmes de province qui, au lieu de lait, indigèrent les enfants avec une alimentation prématurée trop substantielle. Mais, ici, la question est complexe et n'est pas aussi simple qu'elle paraît l'être au premier examen. Le froid auquel sont soumis les nouveau-nés dans les jours qui suivent la naissance, l'inanition temporaire pour plusieurs d'entre eux, la substitution du lait quelquefois impur de vaches qui ne sont pas toujours les mêmes au lait maternel, l'alimentation prématurée à l'aide de farineux indigestes, l'excès dans la quantité de nourriture sont autant d'éléments dont il y aurait lieu de tenir compte.

Tout cela est généralement et implicitement compris dans le fait de l'abandon du devoir qu'ont les mères de nourrir leurs enfants, et dans la coutume trop généralisée de l'envoi des enfants en nourrice, là où au lieu d'être nourris au sein ils le sont avec un biberon ou un petit pot rempli de lait, ou enfin avec des soupes inappropriées. Je dirai dans un instant pourquoi ce procédé d'alimentation est suivi de résultats si funestes.

En ce moment, ce n'est pas à l'envoi des enfants chez des nourrices inintelligentes qu'il faut attribuer la mortalité des jeunes enfants. Paris assiégé ne reçoit pas plus de nourrices pour ses enfants que de viande pour ses défenseurs. Il n'a même plus la quantité de lait de vache nécessaire à ses besoins, et ce qui s'en trouve est si raréfié par la cherté, que les jeunes enfants des classes inférieures en sont à peu près privées.

Il y a bien encore des femmes de Paris qui vendent leur lait et se placent comme nourrices chez ceux qui sont en position de les rémunérer, mais elles sont en petit nombre et on peut considérer l'allaitement par des nourrices mercenaires, comme l'allaitement au biberon avec le lait de vache, comme étant devenu très-difficile. En tout cas, ces deux modes d'alimentation ne sont pas à la portée de toutes les familles qui s'imaginent remplacer le lait par le bouillon, les bouillies à l'eau ou les panades sans beurre. Là est en grande partie la cause du mal actuel, car les organes digestifs du nouveau-né ne sont anatomiquement disposés à recevoir cette alimentation que quatre à six mois après la naissance, au moment des deux premières dents, encore est-il vrai de dire que ces aliments ne doivent être employés qu'avec une excessive réserve. De ce mauvais régime dépendent des diarrhées, des rougeurs anales, des vomissements, la tuméfaction du ventre et l'épuisement qui font périr les jeunes enfants. C'est une pratique à abandonner, sous peine de voir s'aggraver encore la mortalité du premier âge.

Le seul moyen qu'il y ait d'obvier au mal présent et de le dominer dans l'avenir, est le retour général à l'allaitement maternel beaucoup trop abandonné. Riches ou pauvres, en sacrifiant ce devoir naturel, les mères risquent toujours la vie ou la santé future de leurs enfants.

En ce moment surtout, le danger est encore plus sérieux, et n'ayant que peu de lait à leur offrir et se trouvant dans l'obligation de recourir aux féculents et aux décoctions animales, elles les condamnent à une mort presque certaine. Sauf de rares exceptions d'ailleurs, toutes les femmes peuvent nourrir, et si elles apprenaient à le faire par méthode comme on apprend toutes choses, elles réussiraient. Vouloir est tout, et quand on sait que, dans le transport d'un admirable dévouement, des vierges ont pu sauver la vie d'enfants abandonnés en leur donnant un sein à peine nubile que la succion excita au point de le remplir de lait, on peut croire que toute mère peut allaiter son nouveau-né. A côté de celles qui ont du lait par nature, sans que la passion maternelle y soit pour rien, il y en a de moins bien favorisées, et c'est là que le violent désir et la passion peuvent beaucoup.

Toutes nos glandes sécrètent abondamment sous l'influence de l'idée fonctionnelle qu'elles sont chargées de remplir, et chez une mère l'idée de donner le sein à son enfant lui fait souvent monter le lait qui part aussitôt avec force et inonde ses vêtements.

L'inertie maternelle et l'inertie mammaire se tiennent de bien près, et dès qu'on habituera les femmes à l'idée qu'elles doivent nourrir leurs enfants, et que ce sentiment aura remplacé leur indifférence présente, si ce n'est plus, il leur viendra du lait en même temps qu'un nouveau-né. S'il n'y a pas beaucoup de lait, la succion en fera venir, et en le voulant avec amour il en viendra encore plus, comme chez les nourrices un peu anciennes et qui prennent un nouveau nourrisson *pour rajeunir leur lait*, ce qui veut dire qu'il en vient davantage. Ici, le but entretient la fonction, et les mères qui n'ont pas le désir d'y atteindre ne seront jamais de bonnes nourrices.

Comme tant d'autres, le sentiment maternel s'est affaibli chez nous, il s'est dénaturé sous des apparences qui tiennent la place du vrai dévouement. Aux dentelles, aux rubans et aux démonstrations dont on entoure un nouveau-né, je préférerai pour lui quelques gouttes du lait de sa mère, et à la rivalité des chiffons, celle des riches couleurs du visage et de la santé. De cette affaiblissement moral résulte la disparition progressive de l'allaitement par la mère, et la modification de la femme elle-même, qui de génération en génération devient de moins en moins susceptible de se faire la nourrice de ses enfants. La disposition à produire du lait est comme tant d'autres une chose héréditaire. En ne nourrissant pas ses enfants la femme porte atteinte à la race, car sa fille et la fille de sa fille seront de moins en moins aptes à être de véritables mères sous le rapport de la lactation.

Réformons donc nos mœurs sur ce point, puisqu'elles ont une telle influence sur la constitution physique de notre race. Aujourd'hui c'est une nécessité à laquelle oblige le siége de Paris et le manque des nourrices mercenaires ou d'une suffisante quantité de lait animal. Mais demain, quand la France sera délivrée de ses ennemis, il faut que l'homme combatte avec énergie tous ces sentiments d'indifférence maternelle, d'intérêt commercial ou de coquetterie féminine qui empêchent les mères d'allaiter leurs nouveau-nés. Puisse la guerre amener cette réforme, ce sera le seul bien qu'elle ait produit, et nous lui devrons la vie d'un grand nombre d'enfants.

En principe, c'est le défaut d'allaitement maternel qui est la cause de la mort de la plupart des enfants qui succombent dans la première année de la vie, et, en ce moment, c'est plus que jamais une vérité. Il faut donc actuellement que toutes les femmes qui accouchent se mettent à nourrir elles-mêmes leur enfant, et qu'elles ne croient pas pouvoir les nourrir avec des bouillons ou des soupes féculentes.

Pour celles qui ont des enfants de quelques mois et qui n'ont pu allaiter elles-mêmes, il faut une nourrice si l'on peut en trouver une à Paris, du lait de vache ou du lait concentré délayé dans de l'eau tiède ; mais si l'on donne des aliments solides avant la sortie des premières dents on expose les enfants au danger d'une entérite mortelle.

Une autre chose qui compromet aussi la santé des jeunes enfants nourris du lait de leur mère ou d'une nourrice et avec du lait de vache, c'est l'ignorance des quantités qu'il convient de donner. A cet égard, les femmes les plus éclairées, comme celles de la campagne, et j'ajouterai même bien des médecins n'en savent pas plus les uns que les autres. Tout l'art d'élever les enfants est cependant dans l'étude des quantités de lait nécessaires à un jeune enfant d'après son âge.

On attribue toujours à l'alimentation prématurée ou à la substitution des aliments solides au lait la mortalité des enfants du premier âge, et c'est avec raison; mais l'excès d'alimentation par le lait et *sa trop grande quantité* sont tout aussi dangereux. Il y a là une question de doses qui est de la plus haute importance et qui sert de base à la méthode qu'il faut suivre dans l'élevage des nouveau-nés. C'est là une chose à étudier, comme on l'a fait pour le régime des adultes et particulièrement du soldat. Dans l'armée, le poids de pain, de viande, de légumes secs et frais, ainsi que la quantité de vin, sont invariablement fixés et déterminés d'après les lois physiologiques de la déperdition du corps. Ce rationnement suffit pour entretenir en bon état l'organisation du soldat. Il y a le nécessaire et rien de plus. Avec ce régime, la santé se conserve, et nulle indigestion n'est à craindre.

Si les mères connaissaient aussi bien les besoins du nourrisson que l'intendance connaît ceux du soldat, de façon à doser d'une façon rigoureuse et invariable la quantité de lait à donner à leurs enfants, d'après leur âge, elles n'auraient pas tant de larmes à répandre et elles conserveraient en bonne santé ces petits êtres dont elles compromettent la vie par leur ignorance. A cet égard, toutes se ressemblent; dans les villes et dans les campagnes l'inexpérience est la même, et ceux qui croient que la réglementation et la surveillance des nourrices pour empêcher l'alimentation prématurée des nourrissons peut suffire pour empêcher leur mort, se trompent. Ce qu'il faut faire, dans ce but, c'est de répandre partout les notions scientifiques nécessaires au dosage du lait qu'on donne aux jeunes enfants, c'est enfin de faire connaître *la méthode de rationnement des nouveau-nés*, et, par ce temps de siége, l'utilité du rationnement sera comprise de tout le monde.

Quelle est donc la dose de lait nécessaire aux jeunes enfants, d'après leur âge, et quel doit être leur rationnemeut?

Quand on étudie *la loi d'accroissement des nouveau-nés* dans la première année de la vie, en suivant les tableaux dressés par M. Bouchard, on arrive à déterminer d'une façon précise, jusqu'à ce jour ignorée, le poids que doit acquérir un enfant au bout de sa première année, et la quantité de lait qu'il doit prendre à chaque tetée d'après son âge.

Ainsi, l'enfant qui vient de naître perd, dans les deux premiers jours de la vie, cent grammes de son poids, soit par l'excrétion du méconium, soit par défaut d'assimilation.

Au troisième jour, il commence à profiter, et, au septième jour, il a repris le poids qu'il avait à sa naissance.

Pendant cinq mois, il augmente ensuite de 20 à 25 grammes par jour, puis de 10 à 15 grammes pendant les sept mois suivants, de façon à ce qu'en prenant le poids moyen de naissance qui est 3 kilos 250 grammes, on arrive à un poids de 9 kilos à la fin de l'année.

D'après M. Bouchard, cette augmentation formerait une progression arithmétique croissante, dont le premier terme serait 750, le dernier 200 et la raison 50. A la fin du premier mois, l'enfant a passé du poids moyen de naissance, 3,250 grammes, à 4,000 grammes; — à 4,700 à la fin du second mois, — 5,350 au troisième, — 5,950 au quatrième, — 6,500 au cinquième, — 7,000 au sixième, — 7,450 au septième, — 7,850 au huitième, — 8,200 au neuvième, — 8,500 au dixième, — 8,750 au onzième, et enfin 8,950 au douzième mois. — Les poids dont il a profité mensuellement sont entre eux comme les chiffres 750, 700, 650, 600, 550, 500, 450, 400, 350, 300, 250 et 200. C'est là, comme on le voit, une détermination exacte de l'accroissement pour la première année de la vie.

Pour savoir ensuite quelle quantité de lait le jeune enfant doit prendre, par repas et par jour, de la naissance à neuf mois, afin de s'accroître régulièrement, on n'a qu'à peser les enfants avant et après chaque tetée, et on verra comme M. Bouchard :

Qu'au premier jour l'enfant ne prend guère que trois grammes de lait rudimentaire encore mal élaboré ou *colostrum* à chaque tetée, que le second jour il prend 15 grammes par repas; au troisième, 30 à 40 grammes; au cinquième jour, 55, ce qui fait, en supposant 10 repas par jour, 30 grammes le premier jour, 150 grammes le second, 400 le troisième et 500 pour le quatrième.

A un mois la tetée est de 70 grammes par repas, ou pour neuf repas, en vingt-quatre heures, 650 grammes de lait.

Au deuxième mois, la tetée est de 100 grammes à chaque repas, et pour sept tetées en vingt-quatre heures, 700 grammes de lait.

Au troisième mois, 120 grammes de lait par repas, et pour sept tetées, 840 grammes de lait.

A quatre mois, 150 grammes par repas, soit par jour 900 grammes pour six tetées.

De cinq à neuf mois le chiffre reste à peu près le même et varie entre 900 et 950 grammes.

De cette étude scientifique et pratique à la fois, découle *la loi d'accroissement des nouveau-nés* et la *réglementation de leur régime* par la notion exacte des quantités de lait nécessaires en vingt-quatre heures à la consommation des enfants de 0 jour à neuf mois.

Ce sont là des faits de la plus haute importance pour l'hygiène du premier âge et pour l'élevage des enfants à la mamelle ou qui sont nourris avec du lait. En tout temps, la médecine en fera son profit; mais, en ce moment, ils ont une actualité incontestable et on ne saurait trop faire pour les vulgariser.

Sur eux repose la *méthode de rationnement* des nouveau-nés et des enfants à la mamelle selon leur âge. Elle est à la portée de toutes les intelligences, et c'est une connaissance qui devrait être dans l'esprit de toutes les mères.

Si l'enfant profite peu et si son poids n'augmente pas dans les proportions indiquées plus haut, ou si le poids moyen de la quantité de lait pris dans plusieurs tetées successives n'est pas ce qu'il doit être, c'est que la nourrice a peu de lait et il faut la changer ou suppléer à ce qui lui manque en ajoutant du lait de vache en quantité nécessaire et précise. Avec une balance, la mère qui voudra se rendre compte de l'état de son enfant saura vite à quoi s'en tenir, mais tant de précision n'est pas nécessaire pour elle. Cela est bon pour le médecin. Que les femmes sachent seulement que pendant quatre mois les enfants doivent teter au plus dix fois par jour, et que pendant les mois suivants six ou sept tetées peuvent suffire. De cette façon les enfants arrivent à prendre de 650 à 900 grammes de lait par jour du premier au quatrième mois, et c'est tout ce qui leur est nécessaire pour profiter régulièrement.

S'agit-il d'un enfant qui soit privé du sein et qu'on élève au biberon, la chose est encore plus facile. Avec du lait de vache toujours frais, mêlé d'un tiers d'eau, ou avec du lait concentré dissous dans l'eau tiède, on donne quatre grande cuillerées dix fois par jour au premier mois; six cuillerées au deuxième mois, en sept repas; huit cuillerées au troisième et dix au quatrième, ainsi que les mois suivants.

Le lait concentré est en ce moment de rareté du lait ordinaire une excellente préparation destinée à rendre de grands services. Il vaut le lait de vache, s'il n'est pas meilleur, et il n'est point falsifié. Je le préfère mille fois pour les jeunes enfants aux bouillons et aux soupes féculentes sans beurre qu'on leur donne faute de lait ordinaire. Rationné comme il faut, son usage ne produit pas d'indigestion ni de diarrhée, et c'est dans les longues navigations, la ressource des jeunes enfants qui sur un navire n'ont que bien ra-

vement du lait naturel. Dans ce moment de siége, si le lait nécessaire à l'enfance vient à manquer, n'oublions pas que le lait concentré peut le remplacer tout à fait, et c'est un secours à ne point dédaigner.

Ainsi donc, pour les jeunes enfants qui n'ont pas encore de dents, le lait de la mère, le lait d'une nourrice, le lait de vache un peu étendu d'eau, le lait concentré dissous donnés en proportion convenable à des doses précises comme rationnement régulier sont les seuls moyens de prévenir la mortalité dont nous sommes les témoins.

Au delà des chiffres indiqués, il y a un excès de nourriture nuisible qui produit des maux semblables à ceux qu'engendre l'alimentation prématurée. Indigestion de lait et indigestion de farineux, le résultat est le même.

Mieux vaut, sans doute, l'allaitement au *sein* qui donne du lait vivant que l'allaitement au *biberon* et au *petit pot* avec du lait mort déjà refroidi ou altéré, mais à défaut de nourrice, si l'on donne du lait chaud sortant de l'animal ou du lait sans altération, avec les précautions de rationnements indiquées plus haut, c'est-à-dire à la dose physiologique, on préservera encore les enfants de toutes leurs chances habituelles de mortalité.

Quant aux soupes grasses et maigres, aux bouillons, aux panades, aux bouillies, aux sucs de viande et aux aliments solides, farineux ou autres, que les parents croient pouvoir donner à défaut de lait, c'est en ce moment, comme dans les temps ordinaires, la cause de l'excessive mortalité qu'on observe dans la première année de la vie. De la naissance à quatre mois, ce genre d'alimentation fait autant de victimes que d'enfants auxquels on l'a imposé; c'est la mort par phthisie intestinale, mort lente, douloureuse, mais inévitable au milieu d'un cortége de symptômes gastriques graves. C'est donc un régime à proscrire d'une façon absolue. Non-seulement il pèche par l'excès de quantité d'aliments introduits dans les voies digestives, mais encore ce qui est plus grave, c'est un régime inapproprié à l'âge des sujets. Le mot d'alimentation prématurée le caractérise à merveille, en ce sens que l'on sait en anatomie que les organes salivaires et gastriques du jeune enfant n'ont pas encore ce qu'il faut pour préparer l'assimilation d'une grande quantité de substances féculentes, lesquelles font à l'intérieur l'office de corps étrangers indigestes et irritants.

Avant le cinquième ou le sixième mois, l'alimentation féculente et animale est donc toujours nuisible. Il ne convient de l'essayer en petite quantité qu'après la sortie des premières dents, et encore doit-on le faire discrètement, en l'associant toujours au lait, dont elle reste l'accessoire et le complément.

Si l'on n'a pas du tout de lait, plutôt que de recourir à cette alimentetion exclusivement féculente sans beurre et destructive, il faut alors, en attendant des jours plus favorisés, se servir de *lait artificiel de cacao*, encore préférable à la bouillie et aux soupes grasses que l'on serait tenté d'employer.

Un jaune d'œuf et un peu de blanc, bien battus avec 15 grammes de beurre de cacao en fusion, dans un vase chaud, sur lequel on verse lentement un demi-litre d'eau chaude renfermant 30 grammes de sucre fondu, forment un lait de cacao qui renferme en matières grasse et azotée, en sucre, en matières salines et phosphates terreux, la plupart de tous les éléments du lait. Je l'ai employé avec le plus grand avantage depuis un mois à l'hôpital et dans la ville. C'est une préparation facile à faire dans toutes les familles, et, pour les jeunes enfants, elle est préférable à une alimentation féculente substantielle et indigeste. — Dr BOUCHUT.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté du 5 juin 1871 ont été promus ou nommés dans l'ordre national de la Légion d'honneur :

Au grade de commandeur :

M. Walther (Charles), inspecteur-adjoint du service de santé de la marine.

Au grade d'officier :

Lantoin, médecin principal de la marine.

Girard la Barcerie, médecin principal de la marine.

Bousgarel, médecin de 1re classe de la marine, chirurgien-major du 4e régiment d'infanterie de la marine.

Cosquer, médecin de 1re classe de la marine, chirurgien-major du 2e régiment d'infanterie de la marine.

Jean, médecin de 1re classe de la marine, chirurgien-major du 1er régiment de marins-fusiliers.

Au grade de chevalier :

Ricard, médecin de 1re classe de la marine.

Grand, médecin de 2e classe de la marine.

Malle, médecin de 2e classe de la marine, aide-major au 3e régiment d'infanterie de la marine.

Cousyn, médecin de 2e classe de la marine, attaché au 1er régiment de marins-fusiliers.

Defornes, médecin de 2e classe de la marine, aide-major au 2e régiment de marche d'infanterie de la marine.

Jacquemin, médecin de 2e classe de la marine.

Caillière, médecin de 2e classe de la marine, aide-major au 1er régiment de marche d'infanterie de la marine.

Aube, médecin de 2e classe de la marine.

Rit, médecin de 2e classe de la marine.

— Par un arrêté du président du conseil des ministres, chef du pouvoir exécutif de la République française, en date du 5 juin 1871, rendu sur la proposition du vice-amiral ministre de la marine et des colonies, M. Gestin (Robert-Haéristel), médecin-professeur, a été promu au grade de médecin en chef dans le corps de santé de la marine. Grièvement blessé à l'armée de Bretagne, dont il dirigeait l'ambulance.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes

SOMMAIRE. — HÔTEL-DIEU. Leçons cliniques sur la variole : Sur les conditions pathogéniques de la variole et sur les principales indications thérapeutiques (M. Guéneau de Mussy). — Documents pour servir à l'histoire du mouvement scientifique pendant le siége de Paris. — Nouvelles. — Bulletin bibliographique.

Paris, le 12 juin 1871.

HOTEL-DIEU. — M. GUÉNEAU DE MUSSY.

Leçons cliniques sur la variole.

SUR LES CONDITIONS PATHOGÉNIQUES DE LA VARIOLE ET SUR LES PRINCIPALES INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES (1).

Depuis un an la variole exerce des ravages dont la vaccine nous avait déshabitués. Il ne faut pas croire cependant que l'épidémie actuelle ait sévi tout à coup comme un orage inattendu. Depuis trois ou quatre ans au moins, les varioleux se montraient dans nos hôpitaux en nombre plus considérable que par le passé. Des bouffées épidémiques se manifestaient chaque printemps et se prolongeaient pendant l'été ; et c'est à l'occasion de ces recrudescences vernales que j'ai plusieurs fois abordé cette étude clinique dans mes conférences de l'Hôtel-Dieu. Ces recrudescences, disais-je, et cette appréciation est encore applicable à l'épidémie actuelle, malgré son expansion considérable, ne sont que des images affaiblies de ces terribles épidémies qui, dans les siècles précédents, levaient sur la race humaine un si funeste tribut, et dont les médecins des XVIIe et XVIIIe siècles nous ont laissé de saisissantes peintures. Depuis la découverte de Jenner, non-seulement les cas de variole sont infiniment moins nombreux, mais ils sont généralement moins graves ; la maladie n'attaque le plus souvent que des organismes déjà modifiés par la vaccine et sur lesquels le contagium exerce ordinairement une action moins profonde.

Cependant, par intervalles, ces cas se multiplient dans certaines localités et présentent en même temps un caractère plus fâcheux. Ils revêtent parfois la forme putride ou maligne et nous montrent, sous forme épidémique, ces variétés que la vaccine avait rendues exceptionnelles.

Ainsi la variole est à la fois épidémique et contagieuse. Quel est le rapport de ces deux termes, et comment peut-on les concilier ? Ces dénominations ont si souvent donné lieu à d'interminables et stériles discussions, qu'il importe d'en bien préciser le sens. On appelle épidémique une maladie qui sévit à la fois sur un grand nombre d'individus ; une maladie contagieuse est celle qui peut se transmettre d'un organisme malade à un organisme sain. En dehors de ces notions simples et claires, qui offrent à l'esprit un sens bien déterminé, il n'y a que subtilité et confusion. Ainsi, certains médecins, s'attachant à l'étymologie littérale du mot contagion, exigent la transmission par contact ou l'inoculabilité comme condition des maladies contagieuses. Cette distinction est tout artificielle et prise en dehors des conditions essentielles du phénomène.

Que le principe contagieux pénètre dans l'économie par le tégument externe ou interne, qu'on le fasse arriver par inoculation dans la trame cellulaire, il y a toujours contact de ce principe avec les tissus vivants, et par conséquent contagion dans le vrai sens du mot. Ceux qui veulent restreindre l'acception de ce mot à l'action du virus qui pénètre par la peau n'ont pas réfléchi que souvent on ignore par quelle route ce virus a passé, que souvent il peut suivre différentes voies. Ainsi, pour rester dans mon sujet, la variole est inoculable ; elle peut être communiquée par contact, et on ne peut douter qu'elle ne se transmette par l'intermédiaire de l'air quand on la voit se développer si fréquemment chez des individus qui sont entrés dans nos salles d'hôpitaux, et qui, sans s'approcher des lits des varioleux qui s'y trouvent, éprouvent, au bout de 6 ou 8 jours, les premiers symptômes de la maladie. Certaines affections, dont la contagiosité n'est pas contestée, sont difficilement inoculables, comme la scarlatine et la rougeole, ou même n'ont pas encore été inoculées, comme la coqueluche, et elles se propagent activement par le milieu atmosphérique, ce qui peut être expliqué par cette donnée physiologique : que, de toutes les parties de la surface tégumentaire, la muqueuse pulmonaire paraît être celle qui possède au plus haut degré la faculté d'absorption.

La vaccine, dans l'espèce humaine, ne paraît transmissible que par inoculation.

Malgré ces différences dans la voie que suit le principe morbifique pour pénétrer dans l'organisme, il y a entre toutes ces affections une condition pathogénique commune qui domine ces dissemblances ; cette condition est leur transmissibilité d'un organisme malade à un organisme sain.

Que ce soit l'air ou un liquide organique qui serve de véhicule au contagium, ces circonstances sont accessoires et secondaires, puisqu'elles peuvent, comme nous l'avons dit, varier pour la même maladie.

Les maladies contagieuses se transmettent par l'intermédiaire d'une matière contagieuse ou *contage*, à laquelle on donne plus particulièrement le nom de virus quand elle se présente sous forme liquide.

Il y a d'autres maladies qui ont également pour cause une matière organique introduite dans l'économie ; mais cette substance morbifique a son origine dans le milieu ambiant ; c'est dans ce milieu que l'organisme la puise, il ne la reproduit pas ; il ne la transmet pas à d'autres organismes ; ce poison organique s'appelle *miasme*. Les affections auxquelles il donne naissance sont dites miasmatiques ou infectieuses. La fièvre intermittente est le type des maladies miasmatiques.

Certaines maladies sont à la fois miasmatiques et contagieuses. Établissant entre ces deux groupes une de ces transitions qu'on observe entre tous les groupes naturels, l'agent qui les produit paraît se développer primitivement en dehors de l'organisme ; mais quand il y a pénétré, il s'y multiplie, comme s'il y trouvait un terrain favorable à son évolution, et ces affections peuvent se transmettre de l'organisme infecté à d'autres organismes ; le miasme devient contage. C'est à ce groupe qu'on a quelquefois réservé le nom de maladies infectieuses, quand elles se développent sous l'influence de l'agglomération d'organismes sains ou malades ; mais, quelles que soient les circonstances au milieu desquelles il se développe, l'agent infectieux reconnaît, comme le miasme, pour condition de son développement, la décomposition de matières organiques. Entre lui et le miasme, il n'y a pas de différences essentielles. Qu'on donne, si l'on veut, à ces maladies, eu égard à leur origine, le nom d'infectieuses, elles n'en doivent pas moins être rangées aussi parmi les maladies contagieuses ; elles peuvent présenter ces deux modes pathogéniques. Tel est le typhus, qui se développe dans un milieu atmosphérique vicié par l'accumulation d'êtres vivants et de matières organiques en décomposition : dans les camps, dans les prisons, dans les villes assiégées, et peut être ensuite transporté par les malades, probablement même par les objets dont ils ont fait usage, à une grande distance du foyer d'origine. Tel est le choléra asiatique, qui né dans le Delta du Gange, parcourt l'Asie en suivant les traces des caravanes, et, de là, se propage dans tous les pays, sous tous les climats, à travers les voies ouvertes par la civilisation aux relations internationales.

La fièvre jaune, qui a son origine sous les tropiques, exige au contraire pour sa propagation des conditions déterminées de température et d'altitude.

On a nié que ces deux dernières maladies fussent contagieuses, parce qu'elles peuvent se développer autrement que par contagion ; mais c'est un caractère qui leur est commun avec le typhus dont la contagiosité est généralement reconnue, et d'ailleurs cette distinction me paraît une pure subtilité.

La contagion, je le répète, se transmet par l'intermédiaire de l'organisme humain ; voilà un caractère défini, facilement appréciable. L'origine première du contage échappe le plus souvent, au contraire, à notre détermination. Connaissons-nous l'origine première des affections acclimatées dans nos contrées, comme la variole et la scarlatine, qui semblent actuellement le résultat habituel de la contagion ? On ne peut donc trouver dans l'origine première des maladies contagieuses un caractère nosologique qui puisse servir à les distinguer.

Ainsi le contage avons-nous dit, quelle que soit la source initiale, après avoir pénétré dans l'organisme, s'y reproduit et s'y multiplie, il y fait graine et par cette reproduction, cette multiplication, il peut infecter d'autres organismes ; il fait souche, comme dit M. Pidoux ; il devient procréateur d'une espèce morbide, qui pour cela même porte le nom de maladie spécifique. La contagion, dit encore M. Pidoux, est le vrai caractère de la spécificité, il n'y en a pas d'autres.

En définissant le contage et le miasme, en étudiant les conditions générales de leur développement, nous avons fait connaître la cause de la maladie, sa semence s'il est permis de parler ainsi ; mais toute semence a besoin d'un milieu d'évolution, d'un terrain. Tous les terrains ne sont pas également propres à l'évolution de toute espèce de semence ; de même que dans un autre ordre de phénomènes organiques, un ferment ne produira pas son action spécifique sur toute espèce de substance : la diastase agit sur l'amidon et est sans action sur la fibrine.

Nous trouvons quelque chose d'analogue dans l'évolution des contages : tout organisme n'est pas apte à subir l'action contagieuse. Les organismes qui possèdent cette aptitude ne la possèdent pas tous au même degré. La variole, une des maladies les plus contagieuses qu'on connaisse, rencontre des organismes réfractaires. J'ai vu dernièrement un sujet non vacciné, qui avait été en contact prolongé avec des varioleux, sans contracter la variole ; avant la découverte de la vaccine, on a cité des exemples de cette immunité. En présence de faits semblables, je ne manque jamais de m'enquérir, autant que possible, si ces individus inaptes à subir la contagion n'ont pas été soumis à son influence pendant la vie fœtale ; j'ai rencontré un jeune homme qui avait couché impunément dans la même chambre que ses frères atteints de variole ; interrogée par moi, la mère se souvint que, pendant qu'elle le portait, elle en avait été elle-même affectée ; et elle lui avait ainsi transmis l'immunité qu'elle avait acquise. On rencontre parfois la même résistance à l'impression du virus vaccin. Je voyais encore, il y a quelques semaines, une personne adulte, chez laquelle la vaccination souvent répétée avait constamment échoué ; je l'ai vu d'autres fois ne réussir qu'après huit ou dix tentatives infructueuses.

Cette aptitude variable à subir l'impression contagieuse ne dépend pas seulement des conditions innées de l'organisme, de son état constitutionnel, mais souvent aussi de conditions accidentelles.

Tel individu inaccessible à la contagion à une certaine époque, peut le devenir quelque temps après ; on en a vu qui après avoir pendant toute leur vie bravé impunément le contact des varioleux, étaient atteints de variole dans leur vieillesse.

Les fatigues physiques, les émotions morales, les infractions aux lois de l'hygiène peuvent développer cette aptitude. On sait avec quelle facilité les convalescents contractent dans nos hôpitaux les maladies contagieuses.

Enfin cette aptitude peut être modifiée par des conditions extérieures à l'organisme, par les conditions du milieu dans lequel il vit ; comme les graines ne germent pas dans toute saison, il y a en quelque sorte des saisons pour les contages, ou en d'autres termes, certaines circonstances extérieures, rendent l'organisme plus apte à en recevoir l'imprégnation ; et telle est la cause des épidémies. Pour suivre cette comparaison toute pleine d'analogies frappantes entre les organismes végétaux et les principes contagieux, on voit certaines espèces végétales qui après avoir souvent germé dans un terrain, l'épuisent et cessent de s'y développer, n'y trouvant plus les matériaux de leur nutrition, tandis que d'autres espèces y croissent avec énergie. Pour les ferments cet épuisement est encore bien plus constant ; quand une matière organique a subi tout entière l'action d'un ferment, elle devient insensible à une nouvelle impression de ce même ferment.

De même les maladies contagieuses en évoluant dans l'organisme semblent y épuiser un *je ne sais quoi* qui leur donne l'aptitude à y évoluer ; et jusqu'à ce que ce terrain morbide se soit reconstitué, l'organisme demeure insensible à l'impression des contages.

Chose curieuse ! certains venins produisent des effets, en apparence analogues. Trousseau a remarqué que les éleveurs d'abeilles finissent par subir impunément les piqûres de ces hyménoptères ; la même accoutumance se produit pour les piqûres de moustiques ; j'ai vu des habitants de Venise piqués par ces insectes, sans que leur peau fût très-notablement affectée, tandis que chez les étrangers le même venin produit habituellement d'énormes élevures et un intolérable prurit. L'analogie entre les virus et les venins sous ce rapport me paraît plus apparente que réelle. L'insensibilité pour ces derniers succède à des incitations répétées et ressemble beaucoup à la tolérance qu'un usage habituel acquiert pour certains poisons. C'est une application de cette loi générale, dépendance des effets de l'habitude qui veut que cette incitabilité s'émousse ou s'épuise par des incitations excessives et répétées.

Pour la variole comme pour beaucoup d'autres maladies contagieuses, une seule impression ou plutôt une seule imprégnation du virus, alors même qu'elle ne se manifeste que par l'éruption d'un petit nombre de pustules, peut éteindre définitivement l'aptitude à être contagionné ; elle la suspend au moins

(1) Bien que ces leçons soient antérieures aux dernières phases de la grande épidémie de variole que nous venons de traverser, elles n'en conservent pas moins tout leur intérêt, et elles empruntent même à cette circonstance un caractère de plus d'opportunité. (*Note de la rédaction.*)

temporairement et souvent pour un temps très-long. On ne peut donc faire intervenir l'habitude pour expliquer cette immunité. En outre, la différence capitale qui sépare et distingue profondément les venins des contages : c'est que les premiers agissent sur l'économie à la manière des poisons, ils traversent l'organisme et s'y épuisent en le modifiant, mais ils ne s'y multiplient pas, ils ne se reproduisent pas, ils ne font pas espèce.

Dans un autre groupe de maladies, dans les phlegmasies, cette diminution de l'excitabilité par la répétition des excitations a été signalée : ainsi Chomel faisait remarquer que chez les individus qui avaient déjà subi plusieurs atteintes de pneumonie ou d'érysipèle, la phlegmasie, lorsqu'elle se montrait de nouveau, offrait en général moins d'intensité, moins de gravité, et une durée moindre qu'à une première attaque. Il y a dans cette analogie une restriction très-importante à établir, c'est que contrairement à ce qui a lieu pour les contages, l'aptitude à subir l'incitation morbifique, augmente en même temps que l'intensité de cette incitation diminue par la réplétion de la phlegmasie.

Une observation qui relève de la même loi a été faite pour les stimulations mécaniques des organes. Sanson avait observé que dans l'opération de la cataracte par abaissement, si la première opération n'a donné que des résultats incomplets, et qu'on l'a répété une seconde, une troisième fois après des intervalles suffisants, les dangers d'inflammation consécutive sont beaucoup moins sérieux qu'après la première tentative.

(*Sera continué.*)

DOCUMENTS

POUR SERVIR A L'HISTOIRE DU MOUVEMENT SCIENTIFIQUE PENDANT LE SIÉGE DE PARIS (1).

23 NOVEMBRE

XL. **Variole.** — Au moment où l'épidémie variolique a repris une certaine intensité, la commission centrale d'hygiène et de salubrité croit de son devoir de prémunir le public contre les réclames qui ont été déjà et pourront encore être faites de certains remèdes contre la variole, préconisés par la spéculation privée. En déclarant qu'aucun de ces remèdes présentés comme infaillibles ne justifie les assertions de ceux qui les exploitent, la commission rappelle que le seul préservatif véritablement efficace est la vaccination ou la revaccination, dont elle recommande de nouveau avec instance la pratique à la population.

XLI. **Voyage dans Paris.** — M. Théophile Gautier continue dans le *Journal officiel* cette série de tableaux qui permettront de conserver le côté *pittoresque* du siége.

LA MAISON ABANDONNÉE.

Il est une situation particulièrement triste, c'est celle des habitants de la banlieue que la guerre a forcés de se replier sur Paris avec leurs paquets faits à la hâte et ce qui pouvait se sauver de leur meubles. On s'est installé tant bien que mal dans le premier logement venu, au milieu des épaves de son ancien confortable, pouvant à peine se mouvoir parmi cet encombrement d'objets qui ne trouvent plus leur place. Le chariot fuyant devant l'invasion des Barbares a été vidé précipitamment, sans choix ni ordre, et l'on a remis de semaine en semaine, comptant sur une prompte délivrance, le rangement de ce chaos. Tous ces fils déliés dont l'habitude, cette seconde nature, vous attache à une ville, à un quartier, à une maison, moins que cela, à un coin de chambre, à un fauteuil tourné d'une certaine manière, ont été rompus brusquement.

Occupé d'abord par la succession des catastrophes, les colères de la défaite, la fièvre de la défense, on n'a pas senti la rupture de ces fibrilles dont les racines plongent au plus profond du cœur. Mais les jours succèdent aux jours entremêlés d'espoirs et d'abattements; la vie reprend peu à peu son niveau, et l'on en vient, dans le désastre général, à sentir son propre petit malheur à soi. L'âme vous fait mal et ne s'emboîte pas bien avec le corps. Quelque chose vous manque que vous cherchez vaguement. D'indéfinissables mélancolies vous envahissent; vous éprouvez des gênes bizarres : ce sont les vieilles habitudes qui reviennent et vous chuchotent à l'oreille des paroles connues, de vieux mots d'autrefois. Elles vous enlacent de leurs bras souples, et, la tête penchée, mouillent votre épaule de tièdes larmes; elles amènent avec elles le Souvenir et la Nostalgie, deux mornes figures drapées de gris.

Et cela vous prend le matin, lorsqu'en ouvrant les yeux, au lieu du paysage accoutumé que vous apercceviez de votre lit à travers la glace sans tain de la cheminée — les touffes d'arbres montant du jardin profond, et la rangée des peupliers qui se profile sur le ciel — vous découvrez des angles de toits, des mansardes, une forêt de tuyaux en plâtre, en poterie, en tôle, étayés de barres de fer, coiffés de gueules de loup et de chapiteaux bizarres dégorgeant leur fumée dans la brume; un océan de tuiles et d'ardoises brunes, vertes, noircies et rayées par la pluie, sur lesquelles la pâle aurore d'automne s'avance le pied suspendu comme un couvreur. Puis votre chat épouvanté du déménagement se tient tapi sous un meuble et ne vient pas vous souhaiter la bienvenue quotidienne; vous étendez la main et vous ne trouvez pas votre Homère ou votre Shakespeare à sa place; la blanche figure qui, les cheveux négligemment noués, pareille dans sa longue robe aux anges des missels, apparaissait sur le seuil en vous disant en souriant « bonjour, père, » ne vous apporte plus son frais rayonnement. Elle est loin, bien loin, oh tant mieux! sur le bord du lac, à l'abri des hordes sauvages. Le facteur ne vous remet plus de lettre. Toutes ces petites choses vous font saigner le cœur en dedans; les anciennes blessures se rouvrent et l'on se sent triste jusqu'à la mort.

Chacun des réfugiés, riche ou pauvre, lettré ou illettré, éprouve cela plus ou moins, et tous, même aux endroits dangereux au risque de recevoir une balle prussienne, vont faire une visite à la maison, villa ou chaumière, boutique ou logement qu'ils ont été obligés d'abandonner, dût-on trouver le lieu dévasté, effondré par les obus, crénelé et percé de meurtrières. On veut revoir le petit jardin, le puits que festonnait le houblon et la vigne vierge, le carré de choux, les tournesols balançant leurs disques au-dessus des plants de légumes, et tout ce pauvre pittoresque de banlieue qui produit plus d'effet peut-être sur les humbles de cœur que les grands aspect de la nature.

Ce désir nous saisit l'autre jour avec une intensité maladivement irrésistible. Nous ne pouvions plus lire ni écrire; notre plume s'arrêtait au milieu de la ligne, attendant que l'esprit la guidât, mais l'esprit était ailleurs. Nous nous étions pourtant bien promis de ne sortir de la ville que triomphant et l'ennemi chassé. Il fallut céder et nous parjurer vis-à-vis de nous-même. Nous n'y pouvions plus tenir. Nous voilà donc parti avec notre compagnon habituel d'expédition.

En passant près de l'Arc-de-Triomphe, nous remarquâmes qu'on avait enfin recouvert de planches les bas-reliefs des deux façades. On avait d'abord songé à préserver le chef-d'œuvre de Rude, le *Départ des volontaires*, et le groupe de Cortat, moins exposé pourtant, puisqu'ils regardent Paris. Bonne précaution après tout, quoiqu'une cicatrice de boulet ou d'obus ne dépare pas une sculpture héroïque.

Devant le solennel pylône, du côté où aboutit l'avenue de la Grande-Armée, il y a toujours un rassemblement, une espèce de club en plein air qui discute les questions du jour, et se transmet les nouvelles vrais ou controuvées. On peut y apprendre sur place comment se forment les légendes et comment l'imagination du peuple ajoute, en toute sincérité, à un fait réel ce qu'il faut pour devenir poétique; là, de récits divers agrandis ou fondus ensemble, se compose petit à petit le *romancero* du rempart. Les exploits des mobiles et des francs-tireurs racontés par des rhapsodes populaires, font penser aux prouesses de Chingachgook et d'Œil-de-Faucon à la poursuite des Mingos.

Des barricades construites avec beaucoup de soin coupent la route deux ou trois fois de l'Arc-de-Triomphe à la barrière; cependant jusque-là l'aspect des lieux n'a pas beaucoup changé. Mais quand on a franchi le pont-levis du rempart et les défenses accumulées sur ce point, on se croirait transporté dans un endroit inconnu, tant la physionomie du site a pris un autre caractère. La zone militaire des fortifications, entièrement démolie et rasée, offre des perspectives toutes nouvelles. On aperçoit sur la droite, en sortant, la chapelle commémorative construite à la place où est mort le duc d'Orléans, sur le chemin de la Révolte. Sans doute elle a obtenu grâce comme monument historique; d'ailleurs sa forme basse se rapprochant de celle d'un tombeau, n'exigeait pas impérieusement qu'on la sacrifiât; on y admirait de magnifiques vitraux d'après les cartons d'Ingres et qu'on a dû mettre en sûreté. De l'autre côté, l'usine de M. Gellé, remarquable par sa haute cheminée de briques roses et la suave odeur de parfumerie qu'elle répandait aux alentours, a été abattue, et les maisons, ses voisines, ont eu le même sort jusqu'au chemin de la porte Maillot.

Cette démolition laisse voir tout en plein la façade du restaurant Gillet. On n'y fait plus de noces, les festins sont supprimés, et l'on ne voit plus au retour du bois un couple descendre de voiture et se glisser d'un pas rapide et furtif par l'escalier des petits salons pour y faire un dîner fin. Les fourneaux, toujours flambants jadis, sont éteints. Mais l'animation n'en est pas moindre pour celà devant l'entrée principale. Le général Ducrot a installé son quartier-général chez Gillet, et c'est un mouvement perpétuel d'ordonnances, de cavaliers, de soldats et de gens qui viennent chercher des laissez-passer, car on ne peut sans permission aller au delà du pont de Neuilly.

Pour nous rendre à notre maison, rue de Longchamp, nous prenions souvent l'avenue Maillot, qui longe le bois de Boulogne, dont elle est séparée par un saut-de-loup assez profond. C'est en temps ordinaire une route très-agréable. On a, d'un côté, le bois, et, de l'autre, une rangée de coquettes maisons précédées de petits jardins. La route elle-même est plantée de marronniers, mais nous y reviendrons tout à l'heure.

Quand nous eûmes tourné le coin du restaurant, un horizon que nous ne connaissions pas se développa subitement devant nos yeux et nous causa la plus profonde surprise. Une immense zone s'étalait à perte de vue hérissée de fûts semblables à des colonnes tronquées; on aurait dit un de ces cimetières d'Orient où la place de chaque tombe est marquée par un pieu en marbre; c'était, moins les cyprès gigantesques, l'image exacte du Champs-des-Morts d'Eyoub ou de Scutari. Nous n'étions cependant pas à Constantinople, mais bien à la porte Maillot; de vagues fumées bleuâtres, de légères traînées de brume rampant sur le sol et enlevées par le vent favorisaient encore l'illusion. Ces colonnes étaient les troncs d'arbre, coupés à trois pied de terre, du pauvre bois de Boulogne et non des tombes de Turcs. Ce vaste abatis dégageait au loin des constructions ordinairement cachées derrière les feuillages et qui apparaissaient comme des blocs erratiques dans la plaine dénudée. C'était d'une désolation navrante, mais non sans beauté. Cet horizon sévère eût charmé un peintre.

L'œuvre de la cognée continuait, et çà et là un arbre tombait avec un sourd gémissement, et nous ne voudrions pas jurer que ce fût toujours un sacrifice stratégique et que le bûcheron tînt ses pouvoirs du génie militaire. A chaque instant passaient des vieilles décharnées, « plus horrifiques » que la sybille de Panzoust, à qui l'on n'aurait cru que le souffle, et qui cheminaient sous d'énormes brassées de bois, dont les branches par derrière les couvraient comme une carapace et leur donnaient l'air de tortues redressées à demi sur leurs pattes. Une petite fillette de douze ou treize ans courait avec un tronc d'arbre de quatre ou cinq pieds de long sur l'épaule. Mais il y a fagots et fagots, comme dit Sganarelle, et les fagots de siége sont d'une belle taille.

Les hôtels, les villas, les cottages, en style de la reine Elisabeth, Renaissance, hollandais, qui bordent l'avenue Maillot, presque tous abandonnés, servent de logements aux moblots, comme l'attestent les pantalons et les chemises pendus aux fenêtres. Parmi ces charmantes maisons, il y en avait une qui nous plaisait entre toutes, et où nos rêveries aimaient à placer des scènes de bonheur. Il nous semblait qu'on devait être heureux dans ce palazzino, abrité derrière un rideau de lierre d'Irlande. Nous en admirions, à travers un interstice du feuillage, les colonnes de pierre blanche, le perron poncé, l'heureux mélange de briques coloriées, le balcon débordant de fleurs, les stores toujours baissés discrètement et semés de quelques oiseaux peints. La maison était encore là, mais son expression n'était plus la même, elle avait l'air ennuyée et triste.

Il nous fallut quitter l'avenue Maillot obstruée de barricades d'autant plus fortes qu'on se rapprochait davantage de l'avenue de Madrid, et nous gagnâmes la rue de Longchamp par des voies latérales presque désertes où allaient et venaient des moblots, des artilleurs faisant cuir leur popotte avec des broussailles et des morceaux de bois recueillis dans les terrains vagues.

Quelques abois de chiens inquiets et surpris de notre passage troublaient seuls le silence. De temps à autre détonnait un coup de fusil adressé à un moineau — et au loin on entendait le roulement d'une éole de tambour.

Enfin nous arrivâmes devant notre maison ne sachant pas trop si nous allions en trouver un seul vestige. A l'extérieur, rien n'était changé, la tête de la Victoire du Parthénon, dont M. de Laborde a rapporté le marbre d'Athènes, et qui figure, moulée en plâtre sur un fond rouge antique, dans une niche circulaire, sur le mur de notre atelier, était toujours à sa place, sœur triomphante de la Vénus de Milo, force superbe de la forme, *vis superba formæ*, immortel idéal de beauté, divinité tutélaire du pauvre logis. Une fenêtre était ouverte, comme si la maison eût abrité encore ses anciens habitants. Cela nous parut de bon augure. Nous sonnâmes : le jardinier vint nous ouvrir, et nous entrâmes, le cœur ému, dans cette habitation, aussi petite que celle de Socrate, et qu'il n'avait pas été difficile de remplir d'amis.

Quand on pénètre dans un logis désert depuis longtemps, il semble toujours que l'on dérange quelqu'un. Des hôtes invisibles se sont installés là pendant votre absence et ils se retirent devant vous; on croit voir flotter sur le seuil des portes qu'on ouvre le dernier pli de leur robe qui disparaît. La solitude et l'abandon faisaient ensemble quelque chose de mystérieux que vous interrompez. A votre aspect les esprits qui chuchotaient se taisent, l'araignée tissant sa rosace suspend son travail; il se fait un silence profond et dans les chambres vides l'écho de vos pas prend des sonorités étranges: pas le plus léger dégât n'avait été commis. D'ailleurs, personne n'était entré là depuis notre départ. Le modeste asile du poëte avait été respecté.

Sur la cheminée de notre chambre, un volume d'Alfred de Musset était resté ouvert à la page quittée. Sur la muraille pendait accrochée la copie commencée d'une tête de Ricard par notre chère fille, si loin de nous, hélas! et qui ne lira pas cet article. Un flacon d'essence débouché s'évaporait sur sa toilette de marbre blanc et répandait son parfum faible et doux dans sa petite chambre virginale.

Nous montâmes à l'atelier, que nous étions en train d'arranger pour de longs travaux qui ne se finiront peut-être jamais. Il n'y avait plus que la tenture à poser, et nous pensâmes à ce grave aphorisme de la sagesse orientale : « Quand la maison est finie, la mort entre. » La mort ou le désastre. Une mélancolie profonde s'emparait de nous en regardant ces lieux où nous avons aimé, où nous avons souffert, où nous avons supporté la vie telle qu'elle est, mêlée de biens et de maux, de plus de maux que de biens, où se sont écoulés les jours qui ne reviendront plus et qu'ont visités bien des êtres chers partis pour le grand voyage. Nous avons senti là, dans notre humble sphère, quelque chose d'analogue à la tristesse d'Olympio...

L'heure s'avançait et les portes de Paris ferment maintenant à cinq heures. Avant de quitter notre chère demeure abandonnée, nous allâmes faire un tour au jardin. La brume du soir commençait à monter et à mettre au bout des allées des gazes bleuâtres. Le vent poussait les feuilles mouillées, et les arbres dépouillés tremblaient et frissonnaient comme s'ils avaient froid. Quelques dahlias achevaient de se flétrir dans les plates-bandes, et un vieux merle botté de jaune, à nous bien connu, partit brusquement devant nos pieds en battant des ailes comme s'il voulait nous saluer. Deux formidables coups de canons envoyés comme bonsoir aux redoutes prussiennes par le Mont-Valérien, ne parurent pas effrayer beaucoup l'oiseau, habitué à ces vacarmes.

C'est ce même merle qui niche chaque printemps dans le vieux lierre, draperie verte jetée sur le mur, et siffle d'un air moqueur en passant près de notre fenêtre, comme s'il lisait ce que nous écrivons. — Théophile Gautier.

24 NOVEMBRE.

XLII. **Alimentation publique.** — La conservation des denrées alimentaires a fait récemment l'objet de deux conférences, l'une par M. le docteur Hébert, membre de l'association philotecnique, à la salle Gerson; l'autre par M. le professeur Riche, à l'école de pharmacie. Nous croyons utile d'en extraire les renseignements suivants :

Deux méthodes ont été employées avec succès pour la conservation des aliments; ce sont celles de MM. Fastier et Appert. Le procédé de M. Fastier consiste à placer les matières animales ou végétales dans une boîte en fer-blanc que l'on plonge dans de l'eau bouillante saturée de sel, en ayant soin de laisser le couvercle entr'ouvert, à la température de 100 à 110 degrés. L'oxygène de l'air est absorbé, le vide se produit et aucune matière fermentescible ne peut se former.

Le procédé de M. Appert ne diffère pas sensiblement du précédent. M. de Lignac eut l'heureuse idée de l'employer à la conservation du lait; il fit évaporer ce liquide, enfermé dans des boîtes hermétiquement closes, en employant un calorifère à 50 ou 60 degrés, puis en étendant ce lait concentré de cinq fois son volume d'eau, il obtint une substance ayant toutes les qualités de celle qui sert à la consommation journalière.

On a fait aussi des tablettes de lait; mais elles ne se conservent

(1) Voir le dernier numéro.

pas assez longtemps pour mériter de prendre place parmi les produits utiles en temps de siége.

C'est grâce à l'humidité que se développent les ferments, animaux ou végétaux, qui désorganisent les corps que l'on peut conserver, et les transforment en véritables poisons ; les moisissures ou petits champignons parasites font une guerre acharnée à nos provisions, elles constituent tout un monde d'ennemis invisibles que le microscope nous révèle et dont l'exiguïté fait la force.

Toutes les matières organiques renferment un même élément : l'albumine, analogue au blanc de l'œuf, qui se coagule lorsqu'il est soumis à une température d'environ 80 degrés. Chez les animaux et les végétaux placés dans des conditions thermométriques trop basses ou trop élevées, la circulation du sang ou de la séve s'arrête, les cellules se crèvent, les parois des tissus se brisent et l'être meurt.

Les infusoires, microzoaires ou microphytes, dont la présence est si funeste à nos conserves alimentaires, ne subissent pas au même degré que les animaux supérieurs les influences du froid ou de la chaleur : ils résistent aux actions destructives en raison de leur petitesse et de leur infériorité ; ainsi les sporules de l'*oïdium aurantiacum*, petit champignon qui envahit le pain, résistent, à 120 degrés de chaleur humide et ne perdent qu'à 140 degrés leurs facultés germinatives.

L'eau et la chaleur jouent un très-grand rôle dans les phénomènes de la fermentation; c'est entre quinze et trente degrés que ces phénomènes prennent naissance. Il faut donc, pour conserver les substances alimentaires, les priver de toute l'eau qu'elles renferment, les sécher aussi complétement que possible, puis les isoler de l'air extérieur afin qu'elles ne puissent reprendre l'humidité dont elles sont extrêmement avides.

En suivant les indications données par la science et par l'expérience, il sera facile d'obtenir des produits sains et abondants, conditions essentielles lorsqu'il s'agit d'alimenter une population aussi nombreuse et aussi variée que la population actuelle de Paris.

Les œufs, en raison de leur rareté et des services qu'ils peuvent rendre doivent passer en première ligne ; on les conserve au moyen de plusieurs procédés dont le plus simple consiste à les plonger pendant quelques jours dans de l'eau contenant un dixième de chaux, et à les faire ensuite sécher à l'air.

Parmi les agents conservateurs qui entravent l'action des fermentations putrides, on doit placer les essences et les aromates. M. Pagliari, promoteur des compresses hémostatiques, a inventé un papier, qui trempé dans une solution d'alun et de benjoin conserve parfaitement les viandes cuites.

Le boucanage, grâce à la créosote qui se dégage pendant l'opération et se fixe sur les corps soumis à l'action de la fumée, est aussi un bon moyen de conservation ; mais il faut se tenir en garde contres les terribles accidents qui peuvent résulter de l'absorption de certains aliments crus, tels que le jambon et le boudin fumé : le sang qui constitue ce dernier produit s'altère avec une grande rapidité, et donne naissance à de graves empoisonnements. En Allemagne, sur cinq à six cents personnes intoxiquées, vingt-cinq meurent. Ce qui rend surtout perfides les poisons végétaux, c'est que la plupart d'entre eux n'ont pas d'odeur ; la moisissure connue sous le nom de *sarcina botulina* ne se décèle que par sa couleur verdâtre et peut échapper à un examen superficiel.

La glace et le sel sont deux ingrédients employés utilement pour la conservation des substances alimentaires ; mais le premier, vu son prix élevé et la difficulté de se le procurer en grande quantité, surtout en temps de siége, ne doit être mentionné que pour mémoire.

Plus une viande est dense, c'est-à-dire plus les fibres qui la constituent sont serrées, mieux elle se sale : le veau et le mouton ne se prêtent pas à cette opération, leurs tissus trop lâches absorbent une énorme quantité de sel qui dissout et entraîne avec lui les matières nutritives de la viande.

La chimie a trouvé le moyen de remédier à cet inconvénient, en ce qui concerne la viande du mouton ; le procédé le plus vulgaire, mais, il faut le dire, le moins applicable en grand, consiste à exposer dans une boite à la vapeur du souffre, le morceau que l'on veut conserver.

M. Gorge procède plus savamment, il divise la viande en quartiers, la place dans un bain d'acide muriatique, puis dans une dissolution de sulfite de soude ; il se produit alors du sel ordinaire ou chlorure de sodium et de l'acide sulfureux, comme dans l'opération précédente. Le mouton se trouve en même temps salé et soufré ; il ne reste plus qu'à le préserver du contact de l'air en le renfermant dans un vase hermétiquement clos.

A propos des conserves, il est bon de recommander au public de choisir des boîtes dont le couvercle ou partie supérieure ne présente ni dépression ni boursouflure ; cela indiquerait que l'air a pénétré dans la boîte et que par conséquent la conserve n'est pas intacte.

Un aliment qui, par sa texture même, se conserve admirablement, c'est l'osséine. On l'obtient en traitant les os par l'acide muriatique. Sa valeur nutritive est assez grande; jointe à la gélatine, aux extraits de viande et aux légumes de bonne qualité, elle donne un bouillon très-agréable au goût, qui permet d'absorber facilement l'élément réparateur par excellence, c'est-à-dire le pain ; c'est donc comme un véhicule que l'on peut considérer le bouillon ; s'il ne renferme en lui-même que fort peu de principes nutritifs, il donne, ainsi composé, un produit salubre dont l'usage est fréquent, à Paris surtout, parmi les classes laborieuses.

Après avoir, autant que possible, remplacé nos provisions de viandes qui, sans être épuisées, vont cependant diminuant, il appartenait à l'industrie de suppléer au combustible par l'invention de la marmite dite *marmite norvégienne*. Cet appareil serait très-utile aux troupes en campagne, car il leur permettrait de faire leur cuisine sans feu et sans déceler leur présence aux lignes ennemies; cuire des aliments sans bois ou charbon serait impossible, à moins d'employer des moyens praticables dans un laboratoire, mais non au bivouac (par exemple l'électricité et le mouvement), telle n'est pas, il faut se hâter de le dire, la prétention de ceux qui préconisent l'invention dont il est ici question. Composée d'un vase de métal renfermé dans une boîte matelassée et parfaitement close, la *marmite norvégienne* conserve à l'état d'ébullition l'eau portée à 120 degrés sur un feu ordinaire, et renfermée ainsi que tous les ingrédients du pot-au-feu dans une enveloppe imperméable à l'air extérieur ; au bout de trois heures, les légumes sont parfaitement cuits et le problème résolu.

C'est là un moyen pratique que l'on ne saurait trop recommander aux assiégés.

L'usage des viandes salées entraîne des affections locales qu'il est facile de prévenir surtout dans une ville qui possède comme Paris toutes les ressources de la science.

Il appartient à la culture maraîchère de contre-balancer les effets d'une nourriture trop uniforme : les salades d'hiver, le cresson, la mâche, l'oseille sont d'excellents auxiliaires qui ne nous feront pas défaut ; leur culture et les moyens de les conserver seront le sujet d'une étude spéciale.

27 NOVEMBRE.

XLIII. **Mortalité.**—M. le docteur Vacher publie dans la *Gazette médicale* les réflexions suivantes sur les *causes de l'aggravation de la mortalité à Paris pendant le siége de* 1870 :

Les bulletins mortuaires publiés par la municipalité accusent une aggravation considérable de la mortalité depuis l'investissement de la capitale, mais cette aggravation n'a jamais été plus marquée que depuis le commencement de novembre : les décès constatés dans les trois premières semaines du mois sont respectivement 1762, 1885, 2064 ; la moyenne normale des décès hebdomadaires à Paris est de 860. Mais pour donner une idée encore plus nette de la mortalité qui règne à Paris, nous allons mettre en regard les moyennes des décès hebdomadaires constatés en 1869 et 1870 pour les mois d'octobre et de novembre :

	Décès hebdomadaires. 1869	1870	Accroissement absolu.	Accroissement centésimal.
Octobre	780	1,269	489	62
Novembre	878	1,501	623	70

Ainsi la proportion des décès s'est accrue de 62 pour 100 dans le mois d'octobre et de 70 pour 100 dans le mois de novembre. Cet accroissement excessif tient à des causes de nature différente, que nous allons essayer d'analyser pour restituer aux faits sanitaires mal compris ou mal interprétés leur véritable caractère, et calmer des appréhensions mal fondées.

Et d'abord, l'augmentation considérable du chiffre de l'agglomération parisienne, par suite de l'immigration des populations rurales réfugiées dans nos murs, devait tout naturellement contribuer à élever le contingent mortuaire. Sur ce point des chiffres précis vont nous permettre de fixer la part d'influence de cette cause dans la mortalité générale.

La population de Paris, à l'époque du recensement officiel fait en 1866 était de 1,825,274 habitants : sans les événements militaires survenus depuis trois mois, ce chiffre, eu égard à un accroissement régulier de la population, serait à très-peu près de 1,900,000; les gardes mobiles des départements et les réfugiés de la campagne ont accru ce chiffre de plus d'un quart. Le recensement opéré du 20 au 25 octobre, à l'occasion du rationnement de la viande, fixe à 2,116,600 le nombre des bouches; à ce nombre, il faut ajouter celui des soldats et des gardes mobiles, qui, d'après le vote plébiscitaire du 3 novembre, s'élèverait à 260,000; ce qui donne pour l'agglomération parisienne, tant civile que militaire, un total de 2,376,000 individus. C'est un accroissement de population de 29 pour 100, qui, toutes choses égales d'ailleurs, doit déterminer tout naturellement un accroissement de mortalité de 29 pour 100 : or nous avons vu que l'accroissement réel est de 62 pour 100 pour le mois d'octobre et de 70 pour 100 pour le mois de novembre. L'augmentation de la population n'explique donc pas toute seule l'aggravation de mortalité que nous observons depuis deux mois, et il y a lieu de chercher ailleurs le complément d'explication.

Quand on étudie la mortalité au point de vue des causes de décès, on est frappé du chiffre excessif des morts occasionnées par la variole (1): pour le mois d'octobre la moyenne hebdomadaire était de 294; pour le mois de novembre elle est de 410 : c'est de ce chef un accroissement de mortalité de 38 pour 100 pour le mois d'octobre et de 45 pour 100 pour le mois de novembre.

Ainsi pour le mois d'octobre, l'accroissement de la population et la persistance de l'épidémie de variole donne un accroissement correspondant de mortalité équivalent à 67 pour 100, proportion qui s'élève à 74 pour 100 pour le mois de novembre. Or, nous avons vu plus haut que l'accroissement réel de mortalité fourni par les chiffres du bulletin hebdomadaire n'est que de 62 pour 100 pour le mois d'octobre et de 70 pour 100 pour le mois de novembre, de telle sorte que ces deux causes réunies, l'accroissement de population et l'épidémie de variole, suffisent au delà pour expliquer l'aggravation de mortalité que nous observons. Il y a plus, il ressort des chiffres précédents que, réserve faite de l'épidémie de variole qui est antérieure à l'état du siége, la situation sanitaire de Paris est meilleure qu'elle n'était en 1869 à pareille époque.

En effet, puisqu'il est établi que du fait de l'immigration et de l'épidémie de variole réunies, il doit résulter un accroissement de mortalité de 74 pour 100 pour le mois de novembre, tandis que l'accroissement réel tel qu'il résulte des données du *Bulletin hebdomadaire* est seulement de 70 pour 100, il faut de toute nécessité qu'il y ait une diminution de mortalité pour l'ensemble des autres causes de décès. Et en effet, la comparaison des bulletins correspondants de 1869 et de 1870 nous montre que les maladies des voies respiratoires sont moins meurtrières qu'en 1869, que la rougeole, la scarlatine et les affections diphthériques fournissent également moins de décès.

L'état de siége semble développer quelques états morbides qui se révèlent pour la première fois dans la statistique municipale. Le scorbut, sur lequel il nous faudra dès à présent compter par suite de l'introduction du régime des salaisons, commence à faire son apparition. La dysenterie entre dans le contingent mortuaire pour un chiffre moyen de 30 à 40 décès par semaine: j'en observe en ce moment une épidémie locale dans le 20e arrondissement (Ménilmontant); elle a été importée dans le quartier par des francs-tireurs du 135e bataillon, domiciliés dans cet arrondissement. Ils avaient contracté le germe de la maladie au fort de Charenton, où ils avaient couché quelques jours, et où, paraît-il, la dyssenterie régnait dans la garnison.

Je signalerai à titre d'exception, mais comme conséquence de l'état de siége, quelques cas de fièvres intermittentes dans le 10e arrondissement, principalement au voisinage du canal Saint-Martin. J'ai même constaté un cas de fièvre pernicieuse cholériforme chez une jeune fille de 12 ans, dont les parents habitent quai Valmy une maison qui a vue sur le canal. Avant que l'accès pernicieux se déclarât, la petite malade avait eu trois ou quatre accès fébriles très-caractérisés. J'ajoute que l'attaque violente de fièvre pernicieuse céda à l'emploi de la quinine à haute dose. Je n'hésite pas à mettre en cause les émanations fétides qui s'exhalent de ce foyer liquide de pestilence. On sait que les Prussiens ont saigné, sur un point de son trajet, l'Ourq qui alimente le canal Saint-Martin, dont les eaux stagnantes s'étaient promptement putréfiées sous l'influence de la température élevée des mois de septembre et octobre. Les pluies tombées depuis trois semaines, en exhaussant le niveau de l'eau et favorisant son écoulement vers la Seine, ont modifié cet état de choses qui avait excité les plaintes les plus vives de tout le quartier. Aujourd'hui, en longeant le quai de Valmy on sent à peine cette odeur d'acide sulphydrique qui se répandait dans les maisons et les rues avoisinantes.

Quand on étudie les conditions sanitaires que crée l'état de siége pour la population de Paris, on se trouve naturellement conduit à chercher s'il n'existe pas dans notre histoire quelque situation analogue, pouvant nous fournir des indications dont l'hygiène puisse tirer parti. Paris a soutenu plusieurs siéges : le plus important, sans contredit, et le seul sur lequel nous possédions quelques données authentiques, est le siége de 1590 qui dura quatre mois (7 mai-30 août 1590). Les ligueurs qui étaient maîtres de Paris ne procédèrent pas autrement que n'ont fait les autorités républicaines de 1870 ; ils firent un recensement de toutes les bouches ; « Il se trouva dans Paris, dit un chroniqueur de l'époque, 230,000 personnes seulement, dont il y avait bien près de 30,000 paysans d'alentour, et s'en était retiré près de 100,000 naturels habitants. » Ce recensement opéré, on procéda au rationnement exactement comme nous l'avons fait et comme nous serons amenés à le faire de plus en plus rigoureusement par la force des choses. Quand les denrées de la prévôté (nous dirions aujourd'hui de la municipalité) furent épuisées, on fit des réquisitions chez les marchands, et (ce qui était grave pour l'époque et dans une ville fanatisée par les moines) jusque dans les couvents où la goinfrerie monacale avait amoncelé les provisions. Cette réserve épuisée, on mangea les chevaux, les ânes et les chiens; mais à partir du moment où ce supplément de subsistance commença à s'épuiser, le siége entra dans une phase meurtrière; la mortalité augmenta rapidement dans toutes les paroisses, même les plus riches; les mortuaires de la paroisse Saint-André-des-Arcs que j'ai eus sous les yeux enregistrèrent cette année-là 244 décès, chiffre énorme si l'on songe que la moyenne annuelle des convois ne dépassait pas 42. La mortalité, qui était annuellement à Paris de 8,000 décès, dépassa 22,000.

Vers la fin du siége, la livre de beurre, dont le prix ordinaire était de 5 sous, se vendait 3 écus ou 9 francs de notre monnaie ; la livre de pain blanc 1 écu; les œufs 12 sous la pièce; un lapin 4 écus; un chapon gras 5 écus. Bien que nous ne soyons encore qu'au commencement du troisième mois du siége de 1870, il n'est pas hors de propos de constater, pour l'édification de ceux qui nous liront un jour, si nous sommes lus, que certaines denrées ont déjà acquis les prix fabuleux qu'elles atteignirent à la fin du siége de 1590. Voici quelques prix relevés à la date du 8 novembre 1870. Une livre de beurre frais, qui se vend en temps ordinaire 1 fr. 70, s'est vendue 45 francs; un lapin 15 francs; un poulet gras 18 francs. La viande d'âne se vendait à la même date de 4 à 5 francs la livre. Enfin, comme la gaieté française ne perd jamais ses droits, et qu'on semble avoir à cœur de marcher sur la trace des Parisiens du seizième siècle, des gardes mobiles du Loiret, campés sur le boulevard Rochechouart, ont ouvert une boucherie canine et féline fort bien achalandée : j'ai vu à l'étal un chien coté 20 francs; à côté un lapin de gouttière (*sic*) était mis en vente à 10 francs.

En résumé, depuis deux mois que dure le siége de Paris, les conditions sanitaires laissent peu de choses à désirer, puisqu'il est établi qu'en tenant compte de l'accroissement de population produit par l'immigration et de l'épidémie de variole qui est bien antérieure à l'état de siége, la mortalité est moindre aujourd'hui qu'à pareille époque en 1869. Cette situation sanitaire à peu près satisfaisante se maintiendra-t-elle longtemps? Nous ne le pensons pas. Tout au contraire, nous n'hésitons pas à dire que la mortalité ne tardera pas à prendre des proportions désastreuses. La viande fraîche commence à nous manquer et va être remplacée par la viande salée qui, dans quelques jours aussi va nous faire défaut; dès lors nous en serons réduits au régime végétal : nous entrerons définitivement dans la période de débilitation, qui est le prélude de la maladie. Ajoutez à cela les conséquences d'une lutte acharnée devenue imminente et s'engageant dans les plus mauvaises conditions; et, pour faire face à une situation sans pareille dans l'histoire, un comité d'hygiène ou plutôt d'hygiénistes improvisés, présidé par des hommes étrangers à notre art, par des avocats qui se sont donné la mission de statuer sur la santé publique!

(1) Le nombre total des décès par variole constatés depuis le commencement de 1870 jusqu'au 19 novembre s'élève à 8,027, en sorte que, même en s'arrêtant à cette dernière date on peut dire que la petite vérole a fait plus de victimes à Paris que le choléra de 1865, qui enleva 6,591 personnes. Il n'est pas hors de propos de faire remarquer ici que, depuis deux mois, l'épidémie sévit surtout sur la population réfugiée à Paris.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris. — La Faculté de médecine ouvrira ses cours d'été et sa session d'examens le lundi 12 juin prochain. Nous indiquons ici l'objet de ces cours et les jours et heures où ils seront ouverts par MM. les professeurs.

COURS AYANT LIEU LES LUNDIS, MERCREDIS ET VENDREDIS.

M. le professeur Baillon, à 11 heures : *Parasites de l'homme, — Principaux végétaux employés en thérapeutique.*

M. le docteur Polaillon, agrégé, le 14 juin, à midi : *Physiologie des nerfs.*

M. le professeur Dolbeau, le vendredi 16 juin, à 3 heures : *Maladies des appareils.*

M. le professeur Tardieu, le vendredi 16 juin, à 4 heures : *Infanticides, — Maladies simulées, — De la Folie, — De la Déontologie médicale.*

COURS AYANT LIEU LES MARDIS, JEUDIS ET SAMEDIS.

M. le professeur Regnault, le jeudi 15 juin, à 11 heures : *Histoire pharmacologique des principaux médicaments.*

M. le professeur Pajot, le jeudi 15 juin, à midi : *Des opérations obstétricales.*

M. le professeur Vulpian, le 15 juin, à 2 heures : *Étude des lésions d'origine inflammatoire.*

M. le professeur Hardy, le jeudi 15 juin, à 3 heures : *Maladies des appareils digestifs et urinaires.*

M. le professeur Bouchardat, le samedi 17 juin, à 4 heures : *Boissons fermentées, — Travail, — Hygiène générale.*

M. le professeur Gubler, le jeudi 15 juin, à 5 heures : *Médicaments altérants (suite), — Médicaments irritants.*

Les cliniques de la Faculté auront lieu tous les jours de 8 heures à 10 heures du matin, savoir :

Cliniques médicales.

A LA CHARITÉ. — Ouverture du cours le 13 juin. — M. le professeur Bouillaud; suppléant, M. le docteur Isambert, agrégé.

A L'HÔTEL-DIEU. — Ouverture du cours le 12 juin. — M. le professeur Béhier.

A LA CHARITÉ. — Ouverture du cours le 14 juin. — M. le professeur Germain Sée.

A LA PITIÉ. — Ouverture du cours le 14 juin. — M. le professeur Lasègue.

Clinique chirurgicale.

A L'HÔTEL-DIEU. — Ouverture du cours le............ — M. le professeur Laugier.

A LA CHARITÉ. — Ouverture du cours le 13 juin. — M. le professeur Gosselin.

A LA PITIÉ. — Ouverture du cours le 15 juin. — M. le professeur Broca.

HÔPITAL DES CLINIQUES. — Ouverture du cours le 12 juin. — M. le professeur Richet.

HÔPITAL DES CLINIQUES. — Ouverture du cours le mardi 13 juin. M. le professeur Depaul : *Clinique obstétricale.*

— MM. les étudiants sont informés que le registre des inscriptions est immédiatement ouvert, et que ceux d'entre eux qui se trouvent dans des conditions scolaires régulières sont admis à prendre cumulativement les inscriptions de novembre 1870, janvier et avril 1871.

Les cours seront prolongés cette année jusqu'au 15 août, et la session d'examen ne sera close que le 30.

— Par arrêté du 27 mai M. le docteur Michel-Évariste a été nommé médecin inspecteur-adjoint des eaux thermales de Cauterets.

— *Alimentation.* — Un journal agricole a recommandé, pendant le siége, le moyen suivant de conserver la viande : On recouvre la tête de la bête à abattre d'un capuchon portant un tuyau en communication avec un réservoir d'oxyde de carbone. On laisse respirer ce gaz pendant quelques secondes à l'animal, il se trouve asphyxié, on l'abat alors, on le dépouille, on le dépèce. Par l'action du gaz, le sang acquiert une couleur plus claire que celle du sang des animaux abattus par les procédés ordinaires. La viande dépecée est mise dans des caisses qu'on peut fermer hermétiquement. Dans chacune de ces caisses se trouve une boîte fermée contenant du charbon de bois saturé de gaz sulfureux. A l'aide d'un ventilateur, on enlève l'air des caisses et on le remplace par des produits gazeux de la combustion du charbon de bois; alors, à l'aide d'un fil de fer qui passe dans un presse-étoupe, on ouvre la boîte contenant le charbon saturé de gaz sulfureux. Cet acide entre dans la viande par diffusion de l'extérieur à l'intérieur. L'oxyde de carbone qu'on emploie a l'avantage de conserver à la viande la couleur rouge qui lui serait enlevée par l'acide sulfureux, de sorte que la viande conservée de cette façon, même après des mois, a le même aspect que la viande fraîche. Les gaz employés sont complétement chassés de la viande quand on la cuit pour l'utiliser. Si la viande doit être conservée pendant très-longtemps, on l'enferme avec de l'oxyde carbone dans des boîtes de fer-blanc hermétiquement closes, en empêchant les différents morceaux de se toucher, à l'aide de balle d'avoine.

(*Gaz. hebdom.*)

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Traité des fractures non-consolidées ou pseudartroses, par le docteur BÉRENGER-FÉRAUD, médecin principal de la marine. In-8 de 700 pages. — Prix : 10 francs.

Comptes rendus des séances et mémoires de la Société de biologie (tome XXI de la collection, année 1869). 1 volume in-8 de 627 pages et 6 planches lithographiées et coloriées. — Prix : 7 francs.

Armées en campagne. — Considérations relatives aux hommes et aux chevaux. — Prix : 2 fr., au profit des pauvres.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

SOMMAIRE. — CLINIQUE CHIRURGICALE. De l'ostéite aiguë chez les enfants et les adolescents (M. Sézary). — ACADÉMIE DES SCIENCES. — Documents pour servir à l'histoire du mouvement scientifique pendant le siége de Paris. — Nouvelles.

Paris, le 13 juin 1871.

CLINIQUE CHIRURGICALE

De l'ostéite aiguë chez les enfants et les adolescents

Par M. le docteur SÉZARY (1)

Diathèses. — Quand on s'occupe de l'étiologie de l'ostéite, il est classique d'indiquer les diathèses scrofuleuse, syphilitique, scorbutique et rhumatismale. La diathèse scrofuleuse est indiquée par Chassaignac. Comme Louvet, nous ne lui reconnaîtrons pas la même influence. Si nos recherches, en effet, ne nous autorisent pas à nier le développement de la maladie chez les jeunes scrofuleux, 3 sur 32, nous avons vu si souvent nos malades doués d'un tempérament sanguin, d'une constitution vigoureuse, que la seule conclusion que nous tirerions de la coexistence de la scrofule, c'est qu'elle n'est pas un obstacle au développement de l'ostéite aiguë.

S'il fallait en croire Bazin, la syphilis aurait la plus grande influence sur la production de l'ostéité aiguë de l'adolescence; mais, ce que nous pouvons affirmer, c'est que, s'il faut voir dans la nécrose spontanée des adolescents un signe de l'infection syphilitique, cette infection ressemble étrangement à une maladie locale, puisque, non-seulement les accidents secondaires et tertiaires ont fait constamment défaut, mais encore très-souvent nos malades jouissaient d'une vigoureuse constitution et d'une excellente santé.

Nous dirons peu de chose du scorbut, maladie devenue très-rare dans les temps modernes, et qui ne nous paraît pas pouvoir être mise en cause ici. Nous ne pouvons cependant nous empêcher de citer le fait unique de Dumontpallier, qui, à l'autopsie d'un enfant de 10 ans, constata de vastes épanchements sanguins sous-périostiques ne communiquant pas avec les jointures et coïncidant avec un décollement des épiphyses généralisé (*Bull. Société anatom.*, 1852, p. 421.)

Nous n'admettrons pas la diathèse rhumatismale; nos observations personnelles sont très-catégoriques et très-nettes à ce sujet. C'est un des points que nous avons le plus cherché à élucider auprès de nos malades; or, nous n'avons trouvé chez eux ni diathèse héréditaire, ni diathèse acquise. Un seul de nos malades, qui avait eu, à l'âge de 13 ans, une ostéite aiguë du tibia, terminée par nécrose, fut atteint, neuf ans plus tard, d'un rhumatisme articulaire aigu généralisé, qui débuta sur le genou correspondant au tibia affecté, atteignit successivement les autres jointures et lui laissa une ankylose de ce genou.

Professions. — D'après un tableau des professions de nos malades, on voit que l'ostéite des adolescents serait plus fréquente à la campagne qu'à la ville d'une manière absolue.

La fréquence des bergers et des cultivateurs qui ressort de ce tableau est probablement due à ce que les enfants de la campagne n'exercent guère que ces deux états.

Quant aux professions urbaines, nous ne ferons qu'une remarque, c'est que la profession de tisseur, qui fournit tant de scrofuleux et de tuberculeux, n'est représentée que par un malade, ce qui vient encore à l'appui de notre opinion sur l'indépendance de la scrofule et de l'ostéite aiguë des adolescents.

Causes occasionnelles. — Froid. — Tout le monde est d'accord pour attribuer aux refroidissements une influence évidente sur le développement des phlegmasies.

Dans nos 32 observations, 14 fois les refroidissements sont expressément indiqués.

Traumatismes. — Deux de nos malades ont accusé : l'un, une piqûre à la jambe, l'autre une entorse du cou-de-pied; mais, dans les deux cas, l'ostéite n'est survenue que consécutivement, après huit jours, dans un cas, et trois dans l'autre, pendant lesquels les malades avaient continué leurs occupations.

Diagnostic. — Il est deux maladies avec lesquelles on confond communément les formes graves de l'ostéite aiguë : c'est la fièvre typhoïde, quand les symptômes généraux dominent la scène, le rhumatisme articulaire aigu quand on reconnaît la présence des symptômes locaux. Les deux erreurs sont très-souvent commises sur le même malade (2).

L'apparition même du pus ne fait pas toujours reconnaître la vraie nature de la maladie, et fréquemment l'on entend qualifier ces faits d'abcès critiques survenus au déclin d'une fièvre typhoïde.

Va-t-on jusqu'à découvrir l'existence de l'ostéite, ce qui arrive généralement à une période plus avancée, on ne va pas plus loin, et l'on interprète toujours les faits de la même manière. Invariablement, nos malades, même atteints de nécroses étendues, nous affirmaient avoir été soignés, au dehors des hôpitaux, pour des fièvres typhoïdes.

Il faut avouer, qu'à ne considérer que leur aspect général, l'erreur est très-facile à commettre, d'autant plus que la maladie est loin d'être décrite dans tous les auteurs classiques.

Nous ne ferons pas ce diagnostic différentiel, qui a été longuement exposé par plusieurs de nos prédécesseurs; nous nous contenterons de dire que tout médecin appelé auprès d'un enfant atteint d'une fièvre grave, doit penser à l'ostéite suraiguë de l'enfance pour être complet dans son diagnostic, examiner les membres de son malade, surtout les inférieurs, et ne négliger aucun signe de localisation, même légère, sur ces parties du corps. Un enfant déclaré atteint de rhumatisme articulaire aigu présente-t-il des symptômes généraux inquiétants, il importe d'examiner de près ses jointures et de voir si ces prétendues arthrites ne sont pas des ostéites juxta-épiphysaires. C'est surtout quand ce prétendu rhumatisme a forme grave est monoarticulaire qu'il faut redoubler d'attention.

Il est vrai qu'alors la gravité même des symptômes généraux ne permet pas l'erreur, et qu'il suffit d'être prévenu pour l'éviter.

Mais ce qui est bien moins facile, c'est de distinguer de l'arthrite aiguë spontanée l'ostéite de l'extrémité de la diaphyse dans les cas aigus de moyenne intensité.

Le diagnostic doit être posé au moyen de ces deux signes, possibilité d'imprimer des mouvements au membre, maximum de la douleur provoquée situé à distance de la jointure.

Il n'est pas besoin, comme on l'a dit, de faire une ponction exploratrice avec un trocart dans la tumeur pour examiner les qualités du pus et constater la dénudation de l'os avec la canule.

Mais ces signes que nous venons d'exposer, peut-on toujours les retrouver, et doit-on appliquer à toutes les jointures l'analyse que nous venons de faire pour l'épaule.

Nous ne le pensons pas, et en particulier pour le coude et la hanche nous ne l'admettons pas, nous fondant sur ce fait d'anatomie normale que la diaphyse de l'humérus à sa partie inférieure et celle du fémur à sa partie supérieure, plongent complétement dans les synoviales articulaires.

D'où nous concluons que l'ostéite aiguë de ces extrémités doit forcément s'accompagner d'emblée d'une arthrite aiguë, et d'autant plus facilement que le périoste qui recouvre ces portions de diaphyse intra-articulaires est loin d'avoir l'épaisseur et la texture fibreuse du périoste ordinaire des os.

Aussi n'essayerons-nous pas de faire le diagnostic différentiel de la coxalgie et de l'ostéite juxta-épiphysaire de l'extrémité supérieure du fémur, par exemple.

Pour abréger, nous ne ferons qu'indiquer un des cas de Klose, et un malade de Chipault (*Bull. Soc. anat.*, 1863, p. 30), et n'est-ce pas une conclusion forcée de ce qui se passe dans l'ostéite juxta-épiphysaire. Dans ces cas, en effet, toutes les autopsies démontrent que le tissu médullaire juxta-cartilagineux est un des lieux d'élection du processus, que lorsqu'il y a du pus sous le périoste, du pus dans la moelle à l'extrémité d'un os, c'est par la ligne interchondro-diaphysaire que ces collections se donnent la main. Qu'y a-t-il donc d'étonnant à ce que ce fait amène forcément au coude et à la hanche l'arthrite suppurée de ces deux jointures, tandis que dans les autres articulations la suppuration est subordonnée à des conditions spéciales, telles que la perforation du cartilage temporaire (Chassaignac) ou le décollement du périchondre épiphysaire (Gosselin).

Il y a bien un point de l'extrémité supérieure du fémur qui peut suppurer impunément et pendant une vie entière sans léser en rien la jointure; c'est le grand trochanter qui, dans un de nos cas, suppurait depuis trente-cinq ans, mais ici précisément elle existe cette barrière cartilagineuse qui isole le processus et le rend inoffensif à la synoviale articulaire. Si cette immunité se continue à l'âge adulte, c'est qu'il se passe sur les limites du foyer les phénomènes de l'ostéite condensante qui l'isolent complétement du reste de l'os, comme on le voit constamment dans tous les cas d'abcès intra-osseux. Aussi peut-on et doit-on, en clinique, diagnostiquer la trochantérite de la coxalgie, mais pour l'ostéite juxta-épiphysaire nous ne le pensons pas. Nous allons même plus loin : nous croyons que les coxalgies aiguës de l'enfance, qui surviennent chez des sujets vigoureux et sains, ne sont autre chose que des ostéites juxta-épiphysaires aiguës de l'extrémité supérieure du fémur.

Nous n'insisterons pas sur le diagnostic de l'ostéite suraiguë avec le phlegmon profond des membres. Facile à faire quand il s'agit d'un os superficiel comme le tibia, il devient impossible quand l'os est entouré par des masses musculaires; il n'est pas jusqu'aux symptômes généraux qui ne soient communs aux deux affections. Mais le traitement étant le même, la confusion offre peu d'inconvénients. Seulement, il faut savoir que derrière l'apparence du phlegmon profond, très-souvent se cache une ostéite suraiguë.

Mais il est une partie du diagnostic qui a pour nous la plus grande importance, à cause de ses conséquences pratiques, c'est celui de la suppuration du canal médullaire. Voici comment les faits se présentent en clinique :

L'ostéite suraiguë est diagnostiquée, on a incisé largement les parties molles, y compris le périoste; une quantité énorme de pus s'est écoulée, le malade éprouve du soulagement, mais ce soulagement est de courte durée, quelquefois même il ne se produit pas, et l'on est tout étonné le soir, le lendemain, de retrouver les mêmes symptômes généraux, peut-être plus marqués encore, et, signe pathognomonique, une douleur locale d'autant moins explicable par l'état des parties molles, que l'os est à nu au fond de la plaie, et que l'on est bien certain d'avoir levé l'étranglement de tous les plans aponévrotiques, y compris le périoste. Eh bien, dans ces cas il n'y a pas d'hésitation possible : l'étranglement n'existe plus au dehors de l'os, c'est dans l'os lui-même qu'il réside, c'est dans son épaisseur que le processus inflammatoire poursuit sa marche envahissante, c'est dans sa cavité que vont se produire, si ce n'est déjà fait, ces vastes collections purulentes qui en peu de jours se seront frayé un chemin, soit en perforant l'os lui-même, soit en traversant les cartilages temporaires, soit en rejoignant au niveau de la ligne inter-épiphyso-diaphysaire, les collections sous-périostiques. Et alors c'est la nécrose de tout un os, c'est l'arthrite purulente, c'est l'ostéite propagée à l'os voisin, ce sont les fusées purulentes suraiguës, et par-dessus tout, c'est la septicémie aiguë, la pyohémie et la mort.

Le signe pathognomonique de l'envahissement du canal médullair, est la *douleur locale,* vive, indiquant par son siége le point malade.

Chassaignac, dans son mémoire sur l'ostéo-myélite, a décrit cette douleur non amendée par l'incision du périoste, persistant jusqu'à l'amputation ou à la mort : fait tellement important, ajoute-t-il, que lorsque, après incision faite jusqu'à l'os sur un membre atteint de phlegmon diffus ou de périostite aiguë, on ne voit pas survenir une amélioration notable dans l'intensité de la douleur, il y a lieu de se demander si, indépendamment des deux lésions précédentes, il n'existe pas une suppuration plus profonde encore, dans le tissu osseux lui-même.

C'est du reste ce même symptôme qui permet de diagnostiquer les abcès intra-osseux enkystés, cette terminaison si intéressante des formes les plus légères de l'ostéite aiguë qui s'est localisée sur les extrémités de la diaphyse des os longs. Seulement la douleur prend alors des caractères particuliers, en harmonie avec la marche de la maladie. Elle se présente sous forme d'accès séparés par des rémissions complètes, et qui paraissent en rapport avec des poussées inflammatoires successives, car ils s'accompagnent de gonflement de l'os au niveau du point douloureux, d'augmentation de la température du membre, et même de fièvre en quelques cas.

Les fatigues, la station debout longtemps prolongée les augmentent. Elles augmentent aussi la nuit. Du reste elles ont débuté souvent avec des symptômes inflammatoires généraux, à la suite d'un traumatisme, d'un refroidissement, et pendant l'enfance ou l'adolescence. Le gonflement de l'os va sans cesse en augmentant; à chaque recrudescence, la violence de la douleur augmente aussi, jusqu'à ce qu'enfin les malades, à bout de forces et de patience, demandent d'en être délivrés à tout prix.

Enfin l'ostéite épiphysaire lente et non suppurée, de Gosselin, pourra être admise toutes les fois que des douleurs intermittentes, survenues dans les extrémités des os longs, augmentées par les fatigues, diminuées par le simple repos au lit, tendront à disparaître avec l'âge, pour cesser complétement à l'âge adulte, sans que rien dans les antécédents, comme dans l'état consécutif des malades, n'autorise à les rapporter à la carie, au rhumatisme, à la conformation vicieuse des organes, ou à la syphilis.

(A suivre.)

(1) Suite. — Voir les numéros des 7, 10, 12, 14, 17 et 19 janvier 1871.
(2) Giraldès, Leçon sur les maladies chirurgicales des enfants. Paris, 1867.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 5 juin 1871. — Présidée par M. FAYE.

M. FAYE, après avoir déclaré la séance ouverte, s'exprime comme il suit :

« En revenant à Paris après une absence forcée et une angoisse de deux mois, je me félicite de retrouver, au milieu de tant de ruines, l'Institut debout, et de n'avoir aucun de nos confrères à compter parmi les illustres et innocentes victimes de cette insurrection anti-française.

« Vous avez tenu fermement, en ces temps néfastes, le drapeau de la science, montrant ainsi au monde entier que, si Paris peut cesser un instant d'être le centre politique de notre pays, il n'abdique pas du moins son rôle séculaire de capitale des sciences et des arts. »

M. DELAUNAY fait la communication suivante :

Les grands instruments de l'Observatoire, qui avaient été démontés et mis en lieu sûr pendant le siége de la ville par l'armée prussienne, étaient déjà réinstallés, et nos travaux de toute espèce commençaient à reprendre une certaine activité, lorsqu'à éclaté la malheureuse insurrection qui vient de se terminer par de si grands désastres. Pris à l'improviste, et ne soupçonnant pas d'ailleurs que cette insurrection pût prendre d'aussi effroyables proportions, j'ai laissé tous les instruments de l'Observatoire en place. Bientôt, en présence des exigences croissantes de la *Commune*, la plupart des astronomes ont dû quitter l'Observatoire et se réfugier en province. M. Marié-Davy est venu s'installer dans l'établissement et m'a été d'un puissant secours pour en sauvegarder les parties les plus essentielles.

Jusqu'au dimanche 21 mai, nous n'avons pas été inquiétés. Mais, à l'approche de la crise finale, l'Observatoire a été envahi par les insurgés qui en ont fait un centre de résistance, sans qu'il nous fût possible de nous y opposer. Cette construction élevée, massive, avec sa terrasse supérieure garnie de solides parapets en pierre, constituait en effet pour eux une véritable forteresse; ils s'y sont maintenus longtemps, malgré le feu nourri des troupes qui cherchaient à les en déloger. Dans la nuit du mardi 23 au mercredi 24, les insurgés ne pouvant plus tenir se sont retirés en mettant le feu dans une pièce du rez-de-chaussée, dont ils avaient enfoncé la porte. Avertis à temps, nous sommes parvenus à éteindre l'incendie; mais déjà de beaux instruments de géodésie avaient été détruits, ainsi que M. Y. Villarceau l'a fait connaître à l'Académie dans sa dernière séance. Bientôt les insurgés, faisant un retour offensif, sont rentrés à l'Observatoire, furieux de ce que nous avions mis obstacle à leurs projets de destruction, et déclarant qu'ils mettraient de nouveau le feu, mais cette fois partout en même temps, afin qu'il nous fût impossible de l'éteindre. Nous sommes restés sous le coup de cette menace pendant douze heures encore, au bout desquelles l'Observatoire a été délivré, sans que les nouveaux projets d'incendie aient été mis à exécution.

Outre la perte des instruments de géodésie, dont a parlé M. Y. Villarceau, nous avons à regretter la détérioration du grand équatorial de la tour de l'ouest, construit par M. Eichens; cet équatorial a reçu beaucoup de balles, mais il n'a heureusement pas été atteint dans ses parties essentielles et peut être réparé. L'équatorial de Gambey a reçu une seule balle qui n'a fait que déformer le tuyau de la lunette. Toutes les coupoles de l'Observatoire sont criblées de trous de balles. Mais, au milieu de tous ces dégâts, je suis heureux de pouvoir dire que la salle des instruments méridiens est absolument intacte, et que rien n'a souffert dans notre bibliothèque, ni dans nos archives.

Anatomie comparée. — M. PAUL GERVAIS donne lecture d'un travail ayant pour titre : *Remarques sur l'anatomie des cétacés de la division des balénidés, tirées de l'examen des pièces relatives à ces animaux qui sont conservées au Muséum d'histoire naturelle.*

Dans ce travail, qui sert d'introduction à un mémoire étendu sur ce sujet, l'auteur ne parle que des grands cétacés de la division des balénidés, et il y signale d'une manière particulière les principales acquisitions faites postérieurement aux travaux de Cuvier.

Quelques réflexions sur trois causes de suicide.—M. E. DECAISNE. Paris est peut-être la ville du monde qui compte le plus de suicides. Tandis qu'on en relève à Vienne 1 sur 160 décès, à Londres 1 sur 175, et à New-York 1 sur 712, on en trouve à Paris 1 sur 72. A Londres et à New-York, le nombre des morts volontaires tend à décroître; il augmente sans cesse à Paris.

Ce chiffre de 1 sur 72 est effrayant, et tous ceux qui s'occupent de statistique ont cherché à en connaître la raison. Cela n'est pas chose facile assurément, car les causes du suicide sont nombreuses et varient souvent avec les temps et les circonstances.

Parmi les causes si nombreuses du suicide, trois surtout, que j'appellerai *modernes* ont attiré mon attention.

1° L'influence des passions politiques et de l'esprit démocratique nouveau; 2° l'affaiblissement des idées religieuses; 3° les progrès toujours croissants de l'alcoolisme.

Je n'ai pas la prétention dans cette simple note de traiter complétement le sujet, même restreint aux termes que je viens de dire; je veux seulement résumer les réflexions qu'il m'a suggérées.

I

Les événements politiques et en particulier l'esprit démocratique moderne, *morbus democratibus*, comme disent les Allemands, qui travaillent la société actuelle à intervalles si rapprochés, ont-ils une influence réelle sur la production du suicide, et quelle est la part qu'il faut faire à cette influence?

Le suicide, dit M. Brierre de Boismont, change aujourd'hui de caractère, il tient à des causes nouvelles, parmi lesquelles il faut mettre en première ligne l'avénement de la démocratie.

M. Legoyt attribue l'accroissement du suicide en Europe à la suppression de toute hiérarchie, au culte à peu près exclusif du bien-être matériel, aux progrès de l'instruction publique qui surexcitent les ambitions, aux crises politiques et à la spéculation.

M. Vacher, dans ses excellentes études sur la mortalité à Paris, à Londres, à Vienne et à New-York, nie l'influence de l'esprit démocratique sur la production du suicide, en montrant qu'aux Etats-Unis, sous le régime le plus démocratique qu'il y ait au monde, le nombre des suicides est fort rare. En effet, il résulte des faits relevés par M. Boole, *city inspector* de New-York, de 1850 à 1865, que la moyenne des suicides ne s'élève pas dans cette ville à plus de 50 par an. M. Vacher fait en même temps remarquer que, pendant l'année 1848, le nombre des suicides a considérablement diminué en France; du reste, dit-il, Mercier, dans son *Tableau de Paris*, avait déjà constaté la fréquence du suicide à Paris avant l'avénement de la démocratie, et il l'attribue aux causes diverses qu'on a de tout temps assignées à la mort volontaire.

Dans ses études sur le suicide dans le département de Seine-et-Marne, le docteur E. Le Roy montre que l'arrondissement de Meaux, par exemple, donne moins de suicides aux époques troublées que dans les temps calmes. Ainsi, il y a moins de suicides en 1814 qu'en 1812 et en 1816, et en 1830 qu'en 1829 et 1831. Comme tous les statisticiens, il constate l'abaissement du chiffre des suicides en 1848. Pendant les années agitées du premier Empire, le chiffre des suicides est assez bas, tandis qu'il croît rapidement pendant la Restauration, et cela pour toute la France.

Je ferai remarquer en passant, qu'en 1793, la seule ville de Versailles a présenté l'horrible spectacle de 1,300 morts volontaires. C'était là sans doute une véritable épidémie, produite par la terreur dont les esprits étaient alors frappés.

Pour me résumer, je dirai, avec Esquirol, que les influences politiques sont des causes excitantes qui mettent en jeu telle ou telle passion, et impriment tel ou tel caractère à la folie. Il ne faut pas oublier que, si ces influences ne se traduisent pas toujours immédiatement par un accroissement dans le nombre des suicides, elles amènent généralement, les années suivantes, une recrudescence pour les cas d'aliénation mentale, dont un nombre quelquefois considérable se terminent par la mort volontaire.

Ajoutons enfin que, sans pouvoir démontrer d'une façon positive le rôle que jouent les influences politiques sur la production du suicide, on peut admettre ces influences *à priori*, et dans une certaine mesure, si l'on considère le trouble des esprits et des choses auquel est en proie notre malheureux pays depuis 1789. Nous avons la conviction que les événements actuels, comme ceux de 1830 et 1848, fourniront, dans un temps plus ou moins rapproché, un contingent considérable à l'accroissement de l'aliénation mentale, et, par suite, du suicide en France.

II

« Quand la morale publique, quand les menaces de la religion n'apportent plus de frein aux passions, dit Esquirol, le suicide peut être regardé comme un port assuré contre les douleurs morales et contre les douleurs physiques. »

Considéré en Grèce et à Rome comme un crime, le suicide fut puni comme tel, jusqu'au jour où triomphèrent les doctrines épicuriennes et stoïciennes, qui le mirent en honneur.

Placet? Pare. Non placet? Quicumque vis, exi.... Pungit dolor? Vel fodiat sane. Si nudus es, da jugulum; sin tectus armis Vulcaniis, id est fortitudine, resiste.

La vie te plaît-elle encore? Supporte-la. En es-tu las? Sors en par où tu voudras... La douleur te pique? Je suppose même qu'elle te déchire. Prête le flanc, si tu es sans défense; mais si tu es couvert des armes de Vulcain, c'est-à-dire armé de force et de courage, résiste.

Voilà toute la doctrine dans ce passage, dont les premières paroles sont tirées d'un texte altéré des lettres de Sénèque, les autres des *Tusculanes* de Cicéron, et qui sont citées par Montaigne au chapitre XII du IIe livre des *Essais*.

C'était aussi le langage d'Horace :

Vivere si recte nescis, decede peritis.
Lusisti satis, edisti satis, atque bibisti;
Tempus abire tibi est, ne potum largius æquo
Rideat, et pulset lasciva decentius ætas.

Si tu ne sais point vivre convenablement, cède la place à ceux qui le savent! Tu t'es amusé assez longtemps, tu as assez bu, assez mangé. Il est temps de battre en retraite. Cette soif immodérée prêterait à rire à une jeunesse folâtre qui peut sans scandale se livrer aux plaisirs.

La doctrine épicurienne admettait, en effet, que le corps n'étant qu'un assemblage de molécules qui peuvent se désagréger, tout est fini pour l'homme après sa mort; que, le but de la vie étant de se procurer la plus grande somme possible de jouissances, la somme des souffrances vient-elle à l'emporter sur celle des jouissances, on doit sortir de ce monde par un moyen quelconque.

Quant aux stoïciens, ils soutenaient que, lorsque le sage est las de combattre, il est de son devoir, pour éviter les périls auxquels son âme peut succomber, de se donner la mort.

Le moyen âge, par l'établissement de la religion chrétienne, par la prédominance du sentiment religieux et de la philosophie spiritualiste, est parvenu à arrêter les progrès du suicide. Les temps modernes, au contraire, en propageant le doute, le septicisme et l'indifférence en matière de religion, et en faisant, ainsi que de l'amour de soi et de l'orgueil, une sorte de culte à l'usage du grand nombre, ont donné une nouvelle impulsion au suicide.

C'est par la quantité des démences et des suicides, dit Lacordaire, qu'il faut juger de la misère morale d'un peuple. Car, bien que ce châtiment soit une exception, il est cependant proportionné au nombre et à la violence des passions qui excitent les multitudes. Des mœurs pures, des ambitions calmes affermissent chez un peuple les organes de la pensée avec ceux de la vie, l'exaltation paisible de la vertu y remplace les enivrements de l'orgueil et les secousses de la volupté, et, si elle ne peut leur épargner tout malheur, le malheur trouve en eux du moins un tempérament capable de lui résister. Mais quand une nation s'enivre dans les jouissances et s'exalte dans les convoitises, sa constitution décline avec rapidité, et, aux premiers coups de la fortune, on voit ses enfants, inaccoutumés à la lutte et à la douleur, se laisser prendre au dégoût de la vie ou bien succomber aux assauts de la démence.

Ce que l'illustre dominicain dit avec tant d'éloquence, les médecins le constatent chaque jour, et ils envisagent avec effroi les progrès du suicide et de la folie, qui semblent croître avec l'abandon de toute croyance religieuse et l'oubli des devoirs envers le pays, la famille et la société.

III

Les suicides pour ivrognerie habituelle, en France, qui étaient, pour l'année 1848, de 142, atteignaient, en 1866, le chiffre de 471. Ce chiffre, qui marque l'effroyable progression de l'ivrognerie en France, nous dispense d'entrer dans de longs détails de statistique numérique. Disons seulement que l'on compte, en général, 1 suicide de femme sur 7 d'hommes par le fait de l'ivrognerie habituelle.

Mais voyons quelle est l'action de l'alcool sur le système nerveux. Cette action ressemble assez bien à celle de l'opium, en exerçant une action spéciale qui donne des sensations nouvelles, se changeant bientôt en besoins irrésistibles.

Selon le docteur Morel, « l'alcool est la cause qui circule, l'excitation qui la suit est déjà la maladie. Il a agi transitoirement, il est vrai, mais en laissant après lui certains dérangements dans les fonctions nerveuses, entre autres un épuisement nerveux dont on ne peut sortir, pour ramener le niveau, que par une excitation nouvelle. »

Le caractère le plus frappant de l'alcoolisme, c'est la diminution de la sensibilité. Avant qu'il y ait empoisonnement complet par l'alcool, on observe comme une demi-paralysie. Bientôt le malade s'aperçoit de la diminution tactile, surtout au bout des orteils, pour gagner la plante des pieds, la face dorsale, le tibia, le mollet, le creux du jarret, où généralement elle s'arrête. Les mêmes phénomènes passent du côté de l'avant-bras. Ce n'est qu'à la superficie qu'on observe cette anesthésie; elle n'envahit pas l'épaisseur des muscles. En même temps, on observe du fourmillement et un certain tremblement. Lorsque cet état ne s'améliore pas, soit de lui-même, soit par les moyens de l'art, on voit, au bout d'un temps plus ou moins long, le malade maigrir considérablement, son intelligence s'affaiblir progressivement, tous les sentiments moraux disparaître, ainsi que la distinction du bien et du mal, pour arriver enfin à l'abrutissement le plus complet.

Le docteur E. Le Roy, qui a étudié les causes du suicide dans le département de Seine-et-Marne, a constaté que l'ivrognerie précède ou accompagne la gêne dans les affaires, ce qui suit presque toujours la misère. Je suis arrivé au même résultat dans mes recherches sur l'alcoolisme, et je puis dire que, sur cinq cents familles environ d'ouvriers dans le dénûment, que j'ai visitées, j'en ai rencontré plus de quatre cents qui se trouvaient dans cette situation par suite de l'ivrognerie du chef de famille. On s'explique donc le nombre énorme de suicides causés par l'ivrognerie, qui, unie à la débauche, amène promptement une certaine lassitude de la vie, avec incapacité de reprendre les occupations premières, à laquelle les malheureux ne voient d'autre remède que le suicide.

On admet généralement que l'hérédité alcoolique, si je puis m'exprimer ainsi, a une grande influence sur la prédisposition au suicide. En effet, il n'est pas rare de rencontrer des individus, nés de parents ivrognes, avoir une tendance à abuser des boissons alcooliques, et cela à la suite d'une sorte de diathèse.

M. le docteur Le Roy fait remarquer que le plus grand nombre des suicides, chez les ivrognes, à plutôt lieu le matin, alors qu'avant d'avoir pris la ration de boissons alcooliques devenue pour eux d'un besoin impérieux, ils sont maussades, abattus, se sentent mal à l'aise. « En résumé, dit-il, c'est en possession momentanée de leur raison, avec la conscience de l'abîme qui est devant eux, que ne se sentant pas la force de renoncer à leur funeste habitude, ils ont recours au suicide. »

Je disais dans mon *Étude médicale sur les buveurs d'absinthe*, que j'ai communiquée à l'Académie en 1864 :

Dans notre société moderne, où l'hygiène a pris une si grande et si légitime influence, et dont les décisions ont une autorité qu'il est impossible de contester, quand des habitudes funestes pour le bien-être et l'avenir des populations tendent à pénétrer de plus en plus dans les masses, c'est aux médecins, gardiens naturels de la santé publique, qu'il appartient d'avertir les citoyens, d'éveiller la sollicitude de l'autorité et d'indiquer les remèdes à tout état de choses, qui dans l'ordre matériel, met le corps social en péril, c'est aux médecins qu'il appartient de pousser le cri d'alarme, le *caveant consules*.

Ce cri d'alarme, je le pousse aujourd'hui et de toutes mes forces, car depuis cette époque, les choses n'ont pas changé, et à l'heure pleine d'angoisses où j'écris ces lignes, la rougeur au front et la douleur dans l'âme, nous assistons au spectacle hideux d'une population envahie par la marée montante de l'ivrognerie, source de tous les crimes, de toutes les hontes, de toutes les folies et de toutes les misères.

Sur les effets funestes que semble produire l'emploi de l'acide phénique dans le traitement des maladies épidémiques. — M. PIGEON. Si j'interprète fidèlement la communication faite par M. Faye le 12 septembre dernier (1), ce seraient des miasmes vivants, provenant de la décomposition des matières organiques, qui engendreraient les redoutables maladies épidémiques devenues si fréquentes de nos jours, telles que le choléra, la petite vérole, etc., et l'acide phénique jouirait de la précieuse propriété d'annihiler l'action de ces dangereux animalcules, en les tuant.

Or, il est expérimentalement démontré, d'une part, non-seulement que l'acide phénique tue en effet les miasmes en question, mais encore qu'il en empêche la formation; et, d'autre part, il est à la connaissance de tout le monde que, lorsque le choléra ou la petite vérole règne épidémiquement, il s'en développe des cas nombreux dans les hôpitaux, parmi les personnes y séjournant pour d'autres affections diverses, bien que l'air, à ces époques, y soit abondamment imprégné d'émanations de cet acide, ainsi que l'a dit M. Dumas dans cette même séance. D'où je conclus que ce ne sont pas les miasmes indiqués par M. Faye qui engendrent soit le choléra, soit la petite vérole.

Il résulte aussi de ce qui se passe dans les hôpitaux, où se produisent d'incessantes émanations d'acide phénique à chaque époque épidémique soit de choléra, soit de petite vérole, qu'il s'y développe proportionnellement plus de cas de ces maladies parmi les personnes préposées au service, ou parmi celles qui y séjournent pour d'autres affections, que dans le reste de la population; il résulte, en outre, de ce qui se passe dans les hôpitaux, ainsi que d'observations qui me sont particulières, que les cas soit de choléra, soit de variole, qui se développent dans un milieu phéniqué, sont généralement plus graves et plus fréquemment mortels. D'où

(1) *Comptes rendus*, t. LXXI, p. 415.

je conclus que l'acide phénique, loin d'être un préservatif contre la cause originelle soit du choléra, soit de la variole, en est au contraire une cause adjuvante.

Telle est mon opinion formelle; aussi, depuis longtemps déjà, à chaque époque de l'une ou de l'autre de ces épidémies, conseillé-je avec instance l'abstention de l'emploi de l'acide phénique dans les maisons de mes clients. C'est à l'Académie de juger si ces considérations, en contradiction flagrante avec des idées généralement admises, ne sont pas de nature à motiver des expériences comparatives, dans des circonstances qui ne sont que trop favorables, surtout en ce qui concerne la petite-vérole. (Renvoi à la section de médecine et de chirurgie.)

M. LANCEREAUX adresse, pour le concours des prix de médecine et de chirurgie, les dix premières livraisons d'un atlas d'anatomie pathologique. Les cinq livraisons qui doivent terminer ce travail, et qui n'ont pu être tirées jusqu'ici, en raison des événements qui viennent de se produire, seront remises dans peu de temps à la commission. (Renvoi à la commission des prix de médecine et de chirurgie.)

UN AUTEUR, dont le nom est contenu dans un pli cacheté, adresse, pour le même concours, un mémoire portant pour titre : « De la variole, de la vaccine et de l'inoculation post-vaccinale », avec cette épigraphe : « Le meilleur remède à opposer à la variole est la variole elle-même. » (Renvoi à la commission.)

L'Académie a décidé dans cette séance que, par une mesure exceptionnelle, motivée par les circonstances, la clôture des concours pour tous les prix qu'elle se propose sera prorogée, en 1871, du *premier juin* au *premier août*, terme définitif et de rigueur. (*Voir* le compte rendu de la séance du 11 juillet 1870. — *Comptes rendus*, t. LXXI, p. 89, 178.)

M. BURQ adresse une « Note sur le traitement de la peste bovine par les oxydes et les sels de cuivre. »

L'auteur est conduit à penser que les sels solubles de cuivre, tels que le chlorure, l'acétate et le sulfate, pourraient être efficacement employés comme remèdes, et surtout comme préservatifs, contre le redoutable fléau : ils devraient être administrés par la bouche, et, au besoin, par le rectum.

Cette note sera soumise à l'examen de M. Bouley.

DOCUMENTS

POUR SERVIR A L'HISTOIRE DU MOUVEMENT SCIENTIFIQUE PENDANT LE SIÉGE DE PARIS (1).

27 NOVEMBRE

XLIV. **Ambulances.** — M. L. MONTIGNY publie dans le *Journal officiel* l'article suivant :

UNE VISITE A L'AMBULANCE AMÉRICAINE

Vous souvient-il, — tant Paris tout entier en a désappris le chemin, vous souvient-il de cette large et longue avenue, aujourd'hui débaptisée, qui de l'Arc de l'Étoile conduit à l'entrée du Bois, comme on disait naguère encore ? C'est là, c'est sur cette voie splendide et banale, sorte de terrain neutre du *high life*, que vers le déclin du jour tant d'équipages s'entre-croisaient, emportant, qui vers le Lac, qui vers les Champs-Elysées, tous ces arrivés et tous ces parvenus, arrivés par leurs aïeux ou leur propre mérite, parvenus de la politique de décembre, de la finance interlope... ou d'ailleurs.

A l'horizon se dressait sur un monticule verdoyant une grande masse blanche semblable à l'une de ces fabriques dont notre Poussin aimait à semer les arrière-plans de ses paysages. Cette silhouette était belle à voir, baignée dans la poussière d'or d'un coucher de soleil. Elle l'est encore, elle le sera toujours ; cette masse blanche, c'est la vaillante forteresse du Mont-Valérien, et quand d'aventure, vous allez vers le Bois, où campent aujourd'hui tant de braves et solides troupes, parfois de formidables détonations s'élèvent du monticule déboisé !

Où sont donc en ce moment les principaux instigateurs, les plus chauds partisans de cette guerre horrible autant qu'insensée ? Partout, excepté ici peut-être. S'ils pouvaient revenir un instant dans la capitale investie, du moins verraient-ils comment on s'applique à guérir les maux causés par leur criminelle folie dans les lieux même où, nonchalamment, ils venaient prendre le frais, après avoir décrété d'un cœur si léger, voté d'une main si obéissante, que deux grands peuples, dont l'un dès longtemps préparé à la lutte, l'autre presque pris au dépourvu, allaient se ruer l'un sur l'autre.

Dans l'une des plus vastes villas qui bordent à gauche le grand chemin du Bois (désormais la glorieuse avenue du Général-Uhrich), est installé l'hôpital militaire du corps Ducrot, sous l'habile et intelligente direction des docteurs Sarazin frères. Juste en face, vous apercevez des tentes et quelques mâts dressés. « Quel est ce bizarre campement ? » ou même « qu'est-ce cela ? » vous écriez-vous d'un ton de voix, méprisant peut-être, avant que vous ayez aperçu le drapeau blanc à croix rouge. « Cela, » c'est l'ambulance américaine ; entrons-y, si vous m'en croyez ; nous aurons bien des choses intéressantes à y voir et à y apprendre.

Ou plutôt racontons ici simplement, tout ce que nous y avons vu et appris nous-même. Aussi bien n'étant nullement un homme de l'art, n'étant qu'un Français profondément reconnaissant du bien fait à ses concitoyens, surtout par des mains étrangères, ne nous conviendrait-il guère de trancher, ni même de juger, en de telles et si délicates questions. Disons donc tout uniment ce qui, dans ces visites où nous avons tant de fois mis à l'épreuve, sans jamais la lasser, l'obligeance de l'honorable docteur Swinburne, chirurgien en chef de l'ambulance, ou des frères Brower, deux d'entre ses intelligents auxiliaires, disons ce qui nous a le plus vivement frappé.

La première fois que nous fîmes cette sorte de pèlerinage éminemment profitable (car, à voir ces mille souffrances endurées d'un cœur si haut et si ferme, on sent grandir encore sa foi dans le succès final de notre sainte cause) par un jeu du hasard fort heureux pour nous, c'était dans le même temps que le général Trochu visitait, lui aussi, l'ambulance, distribuant des félicitations bien méritées à tous ces glorieux mutilés de nos combats sous Paris, inscrivant celui-ci pour la médaille militaire, cet autre pour la croix. Le jour commençait à baisser, les infirmiers passaient, tenant en main la lanterne à verre sphérique qu'ils allaient accrocher sous la tente, au clou marqué ; et quand, n'ayant pas encore pénétré sous les tentes, nous aperçûmes du dehors la lumière de l'intérieur tamisée presque tout entière au travers de cette paroi de simple toile tendue qui du sol s'élève au double *velum* formant toiture, et sur laquelle se dessinaient même les profils des lits de blessés, nous ne pûmes nous empêcher de dire à mi-voix : « Le moyen d'entretenir là-dessous une température bienfaisante et toujours égale ? » Un Français, avouons-le tout bas et entre nous, un Français ne serait pas bien de son pays s'il ne commençait pas par douter un peu de l'excellence de ce qu'il n'a jamais vu. Nous naissons tous avec le sens critique extrêmement développé; bien heureux quand ce n'est pas avec le parti pris de n'admirer que ce qui se fait chez nous.

Si bas que nous eussions prononcé ces mots si désobligeamment sceptiques, peut-être bien notre guide les avait-il pu saisir au passage. Quoi qu'il en soit : « Entrons, » nous dit-il simplement. Il faisait ce jour-là un temps gris, froid et humide ; et cependant, une fois entrés, nous respirâmes un air pur, convenablement attiédi, mais non desséché, à la température uniforme sur toute la longueur de la tente, de 15 à 18 degrés centigrades. Salubre, nous avons dit qu'il l'était, et cela se comprend de reste, renouvelé qu'il est constamment par un ingénieux système de chauffage, et sans doute aussi par son facile passage au travers de ces minces parois. Minces, soit ; mais qui laissent seulement sortir l'air utilisé pour la respiration ou chargé de miasmes impurs par les milles causes que l'on pressent assez, sans permettre le moins du monde à celui du dehors d'entrer autrement que par la voie voulue et tracée d'avance.

Rien de plus simple, en effet, et tout ensemble de plus ingénieux que le système de chauffage et d'aération employé ici, car c'est le chaufffage lui-même qui opère les appels d'air. Qu'on nous permette, en passant, de dire pourquoi nous préférons de beaucoup le mot aération au mot ventilation, si fort et si mal à propos en faveur, selon nous, depuis un certain temps. Aération, n'est-ce donc pas justement l'action de donner de l'air, et de le renouveler par là même, ou, si l'on veut, le fait résultant de cette action, l'effet de cette cause? Nous ne savons pourquoi, mais, quand on nous parle de ventilation, un frisson nous saisit; il semble qu'on va nous placer dans un courant d'air; et, de fait, la ventilation n'est trop souvent que cela dans beaucoup de nos édifices hospitaliers.

Mais revenons au mode si intelligent de chauffage et d'aération de nos tentes américaines. A l'une de leurs extrémités, et avant même de les dresser, on creuse un trou profond et carré dans la terre; on installe là une chaudière à générateur d'air au-dessus d'un foyer ordinaire ; le tout est recouvert par une sorte de toit formé de quelques planches. Après avoir abouti une première fois au générateur, le large tuyau qui opère la prise d'air reprend et court sur toute la longueur de la tente dans une tranchée d'environ 40 à 50 centimètres de largeur sur autant de profondeur; puis il vient déboucher à l'autre bout de la tente, en se relevant verticalement au dehors comme un vulgaire tuyau de poêle.

Mais, chemin faisant, il a réchauffé tout l'air extérieur entraîné à sa suite dans la tranchée, et il communique encore une bonne part de son calorique, la meilleure peut-être, à cette même tranchée ; si bien que, par un rayonnement continu, ce calorique se transmet ensuite à l'air doucement amené, lequel se répand en effluves insensibles par les interstices du plancher à dessein mal joint, qui recouvre longitudinalement tout le sol de la tente.

— Voilà qui est fort bien, dira-t-on sans doute. Je vois à merveille comment l'air chaud pénètre ici, et je continue même à ne comprendre que trop comment il en sort. Mais à qui fera-t-on croire, par exemple, que la température puisse être égale d'un bout à l'autre bout de ces singuliers abris. Si vous m'en demandez tant, lecteur, c'est tout un livre qu'il me faudra faire. Il suffit que par un ingénieux système de chaleur et de clefs ouvertes ou fermées, il en soit très-certainement ainsi. D'ailleurs la séparation de toute la tente en cinq compartiments par des cloisons de double toile y est peut-être aussi pour quelque chose. Enfin, si vous en doutez encore, veillez y allez voir vous même. — Soit, me direz-vous ; mais du moins, quand il pleut à torrents, les pauvres blessés, convenez-en, sont trempés jusqu'aux os? — Non pas. L'étoffe de ces tentes est une sorte de coton à mailles croisées, lequel a la propriété de se resserrer à la pluie et d'être d'autant plus imperméable qu'il est plus trempé d'eau. — Mais enfin, quand il neige, voilà un toit qui doit singulièrement aider à l'abaissement de la température intérieure ? — En aucune façon ; ces tentes, nous l'avons déjà dit, sont recouvertes par une double toiture de toiles séparées l'une de l'autre par une couche d'air de dix à quinze centimètres d'épaisseur. Or, la neige est par excellence un corps mauvais conducteur de la chaleur, et ce toit blanc, quand la nature le leur donne, nos pratiques Américains se garderaient bien d'y toucher. C'est autant de charbon de terre d'économisé, doivent-ils se dire, et avec raison.

Comprend-on maintenant comment il se fait qu'on ne respire sous ces tentes qu'un air attiédi et salubre; et sera-t-on bien étonné, par suite, que dans le système américain on en soit venu à ignorer absolument, ou autant vaut, non-seulement ce que c'est que la résorption purulente, scientifiquement appelée *pyohémie*, ou la pourriture d'hôpital, mais jusqu'à la fièvre qui n'est pas la conséquence nécessaire de la blessure. A vrai dire, on n'admet sous ces tentes que de vrais blessés, non des malades, cela dans l'intérêt des uns et des autres.

Ce voisinage d'amputés et de varioleux, par exemple, puisque malheureusement la variole est devenue chose si commune ou même de simples fiévreux, ce voisinage offrirait, on le sait, d'immenses dangers partout, bien qu'il dût en présenter moins qu'ailleurs peut-être sous ces tentes si largement aérées. Aux pauvres malades, dignes de soins évidemment aussi affectueux, dressez donc, autant que possible, des abris spéciaux ; et, en tout cas, qu'on se souvienne sans cesse que nos ambulances deviendraient inévitablement des foyers de réciproque infection, si blessés et malades de toutes sortes n'y étaient pas toujours soigneusement séparés. Une ambulance, on ne saurait trop s'en convaincre, devrait être avant tout un asile pour les seules victimes des champs de bataille, tandis que des hôpitaux volants, comme en a tant construit la commission sanitaire des États-Unis pendant la cruelle guerre de la sécession, seraient spécialement affectés aux malades proprement dits.

Si, par impossible, un seul cas d'infection purulente se présentait sous une de leurs tentes, comme, dit-on, le feu purifie tout, nos Américains n'hésiteraient pas un seul instant à la réduire en un léger monceau de cendres ; autant en arriverait à leurs hôpitaux de planches, si quelques cas de maladie épidémique venaient à s'y déclarer. Mais il faut décidément croire que la pyohémie est chose quasi inconnue sous les tentes, puisque celles mêmes qui ont recueilli nos blessés de l'Hay, de Chevilly, de la Malmaison, etc., ont déjà servi d'abri à nombre d'Américains du Nord et du Sud pendant la guerre de la sécession.

Nous nous sommes bien longuement étendu sur ce seul chapitre de l'aération, et nous n'y avons nul regret. C'est qu'en effet là gît proprement, à nos yeux, l'unique secret de la si faible mortalité que nous avons maintenant l'heureux devoir de constater à l'ambulance américaine. Sur une cinquantaine de blessés au moins, dont beaucoup très-grièvement, nous le montrerons tout à l'heure, deux seulement sont morts, et morts du tétanos. L'un de ces deux infortunés n'avait même qu'une bien légère lésion, laquelle ? nous l'avons oubliée; mais quand le système nerveux est touché, on sait les terribles accidents qui trop souvent s'ensuivent.

Oui, ce point là acquis — l'air sans cesse revivifié et maintenu à une température toujours égale (nous ne prétendons pas qu'en France nous n'ayons pas parfois obtenu ce précieux résultat par d'autres et moins simples moyens) — ce point là acquis, c'était pour nous un gage assuré que tout le reste du système américain était conçu dans ce même esprit éminemment pratique. Nos prévisions n'ont pas été trompées; entré là avec le doute, nous en sortions avec la foi.

Pour en faire comprendre les raisons, allons donc, en compagnie des voitures de l'ambulance américaine, relever l'un des nôtres jusque sur le champ de bataille, et, sympathiquement, suivons-le jusqu'au jour où, convalescent, on l'enverra dans une des succursales de l'ambulance, à la galerie Goupil, de la rue Chaptal, par exemple.

Mais pourrons-nous décrire dans tous leurs détails, comme il le faudrait faire peut-être, ces voitures d'ambulance, si légères, si confortables, si simplement et si parfaitement suspendues que les cahots de la route doivent à peine se faire sentir aux blessés ?

Quel qu'en soit notre désir, qu'il nous suffise de dire ici que chacune de ces voitures peut transporter à travers champs jusqu'à cinq hommes grièvement atteints, couchés, par conséquents, et qu'ils y ont été installés sans dérangement nouveau sur les civières et les matelas de cuir capitonnés, devenus en un clin d'œil brancards par le développement de simples tiges de fer encastrées aux quatre angles dans leur épaisseur. Ces matelas reposent eux-mêmes, par leurs roulettes, sur des ressorts forts doux, au-dessus, les civières sont accrochées au moyen de forts anneaux en caoutchouc vulcanisé. L'air circule librement dans l'intérieur et vient plus particulièrement baigner doucement ces visages décolorés. Enfin un réservoir d'eau est là, dans les flancs du véhicule, l'eau, ce dictame suprême à de certains moments, cet auxiliaire indispensable des premiers pansements.

Voilà donc notre blessé arrivé à l'ambulance. Nous n'arrêterons pas nos regards sur les opérations chirurgicales auxquelles il va être soumis peut-être sur cette table d'un seul morceau et qui en a déjà tant vu, depuis que sa large superficie a été extraite de quelque noyer deux ou trois fois séculaire. Ce sont là des images dont nous n'avons pas besoin pour comprendre toute l'horreur de la guerre ; que ne peuvent-elles être sans cesse présentes, implacable remords aux yeux et à l'esprit de ces princes qui froidement condamnent l'humanité à de si épouvantables misères ! il y en aurait assez long à dire encore sur ce lit de fer si facilement transportable, sur ce sommier formé de lamelles de bois (sapin et hêtre) diversement élastiques, sur ce simple et unique matelas de varech ; mais passons.

Tous les matins, le savant et modeste M. Swinburne, accompagné de ses auxiliaires, procède lui-même au pansement de tous les blessés. Médecin en chef de la salubrité de New-York, il était en congé en France quand la guerre éclata. Son dévouement l'y a retenu, et il s'y est donné la noble tâche qu'il accomplit avec un zèle si admirable.

Aider la nature au lieu de la brusquer, telle est leur devise, telle est désormais celle, nous le savons aussi, de nos plus grands praticiens français. C'est toujours l'admirable et simple mot de notre illustre Ambroise Paré : « Je le pansai, Dieu le guarit. »

Nos secourables Américains n'emploient pas la charpie ordinaire, cette charpie dont chez nous tant de doigts charitables s'évertuent à amasser si péniblement des monceaux. La leur est faite d'une sorte d'étoupe, de vieux cordages grossièrement effilochés, et le goudron dont elle est si fortement imprégnée joue utilement son rôle d'antiseptique au premier chef dans la cure poursuivie.

Avons-nous besoin de dire, après tout cela, que l'ambulance américaine se montre partisan déclaré de la chirurgie conservatrice, cet art délicat, si heureusement en honneur aussi parmi nous. Nous avons vu, avenue du Général-Uhrich, par exemple, un brave soldat à qui une balle, pénétrant d'un côté du poignet pour ressortir de l'autre, a brisé une portion des os du carpe ou du métacarpe, et qui cependant conservera sa main. Nous en savons un autre sur lequel on a pratiqué la resection du col de l'humérus fracassé par une balle, qui gardera son bras et en conservera l'entier usage ou peu s'en faut. Bénie soit la science chirurgicale et ses fervents, ses courageux adeptes ! A chaque progrès que fait l'art maudit de la destruction, l'art de guérir fait un plus grand pas en avant, arrachant à la mort le plus grand nombre possible de ces victimes qu'y dévoue l'autre avec un si horrible sang-froid !

(1) Suite. — Voir le dernier numéro.

Un des blessés de l'ambulance, engagé volontaire de vingt ans et demi (il s'appelle Buzier ; nous sommes heureux de nous rappeler ce nom) est amputé de la jambe droite ; il souffre souvent encore, et parfois même horriblement, du membre qu'il a fallu lui enlever sous peine de le laisser mourrir.

Cétait au combat de l'Hay ; Buzier n'était au corps que depuis quarante jour ; mais comme beaucoup de ses camarades, il tenait ferme devant les balles prussiennes. Une d'elles vient le frapper au-dessous de la rotule et va ressortir vers le haut du mollet. Notre volontaire n'en a cure, il fait encore douze cents mètres d'un pas presque assuré, et on le retrouve à genoux, perdant son sang, mais tiraillant encore.

Transporté à l'ambulance, longtemps encore il put faire mouvoir sa jambe fracassée ; c'était à dérouter les chirurgiens les plus habiles, et, certes, ceux-là sont du nombre. Enfin, après plus de trois semaines, un énorme abcès se forma, et il fallut procéder au plus vite à une amputation devenue indispensable. Le péroné avait été légèrement fendu dans le sens de sa longueur, le grand sciatique déchiqueté. Nous l'avons vu ce nerf conservé comme pièce anatomique, et il faut bien cela pour comprendre à quel point notre brave médaillé militaire peut encore souffrir de ce membre qu'il n'a plus. « C'est égal, nous disait-il simplement, ce serait à refaire que je m'engagerais encore. »

Nous sommes presque à regretter maintenant d'avoir écrit le nom de ce courageux soldat ; tant d'autres que lui, à cette ambulance américaine, mériteraient si bien qu'on racontât leur bravoure ! ces nombreux blessés du vaillant 35e, décimé à Chevilly, ces braves mobiles de Seine-et-Marne, héroïques enfants qui, à la Malmaison, voyaient pour la première fois le feu et n'y ont pas boudé. Un d'eux, à la belle et énergique physionomie, est marié, père de famille déjà peut-être ; il ne s'en est que plus bravement battu. Amputé, lui aussi, d'une jambe, il a été décoré lors de la visite du général Trochu à l'ambulance. Ce mobile de Seine-et-Marne s'appelle Vernatier.

Puisque nous avons parlé tout à l'heure du glorieux 35e, rappelons ici que tous les blessés de ce régiment, et blessés très-grièvement, qu'a recueillis l'ambulance américaine, lui ont été remis à Versailles par les ambulances prussiennes, et que par une stricte observation des termes de la convention genevoise, les premiers et si difficiles pansements avaient été faits aux nôtres par les chirurgiens de l'ennemi avec une intelligence et un dévouement qu'il nous est agréable d'avoir à constater.

Cette justice rendue, parce qu'elle doit l'être, peut bien trouver sa place même dans le *Journal officiel de la République française.*

Peut-être nous reprochera-t-on de n'avoir pas suivi le plan que nous semblions tout d'abord nous être tracé. Que le lecteur nous pardonne d'avoir un instant oublié l'ambulance pour les blessés ; ces blessés ne sont-ils pas des fils de la France, frappés en la défendant ?

Et maintenant ceux qui leur donnent des soins si empressés, qui leur prodiguent des consolations si efficace, nous trouveront-ils indifférents ? Non. Comment ne pas reconnaître ce qu'ils font pour nous, ne fût-ce qu'en montrant tout ce que leurs idées ont de singulièrement pratique, ces excellents chirurgiens d'au delà de l'Atlantique qui sont venus mettre à notre service, avec une telle générosité, leur science incontestée, leur infatigable dévouement ? Comment ne pas remercier de leurs sacrifices, de leur humanité, ces Américains de Paris qui, rivalisant de zèle charitable avec la colonie suisse et la colonie italienne, ont fait entre eux tous les frais de cette installation hospitalière ? Comment n'avoir pas un mot de gratitude pour ces dames de la colonie américaine demeurées dans notre capitale investie, lorsqu'elles viennent assidûment s'asseoir au chevet de nos blessés, et qu'elles les servent avec la grâce affectueuse qu'aurait une sœur pour son frère ?

Au risque même d'offusquer leur bonté modeste, pourquoi ne dirions-nous pas ici les noms de Mmes Bowles, Koch, Marc Farland, de miss Chandor (que ne les savons-nous tous, ces nobles noms d'infirmières volontaires !) dont nous avons vu tant de fois, et jamais en vain, nos braves enfants réclamer les soins avec une filiale déférence.

On nous excusera d'avoir passé sous silence bien des détails techniques que nous aurions pu très-utilement signaler, mais nous ne serions point encore parvenus à la moitié de notre tâche si nous voulions simplement énumérer ici les procédés curatifs nouveaux, les méthodes peut-être encore inusitées en France, les innovations de toutes sortes, en un mot, dont la science hospitalière est redevable aux Américains et que leur a conseillés la douloureuse expérience de cette longue guerre, au cours de laquelle Lincoln tomba assassiné, où Grant s'est si fort illustré. Si, dans un sujet qui nous est peu familier, nous avons commis quelques erreurs, on voudra bien nous les pardonner. Nous osons espérer, du moins, qu'en dépit de l'indignité de l'introducteur, cette visite à l'ambulance de l'avenue Uhrich n'aura pas paru trop longue au lecteur qui a bien voulu nous accompagner.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

M. le professeur Béhier a commencé ses leçons cliniques à l'Hôtel-Dieu le lundi 12 juin 1871, à neuf heures du soir, et les continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants (amphithéâtre nº 1), à la même heure.

Visite et interrogations des malades tous les matins à 8 heures et demie.

— M. le docteur Dieulafoy reprendra les conférences pour l'internat le samedi 17 juin, à quatre heures, dans l'amphithéâtre de la rue Larrey, nº 8.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 14 juin 1871.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

L'Académie avait hier une physionomie animée qu'elle n'avait pas présentée depuis longtemps. Ceux de ses membres que les derniers événements avaient éloignés de Paris, la plupart des professeurs de la Faculté qui s'étaient vus condamnés à des vacances indéfiniment prolongées, les officiels que leur position avait obligés à se retirer à Versailles, avaient repris leur place. On se félicitait de se revoir après de si rudes épreuves dont tous ou presque tous avaient eu plus ou moins à subir les effets ou tout au moins le contre-coup, qui dans sa personne, qui dans sa situation ou dans ses biens. Nous avons entendu, se croisant çà et là, maints propos, maintes confidences. Eh bien ! nous devons le dire, nous avons été touché de voir avec quelle résignation, avec quelle philosophie, ceux-là mêmes qui ont eu à subir les plus grands désastres acceptaient leur nouveau sort. On comprenait à leurs paroles, on lisait sur leur physionomie sinon un détachement absolu des biens de ce monde, ce qui serait exiger beaucoup trop, du moins le plan arrêté chez la plupart de demander à un redoublement de travail et aux saines et fortifiantes inspirations de l'étude l'oubli et la réparation de leurs maux. Ce n'a pas été un médiocre sujet d'étonnement et de consolation à la fois pour nous, de voir comment au milieu de nos désastres et de nos calamités publiques, pendant la durée des deux siéges successifs de Paris, et sous l'impression navrante des événements sans nom qui ont précédé et hâté notre délivrance, nos corps savants n'ont pas cessé de tenir leurs séances, dirigeant plus particulièrement leurs travaux vers l'étude des nombreuses questions pratiques d'intérêt et d'utilité publique, ainsi que nos lecteurs peuvent s'en convaincre tous les jours par la lecture des documents que nous avons recueillis à leur usage. Ils ont pu voir, pas plus tard qu'hier, en quels termes le président de l'Académie des sciences, M. Faye, félicitait ses collègues d'avoir su maintenir ferme entre leurs mains le drapeau de la science et conserver à Paris son titre de capitale du monde savant. L'Académie de médecine a droit aussi à sa part d'éloges et de remerciments. Son président, M. Wurtz n'a du reste pas failli à cette tâche. En entendant ou en lisant les dissertations des divers membres de l'Académie qui ont pris part à la discussion sur l'alcoolisme, MM. Verneuil, Hardy, Gubler, J. Guérin, Gosselin, Larrey, Béhier, Richet, Chauffard, Giraldès; la discussion sur l'action physiologique et thérapeutique de l'arsenic, par MM. Gubler, Sée, Hardy, Béhier ; les rapports de M. Barth sur un grand nombre de sujets divers de médecine pratique ; les communications fréquentes et toujours instructives de M. Payen, qui a si utilement marqué son court passage à l'Académie de médecine ; les discours plus récents de MM. A. Guérin, Gosselin, Verneuil, Bouley, Piorry et Colin sur la question de l'infection purulente, et le travail original très-étendu dont M. J. Guérin a commencé la lecture dans la séance d'hier, nous avons, pour notre part, admiré plus d'une fois l'aptitude merveilleuse et la puissance d'abstraction que supposent et nécessitent de pareils travaux, accomplis au milieu des préoccupations publiques incessantes et souvent même de préoccupations personnelles.

Venons à la séance d'hier.

— M. J. Guérin a repris la question de loin et de haut. Sa prétention ne va pas à moins qu'à dissiper les incertitudes qui l'obscurcissent encore et en suspendent la solution. Il y apporte à cet effet le produit des longues et persévérantes études qu'il a faites depuis plus de trente ans sur ce sujet. Partant du fait expérimentalement démontré par lui, dès 1839, de l'organisation immédiate des plaies pratiquées à l'abri du contact de l'air et des notions qui en sont résultées sur les conditions qui préviennent ou provoquent la suppuration, il s'est proposé d'abord de déterminer, comme base fondamentale de la discussion, quels sont les facteurs physiologiques de ce phénomène de la suppuration considérée dans toute l'étendue et dans toute la série de ses évolutions. Tel est l'objet du mémoire dont il a lu la première partie hier, sous ce titre général : l'Infection purulente, et qui comprend les trois subdivisions suivantes : formule étiologique de la pyogénie ; du pus ; altérations du pus. Ce travail ne pouvant être ni scindé, ni analysé, sans risquer de lui faire perdre le lien qui en tient toutes les parties étroitement unies, nous le publierons en entier.

— L'Académie a subi dans ces derniers temps des pertes regrettables et nombreuses ; quelques-unes remontent même assez haut, telles, par exemple, que celles de M. Robinet, de M. Oudet et de M. Poiseuille. On comprend qu'elle n'ait pu songer à remplir ces vides pendant toute la durée de la guerre. Aujourd'hui que le calme et l'ordre tendent à revenir en toutes choses, elle ne pouvait laisser plus longtemps attendre les candidats qui ont de légitimes aspirations à lui appartenir. Elle a déclaré hier, sur la proposition qui lui en a été faite au nom du conseil par son président, trois vacances, une dans la section de pharmacie, en remplacement de M. Robinet ; une dans la section de pathologie chirurgicale, en remplacement de M. Oudet, et une dans la section d'anatomie et physiologie, en remplacement de M. Poiseuille. Il y aura à pourvoir encore à quatre autres vacances par suite des décès de MM. Falret, Danyau, Longet et Leblanc. Mais ces décès étant de date beaucoup plus récente, il n'y sera pourvu que plus tard, probablement après le mois de septembre.

Dr BROCHIN.

HOTEL-DIEU. — M. GUÉNEAU DE MUSSY.

Leçons cliniques sur la variole.

SUR LES CONDITIONS PATHOGÉNIQUES DE LA VARIOLE ET SUR LES PRINCIPALES INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES (1).

En rapprochant ces divers phénomènes, je ne prétends pas qu'ils soient du même ordre ; ni qu'ils dépendent d'une loi commune. Mais quand nous ne pouvons arriver par des observations directes à déterminer les faits vitaux, il n'est pas sans intérêt de rechercher s'il n'y a pas dans le monde de la vie des faits analogues qui, sans nous expliquer précisément les premiers, nous les font concevoir et peuvent nous montrer la voie dans laquelle doivent se diriger les recherches pour arriver peut-être à une explication.

D'ailleurs, cette comparaison des virus et des ferments dont chaque année, depuis que je fais des leçons cliniques, je vous fais ressortir les analogies, n'est pas nouvelle dans la science. Rhazès, le plus ancien historien de la variole, semble l'avoir entrevue quand à propos des causes de la variole, il dit : cette maladie survient quand le sang éprouve un mouvement de fermentation putride ; qu'il s'en élève des vapeurs et qu'il passe de l'état de moût, auquel on peut comparer celui de l'enfance, à l'état de vin fait, qui ressemble mieux à celui du jeune homme.

Sydenham est beaucoup plus explicite, et il compare le virus variolique à de la levûre de bière.

J'invoque ces autorités pour vous montrer que cette comparaison entre les virus et les ferments que vous êtes habitués à me voir développer depuis bien des années, n'est pas nouvelle.

Mais en signalant tous ces traits d'analogie entre ces deux ordres d'agents organiques, je ne conclus pas, je le répète à leur similitude, bien moins encore à leur identité. La science moderne ne se contente pas d'analogies, pour affirmer la dépendance des mêmes lois, ou l'assimilation des phénomènes. Dans ces derniers temps cependant des observations très intéressantes, celles de M. Chauveau, sur le virus de la vaccine, de la variole et de la morve sont venues apporter une présomption puissante en faveur de ces analogies que je fais ressortir à vos yeux depuis si longtemps, et si ces observations se confirment, elles constitueront une découverte de la plus grande importance. M. Chauveau a été porté à conclure que la propriété contagieuse des virus ne résidait pas dans un liquide, comme le veulent certains pathologistes (2), mais dans des granules qu'on peut isoler et auxquels il a donné le nom d'organides inoculés ; ces granules reproduisent la maladie, dont ils sont le produit, tandis que l'inoculation du liquide, qui leur sert de véhicule, demeurerait sans effet.

En admettant, ce que l'avenir décidera, que ces organides soient assimilables à des ferments, à des organismes végétaux, cela ne porterait aucune atteinte à la doctrine qui affirme l'autonomie de la vie. L'économie vivante n'est pas un terrain inerte qui fournirait passivement aux organides les éléments de leur développement et de leur reproduction, qui n'agirait qu'en vertu de ses propriétés physico-chimiques ; c'est un terrain vivant. Ce principe contagieux, une fois entré dans le cercle de la vie, en trouble toute l'harmonie, en altère toutes les fonctions, en les entraînant momentanément dans une manière d'être, dans une activité tout anormales qui, avant de faire place à l'état régulier et normal, passent par ces périodes d'augment, de maturité et de décroissance qui sont la loi de tout ce qui vit. En d'autres termes, l'introduction du contage dans l'organisme y provoque une réaction vitale ; cet organisme tend à repousser le contage de son domaine, comme il tend à éliminer tout ce qui trouble son harmonie fonctionnelle.

Mon intention n'est pas de tracer ici l'histoire de la variole, mais de faire ressortir quelques-unes des indications qui se présentent au médecin dans le traitement de cette affection.

Mais pour exposer avec quelque méthode ces indications, il convient de rappeler à grands traits l'évolution de la maladie.

Quand le contage a pénétré dans l'organisme il y a produit une modification anormale qui s'accomplit dans le silence pendant quelques jours ; probablement il se multiplie, il engendre ; c'est la période d'incubation, dont la durée est comprise habituellement entre les limites extrêmes de 4 à 15 jours, ordinairement de 7 à 10 jours. Quelquefois une lassitude insolite, des phénomènes dyssoptiques, indiquent que l'axe cérébro-spinal et le système ganglionnaire ont senti l'impression de l'agent morbifique ; c'est la période d'incubation. Alors l'organisme tout entier subit cette impression, il s'émeut, il réagit, une incitation générale se manifeste, la fièvre s'allume, accompagnée de céphalalgie, de rachialgie lombaire, souvent d'épigastralgie. Quelquefois du délire, de l'anxiété, des défaillances, de l'assoupissement l'accompagnent et sont souvent le présage d'une éruption confluente.

Les convulsions chez les enfants ne sont pas toujours l'annonce d'une maladie grave, comme en témoigne Sydenham.

L'intensité du mouvement fébrile et des autres troubles fonctionnels est proportionnelle à l'énergie de l'impression morbide, à l'action que le virus exerce sur l'économie, et habituellement en rapport avec l'abondance de l'éruption. Cette fièvre est en général rémittente, et suivant le docteur Gariel elle est constituée par une série d'accès dont chacun correspond à une poussée éruptive dans la période suivante. Telle est la période prodromique ou d'invasion. Sa durée moyenne est de 2 à 4 jours, le plus souvent elle n'en dure que 3. Je l'ai vue se prolonger pendant 9 et même 11 jours.

Pendant cette période le travail morbide exprime sa tendance à se localiser sur les téguments par la rougeur et la turgescence de la face, par la congestion de la muqueuse gutturale.

Dans la période suivante la localisation du travail morbide s'accentue davantage. Chaque poison a sa voie d'élimination. De même l'élimination des principes contagieux semble se faire, en partie du moins, par les émonctoires naturels. Je sais que l'opinion qui place les pustules varioliques dans les organes secréteurs de la peau et des membranes muqueuses est à peu près abandonnée aujourd'hui ; et cependant les apparences extérieures semblent lui donner raison. Sur les téguments des varioleux dans les varioles moyennes on voit souvent, à côté des follicules cutanés saillants mais sains, d'autres qui, sans offrir plus de saillie, sont injectés et congestionnés ; ceux-ci par des transitions insensibles et par un développement progressif nous conduisent à d'autres qui ont une vésicule au sommet. Plus loin se trouvent des pustules en pleine efflorescence, et dont la dépression ombilicale semble trouver une explication très-satisfaisante dans la résistance du petit conduit secréteur de la glandule cutanée. Dans les varioles moyennes on peut souvent suivre cette évolution ; et je conserve des doutes sur l'exactitude des études anatomiques qui renversent cette théorie. Dans les varioles moyennes, comme dans beaucoup d'autres éruptions cutanées, il n'est pas rare de voir les pustules se grouper en cercles ou demi-cercles ; il y a très-probablement une disposition anatomique qui commande cette forme, si caractérisée dans la rougeole, la roséole et plusieurs dermatoses syphilitiques.

Quoi qu'il en soit de cette question très-secondaire, mais sur laquelle j'ai voulu appeler en passant votre attention, l'éruption débute par la gorge et la face ; plus tard elle envahit la poitrine et les membres. Elle se manifeste sous forme de papules coniques, bientôt vésiculeuses au sommet, qui se transforment en pustules. Une secrétion plastique disposée à son origine par points contigus ou par anneaux concentriques forme la base de la pustule et baigne dans un liquide séro-purulent ; elle constitue l'élément principal des pustules du tégument muqueux et leur donne une couleur d'un blanc nacré.

Suivant l'abondance de l'éruption à la face, où elle offre pres-

(1) Suite. — Voir le numéro du 26 janvier 1871.

(2) M. Chauffard affirme, sans aucune preuve, il est vrai, que les principes virulents sont toujours liquides, et sans aucune forme déterminée.

que toujours son maximum de développement, on distingue la variole en discrète, cohérente, confluente.

Dans les varioles discrètes ou bénignes, la fièvre tombe après l'éruption; elle persiste dans les varioles confluentes ou graves.

De 4 à 7 jours après le début de l'éruption, celle-ci est arrivée à son évolution complète; si la fièvre s'était apaisée, elle se rallume, si elle avait persisté elle augmente; en même temps que la réaction générale s'exaspère, la réaction locale atteint son summum, quand elle n'est pas entravée par quelque complication ou par la malignité de la maladie. Les pustules sont turgescentes; leur ombilic disparaît dans les formes discrètes. Si elles sont nombreuses, elles s'accolent par leurs bords, les régions qui les supportent se tuméfient, et ce gonflement suivant la marche de l'éruption apparaît d'abord à la face, le jour suivant aux mains et plus tard aux pieds. Les glandes salivaires subissent le retentissement irritatif de la stomatite variolcuse, et la salivation, qui avait commencé avec l'éruption buccale devient très-abondante. Ce symptôme, auquel Sydenham attachait une grande importance au point de vue du pronostic, témoigne en effet de l'énergie réactionnelle de l'organisme, de la persistance de son harmonie fonctionnelle. Cette crise fébrile, qui a été appelée fièvre secondaire, fièvre de suppuration, dure de 24 heures à 2 et 3 jours; elle peut se prolonger au delà de ces termes; mais quand elle persiste pendant le dessiccation il faut soupçonner quelque complication.

Cet acte morbide constitue dans son ensemble la période d'éruption, qui a été scindée en deux par les anciens pathologistes. Ils ont fait une période distincte de la réaction secondaire et l'ont appelée période de suppuration.

Pour nous, la troisième période sera la période de dessiccation; les pustules se dessèchent, la dessiccation commence par leur centre; tantôt elles se couvrent en se rompant de croûtes melliformes, tantôt elles deviennent noires et cornées; d'autres fois leur disque se durcit au milieu de la pustule vide: ce sont les varioles siliqueuses. Sur les membres souvent elles se rident et s'excorient sans faire croûte. Ces croûtes finissent par tomber, laissant à leur place une dépression violacée dont la surface est quelquefois ulcérée, mais qui est habituellement le siége d'une desquamation furfuracée.

On a divisé les varioles en bénignes et en malignes.

Dans les premières, la maladie évolue d'une manière régulière; l'hygiène fait à peu près tous les frais du traitement, et s'il survient quelques complications, les indications qui en ressortent sont simples et faciles à remplir.

Mais trop souvent il n'en est pas ainsi; sous l'influence de conditions individuelles fâcheuses, ou sous l'action de causes générales, la marche de la maladie peut être modifiée; elle peut prendre un caractère de malignité, dont la forme et les traits saillants peuvent se montrer, à la même époque, chez un grand nombre de malades, et donnent à l'épidémie son cachet particulier, sa marque constitutionnelle.

Tantôt la dépression des forces, l'impuissance de l'organisme à réagir, sont le phénomène dominant: c'est la forme adynamique; tantôt l'altération profonde du sang se traduit par une tendance aux gangrènes et aux hémorrhagies: c'est la forme putride.

D'autres fois, le poison virulent amène dans les grandes fonctions nerveuses un trouble qui se traduit par l'incohérence des symptômes, par le désordre des fonctions intellectuelles, sensoriales et motrices, c'est la forme ataxique.

La malignité ou plutôt la gravité peut dépendre de certaines complications locales. Ainsi l'asphyxie consécutive au développement des pustules sur le larynx, accident que je désigne ordinairement sous le nom de *croup varioleux*, et qui avait déjà attiré l'attention de Rhazès, est une complication grave et qui peut entraîner la mort des varioleux.

Dans ces formes graves de la variole, après des prodromes violents et quelquefois de courte durée, l'éruption paraît ordinairement confluente. Après la poussée éruptive, la fièvre persiste; elle est accompagnée de délire, de tremblement, d'anxiété, de défaillance, parfois de mouvements convulsifs. J'ai observé une fois chez un homme des accidents cataleptiques; d'autres fois les malades sont assoupis, la voix est rauque ou éteinte; chez quelques-uns, la diarrhée remplace la constipation très-habituelle dans les formes bénignes. Au lieu de se développer, les pustules s'affaissent, les téguments qui les supportent se dépriment au lieu de se tuméfier; la peau de la face ardoisée, grisâtre, ressemble à du parchemin mouillé; l'épiderme fendillé se détache par lambeaux; la surface excoriée du derme est le siége d'un suintement sanguinolent, elle prend une coloration noirâtre; les lèvres sont tuméfiées et saignantes, la langue et les gencives fuligineuses, la bouche et toute la surface tégumentaire exhalent une odeur fétide; là où les pustules ne sont pas confluentes elles sont entourées d'un cercle violâtre, des pétéchies peuvent se montrer dans leurs intervalles. Les malades ne salivent pas, ce qui prouve que le simulus inflammatoire presque nul autour des pustules, n'est pas senti par la glande salivaire. L'absence de ptyalisme, si importante aux yeux de Sydenham, peut être comparée à cette indifférence que la bouche éprouve pour le mercure dans les péritonites purulentes, et dans d'autres affections pyogéniques.

La mort survient du neuvième au onzième jour ou dans les deux premiers jours de la troisième période.

A l'autopsie, on trouve le sang diffluent ou coagulé en gelée de groseille, des congestions passives et des ecchymoses dans les viscères, des pustules dans le larynx et les bronches, des pneumonies lobulaires; dans l'intestin, on observe aussi parfois une véritable éruption, indépendamment du développement morbide des follicules de Peyer et d'autres éléments secréteurs.

Je le répète, je n'ai pas voulu tracer l'histoire de la variole. J'en ai esquissé rapidement les traits saillants pour servir de cadre aux indications thérapeutiques.

(*A suivre.*)

L'INTOXICATION PURULENTE

Par M. Jules Guérin

(Mémoire lu à l'Académie de médecine.)

L'Académie a été sans doute frappée, comme moi, de ce résultat de la discussion sur l'infection purulente, que tous ceux de nos collègues qui y ont pris part sont à peu près tous restés en désaccord à l'endroit des points controversés. Il y a plus, c'est que quelques-uns d'entre eux ont varié dans le cours de la discussion, si bien que, vis-à-vis d'eux-mêmes, ils ne se sont guère montrés plus convaincus que vis-à-vis de leurs contradicteurs. Un tel résultat, qu'on ne saurait mettre sur le compte d'un défaut de savoir ou de talent, témoigne au plus haut degré de la difficulté du sujet et de l'extrême complexité des questions qui s'y rapportent.

Quoique arrivant un des derniers à prendre part à la discussion, je puis donc la considérer comme loin d'être épuisée; j'ai l'espoir, au contraire, que quelques faits nouveaux, quelques vues nouvelles, et surtout des convictions mieux arrêtées, parviendront peut-être à dissiper quelques incertitudes et à circonscrire le débat dans un cercle de questions plus immédiatement solubles.

§ I. — *Formule étiologique de la pyogénie.* — Mon point de départ est aussi net que précis. En possession depuis 1839 du fait expérimentalement démontré de l'organisation immédiate des plaies pratiquées à l'abri du contact de l'air et maintenues à l'abri de ce contact, et du même fait, incessamment confirmé par la pratique de la méthode qui en a été la conséquence, j'ai pu vérifier et compléter la notion des conditions qui préviennent ou provoquent le phénomène de la suppuration des plaies, ou qui le font varier, soit dans ses degrés, soit dans ses modes, soit enfin dans les diverses complications dont il est susceptible.

En conséquence de ce premier point de vue, il s'agit donc de déterminer d'abord, comme base fondamentale de la discussion à laquelle je vais me livrer, quelles sont les conditions étiologiques, quels sont les facteurs physiologiques du phénomène de la suppuration des plaies considérée dans toute l'étendue de son évolution; car, je ne saurais trop insister sur cette vérité, à savoir, que c'est de la notion de ces facteurs et des modifications dont ils peuvent être atteints que doit ressortir la notion du phénomène absolu de la suppuration et des diverses modifications dont ce phénomène est susceptible.

Or les conditions ou facteurs de la suppuration des plaies doivent être recherchés dans les conditions de la plaie exposée et dans les différents éléments qui la composent et s'y rapportent. Ces conditions sont de deux ordres: le premier, qu'elles soient soumises au contact de l'air ou subissent des impressions équivalentes de la part de substances que j'ai désignées dès longtemps sous le nom de *substances antipathiques*. Ce premier ordre de facteurs ou causes appartient à la catégorie des causes éloignées; ils se résolvent immédiatement dans un second ordre de facteurs appartenant, au contraire, à la catégorie des causes prochaines, telles sont: 1° une modification de la sensibilité et de la motilité des extrémités nerveuses et vasculaires épanouies à la surface de la plaie; 2° une modification chimique des liquides qui sourdent à cette surface, et cette surface elle-même dans la partie la plus superficielle; 3° enfin l'action de la pression atmosphérique s'exerçant directement sur l'aire des vaisseaux qui limitent la surface de section, c'est-à-dire, en résumé, *action organique, action chimique* et *action mécanique de l'air.*

Telle est la formule sommaire des éléments dans lesquels il faut chercher les facteurs étiologiques locaux de la pyogénie des plaies. Quoique cette formule soit exprimée dès longtemps dans mes écrits, il ne me paraît pas superflu de résumer ici les principaux développements à l'aide desquels je les rattacherai directement au phénomène de la purulence.

J'insisterai d'abord sur le caractère purement expérimental de l'action pyogénique de l'air. Cette action, niée ou au moins méconnue dans son caractère absolu, à l'époque où je l'ai établie expérimentalement, n'a jamais, malgré tous mes efforts, été comprise dans son véritable sens: c'est l'action d'une cause éloignée, c'est-à-dire n'agissant qu'au moyen d'intermédiaires et pouvant, par conséquent, être suspendue ou suppléée par d'autres causes éloignées du même caractère.

Ainsi il n'est pas vrai, comme on me l'a fait dire avec une insistance incroyable, que j'aie jamais prétendu qu'il suffise du contact accidentel, momentané, de l'air, d'une simple impression de l'air, pour engendrer la suppuration; j'ai toujours dit, au contraire, qu'il fallait que la plaie fût maintenue en contact avec l'air, qu'elle fût *exposée;* parce que, en effet, ainsi qu'on va le voir tout à l'heure, pour que l'action pyogénique de l'air puisse s'exercer, il faut que cette action ait le temps de mettre en jeu les conditions étiologiques directes et prochaines dans lesquelles elle se résout.

J'ai dit en second lieu que l'action de l'air, en tant que cause éloignée de la suppuration, peut être suppléée par d'autres substances ou causes équivalentes. Parmi ces dernières je citerai toutes sortes de corps étrangers: des débris de vêtements, des esquilles détachées, des portions d'os cariées ou nécrosées, des détritus organiques des produits pathologiques; la plupart des liquides excrémentitiels de l'économie: la bile, l'urine, la matière fécale, etc., toutes substances auxquelles j'ai donné le nom de *substances antipathiques*, pour exprimer qu'elles empêchent le travail d'organisation immédiate et provoquent la suppuration. Il n'est donc pas vrai non plus que, dans ma théorie de l'action pyogénique de l'air, j'aie considéré cette action comme absolue et exclusive de toute autre cause éloignée de suppuration.

Ce premier principe posé et dégagé des contradictions et des nonsens qu'on lui a prêtés, on peut partir comme d'une vérité incontestable que l'action continue de l'air sur la surface des plaies *exposées* est la cause première du travail de suppuration chez l'homme et la plupart des animaux supérieurs. La certitude absolue du fait de l'organisation immédiate des plaies sous-cutanées met cette conclusion à l'abri de toute contradiction.

Le mode d'action de chacune des causes prochaines dans lesquelles se résout l'influence pyogénique de l'air n'est pas moins indispensable à établir et à démontrer; car, de même qu'on avait détourné de son vrai sens l'action expérimentale du contact permanent de l'air sur les plaies exposées pour mettre en défaut la doctrine des plaies sous-cutanées, de même on n'a pas manqué de passer sous silence ou de défigurer l'action particulière de chacun des facteurs qui exercent directement leur influence dans l'action pyogénique de l'air.

1° *Action organique locale.* — Cette action, ai-je dit, consiste dans une modification irritative des extrémités nerveuses et vasculaires épanouies à la surface de section des plaies. Nier cette action, comme on l'a fait, c'est nier l'évidence, c'est nier ce qui est ressenti et accusé à l'occasion de la plus petite plaie que l'on expose et que l'on soustrait alternativement au contact de l'air; c'est nier ce qui est senti lorsque l'on conserve ou lorsque l'on enlève la pellicule de l'ampoule du vésicatoire, dont la présence ou l'absence révèle si incontestablement la présence ou l'absence de l'action de l'air.

Maintenant, si nous voulons pénétrer plus avant dans cette modification toute matérielle des extrémités nerveuses et vasculaires sectionnées à la surface de la plaie, nous dirons, avec la réserve d'une doctrine peu connue, mais pour nous dès longtemps établie, que cette action est un premier degré de la *paralysie organique*, dont le premier terme commence au resserrement spasmodique des parties, et le dernier aboutit à leur relâchement atonique complet. Je prie l'Académie de ne pas trop se révolter contre ces expressions, qui n'ont cours encore que dans mes ouvrages; mais je ne désespère pas de les faire accepter plus tard, en remplacement des mots plus accrédités, mais pour moi surannés, d'*irritation* et d'*inflammation*. Ainsi donc, première action de l'air sur les éléments sensibles de la plaie, action physiologique, caractérisée à son début par un excès de sensibilité et de contractilité organique des extrémités terminales des nerfs et des vaisseaux, et à son dernier terme par un relâchement atonique des mêmes extrémités; c'est, si l'on veut, le *strictum* et le *laxum* de l'ancienne doctrine de Thémison.

2° *Action chimique.* — J'ai dit dès longtemps qu'au sortir de leurs canaux, les fluides épanchés à la surface de la plaie s'y montrent dès l'abord sous des formes déjà modifiées et altérées; qu'ils y subissent successivement et progressivement un second ordre d'altérations, qui commencent par la coagulation et se terminent par la putréfaction. Cette double série de faits peut s'observer de la manière la plus évidente dans la succession des différentes phases de la sécrétion des surfaces vésicatoriales: sécrétion purement séreuse d'abord, sécrétion séro-albumineuse ensuite, et finalement sécrétion purulente, parfois putride, jusqu'au retour de la sécrétion cicatricielle, dont nous analyserons plus loin les transformations. Inutile d'ajouter que ces produits sécrétés et les affleurements des surfaces de section, sont secondairement tributaires de l'action chimique de l'air et en particulier de l'oxygène qui les oxyde.

Mais ce double résultat physiologique et chimique, qui se lie intimement à l'action organique, ne cesse pas de lui être subordonnée dans chacune de ses phases; les altérations que celle-ci éprouve, elle les imprime aux fluides épanchés: de sorte que les modifications et altérations *secondaires* de ceux-ci sont le résultat d'une action plus directe de l'air sur leur constitution chimique. En un mot, l'action organique modifie d'abord le produit sécrété et l'action chimique altère ensuite ce produit.

3° *Action mécanique.* — Inappréciée jusqu'ici par tous ceux qui se sont occupés de l'influence de l'air sur les plaies, cette action, pour n'être pas chimiquement liée à l'acte de la purulence, n'y intervient pas moins comme auxiliaire de certains phénomènes consécutifs à cet acte. A ce titre, l'influence de la pression atmosphérique n'en est pas moins incontestable et toute spéciale. Il suffit, pour le comprendre, de considérer que des orifices vasculaires, résultant d'une solution de continuité réalisée par la plaie, sont soumis directement à la pression de la colonne atmosphérique, laquelle agit sur les vaisseaux afférents en les empêchant de verser leur apport à la surface de la plaie, et sur les vaisseaux afférents, en précipitant leur déplétion et en provoquant d'autant la pénétration dans leur ouverture béante des matières qui les environnent et dans lesquelles ils baignent. C'est donc là une action double d'engorgement par empêchement et de résorption par excès de pression.

Telle est la triple action pyogénique directe et locale de l'air sur les plaies. J'ai dit action pyogénique, quoique je me sois borné jusqu'ici à l'analyse physiologique, chimique et mécanique de l'action de l'air réduite à sa phénoménalité la plus immédiate. Il me reste donc à montrer comment cette triple action est véritablement pyogénique.

Et d'abord, où trouver ailleurs le secret de cette génération? Y a-t-il entre elle et les trois facteurs résolutifs de l'influence de l'air quelque intermédiaire inconnu? Faut-il faire intervenir la réaction générale de l'économie, cette fièvre de suppuration qui a longtemps passé pour la génératrice infaillible et indispensable de la production du pus? Mais cette fièvre existe parfois sans suppuration, et parfois la suppuration se produit sans elle. Il n'est pas rare, en effet, d'observer, à la suite de violentes déchirures sous-cutanées, et parfois même après des opérations franchement sous-cutanées, de grande dimension, des accès de fièvres qui s'éteignent sans laisser de trace de suppuration dans la plaie. Par contre, que de suppurations sans fièvre, à commencer par certains abcès froids avec ou sans lésions osseuses et en finissant par certains épanchements purulents de la plèvre, dont aucun accès de fièvre n'a trahi la formation! La pyogénique. Ce travail, je le dis tout haut hardiment, est le produit de la sécrétion des surfaces traumatiques, modifiée par l'altération organique des extrémités sécrétoires; c'est du sang et de la sérosité, auxquels il manque certains éléments physiologiques de ces fluides, comme il manque, en vertu de certain degré de paralysie organique, certain degré d'activité physiologique aux vaisseaux qui les fabriquent et les versent. Cette considération purement théo-

rique s'approprie directement certaines observations toutes récentes sur la présence de nombreux leucocytes accumulés à l'orifice et autour des vaisseaux ouverts à la surface des plaies suppurantes. Que cette abondance de leucocytes soit, comme le prétendent MM. Cohnheim, Hayem et Vulpian, le rendez-vous par une sorte d'émigration de tous les globules blancs préalablement existants dans le sang, et que, comme le prétendent ces auteurs, ces leucocytes sourdent à travers les parois de ces vaisseaux, toujours est-il qu'ils se trouvent accumulés à l'extrémité des vaisseaux capillaires et que cette surabondance de globules blancs est précisément ce qui a caractérisé le mieux jusqu'ici la différence entre le sang normal et le pus physiologique. Quant à moi, je profite du fait constaté et vérifié par ces différents auteurs, et je m'en empare pour le considérer, non comme le résultat d'une émigration mal motivée, mais comme le produit et le caractère d'une sécrétion modifiée en proportion de la modification de l'organe sécréteur. Je puis d'autant mieux m'arrêter à cette explication que l'embarras causé dans la doctrine de MM. Cohnheim, Hayem et Vulpian par cette surabondance de globules blancs, auxquels on donne rendez-vous autour de la plaie, sans s'inquiéter de leur provenance ni de la raison de leur émigration, n'existe plus en présence d'une modification de l'organe sécréteur qui modifie le produit sécrété et le dépouille d'un de ses caractères physiologiques à son passage à travers la barrière physiologique qui lui fait obstacle. Hypothèse pour hypothèse, je ne donne la mienne que comme une tentative superflue, dépassant la notion suffisante de l'action pyogénique de l'air sur les extrémités vasculaires et nerveuses de la plaie.

Mais une notion non moins importante pour l'éclaircissement de l'action pyogénique de l'air considéré jusqu'ici dans sa totalité, c'était celle de savoir auquel des éléments chimiques dont il se compose il fallait attribuer la spécificité ou la simple prépondérance d'action dans l'acte de la pyogénie; en d'autres termes, l'air se compose normalement de quatre gaz: d'oxygène, d'hydrogène, d'azote et d'acide carbonique; de plus, il est l'excipient ou le véhicule de substances hétérogènes qui en altèrent la pureté. Auquel de ces gaz et de ces produits anormaux faut-il attribuer la plus grande influence dans la production du pus? J'ai résolu cette question dès longtemps; j'ai enfermé successivement des plaies dans des ballons remplis d'oxygène, d'hydrogène, d'azote et d'acide carbonique; et je puis considérer aujourd'hui, comme une vérité parfaitement établie, que l'air pur possède par lui-même et dans l'ensemble des éléments qui le constituent la propriété de faire suppurer les plaies exposées; et que, des gaz qui le composent, l'oxygène est celui qui lui donne cette propriété. Les autres gaz, quoique exerçant sur les plaies un amoindrissement de cette action, n'y restent pourtant pas tout à fait étrangers; ce sont en quelque façon des agents hétérogènes et indirects de la suppuration, dont l'action ne saurait être définie jusqu'ici autrement que par des nuances de degrés, nuances sur lesquelles j'aurai à m'expliquer plus tard.

Il n'en est pas de même des corps étrangers suspendus dans l'air. Ceux-là, d'un caractère mieux défini depuis les récents travaux de MM. Pasteur, Gautier et Hallier, peuvent être considérés, non comme des agents primitifs de la suppuration, mais comme lui imprimant des modifications résultant d'une sorte de fermentation, agissant d'abord sur le produit excrété et secondairement sur l'organisme par leur entrée en possession de ce dernier. Faut-il admettre avec M. Pasteur qu'à chaque fermentation correspond un ferment spécifique, d'où un produit également spécial et spécifique; ou bien avec M. Berthelot qui, supposant le concours de plusieurs ferments solubles ou insolubles, admet les transformations successibles des corps fermentescibles? Ce sont là autant de questions dont la solution importe peu jusqu'ici à la généralité du fait dont nous nous occupons, à savoir, l'hétérogénéité contingente de la purulence, hétérogénéité que nous ne faisons aucune difficulté de placer pour une part quelconque sous la dépendance de ferments répandus dans l'air. Mais l'Académie voudra bien le remarquer, nous disons pour une part quelconque, car je tiens en réserve des considérations et des actions étiologiques, à mes yeux bien autrement sûres et bien autrement importantes pour la connaissance et le traitement des modifications pyogéniques dont nous aurons à l'entretenir.

J'ai réservé comme dernier terme de la formule étiologique de la purulence et de ses modifications un élément peu ou mal considéré jusqu'ici: je veux parler de l'influence générale et spéciale de l'organisme. Au delà de toutes les modifications qu'il imprime aux éléments de la plaie et à ses produits; au delà de toutes les participations éventuelles des ferments répandus dans l'atmosphère, il est un facteur qui les domine tous, c'est celui qui s'en empare, qui les multiplie, en un mot qui leur imprime, comme à toute chose dont il s'empare ou qu'il subit, le cachet de son activité, de sa spontanéité et de sa spécificité. Cette proposition, qu'on croirait pouvoir se suffire à elle-même, en raison des bases immuables et de l'ordre le plus élevé que la science traditionnelle lui assure, trouve un nouvel appui dans la considération plus immédiate de la différence d'aptitude et de la diversité des humeurs, des tempéraments, des idiosyncrasies et des espèces animales par rapport au phénomène de la purulence. Ainsi que notre savant collègue M. Bouley l'a rappelé, il est de tradition vulgaire que les individus sont plus ou moins aptes à suppurer, et il est telle classe d'animaux, les oiseaux, par exemple, dont les plaies ne suppurent pas, et telle autre classe, comme les chevaux, chez lesquels la pyogénie trouve des facilités inverses. Il en faut donc conclure, et c'est à cela que je me borne jusqu'ici, que l'organisme intervient pour une grande part dans la formule des éléments généraux et modificateurs de la purulence.

Ainsi donc, me résumant, pour assurer la compréhension facile des déductions qui vont suivre, je dirai que la forme étiologique de la suppurence considérée dans sa généralité comprend six termes d'ordres et d'importance différents, mais dont l'existence matérielle est indéniable, à savoir :

1° L'action générale de l'air en tant que cause première, mais éloignée du phénomène;

Et comme causes prochaines :

2° L'action organique locale de l'air, comme modificateur de la nervosité et de la vascularité effleurant la surface de section des plaies, et, comme conséquence de cette modification, une modification adéquate des produits sécrétés;

3° L'action chimique de l'air modifiant secondairement les produits versés à la surface de la plaie, et cette surface elle-même dans sa portion la plus superficielle;

4° L'action mécanique de la pression atmosphérique comme obstacle à la sortie des produits excrétés et comme auxiliaire provocateur de la résorption de ces produits;

5° Les ferments atmosphériques comme modificateurs du travail et des produits de la purulence;

6° Enfin l'activité et la spontanéité de l'organisme comme complétant, multipliant et diversifiant l'action des facteurs de la purulence des plaies exposées.

Telle est la formule du travail pyogénique. Il ne faut pas la considérer comme une réunion d'éléments étiologiques agissant à un moment donné seulement de l'évolution de la pyogénie et des troubles dont cette évolution est susceptible; il faut la considérer, au contraire, comme tenant incessamment sous sa dépendance toutes les phases, toutes les époques de la purulence, depuis le premier moment de la plaie exposée jusqu'à la dernière heure, depuis la plus grande simplicité physiologique du travail sécréteur de la plaie, épanchement séreux, jusqu'à la plus grande diversité et complexité de ce travail, cicatrisation ou putréfaction et gangrène. Car si notre doctrine est destinée à représenter le phénomène de la suppuration dans sa plus grande généralité, elle n'exclut aucune des causes, aucune des influences intercurrentes que ce travail est susceptible de rencontrer dans l'évolution totale de la suppuration des plaies.

Cette formule de la purulence, dont tous les termes sont empruntés aux différents travaux que j'ai publiés depuis 1839, est destinée en outre à relier entre eux, dans une série étiologique non interrompue, les différents états compris dans les termes de *fièvre traumatique*, de *résorption purulente*, de *septicémie*, de *pyoémie*, d'*infection purulente*, d'*infection putride*. A cet effet, je le déclare d'avance, pour la plus facile compréhension de ce qui doit suivre, je mettrai en regard les différents termes de cette formule étiologique de la purulence modifiée ou pervertie, et les différentes manifestations correspondantes de la purulence normale ou pervertie; et ce, de façon à respecter l'ordre d'évolution des phénomènes et à assurer avant tout, à la manière dont je les conçois et les enchaîne, le caractère de réalité que des développements ultérieurs pourront éclairer, mais dont ils ne pourront ni faire méconnaître ni altérer la vérité.

(*A suivre.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 13 juin 1871. — Présidence de M. Wurtz.

Il n'y a pas de correspondance officielle.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE

Elle comprend : 1° Une lettre de M. Charles Martins (de Montpellier), par laquelle il remercie l'Académie de l'honneur qu'elle lui a fait en le nommant son associé national.

2° Une lettre de M. Pigeon, médecin des usines de Fourchambault, renfermant quelques considérations sur le rapport de la commission chargée d'indiquer les moyens de désinfecter les locaux affectés, pendant le siége de Paris, aux personnes atteintes de maladies contagieuses. M. Pigeon conclut que l'indication soit de l'acide phénique ou de tout autre antiseptique, soit de chlorure de chaux ou de tout autre désinfectant dans les locaux où séjournent des personnes atteintes soit de choléra, soit de variole, comme moyens préservatifs contre ces maladies, n'est pas rationnelle.

3° Une lettre de M. le docteur Logerais accompagnant l'envoi d'un rapport médical sur les eaux minérales de Pougues (années 1869 et 1870). (Comm. des Eaux minérales.)

M. LE PRÉSIDENT donne lecture d'une lettre de M. Leblanc fils, par laquelle il informe l'Académie que les obsèques de M. Leblanc auront lieu demain mercredi, 14 juin, à 10 heures précises.

M. LE PRÉSIDENT informe ensuite l'Académie qu'il y a lieu de déclarer trois vacances, l'une dans la section de pathologie chirurgicale, en remplacement de M. Oudet; l'autre dans la section de pharmacie, en remplacement de M. Robinet; la troisième dans la section d'anatomie et de physiologie, en remplacement de M. Poiseuille.

L'Académie consultée approuve. En conséquence, ces trois vacances sont déclarées.

M. GUBLER dépose sur le bureau le 2e volume des *Bulletins de la Société de thérapeutique*.

M. COLIN présente le 1er volume de la 2e édition de la *Physiologie comparée*.

M. LE PRÉSIDENT annonce la perte que l'Académie vient de faire dans la personne de M. le docteur Oltz, associé étranger à Christiania.

M. BOULEY invite MM. les chirurgiens, au nom de M. le docteur Celvez (de Manchester), à essayer d'une étoupe phéniquée pour le pansement des plaies.

Suite de la discussion sur l'infection purulente

La parole est à M. Jules Guérin.

M. JULES GUÉRIN lit la première partie d'un travail très-étendu, ayant pour titre : *L'intoxication purulente.* (Voir plus haut.)

La séance est levée à 4 heures et demie.

DOCUMENTS

POUR SERVIR A L'HISTOIRE DU MOUVEMENT SCIENTIFIQUE PENDANT LE SIÉGE DE PARIS (1).

27 NOVEMBRE

XLV. **Commission centrale d'hygiène.** — La commission ne recule pas devant des formules culinaires pour faire accepter un des éléments qui va entrer comme un des plus grands appoints de l'alimentation.

I. *Le riz.* — Pour utiliser le riz comme aliment destiné à remplacer plus ou moins complétement le pain, prenez un verre à boire plein de riz, mettez-en le contenu dans une casserole ou marmite, versez dans celle-ci un verre et un quart d'eau, couvrez le vase et mettez-le sur un bon feu; après une demi-heure, l'eau s'est complétement évaporée, le riz est cuit, tendre, mais sec, et tous les grains sont isolés et détachés de manière à ne pas faire pâte.

On a eu soin de mettre le sel en quantité convenable et on se garde bien de remuer les grains pendant la cuisson. Les riches et les gourmets laisseront encore le riz se dessécher un peu plus sur un feu doux, après l'avoir imprégné d'un peu de beurre, de graisse ou de lard.

Ce riz, tel qu'on le prépare dans les Indes orientales où il remplace le pain, est à la bouillie épaisse et indigeste que l'on mange en France ce que le pain lui-même est à la bouillie de farine.

Ce riz tendre, mais en grains isolés, ne peut, à cause de sa consistance, être avalé sans avoir été mâché. Il s'imprègne abondamment de salive qui est absolument nécessaire à sa digestion. Il en est de même pour le pain bien levé, sorte d'éponge qu'il faut nécessairement mâcher, imbiber de salive avant de l'avaler. C'est pour cela que la bouillie de farine et la bouillie de riz ne peuvent remplacer dans l'alimentation le pain et le riz cuit en grains à la manière orientale.

Nos soldats perdent en ce moment une grande quantité de riz en le transformant en une pâte également indigeste et répugnante qu'ils rejettent. Ils s'habitueront facilement au riz cuit en grains par le procédé si simple précédemment décrit.

Quand le riz est bien préparé, on en fait une excellente salade en le mélangeant avec beaucoup d'huile et de poivre, avec un peu de vinaigre et très-peu de sel.

II. *Les salaisons.* — Au moment où les salaisons entrent dans l'alimentation de la population, la commission centrale d'hygiène a pensé qu'il était utile de faire connaître au public la manière de traiter la viande salée avant de la faire cuire pour les divers usages domestiques. Voici les précautions qu'il est nécessaire de prendre :

1° Suspendre à l'aide d'un lien la viande salée que l'on veut consommer pendant six à huit heures, suivant le degré de salaison que l'on veut conserver, dans l'eau fraiche, et mieux, s'il est possible, la placer pendant le même temps dans un filet d'eau courante;

2° Faire cuire ensuite comme toute autre viande;

3° Si l'on veut obtenir une dessalaison plus complète, par exemple, pour faire du bouillon de bonne qualité, la viande doit être placée dans une marmite sur le feu, et au commencement de l'ébullition, il faut jeter cette première eau, la remplacer par une eau nouvelle, puis traiter le pot-au-feu, ou le ragoût, ou le bœuf à la mode, suivant les procédés ordinaires adoptés dans les ménages.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté du président du conseil des ministres, chef du pouvoir exécutif de la République française, rendu sur la proposition du vice-amiral ministre de la marine et des colonies le 5 juin 1871, ont été promus dans l'ordre national de la Légion d'honneur :

Au grade de commandeur : M. Walther (Charles), inspecteur-adjoint du service de santé, membre du conseil supérieur de santé de la marine; 34 ans de services effectifs, à la mer ou aux colonies. Officier du 4 mars 1862; services très-distingués pendant le siége de Paris.

Au grade d'officier : M. Sagnier (Romulus), commissaire de la marine, 31 ans de services effectifs, dont 6 à la mer. Chevalier du 13 août 1859.

M. Lantoin (François-Hilarion), médecin principal de la marine; 25 ans de services effectifs, dont 15 à la mer. Chevalier du 28 avril 1855.

M. Girard la Barcerie (Eugène), médecin principal de la marine; 27 ans de services, dont 14 à la mer. Chevalier du 12 août 1860. A dirigé l'ambulance divisionnaire de l'infanterie de la marine à l'armée du Rhin.

M. Bourgarel (Charles-Auguste-Adolphe), médecin de 1re classe de la marine, chirurgien-major du 4e régiment d'infanterie de la marine; 20 ans de services, 8 à la mer ou aux colonies. Chevalier du 30 décembre 1864. Services distingués à Sedan.

M. Cosquer (Jean-Nicolas-Gaspard), médecin de 1re classe de la marine, chirurgien-major du 2e régiment d'infanterie de la marine; 26 ans de services effectifs, dont 15 à la mer ou aux colonies. Chevalier du 9 mars 1859.

M. Jean (Augustin-Adrien), médecin de 1re classe de la marine, médecin-major du 1er régiment de marins-fusiliers; 17 ans de services effectifs, dont 10 à la mer. Chevalier du 5 août 1857.

Au grade de chevalier : M. Ricard (Jean-Baptiste-Marius-Augustin), médecin de 1re classe de la marine; 15 ans de services effectifs, dont 7 à la mer (2e armée de la Loire).

M. Grand (Pierre-Eugène), médecin de 2e classe de la marine; 17 ans de services effectifs, dont 12 à la mer.

M. Molle (Pierre-Léon), médecin de 2e classe de la marine, aide-major au 3e régiment d'infanterie de la marine; 10 ans de services effectifs, dont 4 à la mer.

M. Cousyn (Louis-Edouard), médecin de 2e classe de la marine, attaché au 1er régiment de marins-fusiliers; 7 ans de services effectifs, dont 3 à la mer.

M. Defornel (Jean-Baptiste), médecin de 2e classe de la marine, aide-major au 2e régiment de marche d'infanterie de la marine; 5 ans de services effectifs, dont 1 à la mer. (Armées du Rhin et de la Loire.)

M. Jacquemin (André-Emile-Henry-Marius-Bienvenu), médecin de 2e classe de la marine; 5 ans de services effectifs. (Siége de Paris).

M. Caillière (André-Nelcourt), médecin de 2e classe, aide-major au

(1) Voir le dernier numéro.

1er régiment de marche d'infanterie de la marine; 5 ans de services effectifs.

M. Aube (Honoré-Paul-Marie-Thérèse), médecin de 2e classe de la marine; 4 ans de services effectifs. (Siége de Paris.)

M. Rit (Jean-Baptiste-Joseph-Louis), médecin de 2e classe de la marine; 5 ans de services effectifs. (Siége de Paris.)

M. Gauthier, médecin. Ambulances vosgiennes à ses frais.

— Par un arrêté du président du conseil des ministres, chef du pouvoir exécutif de la République française, en date du 5 juin 1871, rendu sur la proposition du vice-amiral ministre de la marine et des colonies, M. Gestin (Robert-Hériste), médecin professeur, a été promu au grade de médecin en chef dans le corps de santé de la marine. Grièvement blessé à l'armée de Bretagne dont il dirigeait l'ambulance.

— Le conseil d'hygiène et de salubrité du département de la Seine près la préfecture de police, s'empresse de rassurer la population sur l'état sanitaire actuel de Paris, et de repousser les craintes que quelques personnes conçoivent à tort pour l'avenir.

Il n'existe en ce moment à Paris aucune épidémie. La petite vérole elle-même, ainsi que le conseil l'avait affirmé à l'avance dans un rapport spécial et rendu public, exagérée par des circonstances passagères, a cessé de régner épidémiquement. Les maladies aiguës mêmes sont très-rares, ainsi que le démontre suffisamment la situation des hôpitaux, situation sur laquelle il faut se baser toujours pour apprécier exactement la santé des populations.

Tout est donc à ce point de vue satisfaisant pour le présent. Les appréhensions qui se sont produites pour l'avenir sont basées sur cette pensée que des inhumations très-nombreuses ont été faites au milieu de la ville, dans des lieux publics que l'on désigne, en dehors des conditions sanctionnées par l'expérience et ordonnées par les règlements. Ces appréhensions sont absolument sans fondement. Si dans les premiers jours, en raison des événements terribles que nous traversions et des difficultés de tout genre dont ils étaient l'origine, quelques irrégularités ont en effet été commises, elles sont déjà complétement réparées; le transfèrement a été opéré, et ce service s'est fait depuis dans les conditions les plus normales et avec des soins exceptionnels.

Enfin, l'activité la plus grande a présidé à l'enlèvement de toutes les matières susceptibles de s'altérer et de donner naissance à des émanations miasmatiques (fumiers, ordures, liquides chargés de substances organiques, etc.), matières dont l'accumulation forcée eût pu exercer une regrettable influence.

On peut donc affirmer d'abord que Paris est en ce moment placé dans les conditions de santé publique et de salubrité les plus satisfaisantes, et en second lieu qu'on est complétement en droit d'en présager la persistance.

Le soin que le conseil a pris de partager entre ses membres les divers arrondissements de Paris et la surveillance incessante qui en résulte sont de plus sûrs garants de la rapidité avec laquelle toute cause d'insalubrité serait immédiatement écartée. (*Officiel.*)

— Le Bulletin hebdomadaire des décès pour la période du 3 au 9 juin, que nous publions ci-dessous, est le premier paru depuis que la publication de cet utile document a été interrompue, c'est-à-dire depuis l'invasion de l'Hôtel-de-Ville par l'insurrection. On y verra avec satisfaction que la mortalité par maladies régnantes y est extrêmement faible et qu'il ne reste même plus aucune trace des épidémies de variole et de fièvre typhoïde qui avaient tant élevé le chiffre de la mortalité pendant le siége. Quant au chiffre élevé des décès par *autres causes*, il s'explique naturellement par le nombre considérable de morts accidentelles ou par suite de blessures de guerre, qui ont dû avoir lieu à la suite des incendies et de la bataille de sept jours dans l'intérieur de Paris.

Variole, 4. — Scarlatine, 4. — Rougeole, 9. — Fièvre typhoïde, 26. Typhus, ». — Érysipèle, 4. — Bronchite, 30. — Pneumonie, 45. — Diarrhée, 21. — Dysenterie, 2. — Choléra, ». — Angine couenneuse, 3. — Croup, 14. — Affections puerpérales, 2. — Autres causes, 948. — Total : 1,159.

Celui de Londres donne les chiffres suivants, du 20 au 27 mai 1871 :

Variole, 257. — Scarlatine, 28. — Rougeole, 23. — Fièvre typhoïde, 8. — Typhus, ». — Érysipèle, ». — Bronchite, 95. — Pneumonie, 52. — Diarrhée, 12. — Dysenterie, ». — Choléra, ». — Angine couenneuse, 2. — Croup, ». — Affections puerpérales, ». — Autres causes, 924. — Total : 1,401.

— M. le docteur Fleury nous prie d'annoncer qu'après trois mois de captivité et cinq mois d'exil forcé, il est enfin de retour et a repris la direction de l'établissement hydrothérapique de Plessis-Lalande.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments ou autres objets).

Recueil de questions posées aux 5 examens de médecine et aux accouchements. 1 fr. 50 le volume. — Chez A. Delahaye, place de l'École-de-Médecine.

Du fonctionnement des ambulances civiles et internationales sur le champ de bataille, par J.-P. Bonnafont, médecin principal des armées, en retraite, membre correspondant de l'Académie impériale de médecine, etc. In-8. — Prix : 50 centimes.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

Le journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois. . . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 15 juin 1871.

CLINIQUE CHIRURGICALE

De l'ostéite aiguë chez les enfants et les adolescents

Par M. le docteur SÉZARY (1)

Pronostic. — A l'exemple de tous nos devanciers, nous dirons que l'ostéite aiguë de l'adolescence est une maladie grave, et par ses dangers immédiats, et par ses conséquences. Nous nous croyons autorisé, pourtant, par l'examen des faits que nous avons recueillis, à atténuer la gravité qu'on lui avait généralement donnée.

Le pronostic doit être établi séparément pour les deux formes. La première, qui s'accompagne des symptômes généraux adynamiques ou ataxiques des fièvres graves, fait courir aux malades les dangers les plus sérieux : c'est réellement avec raison qu'on en a fait un processus malin, analogue au phlegmon diffus profond, avec cette aggravation que le pus est encore plus profond, enfermé qu'il est sous le périoste, et souvent au centre même de l'os. Dans ce dernier cas, qui correspond à l'ostéo-myélite de Chassaignac, le pronostic sera le plus grave possible. Plusieurs auteurs n'hésitent pas à pronostiquer fatalement la mort, si l'art n'intervient pas ; mais les faits qui contredisent cette opinion absolue ne sont pas rares. La marche de la maladie a varié suivant les cas.

Sans compter la trépanation spontanée dont parle Chassaignac, sur laquelle, à la vérité, il faut peu compter, on a vu plusieurs fois les symptômes généraux disparaître peu à peu ; généralement alors se produit une nécrose plus ou moins étendue, pouvant aller jusqu'à atteindre la diaphyse entière. Il est vrai qu'alors ce sont des suppurations énormes, interminables, qui épuisent les malades par leur abondance, et produisent les phénomènes de l'hecticité, à cause de l'irrégularité des plaies et de la difficulté de l'écoulement du pus. Enfin, si le malade échappe à toutes ces causes de mort, si, après un traitement dont la durée se compte par des années, il est assez heureux pour voir ses plaies se fermer, ce ne sera qu'au prix de déformations énormes : arrêt de développement en longueur par ossification prématurée des cartilages temporaires, atrophie de segments de membres entiers, déformations au niveau des lignes épiphyso-diaphysaires, ankyloses des jointures voisines, plus ou moins complètes, rétractions tendineuses.

Si la maladie a revêtu la forme circonscrite, localisée, le pronostic sera plus favorable quant aux causes immédiates de mort ; mais, dans l'immense majorité des cas, elle aboutira à la nécrose partielle, où à l'ostéite chronique superficielle, maladies non dangereuses immédiatement pour la vie, mais pénibles par leur longue durée, débilitantes par la suppuration continuelle, sujettes à exacerbations toujours menaçantes, et pouvant persister jusqu'à un âge très-avancé. Assez souvent les plaies se fermeront, mais les récidives seront toujours à redouter. Du reste, il ne faut pas oublier que les exacerbations et que les récidives peuvent elles-mêmes être suraiguës et entraîner rapidement la mort.

En résumé : cas suraigus, mort fréquente, nécrose totale ou partielle, quelquefois guérison spontanée rare, avec déformations variées, passage à l'état chronique, interminable.

Cas aigus, mort rare, nécrose partielle presque constante, passage à l'état chronique, longue durée de l'affection : conséquences nombreuses et variées, suivant l'âge, le sexe des malades, le siége de l'ostéite.

Cas plus légers, guérison plus fréquente. Souvent guérison apparente, et abcès intra-osseux.

Traitement. — Dans les cas suraigus, où le fait dominant est l'étranglement, il n'y a pas à hésiter, et tous les auteurs sont d'accord sur ce point, il faut lever l'étranglement, et pour cela se hâter d'inciser jusqu'à l'os.

Faut-il attendre que la fluctuation soit manifeste ? Non, car c'est attendre que le pus ait fait irruption dans les parties molles, et c'est par conséquent courir les chances du phlegmon diffus, de l'arthrite suppurée, qui se produisent rapidement. Aussi, peut-on dire qu'il n'est jamais trop tôt pour inciser.

« L'incision faite jusqu'à l'os, dit Chassaignac, il faut observer le malade : si les symptômes généraux ne se calment pas, si le processus continue sa marche envahissante, il ne reste plus qu'une ressource, l'amputation. » Klose, Gosselin arrivent à la même conclusion.

Mais cette opinion est loin de rallier tous les chirurgiens.

Déjà Morven Smitt avait montré que la trépanation précoce, non-seulement était un excellent moyen de guérison, mais encore constituait un moyen héroïque de prévenir la nécrose.

Bœckel se rangea complétement à cette opinion, et mieux que le chirurgien américain, précisa les indications de la trépanation : « Dès que les symptômes généraux ont apparu, disait-il, il faut inciser jusqu'à l'os ; si deux ou trois jours après il n'y a pas d'amélioration, il faut trépaner. Et alors, s'il y a du pus dans le canal médullaire, cette opération remplit le même but que l'incision du périoste ; elle lève l'étranglement. »

Ollier est tout aussi explicite : « En cas d'ostéo-myélite, il faut pratiquer une trépanation qui donne issue au pus, et fait cesser l'étranglement, soulage le malade, et change la physionomie de l'affection. »

Nous avons décrit, à propos du diagnostic, les signes qui permettent de reconnaître la suppuration du canal médullaire, et qui, d'après l'étude des faits publiés n'ont jamais fait défaut, nous n'y reviendrons pas. Mais, admettons que l'on ait trépané, et que l'on ait rencontré une moelle non encore suppurée, n'aura-t-on pas nui au malade, et n'occasionnera-t-on pas précisément cette ostéo-myélite qui n'existait pas encore ? C'est l'objection que faisaient à l'opération de Morven Smitt, les auteurs du *Compendium*, ne trouvant pas dans son exposé des signes suffisants de diagnostic. Le chirurgien de Strasbourg a répondu à l'objection par l'observation des faits, et il a montré que, sur le même malade atteint d'ostéite des deux tibias, la trépanation avait arrêté le processus inflammatoire dans l'un des os, tandis que dans l'autre où l'on s'était borné à inciser le périoste d'emblée, il avait suivi sa marche envahissante aboutissant à la suppuration du canal médullaire, au décollement épiphysaire, et enfin à la suppuration de la jointure ; ce qui avait obligé d'amputer la cuisse.

Et, en terminant son observation si intéressante, il disait les regrets du chef de service, Schützenberger, de ne pas avoir suivi son inspiration, et d'avoir reculé devant la trépanation du second tibia, à cause de l'insuccès apparent de l'opération sur le premier.

Aussi en concluait-il que la trépanation remplit deux indications distinctes : celle d'évacuer le pus en cas de suppuration confirmée de la moelle, et celle bien plus générale de débrider le canal médullaire, d'arrêter les progrès du mal, et de faire perdre au processus son caractère envahissant et gangréneux, deuxième indication d'autant mieux remplie que l'opération est pratiquée plus près du début du mal.

Et il ajoutait que, par l'émission sanguine qui en résulte, elle exerce une action antiphlogistique énergique qui a bien son importance pour le traitement de l'affection (Laugier).

Enfin, troisième considération moins importante, mais qui a bien aussi son intérêt : elle permet par l'aspect de l'os de reconnaître l'existence et la profondeur de la nécrose.

Il indique l'emploi d'une petite tréphine pour les os ordinaires ; celui d'un perforateur pour les petits os, comme le péroné et le radius.

Nous nous rangeons complétement à l'avis de Bœckel et d'Ollier, et nous réservons pour les cas où le chirurgien, appelé trop tard, constate des désordres étendus aux parties molles et aux jointures, l'opération plus simple et plus expéditive, mais beaucoup moins conservatrice de l'amputation.

Et, ici encore, nous ferions des réserves qui nous sont inspirées par la lecture du livre d'Ollier. Il renferme en effet une observation bien intéressante d'ostéite suppurée suraiguë de l'extrémité inférieure du fémur, avec arthrite purulente du genou, décollement de l'épiphyse, suppuration fétide et gangréneuse, qui fut traitée, sur le refus du malade de se laisser amputer, par la résection du tiers inférieur du fémur. L'opération fut suivie d'un soulagement immédiat, et le malade vécut encore dix jours ; mais il mourut après avoir eu une hémorrhagie dans la plaie, et avec des symptômes d'épuisement que l'on peut à bon droit rapporter à l'état désastreux dans lequel il était entré à l'Hôtel-Dieu, plutôt qu'à l'opération en elle-même.

En tout cas, si ce fait, auquel manque la sanction du succès, n'a pas une valeur proportionnelle à son intérêt, il en est d'autres qui donnent singulièrement à espérer des ressources de la chirurgie conservatrice, nous voulons parler des faits de résection de l'extrémité supérieure de l'humérus, pratiquée avec succès par Vigaroux et White, dans des cas d'ostéo-arthrite chez des adolescents.

La circonstance de l'âge des malades permet de compter, plus que partout ailleurs, sur les avantages consécutifs de la méthode des résections sous-périostées.

Dans les cas où le processus ne dépasse pas les couches superficielles de l'os, ce que l'on reconnaît à l'amélioration qui suit le débridement des parties molles, y compris le périoste, on n'aura à remplir d'autre indication que celle de faciliter l'écoulement du pus par les divers moyens usités en pareil cas, contre-ouvertures, drains, lavages répétés avec des liquides désinfectants.

Le plus souvent, on aura à surveiller l'élimination de séquestres de nécrose ou d'ostéite, que l'on pourra favoriser suivant les règles connues dont nous n'avons pas à parler ici.

Comme traitement général, il est clair qu'on doit, dès le début, soutenir les malades par les stimulants et les toniques de toute nature. Nous ne sommes plus au temps où l'on tirait en huit jours 3 litres de sang à un enfant de 15 ans atteint d'ostéite suraiguë, et où l'on s'étonnait de voir le malade succomber malgré un traitement si énergique (1).

Est-il besoin d'ajouter que, si l'on assiste à la production de ces déformations juxta-épiphysaires que nous avons décrites au membre inférieur, il importe de mettre les malades dans des gouttières ou autre appareil qui permette, tout en le pansant, de pratiquer le redressement des os. Dans un cas de ce genre, Laroyenne, au moyen de compressions latérales convenablement disposées, fut assez heureux pour rétablir la forme normale du tibia.

Nous ne parlerons pas des moyens de remédier à la différence de longueur des membres inférieurs, si elle produisait une claudication trop gênante pour le malade. C'est là une question de prothèse qui perd de son importance dans les cas qui nous occupent, à cause de la position de fortune et des occupations de ces malades. La plupart des nôtres ne s'apercevaient même pas de cette différence toutes les fois qu'elle n'excédait pas 3 centimètres, ce qui est le cas le plus commun. Quelques-uns d'entre eux avaient cependant été forcés de prendre un état sédentaire, généralement celui de tailleur.

Si les cicatrices des fistules périarticulaires, ou un traitement mal dirigé pendant la période aiguë, ont amené de la gêne dans le mouvement des jointures, on pourra, par les divers moyens usités en pareil cas, leur rendre les mouvements plus libres. Il faudra, si l'on entreprend de le faire, les employer avec la plus grande prudence, et surtout attendre que la période des accidents aigus soit complétement terminée. Il existe dans la science des cas où des manœuvres imprudentes ont ravivé l'ostéite, et même en un cas amené la mort (2).

Le pied bot valgus, qui résulte de l'allongement du tibia, est généralement trop peu marqué pour exiger un traitement spécial. En un cas de ce genre pourtant, où le malade réclamait à tout prix la guérison de son infirmité, Delore obtint un résultat très-satisfaisant au moyen d'une opération hardie, qui consista à enlever à la partie moyenne du tibia un segment trapézoïde de cet os, et à rapprocher les deux fragments. Au moyen d'appareils à traction continue, on parvint à redresser complétement le pied, et six mois après le malade marchait convenablement.

Dans les cas plus légers, qui ne revêtent jamais la physionomie des cas suraigus dont nous venons de parler, on peut s'abstenir des incisions prématurées, et se contenter d'un traitement révulsif. Dans ces cas, Billroth, sur le conseil de Demme, et d'après son expérience personnelle, recommande chaudement les badigeonnages sur tout le membre avec de la teinture d'iode concentrée. Nous avons eu occasion de voir employer ce traitement sur un malade de Ollier ; c'est nous-même qui, désireux de contrôler les assertions de Billroth, nous en étions tout spécialement chargé. Nous avons rapporté son observation plus haut, et l'on peut voir que le résultat n'a pas été aussi satisfaisant qu'on pouvait l'espérer d'après le chirurgien de Vienne. La période aiguë s'est assez rapidement terminée, mais un mois après il fallut, à plusieurs reprises, ponctionner une collection sous-périostique renfermant un pus séro-huileux, et actuellement, six mois après le début de l'affection, le malade est en-

(1) Fin. — Voir les numéros des 7, 10, 12, 14, 17, 19 et 26 janvier 1871.

(1) Weir, in Chassaignac, *De la Suppuration*.
(2) *Bulletin de la Société anatomique*, 1853, p. 60.

core à l'Hôtel-Dieu, avec son bras immobilisé dans un bandage silicaté.

Enfin, les cas terminés par abcès intra-osseux ne réclament qu'un seul traitement curatif, la trépanation de l'os et l'évacuation du pus, tous les autres moyens médicaux et chirurgicaux ayant échoué. Bien entendu que nous n'entendons pas parler de l'amputation qui, sauf complications, ne peut être sérieusement proposée pour les cas de ce genre.

L'INFECTION PURULENTE

Par M. JULES GUÉRIN (1).

§ 2. — *Du pus.* — Qu'est-ce que le pus? Nous définissons le pus par un produit émanant directement du sang dont quelques-uns des éléments ont disparu et dont les autres ont été modifiés. Sur le porte-objet, le pus n'est qu'un composé de sérum et de globules blancs renfermant des granules. Jusqu'ici donc le microscope n'a abouti qu'à faire constater une identité presque complète entre plusieurs des éléments figurés du sang et du pus. Les globules blancs du pus et du sang sont aujourd'hui considérés par la plupart des auteurs comme identiques, ainsi que les dernières recherches précédemment rappelées de MM. Cohnheim, Hayem et Vulpian en témoignent. Ces recherches, bien autrement significatives au point de vue physiologique, nous montrent encore que c'est du sang lui-même, et non de cette prétendue prolifération cellulaire, que naissent les nombreux globules blancs qu'il renferme. Dans la succession des phases de la purulence, il se présente d'ailleurs des états du pus, surtout avant la période où il arrive à être en complète possession de ses attributs, et après cette période, il se présente, dis-je, des états dans lesquels il touche, par ses caractères extérieurs et sa composition, plus au sang qu'au pus. Or dans ces deux conditions extrêmes, dira-t-on qu'il a sa source ailleurs que le pus constitué et que celui-ci tire ses éléments d'une source différente de celle qui alimente son commencement et sa fin? Il est donc plus logique de rechercher, de préciser en quoi cette transformation consiste et quelles en sont les causes et le mécanisme, que de s'arrêter à une de ses phases, prise pour le phénomène tout entier. Eh bien, en suivant cette voie d'observation toute physiologique, on arrive donc à un fait qui, pour être d'une constatation facile et presque vulgaire, n'en a pas moins la plus grande portée : je veux parler de la disparition graduelle de la fibrine dans le pus de formation récente, et de sa réapparition également graduelle dans le pus qui touche à la période de cicatrisation des plaies. Ainsi voilà un caractère auquel on ne s'était pas arrêté jusqu'ici. Et cependant, considéré dans son origine et la succession de ses phases, quelle signification n'acquiert-il pas? A sa période initiale, la sécrétion purulente n'est encore qu'une sérosité lactescente conservant la plupart des éléments du sang, mais déjà à peu près dépouillé de toute trace de fibrine; plus tard, lorsque le pus acquiert toutes les qualités et tous les éléments de sa composition normale, la fibrine y fait complétement défaut; enfin, lorsque le pus tend à reprendre les caractères et les fonctions d'un liquide réparateur, la fibrine y reparait pour jouer le rôle attribué de temps immémorial à ce qu'on est convenu d'appeler la lymphe plastique. Le pus ainsi considéré n'est donc et ne peut être que le sang lui-même privé de fibrine et modifié dans ses autres éléments de moindre importance. Mais à quoi tiennent cette défibrination du sang et les modifications que subissent ses autres éléments, si ce n'est à la modification physiologique des organes nerveux et vasculaires dont ils émanent? Peut-être la pression atmosphérique n'est-elle pas étrangère à la rétention de la fibrine dans les canaux qu'elle obstrue et ajoute-t-elle ainsi son action à celle de la paralysie organique. Ainsi s'expliquerait la turgescence des parties dites enflammées, et que nous disons, nous, le siége d'un degré quelconque de la paralysie organique.

Qu'à cette composition du pus, ainsi considérée comme une sorte d'amoindrissement et de modification de la constitution du sang, viennent s'ajouter les débris du travail de la dénutrition, rien ne s'y oppose; c'est la dénutrition elle-même qui continue parallèlement avec le travail pyogénique et qui mêle sa décharge aux produits de ce dernier. Il n'y a donc pas lieu de contester ce mélange, si ce n'est que la présence dans le pus de ces débris ne doit pas lui faire perdre le caractère de sa véritable origine.

Ainsi considéré, le pus nous met à l'aise pour nous rendre compte des circonstances où il se comporte successivement comme un véritable produit physiologique de l'économie, et comme ce même produit subissant toutes les altérations dont la causalité pathologique le rend susceptible.

Il y a donc un pus physiologique. Quel est-il? d'où naît-il? à quels caractères se reconnaît-il?

Le pus physiologique est celui qui se produit hors du contact de l'air, qui naît *sans aucune complication spécifique* et qui peut être résorbé sans accident, qui peut être impunément mêlé au sang, circuler avec lui, et qui témoigne en un mot, par l'innocuité de sa présence dans le sang, qu'il n'en est qu'un amoindrissement, qu'une ébauche régressive. Or les circonstances où ces faits ont été observés sont aussi nombreuses qu'incontestables. Il n'est pas un chirurgien qui n'ait vu apparaître des abcès froids, des abcès par congestion chez des sujets ayant l'apparence d'une parfaite santé et chez lesquels aucun trouble fonctionnel n'avait trahi la formation de la collection purulente. Or bon nombre de ces abcès continuent à se développer au milieu du plus grand calme physiologique. D'autres, nés comme à l'improviste, disparaissent de même. Tous les auteurs ne parlent-ils pas de ces abcès qu'on avait résolu d'ouvrir et qu'on a trouvés disparus le jour fixé pour l'opération? Quant à moi, j'ai constaté un nombre infini de fois, sous l'influence de purgations quotidiennement répétées et des cautérisations ponctuées, la disparution spontanée d'abcès par congestion caractérisés. Ce fait, je l'ai surtout observé après une première ponction évacuatrice. Le pus de nouvelle formation semble plus en rapport avec le sang, auquel il se mêle impunément. A ces faits, mille et mille fois constatés, on a objecté une impossibilité théorique : on a allégué le défaut de rapport entre le diamètre des globules purulents et le diamètre du calibre des vaisseaux absorbants; et l'on a ajouté que la résorption, si elle avait pu s'exercer, ce n'avait été que partiellement et aux dépens des éléments séreux du pus. Ces sortes de résorptions partielles existent parfois en effet, mais on en peut constater la réalité exceptionnelle par l'épaississement de la portion non résorbée du pus. Dans les cas de résoption totale, il ne reste aucune trace des abcès, et il faut bien admettre que, dans ces cas, ou bien les vaisseaux se sont dilatés, ou bien les globules se sont prêtés à la circonstance, ou bien qu'ils ont subi une modification de forme, une sorte de décomposition ou de digestion de la part des organes absorbants, modification et décomposition qui leur ont permis d'entrer dans le torrent de la circulation.

On ne sait pas grand'chose jusqu'ici de la fixité ou de la mutabilité du volume et de la forme des globules purulents et autres. Lorsqu'on les examine sur le porte-objet, on oublie de considérer qu'ils sont exposés à une température constante et presque toujours différente de celle de l'économie; on oublie surtout qu'ils sont soumis à une pression uniforme et différente de celle qui les environne au sein de l'organisme. Pour moi j'ai quelque raison de croire que les globules du pus, comme les globules du sang, sont susceptibles de varier de forme et de volume, suivant les milieux où ils se trouvent.

Il y a plus de trente ans que j'avais confié à Georges Oberauser la construction d'un microscope susceptible de faire voir les objets dans des milieux à différentes pressions, depuis le vide complet jusqu'à une pression de plusieurs atmosphères. La difficulté de maintenir fixes chacun de ces états nous a fait retarder indéfiniment l'achèvement de l'instrument; mais les observations d'essai ont suffi pour faire constater sous différentes pressions la mobilité et la mutabilité des éléments globulins du sang et autres.

Voilà des faits et des raisonnements qui nous semblent établir, de la manière la plus positive, l'absorption et le passage dans le sang d'une certaine quantité de pus non altéré, sans manifestation aucune de symptômes pathologiques. A ces faits et à ces explications, on a objecté des expériences sur les animaux et des raisonnements. Bon nombre d'auteurs affirment avoir provoqué une réaction fébrile en injectant du pus pur dans les veines et le tissu cellulaire de certains animaux; d'autres ont reproduit l'objection de Bérard, se fondant, pour nier la possibilité de l'absorption du pus en nature, sur la disproportion existante entre le volume des globules du pus et le diamètre des vaisseaux capillaires. Déjà quelques personnes ont infirmé la valeur de ce raisonnement et des expériences alléguées, en faisant voir que dans ces expériences le pus employé comme du pus exempt d'altération n'offrait aucune garantie sérieuse de pureté, et qu'au contraire dans plusieurs cas, il était évidemment altéré. A cette objection bien fondée, on peut en ajouter d'autres non moins puissantes. Ainsi dans les diverses expériences invoquées :

1° On a employé du pus humain chez des animaux d'une organisation différente;

2° On a employé du pus qui avait subi plus ou moins longtemps le contac de l'air;

3° On a employé indistinctement du pus provenant de parties enflammées ou fourni par des plaies exposées;

4° Dans plusieurs expériences on a mêlé de l'eau au pus; or j'ai montré que les injections d'eau distillée dans les abcès froids vidés ont pour effet de reproduire du pus altéré;

5° On a injecté la plupart du temps du pus directement dans la veine jugulaire ou la veine crurale, ou dans le tissu cellulaire et en pratiquant une plaie non sous-cutanée.

Ces expériences ne réalisent donc aucune des conditions des faits dans lesquels le pus physiologique a été résorbé spontanément en nature sans accident aucun.

En raison de ce qui précède, il est donc permis de conclure que le pus physiologique peut être résorbé en nature, sérum et globules, et que celui qui peut être ainsi résorbé et mêlé au sang, sans accompagnement de symptômes morbides, est bien un pus physiologique, se rapprochant le plus du sang, au sein duquel il peut retourner et circuler impunément.

Ce point de départ était nécessaire pour montrer tout à la fois que la formation du pus n'est pas subordonnée à la fivre traumatique ni à la fièvre dite de suppuration, et que cette fièvre, dans les circonstances où elle semble liée au travail pyogénique, n'en est qu'une complication sur laquelle nous nous expliquerons tout à l'heure. Il n'y a pas de circonstance où ce dédoublement soit plus facile et plus significatif qu'à la suite de l'accouchement avant l'apparition de ce que l'on est convenu d'appeler la fièvre de lait. L'Académie n'a pas oublié l'orageuse contradiction que j'ai rencontrée lorsque j'ai comparé pour la première fois la plaie utéro-placentaire tour à tour à une plaie sous-cutanée et à une plaie exposée. Or lorsque le retrait utérin rapproche, fronce et ferme tous les orifices vasculaires de la face interne de l'utérus, la plaie placentaire acquiert tous les caractères de la plaie sous-cutanée; mais avant l'accomplissement de cette transformation, les lochies commencent à couler avec le caractère d'un pus ébauché, d'un pus de transition, et à l'évolution duquel aucun accident fébrile n'a présidé; car il n'est pas rare que la fièvre dite fièvre de lait fasse défaut, bien que les lochies se manifestent. Lorsque la fièvre s'allume, c'est la fièvre traumatique qui, dans cette circonstance toute spéciale, ainsi qu'on le verra plus loin, donne la clef et la signification de la fièvre traumatique des grandes plaies exposées.

Le travail pyogénique ainsi dégagé des complications auxquelles on l'avait subordonné, ainsi simplifié, n'est plus que l'expression de la modification physiologique, que nous avons dit consister dans un premier degré de la paralysie organique. Sous l'influence de la mortification d'une portion du squelette et sous l'influence des parties nécrosées ou cariées, la plaie résultant de la formation des séquestres et provoquée par leur présence se trouve dans la condition des plaies exposées. Ici les séquestres ont agi comme l'air; ils ont été, par eux-mêmes ou par l'intermédiaire de la paralysie organique qui les a déterminés, les causes éloignées de la suppuration; avec cette différence que, s'ils ont provoqué, comme l'air, la modification organique des organes sécréteurs, ils n'en ont pas altéré chimiquement les produits.

Tel est donc le fait de la formation du pus, dégagé de toutes ses complications et obscurités et ainsi réduit à sa plus simple expression. Ajoutons une dernière fois, tel est le pus physiologique, le pus le plus rapproché du sang, dont il n'est qu'une simple transformation.

§ III. — *Altérations du pus.* — La chimie n'étant pas assez avancée pour nous rendre compte des diverses altérations et transformations dont le pus est susceptible, force nous est de nous adresser à d'autres voies. Ces voies sont directement : l'observation physique, l'appréciation des sens, la vue, l'odorat, et indirectement l'expérimentation et l'observation clinique, c'est-à-dire les réactions organiques qui peuvent résulter de ces diverses altérations.

Posons en fait que tout pus exposé pendant quelque temps, qu'il soit accompagné de fièvre ou non, est déjà du pus altéré. Pour le prouver, il suffit de rappeler ce qui arrive lorsqu'on ouvre un abcès ancien par la méthode directe. Cet abcès et ce pus, si longtemps inoffensifs, provoquent, dès leur exposition, un appareil de symptômes inutiles à énumérer, mais qui contrastent singulièrement avec le calme inoffensif et persistant, quelquefois pendant des mois entiers, de l'abcès et du pus sous-cutané. Que s'est-il passé pour opérer un aussi brusque changement? le contact de l'air a suffi pour faire ce que nous avons dit au début : il a modifié l'organe et altéré le produit. En pénétrant dans le foyer, il en a stimulé anormalement les affleurements vasculaires et nerveux; et, par son contact avec le pus, il en a fait un produit pathologique d'un produit physiologique. Quelques personnes, imbues d'anciennes pratiques, sont encore disposées à ne voir dans ce double fait qu'un résultat de l'inflammation qui se propage de l'ouverture extérieure aux parois de la collection; mais il suffit de faire remarquer que lorsque l'on a soin de pratiquer l'ouverture extérieure suivant les règles de la vraie méthode sous-cutanée, c'est-à-dire à l'aide d'un large pli qui éloigne d'autant cette ouverture de l'ouverture intérieure, la première par un défaut d'occlusion ou de soins suffisants, a beau s'enflammer et suppurer, l'inflammation ne dépasse jamais le point où elle siége : quelle que soit sa dimension, elle y reste confinée. C'est donc bien au contact de l'air qu'est dû le changement qui s'est opéré et dans le pus et dans son réservoir. Une dernière difficulté a été soulevée pour savoir si c'est bien le pus lui-même ou les parois du foyer qui reçoivent l'atteinte de l'action de l'air, et si l'altération de l'un n'est pas le contre-coup de l'autre. Toutes ces questions ont été examinées en temps. Il est de notion vulgaire que l'air agit comme agent de décomposition sur tous les produits organiques, et le pus n'y fait pas exception. Mais une expérimentation plus précise m'a permis de mettre ce fait hors de doute. Du pus renfermé dans des bocaux, mis en communication avec de l'air pur, a subi, quoique beaucoup plus lentement que sur le vivant, à cause de la différence de température et sans doute aussi à cause de l'absence d'autres éléments fournis par l'organisme, toutes les altérations depuis sa décomposition moléculaire jusqu'à sa putréfaction, putréfaction qui est aussi le dernier terme des altérations du pus chez l'homme malade. Quant à l'influence de l'air sur les parois du foyer purulent, c'est un cas particulier de la grande loi de l'influence de l'air sur toutes les plaies exposées. Je fais cependant ici une réserve, qui aura son importance ailleurs: c'est qu'en isolant la condition de l'altération du pus de celle de l'altération de son foyer, on diminue singulièrement les effets de la première, ce qui prouve le double effet des deux altérations simultanées lorsqu'elles existent, comme après l'ouverture d'un abcès par congestion dont on a extrait la plus grande partie du liquide.

Ce premier fait de l'altération de tout pus exposé constitue en quelque façon la doctrine absolue de l'action dissolvante de l'air sur le pus. Or il s'agit surtout, dans ce fait, du pus envisagé d'une manière abstraite; du pus isolé de la plaie, du pus considéré indistinctement dans ses divers éléments réunis, du pus, enfin, à son état de sécrétion normale et à son maximum de développement. Mais les altérations dont le pus est susceptible diffèrent dans leurs *modes* et leurs *degrés*. Sous l'influence des éléments étiologiques indiqués dans notre formule, nos 5 et 6, c'est-à-dire sous l'influence de ferments atmosphériques et sous l'influence de l'activité de l'organisme, en possession lui-même d'éléments d'impureté spécifique, le pus est susceptible de subir diverses altérations d'un caractère différent. Enfin, quel qu'il soit, ce mode d'altération est réalisable à tous les degrés, depuis la plus imperceptible apparence constatable à la vue ou à l'odorat jusqu'à la décomposition putride la plus complète. Or dans ces divers états, c'est moins à la chimie qu'à l'organisme lui-même qu'il faut demander le réactif propre à déceler et à faire apprécier la nature et le degré de cette altération. Ajoutons qu'arrivé à son développement complet, le liquide purulent est différent de ce qu'il est aux deux phases extrêmes de son évolution, et les modifications chimiques que lui fait subir l'air à ces deux phases existent tout aussi bien, quoique différentes, que dans sa période d'état. Ajoutons enfin qu'à la première période de sa pyogénie, les parties les plus superficielles de la surface de section, frappées de mort, se détachent pour se mêler aux liquides fournis par la plaie. C'est ce dont nous avions déjà tenu compte en faisant remarquer, à l'occasion des changements immédiats opérés dans les liquides versés à la surface d'une plaie récente, que ces changements ouvrent la scène des altérations chimiques provoquées par le contact de l'air. Or ces changements n'ont pas pu exister sans réaliser comme le premier terme d'une altération dont la décomposition du pus est nécessairement le second. Mais comme le pus des plaies n'est lui-même qu'une transformation plus avancée des premiers liquides excrétés par la plaie et déjà modifiés eux-mêmes, on peut, pour ne pas établir entre les différents degrés de cette transformation une solution de continuité arbitraire, on peut, dis-je, les considérer comme un seul et même fait exerçant, à des périodes différentes et à des degrés différents, une influence locale et générale variant suivant ces périodes et ces degrés, mais une et identique dans son essence. Or quelle est cette influence locale et quelle est cette influence générale?

Localement, le contact des liquides altérés produit deux effets sur les éléments sensibles, vaisseaux et nerfs de la plaie : le premier, c'est, suivant la nature de l'altération, ou de maintenir ou de faire cesser *le strictum* des orifices vasculaires et par conséquent

(1) Fin. — Voir le dernier numéro.

de les oblitérer ou de les ouvrir; le second effet, c'est de devenir des causes incessantes et incessamment plus actives de sursécrétion anormale et purulente. Le contact du pus provoque le pus. Ce qui arrive lorsqu'une goutte de pus introduite dans le tissu cellulaire provoque la formation d'un abcès, se répète tout aussi bien à la surface de la plaie. Or, en même temps que les orifices des vaisseaux afférents, ainsi stimulés, continuent à verser en abondance de nouvelles quantités de liquides purulents ou pseudo-purulents qui se mêlent au pus préexistant, les vaisseaux efférents, par la continuité de l'acte circulatoire, ne cessent de se remplir, et ils se remplissent du liquide au milieu duquel ils baignent. Ce liquide, sous l'influence de la pression atmosphérique, s'insinue incessamment dans les canaux ouverts, et y porte tous les éléments dont il se compose, à moins toutefois que les extrémités vasculaires absorbantes ne soient encore dans l'état de resserrement (strictum) caractérisant la première période de la paralysie organique, auquel cas l'absorption n'aurait lieu que par imbibition ou endosmose. Je suis très-disposé à admettre cette phase ou condition de la plaie pour expliquer les cas de non-résorption du pus à cette période. Toutefois l'effet contraire me paraît être l'état le plus général, c'est-à-dire celui où le contact du pus altéré réalise le second degré de la paralysie organique, c'est-à-dire le relâchement, le *laxum* des extrémités vasculaires absorbantes et par conséquent leur ouverture permanente.

Il y a donc là, si je ne m'abuse, dans toute plaie suppurante un double mouvement non interrompu d'apport et de transport, et par conséquent une pénétration incessante du liquide purulent sécrété et versé à la surface des plaies; pénétration qui porte au loin, dans le torrent circulatoire, ce qui n'était primitivement qu'à la surface de la plaie. Pour que ce fait capital soit indéniable, je ne résiste pas à lui donner une nouvelle base, quoique ce que l'on sait de l'absorption à la surface des plaies et ce que l'on peut induire du fonctionnement général de toute surface absorbante soit suffisant pour établir la réalité du commerce que j'ai dit exister entre les liquides versés à la surface des plaies et l'appareil circulatoire tout entier. Voici donc un supplément de preuves irrécusables.

On savait depuis Barry que la pression atmosphérique pouvait exercer une certaine influence sur l'absorption. Une ventouse appliquée sur un point de la peau inoculé par la vaccine ou autre agent virulent a pour effet de suspendre la pénétration de cet agent. La science en était restée là : lorsque, par suite de mes expériences sur la raréfaction des cavités closes, sous l'influence des déplacements des organes qu'elles confinent, je crus voir que le corps tout entier pouvait être considéré lui-même comme enfermé dans une cavité close, dont la peau est la circonscription extérieure. Il résultait de ce point de vue, que tous les organes périphériques, séparés de la peau par la couche du tissu cellulaire sous-cutané, pouvaient, dans les mouvements inspiratoires et autres mouvements de totalité, réaliser au sein de ce tissu des espaces mobiles à tension moindre que la tension atmosphérique; d'où un appel incessant de l'extérieur à l'intérieur pour balancer la différence de pression des deux milieux. Si cette considération était fondée, une simple expérience devait la mettre hors de toute contestation. C'est ce qui eut lieu en effet. Je pratiquai à la surface du derme dorsal de deux lapins une même érosion. Chez l'un des deux lapins je fis une insufflation sous la partie de la peau correspondante d'une certaine quantité d'air, de façon à soulever la peau et à former avec elle une large ampoule. Chez l'autre lapin je ne fis aucune insufflation. Les choses étant ainsi disposées, je déposai à la surface de chaque plaie une goutte d'acide hydrocyanique. Le lapin sans ampoule tomba immédiatement comme foudroyé; le lapin avec l'ampoule continua, au contraire, comme si de rien n'était, à marcher, sauter, courir, pendant plus d'une heure. Après cette épreuve, je débarrassai son tissu cellulaire de l'air que j'y avais introduit, et une nouvelle goutte d'acide prussique le foudroya, comme le lapin précédent. Cette expérience, que j'ai répétée bon nombre de fois, mais que je n'ai jamais publiée, m'a permis d'établir que l'absorption sur le mécanisme de laquelle la physiologie en est encore aux conjectures, est véritablement l'effet de la pression atmosphérique agissant sur des surfaces doublées d'espaces à tension moindre que la tension ambiante. Or, en appliquant cette donnée toute expérimentale au mécanisme de l'absorption des liquides répandus à la surface des plaies, on ne saurait méconnaître que cette absorption doit être constante, non interrompue, et qu'elle établit, comme je l'ai dit, un échange continuel entre les produits locaux de la plaie et le torrent circulatoire qui reçoit et alimente tour à tour ces produits.

La conséquence première et immédiate de cet ordre de faits, c'est que les liquides produits et versés à la surface de la plaie, aussi bien que ceux qui y stagnent, de quelque nature qu'ils soient, à quelque degré d'altération qu'ils se trouvent, pénètrent incessamment dans l'organisme et y introduisent les éléments morbides dont ils sont imprégnés. Ici commence donc la série des réactions pathologiques que l'observation particulière a morcelées, mais que l'observation étiologique réunit, enchaîne, coordonne et explique.

DOCUMENTS

POUR SERVIR A L'HISTOIRE DU MOUVEMENT SCIENTIFIQUE PENDANT LE SIÉGE DE PARIS (1).

28 NOVEMBRE

XLVI. **Légion d'honneur.** — Par décret en date du 26 novembre, ont été nommés ou promus dans la Légion d'honneur :

Au grade d'officier : MM. Baizeau, médecin principal de 1re classe, chevalier du 25 juin 1859; 30 ans de service, 13 campagnes. — Masse, médecin principal de 2e classe, chevalier du 16 avril 1856; 31 ans de service, 14 campagnes. — Boyreau, médecin major de 1re classe, chevalier du 15 juillet 1859; 31 ans de service, 12 campagnes. — François, médecin major de 1re classe, chevalier du 13 août 1859; 31 ans de service, 5 campagnes.

Au grade de chevalier : MM. Halbron, médecin major de 2e classe; 20 ans de service, 6 campagnes. — Boyer, médecin aide-major de 2e classe; 7 ans de service, 2 campagnes. — Fetsch, pharmacien de 2e classe; 20 ans de service, 10 campagnes.

XLVII. **Alimentation publique.** — Malgré l'arrêté de réquisition, en date du 3 novembre courant, qui a été notifié aux mairies des vingt arrondissements et aux boucheries libres de cheval existant à cet époque, par ordre du ministre du commerce, la quantité d'os recueillie pour le compte de l'administration dans les boucheries, fourneaux économiques et cantines municipales depuis plusieurs jours est insignifiante.

En conséquence, MM. les maires sont invités à vouloir bien désigner, dans chaque arrondissement, trois ou quatre lieux de dépôt, où les particuliers pourront venir vendre, à raison de 2 fr. 50 c. les 100 kilos, les os en quantité quelconque, si minime qu'elle soit, brisés ou non, qu'ils auront mis en réserve dans leurs ménages.

L'administration compte sur la bonne volonté de la population parisienne pour seconder une entreprise qui touche au grand intérêt de l'alimentation publique.

XLVIII. **Voyage autour de Paris.** — Théophile Gautier publie aujourd'hui quelques croquis.

Bouts de croquis. — Quand ils se promènent, les peintres ont l'habitude de porter dans leur poche un petit album sur lequel ils prennent leurs notes. Les notes d'un peintre consistent en quelques coups de crayon rapides qui fixent un mouvement, une attitude, un galbe, la ligne principale d'une figure ou la silhouette d'un objet. Pour qui sait lire ces hiéroglyphes, rien de plus significatif et de plus intéressant. Quoique aux yeux vulgaires ils présentent l'aspect d'un gribouillis confus, on y trouve toujours le trait caractéristique, l'accent de nature, la vérité inconsciente du geste pris sur le fait, et cet imprévu que les combinaisons de l'art ne donnent pas. Sans faire de croquis sur un carnet, le poëte, ou si ce mot est trop ambitieux, l'écrivain, lorsqu'il laisse errer sa flânerie le long des rues et à travers les places, a des méthodes à lui d'arrêter le contour des choses, et, s'il craint que le trait trop léger ne s'efface, de le repasser à l'encre. Il a ainsi au fond de sa mémoire, comme en un portefeuille, une foule de dessins, inachevés la plupart, mais contenant l'indication nécessaire pour être terminés à loisir, s'il en a le besoin ou le caprice. Ce sont des physionomies observées en passant, des groupes entrevus, un détail singulier, une perspective ouverte soudainement, un petit fait inaperçu de la foule, mais frappant pour le rêveur.

Il n'y a pas dans tout cela de sujet défini, de composition s'arrangeant en tableau et facile à encadrer, et pourtant on admire parmi ces esquisses plus d'une figure heureuse, plus d'une expression naïve, plus d'une familiarité vivante, qui manquent aux ouvrages préparés en vue du public. C'est la différence d'une lettre intime écrite au courant de la plume à une épître longtemps travaillée. Mais où voulez-vous en venir avec ces prolégomènes? Avez-vous l'intention de donner un pendant au traité de Topffer sur le *lavis à l'encre de Chine*, et méditez-vous *l'esthétique du croquis?* En aucune façon. Seulement nous possédons quelques bouts de dessins faits çà et là, au hasard de nos promenades, qui n'ont pas assez d'importance pour être publiés à part, mais qui réunis sous la place d'un passe-partout de bois de sapin à filets d'érable, pêle-mêle, le coin de l'un empiétant sur le coin de l'autre, pourraient procurer, à qui les regarderait, un quart-d'heure de distraction pendant les longues soirées du siége. C'est un cadre rempli de la sorte que nous allons, si vous le permettez, suspendre au clou du feuilleton.

Dans le jardin des Tuileries.

Un ballon, *le Victor-Hugo*, devait s'élever ce matin-là du jardin des Tuileries, et nous étions curieux d'assister à ce départ; mais c'est une opération assez lente que le gonflement d'un ballon, et les derniers préparatifs prennent du temps.

Pendant que les aérostiers (c'est ainsi qu'ils se nomment), coiffés de la casquette portant brodé en lettres d'or le mot *aer* et chaussés de grandes bottes, allaient et venaient, s'occupant de chaque détail, revisant le filet, équilibrant les sacs, rangeant les paquets de dépêches, suspendant les cages de pigeons, accrochant aux cordes de la nacelle les exemplaires de journaux qui devaient donner des nouvelles de Paris à la France, notre esprit, attentif d'abord à ce mouvement plein d'intérêt, s'en laissait détourner peu à peu par l'incomparable magnificence du spectacle déployé devant nous, et malgré tout, malgré les Prussiens, malgré le siége, éprouvait cette sensation de bien-être intime et de joie sereine que procure, même aux moments les plus tristes, la contemplation du beau.

Le ciel était d'une pureté incomparable, d'un bleu léger, transparent, pénétré de lumière où flottait comme une plume enlevée à l'aile d'une colombe, un petit nuage blanc destiné à faire valoir ce fond d'azur attendri encore par un reflet de rose auroral. Ce n'est qu'à l'Acropole d'Athènes, derrière le Parthénon au marbre doré, que le ciel nous est apparu aussi suave, aussi diaphane.

Au delà des grilles, sur la place de la Concorde, l'obélisque de Louqsor, frais et tendre de ton, rappelant la couleur de chair par la teinte de son granit, coupait de sa ligne précise la porte de l'Arc de Triomphe lointain; l'obélisque complétait le pylône. Les arbres formant l'entrée des Champs-Élysées, dépouillés de feuilles, avec leurs branches délicates d'un gris rosâtre, ressemblaient aux arborisations d'une agate et marquaient les limites de la place par un travail de hachures entrecroisées de points de lumière.

Vers la droite, les charmantes façades du Garde-Meuble et du ministère de la marine, chef-d'œuvre de Gabriel, où la beauté antique s'unit si heureusement à la grâce française, présentaient leurs portiques de sveltes colonnes corinthiennes détachées par de légères ombres, leur couronnement de balustres entrecoupés d'acrotères et de trophées sur lequel flottait le drapeau à croix rouge.

Au premier plan, de chaque côté de la porte des Tuileries, piaffaient, au sommet de leurs piédestaux, les chevaux de Marly de pure race divine descendant au moins de Pégase, à moins qu'ils ne sortent des écuries du Soleil, pleins d'ardeur et de feu, soufflant la lumière par les naseaux, et dont les sabots de marbre n'ont jamais foulé que le ciel.

De pareilles montures ne peuvent être chevauchées que par des êtres allégoriques ou mythologiques. Une Renommée le clairon en main, un Mercure reconnaissable à son caducée, légèrement suspendus aux flancs de ces nobles bêtes comme les écuyers d'un cirque céleste ayant des dieux pour spectateurs, semblaient les guider par la volonté seule. Rien de plus élégant que ces deux groupes équestres taillés dans un nuage de marbre blanc et dessinant leur contour sur un bleu de pâte tendre. A la beauté ils joignent l'air de galanterie héroïque qui est le caractère de l'art de Louis XIV. En ce moment, ils étaient éclairés par le rayon le plus favorable.

La terrasse descendait vers le jardin par deux belles courbes en fer à cheval aboutissant aux magnifiques groupes de la Saône et de la Loire, et encadrait à merveille ce coup d'œil sans rival au monde.

Cependant, deux à deux, paisiblement, autour du grand bassin, les chevaux du train montés par les artilleurs manégeaient et se dégourdissaient du froid nocturne. Des soldats agenouillés sur le rebord du bassin d'où les cygnes s'étaient envolés « lavaient des torchons radieux. » Le jet d'eau abaissé clapotait avec un murmure faible comme une plainte. Les Hermès, sentinelles de marbre qu'on ne relève jamais de leur faction sous les marroniers, regardaient, de leurs grands yeux fixes, s'arrondir dans l'air l'énorme perle du ballon, et un peu à l'écart de la foule, Horeau, l'auteur d'un grand ouvrage pittoresque sur l'Égypte, saisi par ce coup d'œil splendide, en faisait une pochade à l'aquarelle.

Mélancolies gastronomiques.

Qui de nous ne s'est arrêté, en passant par le Palais-Royal, devant l'étalage de Chevet?

C'est un plaisir que le plus spiritualiste ne se refusait pas. Toute de idée bonne chère à part, on pouvait admirer ce splendide groupement de victuailles comme un tableau de Sneyders, de Weeninex et de de Fyt. Les chevreuils pendaient à l'extérieur, effleurant de leurs mufles noirs des hures de sangliers bourrées de pistaches et retroussant leurs lèvres d'une façon rébarbative. Sur les tables de marbre blanc, les larges poissons de mer couchés à plat faisaient jouer leurs reflets d'argent et leurs iris nacrés; les homards jaspés de jaune et de brun agitaient l'attirail formidable de leurs pinces, et les tortues prenaient leurs gauches ébats au bord de la vasque encadrée de mousse, où, sous le grésillement d'un mince filet d'eau, nageaient des cyprins de la Chine. Plus loin, les fines poulardes du Mans, les dindes d'une grosseur exceptionnelle, bombaient leurs estomacs distendus et marbrés de bleu par les truffes transparaissant sous leur peau délicate. Les coqs de bruyère, les faisans dans leur plumage mordoré, les ptarmigans d'Écosse, les gelinottes de Russie, les perdrix aux mignonnes bottines de maroquin rose, semblaient poser à souhait pour le plaisir des peintres autant que des gourmets.

Nous négligerons les pâtés de foie gras, les terrines de Nérac, les pâtés de merles de Corse, les brochettes d'ortolans et autres *galanteries*, comme on dit à Hambourg; mais comment ne pas donner un souvenir à ces raisins de Thomery, blonds comme l'ambre, à ces pêches *à quinze sols* méprisées par Alexandre Dumas fils, mais bien des pêches vierges ayant toute leur fleur et tout leur velouté; à ces grenades dont l'écorce en s'entr'ouvrant laissait voir un écrin de rubis; à ces poires si parfaites qu'elles semblaient sculptées en albâtre de Florence pour être servies sur les tables de pierres dures des anciens grands ducs de Toscane; à cet ensemble charmant de formes et de couleurs, à ce savoureux bonnet pantagruélique arrangé avec un art si exquis!

L'autre soir il pleuvait, et le désir de nous abriter nous avait poussé sous les arcades du Palais-Royal. Une vieille habitude machinale ramena notre regard vers l'étalage de Chevet. O surprise! à la place du célèbre magasin de comestibles, étincelait, avec l'éclat blessant d'un décor de féerie lamé de paillon, une splendide boutique de ferblantier. C'était toute une architecture de boîtes en ferblanc, rondes, carrées, oblongues, rangées avec symétrie comme les tuyaux basaltiques d'une grotte de Fingal, illuminées sur le côté saillant d'une lueur métallique et faisant briller leurs étiquettes colorées d'un vernis d'or. Nous nous approchâmes. Hélas! c'était bien la boutique de Chevet, mais il n'y avait plus de comestibles, — de comestibles frais du moins. — En désespoir de cause, on faisait donner la *landsturm* des conserves; conserves de lait, de bosses de bison, de langues de rennes, de thon, de saumon d'Amérique, de petits pois et même de simple bœuf à la mode : toutes ces provisions qu'on emporte quand on va faire un voyage au pôle arctique ou antarctique. Les tortues avaient été enlevées pour les dernières *mocklesturtles* des Anglais restés à Paris, et dans le bassin des poissons rouges flottait une petite carpe qui, en vérité, n'avait pas l'air de venir du Rhin.

Nous la contemplâmes avec ce désintéressement qu'inspirent les choses placées trop au-dessus de notre portée, en répétant le mot philosophique de Bilboquet : « Je repasserai dans huit jours. »

Cependant devant une autre glace de la vitrine s'était formé un attroupement qui témoignait par son attitude une admiration bien sentie. Nous étant approché, nous n'aperçumes d'abord qu'une racine de gen-seng dont les pivots se tortillaient comme les jambes de Cornélius, la mandagore transformée en feld-maréchal dans le conte d'Achim d'Arnim, et deux ou trois pots de confiture de gingembre de la Chine clissés avec des cordelettes de bambou. Ce n'était pas cela qui excitait l'ébahissement respectueux de la foule, mais bien une motte de beurre frais d'un demi-kilogramme environ posée triomphalement sur une assiette. Jamais le bloc jaune qu'exposait la loterie du lingot d'or ne fut contemplé avec des yeux plus admiratifs, plus brillants de désir, plus phosphorescents de convoitise. A ces regards ardents se mêlaient des lueurs attendries, des souvenirs de temps plus heureux...

On a beaucoup vanté le courage, l'abnégation, le patriotisme de Paris... Un seul mot suffit — Paris se passe de beurre!

Un peu de musique.

Comme la pluie continuait à tomber, nous poursuivîmes notre promenade.

A l'entrée de la galerie d'Orléans, les crieurs de journaux, — cette meute de la publicité, — aboyaient à pleine voix, et leurs clameurs prenaient, sous la voûte vitrée, une réson-

(1) Suite. — Voir le dernier numéro.

nance assourdissante. Des acheteurs se groupaient autour d'eux et formaient sur ce point une espèce de foule noire et fourmillante; mais dès qu'on s'était engagé sous les arcades, on retombait dans la solitude la plus profonde. Quoiqu'il fût sept heures à peine, les boutiques étaient fermées; de rares becs de gaz, largement espacés, tremblottaient, tourmentés par le vent, et jetaient des reflets mouillés sur les flaques d'eau du jardin; de loin en loin apparaissait comme une ombre un passant se dirigeant d'un pas hâtif vers son pauvre dîner obsidional; des femmes vêtues de noir, un enfant à la main, qui les suivaient *non passibus æquis*, filaient le plus rapidement possible, yeux baissés, voilette rabattue, pressées par la nuit, mais en très-petit nombre, de sorte que la longue galerie paraissait déserte.

Des bouffées de pluie arrivaient à travers les baies des arcades et faisaient miroiter les dalles boueuses. Un air humide, quoique nous fussions à l'abri, pénétrait nos vêtements, et au malaise de l'âme se joignait le malaise du corps. Nous pensions aux temps où ces arcades étincelantes de lumière nous rappelaient les *Procuraties* de Venise par l'animation des boutiques, le bruit des cafés et les évolutions des promeneurs fumant leurs cigares. Notre rêverie tournait à l'humeur noire, lorsque tout à coup un bruit de musique parvint à notre oreille. Nous nous approchâmes; un cercle s'était formé près du café de la Rotonde et l'on se pressait autour de deux petites chanteuses italiennes.

L'une, la plus grande, fillette de douze ou treize ans, avec ses cheveux blonds, ses yeux bleus, ses traits réguliers et fins, son linge blanc plié sur la tête, ressemblait beaucoup à cette Pasqua-Maria illustrée par Bonnat et Jalabert. Elle portait ce tablier rayé transversalement de diverses couleurs qui a l'épaisseur d'un tapis, les manches de grosse toile, le jupon à plis droits; mais comme le temps était assez froid, elle avait jeté sur ses petites épaules maigres quelque haillon parisien dû, sans doute, à la charité d'une âme compatissante; malgré cette infraction à la couleur locale, elle n'en était pas moins jolie.

L'autre, qui semblait la cadette de la première, blonde aussi, avait à peu près le même costume, mais sa figure gardait un caractère plus enfantin. Son éducation musicale ne devait pas être aussi avancée que celle de sa sœur, car son rôle dans le concert se bornait à rhythmer le chant par le tambour de basque et à soutenir avec le frisson des plaques de cuivre la partie de violon. Nous n'affirmerons pas que la petite virtuose fût de la force des sœurs Milanollo ou Ferni, mais elle ne jouait pas trop mal de ce malheureux petit violon rouge sur lequel s'appuyait énergiquement son menton délicat. Elles chantaient ensemble quelques-unes de ces cantilènes des Abbruzzes d'une mélancolie si pénétrante et si passionnée, dont chaque couplet commence par un nom de fleur: « Fior di castagna, fior di camomilla, fior di rosa. » On ne saurait imaginer quel charme prenait, de la tristesse environnante, de la pluie, de la nuit sombre et des pensées de chacun plus sombres que la nuit, cette musique d'une naïveté rustique et d'une douceur plaintive; elle venait à propos pour détendre les nerfs et changer le chagrin en mélancolie.

Pour finir le concert par quelque chose d'actuel et dans le goût français, les deux fillettes jouèrent la *Marseillaise* avec toute la *furia* qu'elles pouvaient y mettre. La grande prenait des airs terribles et écrasait l'archet sur les cordes; la petite, accélérant le rhythme, secouait son tambour de basque comme une bacchante; et l'entrain méridional emportant les petites virtuoses, l'hymne de Rouget de Lisle finit en tarentelle napolitaine. Ce contraste produisait un effet d'une grâce bizarre et charmante, et faisait penser à ce bas-relief antique où des enfants essayent de soulever la massue d'Hercule.

Effet de nuit.

Silence de mort, solitude effrayante le long du quai. On se croirait dans une ville du moyen âge, le couvre-feu sonné.

A peine si l'on entend dans le lointain le roulement d'une voiture ou le pas d'un bourgeois revenant chez lui. Les maisons s'élèvent hautes et sombres, découpant leur silhouette sur la nuit comme du velours noir sur du drap noir. Trois fenêtres seulement sont éclairées du coin du quai Voltaire au dôme de l'Institut. Près du kiosque de l'inspecteur de place tremblotte la lanterne d'un dernier fiacre. Les lampadaires à demi-baissés piquent l'ombre de rares points rouges dont le reflet s'allonge et se dissout dans le fleuve comme une larme de sang. Mais tout à coup un caprice de vent écarte les nuages et il s'allume autant d'étoiles au ciel qu'il s'éteint de becs de gaz sur terre. L'illumination est au grand complet là haut !

Faculté des sciences de Paris. — Les cours de la Faculté des sciences ont repris lundi 12 juin 1871 à la Sorbonne.

— Belle clientèle médicale à prendre de suite. S'adresser à Mme Ve Nivert, à Château-Renard-Loiret (Loiret).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments ou autres objets).

Des gastrites chroniques, par le docteur E. Bottentuit, ancien interne des hôpitaux de Paris, médecin aux eaux de Plombières. Delahaye, 1867. — Prix : 2 fr.

Des dyspepsies flatulentes à forme douloureuse et de leur traitement par les eaux de Plombières, par le docteur E. Bottentuit, ancien interne des hôpitaux de Paris, médecin consultant aux eaux de Plombières. Germer-Baillière, 1870. — Prix : 1 fr.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 16 juin 1871.

HOTEL-DIEU. — M. GUÉNEAU DE MUSSY.

Leçons cliniques sur la variole.

SUR LES CONDITIONS PATHOGÉNIQUES DE LA VARIOLE ET SUR LES PRINCIPALES INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES (1).

Dans la première période ou période prodromique, le virus se multiplie dans l'organisme, qui en sent la présence offensive ; il réagit ; la fièvre s'allume accompagnée de divers symptômes. Que faut-il faire? Insister le plus longtemps possible sur le régime avant d'user de remèdes, disait Rhazès. — Sage méthode, et qui n'ont pas toujours suivie ceux-là mêmes qui s'en sont déclarés partisans. Dans l'intention ou plutôt dans la prétention d'aider la nature, les uns ont prescrit la chaleur, les diaphorétiques, les cordiaux, les alexipharmaques ; d'autres les saignées, d'autres les évacuants. En un mot, nous retrouvons ici cette confusion babélique que l'esprit de système a introduite dans le traitement de la plupart des maladies.

Aidons la nature quand elle le réclame, mais surtout ne l'empêchons pas de guérir, *vel prodesse, vel non nocere*.

Savoir poser et même prévoir les indications, les attendre quand l'économie est tout en tumulte, disait Sydenham, quand le malade vous demande des remèdes, que son entourage vous taxe d'impuissance et se prépare à faire peser sur votre prudence la responsabilité de l'insuccès, c'est le *summum* de l'art, et ce qu'il y a de plus difficile peut-être. C'est aider puissamment la nature que de prévenir et d'écarter les obstacles qui peuvent troubler son action, de diriger le malade dans le régime qu'il doit suivre, dans les précautions qu'il doit garder ; et si le malade n'est pas assez éclairé pour comprendre qu'il faut savoir se tenir quelquefois dans l'expectation, il est bon alors de lui dissimuler sous quelque prescription innocente qui soutienne son courage et lui inspire cette confiance et cet espoir qui sont de puissants auxiliaires de la nature.

Ces principes posés, on satisfera la soif qui accompagne l'état fébrile en prescrivant des boissons acidulées à la température ambiante. Rhazès allait plus loin et conseillait des boissons à la neige. Sans imiter son exemple, nous ne voyons qu'avantage à ne pas imposer aux malades des boissons chaudes ou tièdes, qui lui répugnent et ne le désaltèrent pas.

S'il y a des nausées, on donnera des boissons acidulées gazeuses, comme du jus d'orange avec de l'eau de Seltz ou de Soultzmatt. Si l'inappétence est absolue, si le bouillon, le lait, l'eau de poulet ne pouvaient être supportés, alors seulement le malade gardera la diète. Dans le cas contraire, on lui donnera des boissons alimentaires, et même des potages, si sa fièvre est modérée et que son instinct les sollicite.

On veillera à ce qu'il respire un air aussi pur que possible et d'une température modérée. Sydenham a conseillé de ne pas les laisser se coucher avant le quatrième jour ; il est vrai qu'il se contredit dans d'autres passages, et cette méthode a été combattue par le plus grand nombre des médecins, parmi lesquels nous citerons Morton, Gédeon Harvey, Mead et Lorry.

Pour moi, si la fièvre est très-modérée, la saison chaude et que le malade le désire, je n'y mets pas obstacle. Mais cette situation est tout exceptionnelle ; le plus souvent la courbature, les membres brisés par la fièvre, les douleurs musculaires appellent le repos ; et malgré mon respect pour l'autorité de Sydenham, j'en ai davantage pour les instincts du malade, qui sont comme la voix de la nature, la déduction des sensations perçues, et je tiens les varioleux le plus souvent au lit pendant cette première période.

Si la céphalalgie est violente, et elle présente souvent ce caractère, on appliquera des sinapismes sur les membres inférieurs ; il ne serait pas impossible qu'ils favorisassent l'éruption sur cette partie des téguments, car on la voit souvent plus abondante dans les régions où la peau a subi une irritation prolongée ou intense, comme celles sur lesquelles des vésicatoires ont été récemment appliqués. J'ai vu le trajet des bretelles et des jarretières dessiné par des bandes de pustules confluentes.

Si la congestion gutturale est très-prononcée, des gargarismes à la fois calmants et légèrement astringents seront employé avec avantage. Rhazès les recommandait déjà pour tâcher d'atténuer l'éruption pharyngo-laryngienne dont il avait entrevu toute la gravité.

Aujourd'hui, il est à peu près superflu de discuter l'indication de la saignée au début de la variole. Il y a trente ans, il n'en eût pas été ainsi, et atteint moi-même de variole au début de mes études médicales, j'ai dû payer tribut au système de Broussais, qui régnait despotiquement alors. J'étais soigné par deux de mes maîtres. Ils s'accordèrent mutuellement, l'un une saignée pour la céphalalgie violente dont je me plaignais, l'autre 20 sangsues à l'épigastre pour l'épigastralgie très-intense qui coïncidait avec la rachialgie. Je fis les frais de ces concessions thérapeutiques ; et malgré une variole confluente et ce traitement sanguinaire, je me tirai très-heureusement d'affaire. Ce n'était pas d'ailleurs une nouveauté. Louis XIV, Philippe II, Charles II, furent sauvés, dit-on, par la saignée. Aussi les courtisans de l'époque ne pouvaient faire moins que d'être traités comme leurs maîtres ; et nous lisons dans les lettres de Mme de Sévigné que le chevalier de Grignan, atteint de variole, succomba après sa septième saignée ! Quelle lamentable histoire que celle de la thérapeutique systématique. Elle prend place dans l'histoire de l'humanité à côté des exploits militaires ; les faiseurs de systèmes médicaux et les conquérants ont été les fléaux de l'espèce humaine presque à égal titre.

Pour ma part, par cela même que j'avais été une des victimes des saignées, j'en ai été, presque au début de ma carrière, un adversaire convaincu.

La saignée peut être utile chez les sujets pléthoriques, quand la réaction est excessive ; mais, dans notre race usée et détériorée par cette funeste institution de la conscription et par les travaux forcés de l'industrie et toutes les autres conditions d'épuisement que notre civilisation a créées, je n'ai pas rencontré, depuis vingt ans, une seule fois, l'indication de la saignée générale. Nous n'en sommes plus à cette médecine empirique et prétendue physiologique qui voyait dans le caractère inflammatoire des processus morbides l'étiquette indicative des évacuations sanguines, comme si l'inflammation était autre chose qu'une modalité, dont le substratum est l'organisme dont il faut consulter les forces, et comme si les inflammations n'étaient pas plus fréquentes et plus dangereuses chez les sujets débilités que chez les sujets vigoureux.

Si pendant cette période prodromique les troubles gastriques sont très-accentués, s'ils sont surtout accompagnés de congestion hépatique, comme cela arrive très-souvent dans l'ensemble symptomatique désigné sous le nom assez vague d'embarras gastrique, l'ipécacuanha, non-seulement modifie cet état morbide, mais son action est suivie d'une fluxion cutanée qui a paru favoriser les manifestations éruptives.

Toute complication qui peut être écartée doit l'être. Il y a trois ans, le choléra régnait et donnait, en quelque sorte, sa livrée à toutes les affections concomitantes ; des diarrhées intenses marquaient souvent le début de la variole, et nous la combattions par le bismuth, l'eau de riz, le diascordium. Si, ce qui est très-commun dans les varioles discrètes, il y a, au contraire, de la constipation, on la combattra par des lavements, d'autant plus que cette disposition augmente en général pendant la période suivante.

PÉRIODE D'ÉRUPTION

Si l'éruption est régulière, on persistera dans le même régime, proportionné à l'intensité de la fièvre et aux besoins du malade, on maintiendra autour de lui une atmosphère pure et douce, on changera son linge, on lui continuera des boissons fraîches ; s'il était en transpiration, on les fractionnerait davantage, ou on l'engagerait à les garder quelque temps dans sa bouche avant de les avaler ; on ne les lui donnera tièdes ou chaudes que si son goût les préfère, ou s'il y avait quelque complication pulmonaire. J'entre dans tous ces détails, parce que nous sommes sans cesse interrogés sur ces points par les malades ou par ceux qui les entourent.

Des indications plus importantes se présentent pendant cette période.

Rhazès recommandait de surveiller les yeux et les oreilles ; l'oubli de ce précepte a trop souvent entraîné la cécité, malheureusement trop fréquente après la variole, plus rarement la perte de l'ouïe. Pour ma part, je ne me rappelle pas avoir vu un seul œil perdu par le fait de la variole quand le malade avait été soumis à mes soins pendant la période éruptive.

On voit quelquefois des pustules se développer sur la conjonctive oculaire ; elles sont très-communes sur le bord libre de la paupière, et si on ne les réprime pas, le contact de ces pustules avec la cornée, surtout à l'époque de leur maturité, provoque des kératites pustuleuses ou ulcéreuses, que compliquent quelquefois des ophthalmies internes. Dès qu'on aperçoit ces pustules, il faut, une ou deux fois par jour, les réprimer avec le crayon d'azotate d'argent.

Si elles sont nombreuses, j'ai quelquefois ajouté à cette médication topique des onctions mercurielles sur la face externe de la paupière et sur le pourtour de l'orbite ; dans le cas de pustules conjonctivales, j'ai fait faire de fréquentes injections intrapalpébrales avec une solution faible de nitrate d'argent (cinq à dix centigrammes de sel lunaire pour 100 grammes d'eau). Je le répète, depuis que je suis chargé de services hospitaliers je n'ai jamais vu cette médication échouer. Je ne nie pas que la kératite pustuleuse ne puisse se développer primitivement sur la cornée, mais toutes celles que j'ai observées avaient suivi le processus que j'ai indiqué. Il y a quatre ou cinq ans, un de mes internes oublia de pratiquer les cautérisations palpébrales que j'avais prescrites, chez un varioleux. Le quatrième ou le cinquième jour de l'éruption survint une kératite violente compliquée d'iritis et d'hypopion. Je combattis cette affection par des applications d'onguent napolitain sur le pourtour de l'orbite et des instillations très-répétées de soluté atropique, je maintins la tête élevée. En dépit de ces soins, il se forma un staphylôme antérieur, l'œil paraissait perdu quand l'ulcère cornéal s'ouvrit, donna issue au pus, se cicatrisa, et malgré une tache albugineuse très-épaisse, mais heureusement peu étendue, le malade recouvra la vue.

On a observé quelquefois l'oblitération du conduit auditif à la suite du développement de pustules dans sa cavité et de l'adhérence de ses parois. La cautérisation, des injections, des mèches enduites d'onguent napolitain préviendront cet accident.

Le croup variolique est bien autrement important : dans une maladie où la nutrition est pervertie, où le sang est profondément altéré, les troubles de la fonction d'hématose, toujours si graves, le deviennent bien plus encore ; et un grand nombre de malades succombent à l'asphyxie, lente ou rapide, produite par le développement des pustules sur la muqueuse laryngée.

Dans les varioles moyennes, ou même dans les varioles confluentes, quand la réaction inflammatoire autour des pustules n'est pas étouffée par la dépression profonde des forces, par la stupeur générale de l'organisme, l'évolution des pustules, qui est accompagnée sur la face et les mains d'une tuméfaction énorme, en provoquera bien plus facilement encore dans le tissu connectif si lâche sous-jacent à la muqueuse laryngée et peut devenir la cause déterminante de la mort (1). Dans les varioles les plus graves quand cette tuméfaction n'a pas lieu, l'aphonie, la lividité des muqueuses, l'anxiété thoracique prouvent, dans beaucoup de cas, que l'éruption laryngo-bronchique trouble la fonction respiratoire et peut ajouter un funeste appoint aux désordres menaçants dont l'économie est le théâtre. Ainsi le croup variolique, pour désigner par une expression abréviative la localisation de l'éruption sur la partie supérieure des voies respiratoires, est toujours une complication très-importante qui peut tuer les malades, qui toujours aggrave leur situation. Comme je l'ai dit plus haut, cette observation n'avait pas échappé à Rhazès et peut-être, depuis lui, n'en a-t-on pas tenu assez compte.

Depuis une quinzaine d'années, j'oppose un traitement local à la laryngite varioleuse, et j'ai déjà eu l'occasion de faire connaître, il y a quelques années, les résultats que j'en ai obtenus. Depuis ce temps, des observations répétées en ont confirmé l'efficacité ; quand la voix du malade est rauque ou éteinte, et quand en même temps j'aperçois cette teinte violâtre des muqueuses, cette coloration plombée de la face qui accusent la gêne des fonctions pulmonaires, je cautérise le larynx à l'aide d'une petite éponge fixée au bout d'une baleine et trempée dans une solution d'azotate d'argent cristallisé au septième. Je ne reviendrai pas sur le manuel de cette petite opération, j'insisterai seulement sur la nécessité de faire fléchir le cou en avant, au lieu de le renverser en arrière comme les malades sont inclinés à le faire. Cette rétroflexion du cou allonge le pharynx, l'aplatit sur la saillie du rachis, et gêne la pénétration de l'éponge. Quelque désagréable que soit cette petite opération, elle procure au malade un tel soulagement, un tel mieux être, qu'il est rare qu'il n'en réclame pas le lendemain une application nouvelle. Il n'est pas rare de voir le malade complétement aphone pouvoir arti-

(1) Suite. — Voir les numéros des 26 et 28 janvier 1871.

(1) Peut-être cet œdème périglottique expliquerait-il cette observation de Sydenham que la mort survient le huitième jour dans les varioles discrètes, et le onzième seulement dans les confluentes.

culer quelques sons après la première cautérisation, et en même temps la teinte violâtre des téguments disparaître, la respiration s'exécuter beaucoup plus librement; cet heureux résultat, dont la soudaineté est parfois très-frappante, me paraît devoir s'expliquer par l'astriction que le caustique détermine dans le tissu cellulo-muqueux du larynx, et en particulier dans les cordes vocales et dans les ligaments aryténo-épiglottiques. Il est rare qu'au bout de deux ou trois cautérisations, on n'observe pas ces effets, à moins, bien entendu, que l'état général du malade ne domine toutes les complications locales, et soit trop grave pour être modifié par l'amélioration qu'elles subissent. Je fais répéter ces cautérisations une ou deux fois dans les vingt-quatre heures, plusieurs fois de suite suivant l'effet qu'on en obtient.

Deux circonstances, dont je ne m'étais pas rendu compte quand j'ai publié une note sur ce sujet, rendent cette opération plus facile et moins pénible pour le malade. J'étais frappé de la facilité avec laquelle mon éponge pénétrait sans provoquer le plus souvent de contractions notables des muscles pharyngiens, et sans causer de douleurs. C'est que le derme muqueux du pharynx recouvert et quelquefois caché par les pustules, ne sent pas le topique, et cette sorte d'anesthésie empêche les mouvements réflexes des muscles pharyngiens; peut-être aussi ceux-ci, sous-jacents à une muqueuse enflammée, ont-ils perdu une partie de leur puissance contractile. Quoiqu'il en soit, je ne saurais trop appuyer sur l'utilité des cautérisations du larynx dans le croup variolique ; je suis convaincu que cette pratique peut sauver des malades qui meurent asphyxiés, si on néglige cette indication. Quand l'éruption est confluente sur les narines, je les cautérise également et je les enduis de glycérine ou d'onguent mercuriel, pour prévenir leur oblitération qui est très-pénible pour les malades, les force à tenir constamment la bouche ouverte et augmente la sécheresse de cette cavité.

Les pustules de la plante des pieds et de la paume des mains ont à soulever un épiderme très-épais, surtout chez les malades qui appartiennent aux classes ouvrières. La résistance qu'il oppose produit une compression très-douloureuse du derme; des cataplasmes faits avec de la décoction de pavots et de la fécule de riz sont appliqués sur ces régions avec un grand avantage.

Les pauvres varioleux, couchés sur des pustules, tourmentés par un indicible malaise, passent souvent leurs nuits sans sommeil. Sydenham employait habituellement le sirop diacode pour combattre l'agrypnie. J'emploie les opiacés, à son exemple, quand l'insomnie peut être imputée aux douleurs, à l'excitation nerveuse, quand elle se lie à des habitudes alcooliques; mais je m'en abstiens quand elle paraît dépendre de la violence de la fièvre et de la réaction inflammatoire. Je préfère dans ce cas l'alcoolature d'aconit, l'eau distillée de laurier-cerise dans un véhicule aromatique.

Les lavements seront encore opposés à la constipation habituelle dans cette période.

Lorsque la fièvre secondaire s'allume, il faut revenir au régime de la première période. Lorsque ce mouvement réactionnel était très-intense, Sydenham prescrivait la saignée; elle me paraît bien plus inopportune encore qu'au début.

Je fais prendre au malade quelques grammes d'alcoolature d'aconit. Ce médicament a l'avantage, tout en modérant un peu l'excitation circulatoire, d'agir comme un doux hypnotique, et il m'a paru quelquefois atténuer le prurit de la peau; or, dans cette période, la tension des pustules est souvent une cause de douleur et de prurit.

Pour l'apaiser, Rhazès conseillait d'ouvrir les pustules et d'en absorber le contenu avec du coton; il voulait aussi qu'on saupoudrât le lit du malade de poudres féculentes et balsamiques. Cette ouverture des pustules a été préconisée par quelques médecins pour hâter l'évacuation du pus virulent, dont une partie peut être absorbée, et pour prévenir les cicatrices difformes. L'utilité de cette pratique n'est point suffisamment démontrée pour qu'on en impose les ennuis au malade et au médecin. Cependant si quelques pustules d'un volume exceptionnel sont le siége d'une tension exceptionnelle, on les ouvrira. Dès que la peau exhale ces émanations fétides qui empoisonnent l'atmosphère du malade, je fais faire des lotions et même des fomentations sur les principaux foyers de l'éruption avec une solution de permanganate de potasse. Je fais suspendre autour de son lit des linges trempés dans la même solution.

Dès le début de la variole confluente, le docteur Poli (de Milan) fait prendre à l'intérieur des hyposulfites, et il se loue beaucoup des résultats de cette médication, qu'il regarde comme puissamment anti-putride et anti-pyogénique.

Sydenham appliquait des vésicatoires quand la salivation ne lui paraissait pas copieuse. J'ai dit ce qu'il fallait penser de la salivation que Sydenham considérait comme un phénomène critique, et qui n'a en réalité qu'une valeur pronostique. Quant aux vésicatoires, que des médecins modernes ont préconisés dans la variole, je trouve qu'autant ils sont souvent indiqués dans les congestions des organes internes, autant leur application est inopportune et barbare quand un vésicatoire morbide couvre une aussi grande étendue de la surface cutanée.

(*Sera continué.*)

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Séance du 5 août 1870. — Présidence de M. SIMONOT.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

M. Antonin Martin, secrétaire annuel, adresse une lettre, dans laquelle il demande un congé. M. le secrétaire général est chargé de lui écrire que son congé est accordé et que la Société lui envoie de cordiales poignées de mains.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENTS

Fractures. — M. GALLARD présente, de la part du docteur Naynes L. Richardson, de New-York, un appareil pour le traitement des fractures de la clavicule de l'omoplate et du col de l'humérus.

Cet appareil est composé de trois parties qui s'appliquent sur le côté, sur l'aisselle et sur le bras. Les pièces du bras et du corps ont une forme demi-cylindrique et sont composées d'une substance flexible, mais suffisamment résistante, comme du cuir associé à du carton, à du caoutchouc ou à du papier mâché, et sont réunies ensemble à l'aide d'attaches suffisamment espacées pour donner passage à des bandes de sparadrap. Le coussin, en forme de croissant, est fixé dans l'aisselle comme le serait une béquille.

Pour les fractures de la clavicule, le coussin est solidement fixé dans l'aisselle, la pièce du bras est attachée au bras par des circulaires de sparadrap; l'épaule est alors soulevée et le bras rejeté en arrière, jusqu'à ce que les fragments de la clavicule soient coaptés. On fixe la pièce du corps et le coussin par des bandes de sparadrap.

Pour les fractures de l'omoplate, le bras n'est plus porté en arrière, mais en avant, puis on fixe la pièce du corps.

Pour les fractures de l'humérus, le bras est mis dans sa position la plus naturelle. Du reste, l'appareil est ajusté de même que pour les fractures précédentes.

Quant à l'avant-bras, on peut le ployer à angle droit et le soutenir à l'aide d'une écharpe.

Cet appareil est d'une construction et d'une application simples et diffère de tous les autres en ce qu'il laisse l'épaule opposée libre. On peut ne pas y toucher pendant toute la durée du traitement.

M. LUNIER. Ces plaques de caoutchouc ne me paraissent pas pouvoir s'appliquer à tous les individus : le coussin me semble insuffisant comme grosseur; il n'écarte pas assez le bras de la poitrine.

M. GIRALDÈS. L'appareil est simple et ingénieux, léger et commode. Le coussin ne me paraît pas trop petit. Dans les fractures du col, le point important est l'immobilité des fragments. Lorsque le coussin est trop gros, il ne fait que gêner les malades. Je voudrais seulement que le demi-manchon externe fût plus long.

Il faut, du reste, voir cet appareil à l'œuvre; *à priori* il me paraît répondre à toutes les indications. Il s'agit seulement de savoir le prix, et ce n'est pas le point le moins important.

M. GALLARD. Je mettrai cette exemplaire à la disposition de M. Giraldès.

M. GIRALDÈS. J'aurai l'occasion de l'employer; les fractures de l'humérus sont fréquentes chez les enfants.

Quant à s'en servir dans les plaies d'armes à feu, je ne crois pas qu'on puisse le faire toujours.

Fistules vésico-vaginales. — M. GALLARD. J'ai présenté il y a quelque temps à la Société, de la part de M. Bozeman, un travail intitulé : *Fistule vésico-vaginale et de son traitement par le bouton-suture.* J'ai l'honneur de montrer à la Société un spéculum et des exemplaires des boutons que M. Bozeman a eu la bonne idée de m'envoyer; elle verra combien la suture est efficace.

Je transmets à la Société une lettre qui m'a été écrite par M. Bozeman pour donner tous les détails de l'opération de la fistule vésico-vaginale.

New-York, le 28 janvier 1870.

Au docteur Gallard.

Cher monsieur,

J'ai le plaisir de vous envoyer un spéculum (qui se tient tout seul) que j'ai inventé et perfectionné depuis deux ans. L'instrument s'adapte à toutes les positions de la malade, mais spécialement à la position rectangulaire; la malade s'appuyant sur les genoux et sur la poitrine, et à la position sur le dos. Je crois pouvoir affirmer que c'est le seul spéculum qui s'adapte également bien aux deux positions susdites. Dans la première position, toutes les opérations peuvent être pratiquées sans aide, y compris spécialement les opérations de fistules uréthro-vaginales, vésico-vaginales, et vésico-utérines. Dans la deuxième position, on peut examiner le col et opérer sur lui sans le secours d'aides. Dans ces examens et les opérations sur le dos, cependant, trois autres instruments sont indispensables; je vous les envoie : ce sont une spatule, une spatule-crochet et une pince.

On commence par introduire le spéculum, en ayant soin de l'enfoncer bien loin avant de l'entr'ouvrir. On cherche à introduire les branches de l'instrument entre les grandes lèvres. Cette précaution ayant été prise, on sépare doucement les valves en faisant tourner la vis; on continue à dilater jusqu'à ce que le périnée soit légèrement tendu, mais en s'arrêtant avant la production de la douleur. Le degré de dilatation doit être déterminé pour chaque cas par la capacité du vagin et par le jugement de l'opérateur. Les deux valves ayant été séparées autant que le permettent les indications, on introduit et on ajuste la troisième valve ou le dépresseur, qui s'applique contre la paroi postérieure du vagin. La construction et l'adaptation spéciale de cette valve au spéculum dilaté seront facilement comprises. Elle doit glisser sur les branches saillantes du spéculum à tous les degrés de dilatation. Il est nécessaire qu'elle soit bien huilée, puis on la fait avancer entre les branches saillantes du spéculum et le périnée. On ne doit pas appuyer sur la paroi postérieure du vagin avant que la plaque triangulaire ne soit annexée au niveau du périnée; on doit alors déprimer la paroi vaginale postérieure et retirer doucement cette valve jusqu'à ce que le sommet du triangle puisse chevaucher par-dessus les angles saillants qui limitent en arrière les deux branches du spéculum. On finit alors de l'enfoncer et de la fixer. L'emploi des trois instruments accessoires peut maintenant s'expliquer.

Le spéculum étant introduit et entr'ouvert, on fait passer la spatule dans l'intérieur du vagin et on l'applique contre la paroi vaginale antérieure, qui pourrait faire hernie entre les branches du spéculum, de manière à cacher le col. Ce prolapsus de la paroi vaginale antérieure ne se présente pas dans tous les cas, de manière à nécessiter cet emploi de la spatule. Quoiqu'il en soit, il s'agit ensuite de faire pénétrer la spatule-crochet jusqu'au col et d'accrocher la lèvre antérieure afin de la déprimer et de l'avancer en avant. Si, à ce moment, la spatule se trouve en place, on doit la retirer, car elle se trouve remplacée par la spatule-crochet tenue de la main gauche. On a maintenant devant soi et en vue, non-seulement le vagin, mais aussi le canal cervical, à la condition de l'avoir préalablement préparé au moyen d'une mèche (*dilatatrice*).

Ces pièces nous seront maintenant utiles, et d'après leur courbure spéciale, vous comprendrez facilement leur emploi : on place entre les mors de l'instrument un petit tampon de ouate, qu'on enroule avec les doigts. Ainsi préparé, l'instrument peut être introduit dans la cavité utérine, soit pour l'essuyer, soit pour lui porter des médicaments. Il ne faut pas oublier que cet emploi de la pince exige que le canal cervical ait été préalablement dilaté.

Dans la position sur les genoux et la poitrine, on observera les mêmes précautions à l'égard de l'introduction et de la dilatation du spéculum. On n'aura toutefois pas besoin d'employer la spatule et la spatule-crochet. Je dois ajouter que pour ces renseignements, j'ai supposé le cas d'un vagin normal; s'il existait des adhérences des parois, ou des brides fibreuses, cicatricielles, transversales, l'instrument ne pourrait être employé que lorsque ces obstacles auraient été supprimés; mais une fois les obstacles vaincus, rien n'est si efficace que les valves du spéculum.

Lorsque le vagin est très-raccourci, comme cela se voit quelquefois dans le cas de fistules vésico-vaginales, la troisième valve doit être plus courte de 15 à 25 millimètres que celle que je vous envoie. Ce spéculum sera utile dans presque tous, sinon tous les cas de fistules vésico-vaginales, pourvu que le vagin ait été dilaté préalablement, ce qui est indispensable.

Après vous avoir fourni tous les renseignements nécessaires dans les deux positions susdites, j'espère que ce spéculum vous donnera des résultats aussi satisfaisants que ceux que j'ai obtenus. Pour moi, c'est un instrument indispensable, et comme spéculum utérin et comme spéculum sur les parois vaginales.

Sur 13 cas de fistules urinaires, comprenant des cas de fistules uréthro-vaginales, vésico-vaginales, vésico-uréthro-vaginales, et vésico-utérines, j'ai obtenu toujours des succès (100 pour 100).

Ces 13 cas comptaient 19 ouvertures fistuleuses, et ont nécessité 19 opérations, avec 19 guérisons.

Parmi ces 19 fistules, 3 étaient vésico-utérines, et furent guéries sans gêne pour les fonctions menstruelles. Dans presque tous les cas, l'opération fut faite sans le secours d'aides, autre que ceux nécessaires pour administrer l'agent anesthésique et pour laver les éponges. J'ai dû nécessairement me servir de mon appareil pour supporter et maintenir la malade. Vous en trouverez la description dans le *New York medical journal*, février 1869.

Avec ce spéculum, je vous envoie deux modèles de mon *Button suture*, qui a été employé dans tous les cas dont je viens de parler. Je n'emploie pas d'autre suture pour la fistule vésico-vaginale. Je désirerais appeler particulièrement votre attention sur le mécanisme spécial de cette suture, qui combine les sutures interrompues et entortillées.

Votre très-affectueux,

BOZEMAN.

COMMUNICATIONS

Injections utérines. — M. GALLARD. J'ai l'honneur de présenter à la Société la thèse inaugurale de M. le docteur Ambroise Richard, intitulée : *Recherches sur les injections utérines en dehors de l'état puerpéral.*

La Société peut se rappeler que j'ai lu devant elle un travail sur les injections dans le parenchyme même de l'utérus; mes observations sont reproduites dans cette thèse, mais n'en font que la partie accessoire. M. Richard donne une description de la métrite et étudie les injections cathérétiques dans la cavité utérine; il en examine les dangers à l'aide de quelques expériences faites sur le cadavre. Il montre que les injections ne passent dans les trompes que si elles sont faites violemment, et que le liquide ne puisse pas refluer. Pour que les accidents soient impossibles, il faut que la sonde n'entre pas de frottement.

M. CHARRIER. Je suis de l'avis de M. Gallard et de M. Richard; l'injection d'un liquide cathérétique dans la cavité utérine est le seul traitement de la métrite interne. M. Dupierris, de la Havane, a signalé dans un mémoire les remarquables effets d'une solution d'iode iodurée dans les cas d'hémorrhagie après l'accouchement.

Je me suis servi de ces injections iodées dans trois cas en dehors de l'état puerpéral, dans des métrorrhagies que rien ne pouvait arrêter; l'ergotine avait été tout à fait inefficace. Je me sers d'une sonde dont le bout est perforé, j'injecte doucement de l'eau simple pour constater la récurrence facile du liquide; puis j'injecte la teinture d'iode. J'ai vu plusieurs fois l'hémorrhagie s'arrêter instantanément.

Il y aurait danger à presser trop fortement avec la sonde sur le fond de l'utérus; mais on est averti par les nausées qu'éprouve la malade lorsqu'on touche le fond; il faut alors retirer le mandrin de la sonde et faire une injection carminée qui aide à mieux juger de la récurrence. On injecte le liquide iodé et on applique un tampon. J'ai pu, par ce moyen, à trois reprises arrêter une hémorrhagie utérine et la suspendre pendant cinq à six semaines.

Après l'injection, la malade accuse de la chaleur dans l'abdomen, de la douleur au niveau des ovaires, sans élévation du pouls, ni nausées; il lui est arrivé d'éprouver le soir une légère sécheresse à la gorge, due probablement à l'iode. Dès le lendemain, l'utérus est indolore; le doigt peut même le soulever sans produire aucune douleur.

Le perchlorure de fer ainsi employé produit des douleurs atroces.

M. GALLARD. Je rappellerai l'observation IX de la thèse de M. Richard. J'ai employé la solution de perchlorure de fer liquide à 30 degrés pure. La malade pouvait retourner le même jour à Ménilmontant, et cela à trois reprises. Elle a guéri. C'est dans les métrites internes à forme hémorrhagique que le perchlorure de fer agit le mieux.

Je fais d'abord une injection d'eau de manière à mesurer la capacité de l'utérus; puis j'injecte une même quantité de perchlorure. Il faut apporter dans cette opération une grande douceur; quelquefois il se produit un peu d'inflammation pendant deux ou trois jours. Les résultats sont excellents dans l'état non puerpéral. M. le docteur Fontaine a reproduit dans sa thèse inaugurale des observations d'injections au perchlorure de fer faites par M. Bernutz après l'accouchement.

M. GROS. J'ai observé cette sensation spéciale de nausée indiquée par M. Charrier quand on touche le fond de l'utérus; mais elle n'existe pas toujours de la même façon. Ainsi certaines femmes

nerveuses l'éprouvent quand on touche simplement l'orifice interne. Quant à moi, je n'aime pas à dépasser le col et à pénétrer dans la cavité utérine.

M. GALLARD. Pour connaître la profondeur de l'utérus, il faut avoir deux sondes souples de même grandeur; l'une est introduite dans l'utérus, l'autre reste en dehors, la différence donne la mesure. Ce matin même, j'ai pu reconnaître ainsi qu'un utérus avait 9 centimètres de profondeur.

M. CHARRIER. On peut employer l'hystéromètre de Valleix.

M. GALLARD. Je trouve la sonde flexible moins dangereuse.

M. CHARRIER. Chez une dame que je soigne, l'utérus avait augmenté beaucoup de volume, le col était gros; le spéculum de Cusco était nécessaire pour le bien prendre. Après chaque injection intra-utérine iodée, on remarquait un retrait considérable de l'utérus.

DISCUSSION

M. LUNIER. Je reviens à la lèpre : elle ne peut pas toujours être héréditaire.

La phthisie ne se développe pas ou mal dans les pays à température uniforme, quels que soient le froid ou la chaleur.

Quant aux poitrinaires, il faut leur donner la chaleur en même temps que l'uniformité de la température; mais je crois qu'il faut tenir tenir compte aussi de la constitution spéciale de l'air marin. Je résume en disant que pour les phthisiques il faut d'abord la chaleur, puis l'uniformité de la température, enfin le bord de la mer.

Quant à l'adhérence du lobule de l'oreille, elle n'existe pas toujours chez les cagots et n'appartient pas qu'à eux. On la retrouve dans les races dégénérées; elle indique l'affaiblissement des facultés intellectuelles. Les idiots, les épileptiques, les aliénés par hérédité présentent une diminution du lobule de l'oreille.

M. GROS. Pau n'est pas sur le littoral, et cependant est très-favorable aux phthisiques.

M. LUNIER. Pau est très-mauvais pour les phthisiques. Je dirai de même pour Montpellier.

M. GROS. A Pau on trouve l'uniformité de la température. L'humidité de l'air est aussi une condition très-favorable. On sait que Trousseau avait organisé un vaporarium à l'Hôtel-Dieu, à l'instigation d'un industriel de l'Alsace, qui avait remarqué que les individus employés dans les fabriques, où le travail exigeait une atmosphère saturée d'humidité ne contractaient pas la phthisie ou en guérissaient. Cet industriel avait organisé pour son fils malade un vaporarium dans l'Hôtel du Louvre.

M. LUNIER. Pour les affections cérébrales, l'air sec ne vaut rien; l'air humide, au contraire, est très-favorable. Ainsi à Blois, j'avais remarqué que les accès d'épilepsie étaient plus fréquents dans les temps de sécheresse que dans les temps humides.

Quant aux stations qui présentent une grande uniformité de température, je ferai remarquer Angers, où on peut conserver en pleine terre des plantes qui ne peuvent vivre à Nice.

Angers est la ville de France qui présente le moins d'écarts dans ses variations thermométriques.

M. GUIBOUT. A Nice, à Cannes, à Hyères, le bord de la mer est inhabitable pour les phthisiques, surtout à Nice. Il faut les faire reculer à cinq ou six kilomètres dans les terres.

M. LUNIER. Il est certain que dans un certain rayon les vents du Sud sont très-dangereux pour les phthisiques. Il faut choisir.

M. GUIBOUT. Amélie-les-Bains est dans les terres et est cependant une très-bonne station pour les phthisiques. C'est que les formes de la phthisie sont très-variables; la phthisie est scrofuleuse, aiguë, hémorrhagique.

A la strumeuse convient l'air sec de Nice, de Menton, Pau guérit la phthisie hémorrhagique, qui se trouve très-mal des Eaux-Bonnes.

M. SIMONOT. L'orientation est évidemment très-importante quand il s'agit de choisir un lieu de refuge pour les phthisiques. Il ne faut jamais les envoyer où souffle le mistral. La température doit être uniforme, ni trop élevée ni trop basse.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel : Dr DUROZIEZ.

DOCUMENTS

POUR SERVIR A L'HISTOIRE DU MOUVEMENT SCIENTIFIQUE PENDANT LE SIÉGE DE PARIS (1).

28 NOVEMBRE

XLIX. **Ambulances.** — L'organisation de la défense de Paris ne devait pas seulement consister à former une armée et un matériel de guerre. Il importait aussi d'assurer, dans les meilleures conditions possibles, les soins à donner aux malades et blessés de l'armée, de la garde mobile et de la garde nationale.

Les efforts de la charité privée pour la constitution d'ambulances particulières ont été immenses, mais ces efforts n'auraient pu produire tout le bien qu'on en doit attendre, s'ils n'eussent pas été coordonnés et régularisés de manière à les faire concourir vers le but unique du traitement, dans les meilleures conditions possibles, de nos défenseurs malades ou blessés.

Telle a été la tâche de la commission supérieure des ambulances (2).

Cette commission a terminé la première série de ses travaux.

Toutes les ambulances ont été inspectées, recensées et classées. Celles qui n'ont pas paru offrir de garanties suffisantes ne seront pas utilisées. Les autres, comprenant environ dix mille lits, ont été divisées en deux catégories, d'après les conditions matérielles de leur installation et la constitution de leur personnel médical : les unes seront consacrées au traitement des maladies et blessures graves; les autres aux affections légères. Chaque ambulance, en tenant compte de sa position dans l'intérieur de Paris, a été rattachée à l'un des neuf secteurs des fortifications, et est devenue une véritable succursale d'un hôpital central répartiteur, compris lui-même dans le secteur.

La commission a fait dresser à cet effet un tableau de répartition dont le directeur de chaque hôpital répartiteur a reçu un exemplaire.

Ordre a été donné de diriger tous les blessés et malades d'un secteur sur l'hôpital central correspondant ou, en cas d'encombrement, sur l'hôpital le plus voisin. L'inscription de tout arrivant, faite à cet hôpital, assurera son état civil et militaire. Les malades blessés les plus graves seront soignés sur place, pour éviter un double transport. Les autres seront répartis entre les ambulances particulières du secteur, en tenant compte de la gravité de leur affection.

A partir du jour où elle aura reçu un malade, chaque ambulance sera tenue d'adresser quotidiennement au directeur de l'hôpital central dont elle relève un rapport succinct, certifié par son médecin, et faisant connaître sa situation. Ainsi tenu journellement au courant de l'état des ambulances de son secteur, l'hôpital central pourra facilement régler entre elles la répartition des malades.

Grâce à la sollicitude de M. le ministre de l'agriculture et du commerce, grâce aux ressources de l'administration de la guerre et à celles de l'assistance publique, une quantité suffisante de bétail sur pied a été réservée pour assurer pendant un temps indéfini la nourriture en bouillon et en viande fraîche à tout malade ou blessé. Les rations nécessaires à chaque ambulance lui seront distribuées à cet effet par l'hôpital répartiteur dont elle relève, sur un bon signé de son médecin et justifiant du nombre des malades en traitement.

Enfin des instructions détaillées ont été données par la commission au directeur de chaque hôpital central, pour régler l'organisation de ce nouveau service.

L'ensemble de ces mesures est de nature à assurer à nos blessés et à nos malades les soins appropriés à leur état, et à régler de la façon la plus fructueuse l'élan de la charité publique.

L. **Santé publique.** — Je ne voudrais ni chanter un *Te Deum*, ni même répéter ce mot qui nous a été si fatal : « Tout va bien »; cependant je ne puis me défendre d'une satisfaction relative (puisse-t-elle n'être pas de courte durée!) en lisant le *Bulletin hebdomadaire* des décès du 20 au 26 courant. Le total de la dernière semaine était de 2,064; celui de cette semaine est de 1927; différence, 137; et ce qui est surtout fort encourageant, ce qui prouve que les efforts de nos vaccinateurs n'ont pas été perdus, c'est que le chiffre des décès causés par la variole a baissé de 431 à 386; différence, 45.

Puisque je touche à cette question si grave de la variole, il faut que j'insiste sur trois remarques qui me semblent de la plus haute importance. La première, c'est qu'en dépit des avis motivés de la commission supérieure d'hygiène, des affiches fallacieuses et presque criminelles s'étalent encore sur les murs de Paris, annonçant des *remèdes infaillibles* ou des *préservatifs certains* contre la variole. Non, mille fois non, il n'y a pas de remèdes préservatifs de la variole, si ce n'est la vaccine. Que chacun retienne bien cette affirmation; que chacun y ait confiance et que personne ne néglige de se faire vacciner ou revacciner. On a prétendu que la vaccine était un danger dans les temps d'épidémie; c'est une erreur profonde et des plus nuisibles; il n'y a pas un médecin digne de ce nom qui ne sache qu'en ces temps la vaccine est le meilleur, le seul, le vrai préservatif. — La seconde remarque, c'est qu'il est dangereux, très-dangereux de transporter les varioleux dans des voitures qui ne sont pas exclusivement affectées à ce service, et qu'il importe de désinfecter même les simples brancards qu'on emploie à cet usage, avant de s'en servir pour d'autres malades. — La troisième remarque, celle-là s'adresse encore plus à l'administration qu'aux particuliers, c'est qu'il ne faut jamais, entendez bien le mot, jamais, surtout dans les circonstances où nous vivons, mêler les varioleux ni aux autres malades ni aux blessés, mais les réunir dans des ambulances ou dans des hôpitaux destinés spécialement à ce genre de maladie. Nous savons de science certaine qu'hier samedi, vers dix heures du soir, on a violé ou forcé contre tout droit l'ambulance de l'ambassade d'Autriche pour y introduire un varioleux; or cette ambulance est consacrée aux blessés; elle en contient encore, et elle en a reçu un assez grand nombre depuis le commencement du siége. On a donc commis une grande faute, pour ne rien dire de plus; heureusement cette faute a été réparée ce matin par l'évacuation du varioleux sur une ambulance spéciale. Les prescriptions de la commission d'hygiène sont formelles à cet égard; il suffira de les rappeler à qui de droit pour que de pareils abus si préjudiciables ne se renouvellent point.

Mais revenons à notre *Bulletin hebdomadaire*. Il est vrai qu'aujourd'hui, comme cela était vrai samedi 19, que les maladies causées par les *ingesta*, ou les aliments, n'ont pas encore pris le dessus sur les affections qui tiennent plus particulièrement aux *circumfusa*, ou agents atmosphériques. La preuve, c'est que la mortalité (comme on le verra par le tableau ci-dessous) n'a pas varié sensiblement d'une semaine à l'autre pour la diarrhée et la dysenterie. Les différences, — elles ne sont même pas très-marquées, — portent plutôt sur la fièvre typhoïde, qui s'est élevée de 94 à 103; sur la scarlatine, de 14 à 17; sur la rougeole, de 9 à 11; sur l'érysipèle, de 11 à 17; sur la pneumonie, de 75 à 81; sur l'angine couenneuse, de 5 à 9; quant à la bronchite, elle a baissé de 92 à 89.

Les *Bulletins hebdomadaires* sont assurément très-utiles et fournissent de précieux éléments pour une statistique; mais, sans trop en étendre le cadre, on souhaiterait d'y trouver quelques renseignements qui pourraient servir à la médecine prophylactique ou préservatrice. Ainsi, il y aurait avantage à indiquer les diverses catégories de personnes qui sont plus particulièrement frappées par telle ou telle maladie, en tenant compte du genre de vie (civile ou militaire), de l'âge, du sexe, des lieux ordinaires d'habitation, comme cela se pratique à Londres et dans presque toutes les grandes villes de l'Angleterre. En second lieu, il serait très-important de noter si les individus atteints par les maladies régnantes étaient blessés ou non blessés. Nous espérons qu'on fera droit, dans la mesure du possible, à cette réclamation qui n'intéresse pas seulement la science, mais aussi la santé publique.

Voici maintenant le tableau des décès tel qu'il résulte du *Bulletin hebdomadaire* :

Variole, 386; scarlatine, 17; rougeole, 11; fièvre typhoïde, 103; érysipèle, 17; bronchite, 89; pneumonie, 81; diarrhée, 92; dysenterie, 25; choléra; 1; angine couenneuse, 9; croup, 11; affections puerpérales, 11; autres causes, 1,074. Total, 1,927. — Ch. Daremberg.

RAPPORT

Présenté au comité pour l'assainissement des champs de batailles, par MM. le prince Orloff, président, et le docteur Guillery, membre délégué.

Bruxelles, le 15 mai 1871.

Messieurs et honorables collègues,

Partis le 12 courant par le train de six heures trente minutes, nous arrivons à Mézières vers midi. M. Tirman, le préfet du département des Ardennes et sa famille, nous ont fait l'accueil le plus cordial : nos travaux sont approuvés, estimés, et seraient au besoin protégés.

Après une visite rapide aux ruines du bombardement, nous reprenons notre chemin vers Sedan, et nous rencontrons, vers quatre heures de l'après-midi, M. Trouet, à proximité du château de Belle-Vue. Nous descendons de voiture et nous suivons la rive gauche de la Meuse, traversant des prairies marécageuses qui exhalent une odeur nauséabonde; sur la berge du fleuve, nous apercevons un membre antérieur de cheval adhérant encore à son omoplate. Les travaux de M. Trouet ne se sont pas encore étendus jusque-là.

Nous arrivons à un pont du chemin de fer détruit et en reconstruction; nous le traversons et nous gagnons, sur la rive droite, la presqu'île de la Vilette. Mille à douze cents cadavres de chevaux retirés de la Meuse y ont été, dit-on, déposés et enfouis à la profondeur insuffisante de 70 à 80 centimètres. Une douzaine de nos ouvriers y sont occupés à construire des tumulus.

Nous voulons avoir la preuve de l'existence de ces cadavres; trois ouvriers se mettent à déblayer, et bientôt nous constatons par la vue, et plus encore par l'odorat, la vérité de ce qui a été dit.

M. Trouet commence par placer, sur cette couche de terre insuffisante, une couche de chaux de 20 centimètres d'épaisseur, puis il creuse un fossé circulaire dont il reporte la terre sur la couche de chaux; la profondeur du fossé est proportionnelle à la quantité de terre nécessaire à un tumulus s'élevant au-dessus des cadavres à une hauteur de 1 mètre 75 centimètres, et les recouvrant latéralement de la même épaisseur. La partie la plus déclive du fossé est munie d'un canal pour l'écoulement des eaux. La surface supérieure du tumulus est ensemencée de chanvre.

Les travaux de terrassement et d'assainissement sont exécutés avec une perfection qui fait le plus grand honneur à notre représentant, M. Trouet.

Nous repassons le pont et nous marchons vers la ville en parcourant toute cette étendue de terre comprise entre un contour de la Meuse et un canal d'abréviation qui servait de camp aux prisonniers après la capitulation; partout les travaux d'assainissement sont exécutés avec le même soin. M. Trouet a opéré sur 220 fosses renfermant plus de 5,000 cadavres de chevaux et de bœufs.

Ici les cadavres humains sont l'exception. La désinfection est terminée dans cette partie de la plaine de Belle-Vue qui comprend les territoires de Sedan, Torcy, Glaires, Yges, Vilette, Belle-Vue et Frénois.

Sauf les marécages que nous avons traversés au commencement de notre excursion, il ne reste plus à désinfecter que les berges et le lit de la Meuse. M. Trouet compte employer bientôt vingt-cinq ouvriers à ce travail.

Dès notre arrivée à Sedan, nous nous rendons chez le sous-préfet, M. Brun, qui nous dit qu'une personne digne de foi lui a affirmé que des cadavres humains étaient envasés dans le lit de la Meuse, à proximité de Mouzon. Évidemment, c'est à la vérification de ce fait, affirmé par les uns, contesté par les autres, que nous donnerons nos premiers instants. Nous nous proposons de nous rendre à Mouzon le lendemain matin; M. le sous-préfet nous promet de nous y conduire.

Il était dix heures du matin, lorsque le samedi 13 courant nous arrivâmes à Mouzon. Le premier personnage officiel que nous rencontrons est le secrétaire municipal; ce fonctionnaire est persuadé que la Meuse ne contient aucun cadavre humain, le garde champêtre intervient et partage l'opinion de M. le secrétaire; cependant tous les deux s'empressent de nous accompagner. En chemin, nous rencontrons M. Dupré, conseiller municipal; il n'a pas d'opinion bien arrêtée. Sur le pont de Mouzon, nous apercevons et nous abordons M. le curé; ce digne ecclésiastique a vu, le jour de la bataille, des soldats se précipiter dans le fleuve, dans le but de le traverser; plusieurs d'entre eux s'y sont probablement noyés; la Meuse recèle peut-être encore leurs cadavres; mais M. le curé croit que nos recherches doivent être dirigées en amont du pont, tandis que le lieu indiqué à M. le préfet se trouve en aval.

Nous appelons un batelier; c'est l'ancien concessionnaire de la pêche, un homme qui connaît son fleuve; il nous prend dans son bateau, mais ne peut nous donner aucun renseignement.

Cependant les eaux sont à une hauteur moyenne, et leur transparence est complète; presque partout nous voyons le lit du fleuve; en quelques endroits seulement, des herbes épaisses le dérobent à nos regards. Nous approchons d'une île que les hautes eaux couvraient encore il y a quelques jours; là, par une disposition de la rive, le courant fait un retour sur lui-même, et l'on comprend que des corps amenés par le courant s'arrêtent en cet endroit comme au fond d'un entonnoir.

C'est bien là ce qui a été indiqué à M. le sous-préfet. Les uns sautent dans l'île, les autres restent dan le bateau; l'exploration se fait sur une grande étendue; nos regards ne découvrent rien, nous avons recours à des perches; mais ce sondage ne nous apprend rien encore, et il a l'inconvénient de troubler la transparence de l'eau. Nous faisons le tour de l'île, nous explorons les environs du

(1) Voir le dernier numéro.

(2) La commission supérieure des ambulances, constituée par arrêté du gouverneur de Paris, sous la présidence d'un des membres du Gouvernement de la défense nationale, est composée de : MM. Jules Ferry, président; Wolf, intendant général; docteur Larrey, médecin en chef des armées; docteur Champouillon; docteur Chenu; docteur Guyon; docteur Labbé; docteur Béhier; docteur Broca; docteur Jules Worms, secrétaire.

pont, mais nos recherches restent infructueuses. Il faut bien y renoncer; nous sortons de la barque et nous rentrons au village.

Nous allions nous séparer, lorsque nous voyons arriver un ouvrier. — Tenez, dit le garde champêtre, voilà Launoy, il vous dira, lui, qu'il n'y a pas un seul cadavre dans la Meuse. Nous interrogeons Launoy, qui nous répond immédiatement : — Comment! pas de cadavres dans la Meuse! je les ai encore vus, il y a trois jours. L'un de nous lui dit vivement : Si vous les avez vus, vous pouvez les montrer. Nous voulons les voir à tout prix. — Je vais vous les montrer, répond Launoy. Suivons le bord de la Meuse, à gauche, pendant que le garde champêtre ira à droite dire à l'éclusier de venir nous prendre dans sa barque.

Nous marchons pendant une demi-heure dans une prairie qui borde le fleuve, et nous nous arrêtons au niveau de l'extrémité inférieure d'une écluse de canalisation. L'éclusier vient nous prendre dans sa barque, et Launoy nous conduit sans hésiter en un lieu qu'il doit parfaitement connaître. Il regarde attentivement le fond de l'eau, et il nous dit : « Je les vois! » Nous apercevons effectivement à plus d'un mètre de profondeur des surfaces blanchâtres que des observateurs non prévenus auraient prises pour de larges pierres calcaires. Une surface plus petite que les autres semble s'élever au-dessus d'elles : C'est une main, dit Launoy. Ces assertions deviennent vaisemblables; mais elles ne nous suffisent pas.

M. Trouet, dans le but de faciliter nos recherches, avait déposé dans la barque un trident en fer courbé sur le plat et monté sur un manche de bois long et solide. Nous demandons à Launoy d'en faire usage et de détacher, si c'est possible, un de ces corps des matériaux, vase et cailloux, qui l'enchâssent. A peine le trident a-t-il imprimé un mouvement au corps blanchâtre, qu'un volume considérable de gaz se dégage, monte à la surface et infecte l'air que nous respirons. L'eau perd sa transparence, des flocons de putrilage sont entraînés par le courant.

Ce n'est que quelques instants après que nous reconnaissons une forme humaine; c'est le cadavre d'un soldat français encore recouvert de son uniforme. Le drap a mieux résisté que le tissu organique; partout où le drap les recouvre, les membres sont restés entiers; où le drap manque, les os sont dénudés. Une main se détache de son avant-bras par la seule force du courant. Nous combinons nos efforts et parvenons à déposer le cadavre sur le gazon de la rive.

Nous nous hâtons de retourner au village pour y prendre des matières désinfectantes et une toile d'ensevelissement. Chemin faisant, Launoy nous explique comment les choses se sont passées. Le 30 août, jour de la bataille, les eaux étaient tellement basses, qu'une partie du lit de la Meuse était à sec. Douze ou treize cadavres étaient réunis au bord du fleuve; Launoy se chargea de leur inhumation et crut bien faire en creusant leurs fosses dans cette partie du lit que les eaux avaient abandonnée.

Les fosses n'étaient pas profondes et chaque cadavre fut recouvert des matériaux extraits de la sienne. A la débâcle du printemps la force du courant nivela le fond du fleuve; les abdomens ballonnés furent dépouillés de la partie de vêtement qui les recouvrait; c'est là ce que nous avions aperçu sous l'apparence de grosses pierres blanchâtres.

Nous avions rencontré dans Launoy l'auteur d'un des faits les plus antihygiéniques que nous ayons constatés; mais, nous nous empressons de le dire, par sa franchise et sa bonne volonté, il mérite bien qu'on lui pardonne. Ces cadavres, en partie cachés, sont dangereux dans l'eau, ils le seraient plus encore si la sécheresse les mettait à découvert.

Nous trouvons chez le pharmacien du village trois kilogrammes de fer et une centaine de grammes de perchlorure; c'est plus qu'il n'en faut. Une forte toile sera trempée dans une solution concentrée de ces sels; le cadavre sera enveloppé dans la toile, déposé dans une fosse profonde, arrosé avec le reste de la solution et recouvert de terre. Launoy et le garde champêtre se chargent de tout exécuter convenablement.

Donc, il y a des cadavres dans la Meuse, et comme il y en a à Mouzon, il peut y en avoir encore autre part. La Meuse doit être explorée, draguée dans une partie de son parcours, et déjà M. Trouet, notre digne représentant, a fait exécuter dans ce but des instruments ingénieux.

Revenus à Sedan, nous y trouvons M. Peyrat, le désinfecteur de Paris, que nous avions convoqué depuis plusieurs jours, dans la prévision des travaux spéciaux dont nous venons d'avoir le spécimen. Nous avons adjoint M. Peyrat à M. Trouet, désirant que tout se passe comme à Mouzon, avec cette différence que le désinfectant Peyrat, substitué aux sels de fer, soit appliqué sur le cadavre au moment même de sa sortie de l'eau.

M. Trouet croit pouvoir terminer dans un mois tous les travaux qui lui sont confiés. Avant son départ, il déposera à la sous-préfecture assez de matière désinfectante pour obvier à tout événement ultérieur, tel qu'une crevasse dans un tumulus ou un nouveau cadavre découvert dans la Meuse.

Nous avons quitté Sedan le dimanche matin, persuadés que le gouvernement belge avait entrepris un travail indispensable et que notre comité doit à sa bienveillance d'avoir un représentant à la hauteur de sa mission.

Le membre délégué : GUILLÉRY.

Le président : prince ORLOFF.

Par arrêté du chef du pouvoir exécutif, en date du 14 juin 1871, rendu sur le rapport du ministre de la guerre :

M. Ellysen (Albert), chef du service des ambulances volantes de la Société de secours aux blessés, a été nommé chevalier de l'ordre national de la légion d'honneur.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fo... semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAM...

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :

Trois mois. .	8 fr. 50 c.
Six mois. . .	16 —
Un an. . . .	30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 17 juin 1871.

Nous mettons sous les yeux de nos lecteurs le document suivant qui n'est qu'un résumé du rapport adressé par M. Ricord à l'intendance sur le service des ambulances de la Presse depuis le commencement du siége de Paris jusqu'à ce jour, et qui sera le préliminaire d'un grand travail que notre éminent confrère prépare avec quelques-uns de ses principaux collaborateurs. On y verra en quelques mots quelles ont été l'étendue et l'importance des services qu'ont rendus, pendant cette longue et douloureuse période, les nombreux médecins, pharmaciens et élèves, ainsi que les personnes charitables et dévouées de toutes les conditions, que M. Ricord a su si rapidement grouper autour de lui par son sympathique appel, et à qui il a inspiré, en leur en donnant constamment l'exemple lui-même, le zèle et le dévouement les plus absolus.

Dr B...

RÉSUMÉ DU RAPPORT SUR LES AMBULANCES DE LA PRESSE

ADRESSÉ LE 1er JUIN A L'INTENDANCE

Par M. RICORD.

Monsieur l'intendant général,

Les ambulances de la Presse touchent à leur terme. Leur fonctionnement, non interrompu depuis le mois de septembre jusqu'à ce jour, ne sera probablement définitivement arrêté qu'à la fin de juin.

Elles sont nées d'une souscription nationale faite par la presse française au moment où la guerre fut déclarée à la Prusse. Le produit de cette souscription, joint aux dons de l'Angleterre, a donné plus d'un million, que nous avons utilisé de la manière suivante.

Le but de notre association était de secourir l'armée en campagne. Pour arriver à ce résultat, il fallait créer des ambulances mobiles pour porter des secours aux blessés sur le champ de bataille ; c'est ce que nous avons fait.

Grâce au fonctionnement remarquable de ces ambulances et à un matériel considérable que nous avions organisé à ce sujet, nous avons pu recueillir, pendant la guerre contre la Prusse, 22,199 malades ou blessés, et, pendant la guerre sociale que nous venons de traverser, 1,924.

Pendant ces douloureux événements, notre personnel médical intelligent et dévoué a su, par une série de petits stratagèmes, sauver un grand nombre de soldats tombés aux mains des fédérés, et même les apporter dans nos ambulances à l'aide de déguisements.

Mais une armée en campagne n'a point à songer seulement aux blessés ; il fallait, pour être vraiment utile, songer aux malades, aux fiévreux de chaque jour, et être en mesure d'aller les secourir pendant le long siége que nous avons subi, les recueillir aux avant-postes, dans les tranchées, les installer dans les ambulances de première ligne, les réchauffer, les réconforter, et finalement, les transporter dans une de nos ambulances fixes ou dans les hôpitaux civils ou militaires.

Le chiffre des malades ou fiévreux ainsi secourus par cinq grandes ambulances ayant chacune plusieurs ambulances d'avant-postes, s'élève au total de 14,057.

Pour être en mesure de recueillir un grand nombre de blessés et de fiévreux, nous avons dû créer beaucoup d'ambulances fixes ou hôpitaux temporaires, les pourvoir de literie, de lingerie et de tout le matériel indispensable au fonctionnement de ces établissements. Les ambulances fixes créées par nous sont au nombre de 19.

Afin de diminuer le séjour de nos blessés et de nos fiévreux dans nos ambulances fixes, et aussi pour augmenter leur bien-être, nous avons associé à notre œuvre un grand nombre de petites ambulances de convalescents, créées par la charité privée, pouvant contenir chacune un petit nombre de blessés.

Ces ambulances étant au nombre de 43, on comprend la quantité de lits qui se sont trouvés mis ainsi à notre disposition.

Nous ne saurions trop remercier les personnes bienfaisantes du concours charitable qui nous a été offert pendant toute la durée de la guerre.

Mais pour arriver à recueillir tant de blessés et de fiévreux, et pour les hospitaliser d'une manière convenable, il fallait, non-seulement une grande organisation matérielle, il fallait surtout un personnel médical dévoué pour nous seconder ; c'est ce que nous avons trouvé, et, nous devons le dire bien haut à l'honneur de notre profession, 140 médecins ou étudiants en médecine et 52 pharmaciens ou élèves en pharmacie s'étaient mis généreusement et libéralement à notre disposition pour remplir notre douloureuse et périlleuse mission.

De plus nous avons fait appel aux frères des écoles chrétiennes. Nous sommes heureux de le dire, leur dévouement a été à la hauteur du nôtre ; non-seulement 250 à 300 frères nous ont accompagnés sur le champ de bataille, mais 225 à 250 nous ont servi comme infirmiers ; ceux-ci, joints aux sœurs de l'Espérance, dont toute la communauté a participé à notre œuvre, ont constitué un ensemble hospitalier modèle, et on peut affirmer que, sous le rapport moral et physique, nulle part les victimes de la guerre ne reçurent des soins plus dévoués et plus intelligents que dans nos ambulances.

Le général Trochu, frappé des services rendus par les frères sur le champ de bataille et dans nos ambulances, a honoré la communauté dans la personne de son supérieur général, en lui donnant spontanément la croix de la Légion d'honneur.

Il est juste d'ajouter à ce personnel nombreux un grand nombre de volontaires, trop faibles pour faire le service de la garde nationale, ou ayant passé l'âge de porter les armes, ou étrangers à notre pays, qui se sont joints à nous comme simples brancardiers, ou comme auxiliaires dévoués de nos médecins.

Parmi les auxiliaires, il en est plusieurs qui ont montré une grande bravoure et un grand dévouement, et qui, au péril de leur vie, ont puissamment aidé à secourir les trop nombreuses victimes de la guerre.

En résumé, les ambulances de la presse, grâce à la sympathie qu'elles ont rencontrée dans le corps médical, ont pu constituer une réunion nombreuse de médecins, lesquels joints aux frères des Ecoles chrétiennes et aux sœurs de l'Espérance, ont pu recueillir, hospitaliser, soigner 22,199 blessés ou fiévreux pendant la guerre contre la Prusse.

Il nous a été impossible de tenir une note exacte des blessés recueillis sur le champ de bataille, mais nous ne dépassons pas les limites d'une appréciation exacte en disant que 5,000 blessés ont été recueillis par nos ambulances.

Si nous ajoutons au chiffre précédent, 22,199 blessés ou fiévreux, celui de 1,924 fédérés recueillis par nous pendant la guerre sociale, nous arrivons au chiffre important de 24,123.

Nous avons pensé que de pareils services, vu le fonctionnement très-simple de nos ambulances, ne pouvaient rester ignorés. C'est dans ce but que nous allons publier un grand ouvrage qui mettra le public à même de juger notre association et ses œuvres.

Nous espérons aussi, monsieur l'intendant général, que vous voudrez bien fixer un instant votre attention sur ces résultats, et les porter à la connaissance de M. le ministre de la guerre, afin d'obtenir de lui, pour notre personnel, les récompenses qu'il a si bien méritées.

D'autres Sociétés de secours ont déjà été récompensées.

Il en est de même des médecins qui ont donné leur concours à l'intendance pour soigner dans les hôpitaux les malades et les blessés.

Ces services, tout importants qu'ils soient, ne sont pas supérieurs à ceux que notre personnel médical rendait chaque jour au péril de sa vie.

Si ces services étaient malheureusement oubliés, cet oubli, nous ne craignons pas de le dire, aurait un pénible retentissement dans notre profession toujours si dévouée, et qui se trouve toujours à la hauteur de tous les dévouements commandés par les malheurs de la Patrie ou de la cité.

AMBULANCES MILITAIRES. — M. DUBREUIL.

Du drainage dans les plaies d'armes à feu.

Inventé et préconisé par Chassaignac, le drainage, c'est-à-dire l'introduction à travers les tissus d'un tube de caoutchouc percé de trous multiples et dont les extrémités émergent à l'extérieur, occupe aujourd'hui une place importante dans la pratique chirurgicale. Je n'ai nullement l'intention de signaler les avantages qu'il présente dans les cas ordinaires, et que le chirurgien de Lariboisière a parfaitement déterminés (Chassaignac, *Traité pratique de la suppuration et du drainage chirurgical*), je veux signaler seulement une application nouvelle de ce moyen dans les cas de plaies d'armes à feu, ou, pour mieux dire, de plaies produites par des balles ou de petits éclats d'obus.

A qui revient le mérite de l'avoir employé le premier dans ces blessures ? Je ne le sais pas ; peu importe, du reste ; mais je puis affirmer que, pendant le siége de Paris, il en a été fait un fréquent usage.

Certe toutes les plaies d'armes à feu ne sont pas justiciables de l'emploi de cette méthode, qui s'applique spécialement aux plaies en séton et à une catégorie de plaies qui s'en rapproche et que je signalerai tout à l'heure.

Le drainage a un premier avantage, c'est de supprimer en quelque sorte le débridement préventif (bien moins usité, il est vrai qu'il ne l'était autrefois), débridement qui ne doit guère être conservé que pour les cas où il y a des corps étrangers à extraire.

Que cherchait-on en réalité à obtenir par le débridement préventif? empêcher, en élargissant la plaie, le gonflement, d'oblitérer les extrémités du trajet du projectile et prévenir ainsi la rétention du pus et ses funestes conséquences (infection putride, infection purulente, etc.). Ce danger est, on ne peut le nier, bien plus efficacement conjuré par l'application du drainage que par le débridement.

Ce dernier, en effet, n'agit que sur les orifices, et encore d'une façon insuffisante pour réaliser le but qu'on se proposait d'atteindre. En facilitant sur ces points le développement des parties enflammées, il n'empêche pas l'obturation du trajet de se produire sur des points intermédiaires et ne supprime, par conséquent, que d'une façon illusoire les dangers de la rétention du pus. Le tube élastique, au contraire, remplit infiniment mieux cette indication en maintenant les tissus parcourus par le projectile dans un état d'écartement proportionné à son diamètre et en facilitant, à l'aide des trous dont il est percé, l'écoulement des liquides pathologiques et les lavages avec de l'eau simple ou les divers liquides médicamenteux en usage en pareil cas. Le contact du caoutchouc vulcanisé ne présente rien d'irritant et est parfaitement supporté.

Précisons maintenant les cas dans lesquels on doit recourir au drainage ; c'est surtout, je l'ai dit, dans les plaies en séton que son usage est de mise. Il est cependant une classe de plaies de ce genre pour lesquelles il est au moins inutile d'y recourir, je veux parler de celles dans lesquelles le point des parties molles intermédiaires ne renfermant ni vaisseau ni nerf importants, n'offre qu'une épaisseur telle qu'il paraît devoir se modifier ou au moins exiger un temps fort long pour son recollement.

Il est, dans ce cas, infiniment préférable de diviser ou de reséquer le point, soit en une seule fois, soit en plusieurs, selon son étendue. Pourvu que le trajet soit entouré de tout côté par des parties molles d'une épaisseur suffisante, sa longueur n'est pas une contre-indication, je dirai même qu'elle n'est qu'une indication plus urgente de l'emploi du drain, car le danger du croupissement et de la résorption des liquides exhalés est en raison directe de la quantité de ces liquides, c'est-à-dire de l'étendue du trajet.

J'ai, de concert avec le docteur Magnan, drainé la plaie de mon excellent confrère Bouchereau, lequel avait reçu, en conduisant des ambulances, au second combat de Châtillon, une balle qui, sans léser d'organe important, avait parcouru, dans la cuisse gauche, un trajet d'environ 18 centimètres, obliquement dirigé de haut en bas et d'avant en arrière. Cette pratique m'a parfaitement réussi.

La présence dans la profondeur de la plaie d'un os fracturé n'est pas un motif pour rejeter le drainage, car, méthodiquement appliqué, il n'est pas de nature à gêner la formation du col.

Je n'ai pas besoin, je suppose, de faire observer que ce que je dis ici s'applique spécialement aux plaies des membres ou des parties du tronc qui recouvrent les cavités splanchniques et que si un viscère, le poumon par exemple, avait été traversé par une balle, je ne recommanderais nullement de placer le drain à travers.

Je dois cependant signaler un point qui me paraît litigieux ; le voici : une grande articulation ayant été traversée par une balle, doit-on la drainer ? Il serait trop long d'entrer ici dans la discussion des indications des plaies articulaires par armes à feu, de rechercher s'il faut amputer, reséquer, etc. ; je dirai seulement que lorsqu'on a rejeté l'amputation et la resection, quand on ne peut espérer par occlusion éviter la suppuration, le drainage reste

comme un moyen de faciliter l'écoulement des liquides pathologiques et de permettre le lavage de la cavité séreuse.

Le drain doit généralement être d'un calibre tel qu'il passe sans trop de peine à travers le trajet. Il est bon, avant de s'en servir, de s'assurer qu'il est convenablement percelé, c'est-à-dire que les petites pertes de substance qu'il présente sont de dimension convenable et en nombre suffisant. Dans le cas contraire, le drain ne pouvant laisser écouler les liquides de la plaie par sa cavité, ni servir aux irrigations, perdrait la majeure partie de son utilité. Il est du reste des plus faciles de faire séance tenante une série de petits trous avec des ciseaux.

L'introduction du drain est très-simple et ne nécessite pas l'emploi d'un instrument particulier, bien qu'on trouve dans l'arsenal chirurgical un trocart spécial préconisé par Chassaignac et destiné à cet usage. Le procédé le plus commode consiste à se servir d'un stylet aiguillé d'une longueur un peu supérieure à celle du trajet.

Lorsque l'ouverture du stylet est assez grande pour recevoir le drain, on l'y introduit et la manœuvre est aussi aisée que possible. Quand, au contraire, le volume du tube en caoutchouc doit être tel qu'il ne peut passer par le chas du stylet, on l'attache à ce dernier au moyen d'un fil.

Le stylet ordinaire de trousse ne présente pas toujours une longueur en rapport avec celle de la plaie. Il faut alors recourir à ces sondes de poitrine formées de deux portions se réunissant au moyen d'un pas de vis, et dont l'une est terminée par un chas, l'autre par une extrémité arrondie.

Une précaution importante consiste à ne pas laisser séjourner le drain outre mesure, et, pour ma part, j'ai pris l'habitude, sauf dans quelques cas rares, de le supprimer au bout de huit jours au plus tard, souvent avant ce terme. En agissant ainsi, on évite un inconvénient sérieux de l'emploi du drain lorsqu'il est mal appliqué. Un tube en caoutchouc dont les extrémités sont réunies, comme on le fait toujours pour le maintenir en place, a une certaine tendance à couper les parties qu'il embrasse dans la concavité de l'anse. Quand il est placé profondément et qu'on a soin de laisser l'anse suffisamment longue et médiocrement serrée, cette tendance est peu compromettante; mais lorsque le drain n'est pas profondément situé, il peut parfaitement arriver, s'il est laissé trop longtemps en place, qu'il tombe spontanément, après avoir divisé par un travail ulcératif les parties molles qui le recouvraient. En outre, au bout de huit jours de séjour du drain, on n'a généralement plus à craindre la rétention des produits exhalés. Le trajet est établi, organisé, et permet de faire directement des irrigations.

A quelle période des plaies d'armes à feu faut-il placer le drain? L'essentiel est de le passer avant l'établissement du gonflement inflammatoire. Or, le gonflement ne commence guère qu'après les premières vingt-quatre heures. C'est donc vingt-quatre heures environ après la blessure que le tube doit être placé.

En le mettant plus tôt on ranimerait la douleur qui commence à s'assoupir. Il est vrai que c'est là une considération qui disparaît devant les anesthésiques, mais, somme toute, il faut, autant que possible, se dispenser de l'emploi de ces agents, et en outre, quand on a, comme cela n'arrive que trop souvent le lendemain d'une bataille, un nombre considérable de blessés à soigner, l'anesthésie prolongerait indéfiniment les pansements, et doit être réservée pour les opérations sérieuses.

Ce que j'ai dit jusqu'à présent ne s'applique qu'aux plaies en séton, mais il est, ce me semble, certaines blessures qu'il est utile de transformer en plaies et en séton, soit pour faciliter l'extraction d'un corps étranger (projectile, portion d'os), soit uniquement pour faire bénéficier le patient des avantages du drainage. Je m'explique : une balle a pénétré par la partie antérieure de la cuisse, et passant en dehors du fémur est arrivée à la partie postérieure, de façon que la palpation pratiquée en arrière du membre permet facilement d'en constater la présence sous la peau. L'indication précise est ici de retirer la peau, non pas en introduisant dans la plaie par son orifice antérieur les instruments plus ou moins ingénieux en usage pour l'extraction des projectiles (tire-balles, pinces américaines, etc.), mais bien de diviser la peau en arrière et directement sur le corps étranger. On a ainsi transformé une plaie borgne en une plaie en séton pour laquelle le drainage est parfaitement de mise.

Je suppose maintenant que le projectile, bien qu'ayant pénétré à une assez grande profondeur, soit sorti spontanément ou ait été retiré accidentellement quand on a ôté les vêtements du malade, dont il avait poussé une partie devant lui, dont il s'était en quelque sorte coiffé.

Pour peu que la blessure soit profonde et que le cul-de-sac qui la termine se rapproche des téguments, il est encore bon, afin d'éviter le croupissement du pus, de faire une contre-ouverture et de former ainsi une plaie en séton où l'on puisse placer un drain.

J'ai, pour ma part, trépané l'omoplate pour drainer une plaie de l'épaule chez un soldat qui avait reçu, à l'affaire du 30 octobre 1870, une balle tirée de haut en bas, laquelle avait brisé l'extrémité externe de la clavicule. J'enlevai les esquilles et j'explorai les parties environnantes ainsi que toutes les anfractuosités de la plaie, qui se dirigeait vers l'omoplate, sans qu'il me fût possible de trouver le projectile.

Comme au bout de cinq ou six jours la suppuration était abondante et que le fond de la plaie présentait un clapier qui ne pouvait guère être vidé qu'au moyen d'une contre-ouverture faite à travers l'omoplate, je me décidai à faire subir à cet os une petite perte de substance à l'aide de la tréphine, au niveau de la partie supérieure de la fosse sous-épineuse, et par cette voie je passai un drain ressortant par l'orifice d'entrée de la balle. Ce malade a très-bien guéri, et quatre mois après la blessure j'ai extrait la balle, qui est venue faire saillie un peu en dehors de la partie moyenne du bord axillaire de l'omoplate.

Telle est, en quelques mots, la nouvelle application du drainage que je tenais à signaler, application qui vient encore agrandir le champ d'un moyen thérapeutique déjà très-répandu.

DOCUMENTS

POUR SERVIR A L'HISTOIRE DU MOUVEMENT SCIENTIFIQUE PENDANT LE SIÉGE DE PARIS (1).

LI. **Académie des Sciences.** — L'Académie tient séance.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 28 novembre 1870.—Présidence de M. LIOUVILLE.

MÉMOIRES ET COMMUNICATIONS DES MEMBRES ET DES CORRESPONDANTS DE L'ACADÉMIE.

M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL dépose sur le bureau un exemplaire du discours prononcé le 15 novembre 1870 aux obsèques de M. Auguste Duméril par M. Hippolyte Larrey.

Hygiène publique. — M. FRÉMY fait une nouvelle communication sur l'emploi de l'osséine dans l'alimentation.

En venant pour la seconde fois appeler l'attention de l'Académie sur l'emploi de l'osséine dans l'alimentation, je veux d'abord remercier mes confrères de l'intérêt qu'ils ont pris à une question qui ne présente pas le caractère de celles qui sont discutées d'habitude devant eux.

Ils ont compris que dans les circonstances actuelles, l'Académie ne pouvait pas rester indifférente à une proposition qui a pour but d'augmenter les ressources de l'alimentation publique.

L'adoption d'un aliment nouveau est toujours une chose grave et difficile : l'Académie n'a pas oublié qu'un de ses membres, M. D'Arcet, dans un but exclusivement philanthropique, a consacré trente années de sa vie à des essais d'alimentation par la gélatine; ses efforts sont restés stériles et la gélatine a été généralement repoussée; cependant cette substance, préparée avec soin et employée dans des conditions qu'il est facile de déterminer, est un aliment véritable qui peut rendre en ce moment de grands services.

Pour combattre les répugnances bien naturelles qu'inspire, dans l'alimentation, une substance extraite des os, il me paraît utile d'aller en quelque sorte au-devant des principales objections qui peuvent être faites à l'osséine et qui se traduisent dans les termes suivants :

Quelles sont les expériences prouvant que l'osséine est alimentaire?

Avant de conseiller l'emploi de l'osséine, il faudrait démontrer que cette substance n'est pas nuisible à l'organisme.

L'osséine présente la plus grande analogie avec la gélatine : or, des membres illustres de l'Académie ont consacré dix années à rechercher si la gélatine était nutritive, et la question n'est pas encore résolue; la commission de l'Académie était évidemment défavorable à la gélatine, et l'on trouve même dans les expériences publiées par elle, des faits qui prouvent que l'alimentation au moyen de la gélatine, a déterminé la mort d'un certain nombre d'animaux.

J'accepte toutes ces objections et je vais essayer d'y répondre.

On me demande des expériences qui démontrent que l'osséine n'est pas nuisible à l'organisme, et qu'elle est alimentaire : je réponds que ces essais sont presque inutiles aujourd'hui, parce qu'ils sont faits depuis longtemps et que les résultats ne peuvent pas être contestés : ils s'appliquent à l'alimentation des animaux et à celle de l'homme par l'osséine.

Je citerai d'abord les observations si importantes et trop oubliées de M. Edwards aîné et celles de la commission de la gélatine, qui prouvent que le parenchyme des pieds de mouton, qui n'est autre chose que l'osséine, peut nourrir des animaux sans répugnance pendant longtemps.

Je rappellerai, en outre, que l'osséine, lors même qu'elle est engagée dans le tissu osseux, est tellement assimilable par l'organisme, que des chiens qui mangent des os absorbent toute l'osséine qui s'y trouve et rejettent les sels calcaires entièrement débarrassés de substance organique.

Le pouvoir nutritif de l'osséine, pour les animaux, ne peut donc pas être mis en doute.

Quant à l'emploi de l'osséine dans l'alimentation de l'homme, il m'est facile de citer un certain nombre de faits qui prouvent que l'osséine peut être mangée sans inconvénient et qu'elle est réellement alimentaire.

Tout le monde connaît la réputation d'un mets préparé à la Sainte-Ménehould, dans lequel la partie osseuse des pieds de cochon a été complétement attendrie par un acide; l'osséine se trouve là en quantité considérable et dans le même état que celle que je propose à l'alimentation.

En outre les viandes blanches, la tête de veau, les pieds de mouton, les tendons, etc., contiennent de très-grandes quantités de tissus osséiques : leurs propriétés alimentaires ne peuvent donc pas être contestées.

J'ajoute enfin que depuis ma communication du 31 octobre sur l'osséine, un grand nombre de personnes font entrer dans leur alimentation l'osséine extraite des os, et n'en éprouvent aucun inconvénient.

Ainsi, en m'appuyant sur tous ces faits, je crois pouvoir affirmer que l'osséine peut être acceptée sans crainte dans l'alimentation.

J'arrive actuellement aux objections qui portent sur la comparaison de l'osséine avec la gélatine.

L'osséine doit-elle être assimilée à la gélatine?

Les répugnances, selon moi injustes, qui frappent la gélatine au point de vue de l'alimentation, doivent-elles s'étendre à l'osséine?

Que l'Académie me permette d'abord de lui faire connaître très-nettement mon opinion sur les propriétés nutritives de la gélatine et sur les expériences d'alimentation faites avec cette substance.

En réservant la part du fait physiologique fondamental qui établit qu'un principe immédiat ne peut jamais à lui seul constituer un aliment complet, je considère la gélatine comme étant parfaitement nutritive et alimentaire lorsqu'on l'emploie dans une mesure convenable.

Dans quelle proportion cette substance peut-elle être introduite dans une alimentation? Sur ce point l'expérience ne s'est pas encore prononcée d'une manière bien nette; mais j'affirme qu'on peut la faire entrer avec avantage et en quantité très-notable dans le bouillon.

Je suis persuadé que tous les accidents qui se sont présentés dans les expériences d'alimentation par la gélatine doivent être attribués à l'oubli de conditions physiologiques essentielles : la gélatine avait été employée sans doute en trop grande quantité; son mélange avec d'autres corps n'était pas fait dans des proportions convenables; ou bien on n'avait pas tenu un compte suffisant des questions qui se rapportent à l'aromatisation de cette substance et qui jouent un si grand rôle dans le phénomène de l'assimilation. Il est bien constaté en effet que l'aliment le plus apprécié devient souvent impropre à la nutrition lorsqu'on en sépare les parties aromatiques.

Quant aux cas de mort déterminés par l'emploi alimentaire de la gélatine, on sait aujourd'hui que cette objection n'est pas sérieuse.

Un animal meurt d'inanition en présence de la gélatine; mais on constate le même fait pour la fibrine, l'albumine, les corps gras, le sucre, etc.

La gélatine s'est donc comportée dans les essais sur l'alimentation comme tous les autres principes immédiats qui font la base de notre nourriture : c'est leur mélange en proportions convenables qui peut seul produire un aliment complet.

Ainsi la gélatine est alimentaire. Son pouvoir nutritif est-il aussi développé que celui de l'osséine? Je ne le pense pas.

La gélatine, substance soluble et désorganisée, convient principalement à la préparation du bouillon.

L'osséine est un corps insoluble et organisé; c'est un tissu véritable que l'on peut comparer aux tissus fibrineux qui constituent les muscles; c'est un aliment solide qui représente, même lorsqu'il est cuit, une quantité considérable de partie nutritive, tandis que la gélatine, en raison de ses propriétés collantes, ne peut être introduite dans l'organisation qu'en présence d'une forte proportion d'eau : la gélatine et l'osséine jouent donc dans la nutrition deux rôles physiologiques différents.

Ainsi l'alimentation peut tirer parti, sous deux formes, de la matière organique azotée qui existe en si grande quantité dans les os, soit à l'état de corps soluble, c'est-à-dire de gélatine, ou bien sous la forme de tissu organisé, qui est l'osséine.

J'aurais plusieurs considérations à présenter ici sur la préparation de la gélatine alimentaire et sur les améliorations qu'elle peut recevoir; j'y reviendrai plus tard : mon but spécial est d'examiner en ce moment les questions qui concernent l'osséine.

En partant d'un corps dur, coriace et sans saveur qui est engagé dans le tissu osseux, je veux montrer avec quelle facilité on le transforme en un aliment comestible et savoureux.

C'est presque une question de synthèse, appliquée à l'alimentation, que j'aborde ici; nous employons souvent l'analyse pour déterminer la composition de nos aliments; il s'agit, pour l'osséine, de donner à une substance insipide ce qui lui manque pour être comestible et alimentaire.

Par un ensemble de soins apportés dans la préparation, la cuisson et l'aromatisation de l'osséine, on peut faire entrer cette substance dans l'alimentation, en lui conservant cependant les qualités physiologiques d'un tissu organisé. J'examinerai rapidement ces différentes opérations.

Préparation. — Une osséine alimentaire doit être avant tout insipide.

Les os les plus divers peuvent être appliqués à la fabrication de l'osséine; mais pour la faire accepter comme aliment et vaincre certaines répugnances, il faut apporter les plus grands soins dans sa préparation.

Je crois donc que l'osséine alimentaire ne doit être produite qu'avec des os durs et blancs dont le dégraissage est facile; il est à redouter que des traces de graisse laissées dans un os spongieux ne donnent à l'osséine une saveur désagréable.

Lorsque l'osséine sort des bains acides, elle conserve, même après de nombreux lavages à l'eau, une odeur sensible; pour la rendre inodore, il faut la soumettre à l'action d'une substance alcaline; on peut employer dans ce but la chaux ou le carbonate de soude.

Je présente à l'Académie de l'osséine purifiée à la chaux par M. Bonneville, et de l'osséine lavée par le carbonate de soude, sortant de l'importante usine de Javel, dirigée par M. Thomas.

La pratique déterminera, au point de vue alimentaire, quel est le système de purification de l'osséine qui doit être préféré; dans les deux cas, les tissus osséiques retiennent une certaine quantité des corps alcalins employés à leur purification.

Cuisson. — Les transformations que l'osséine éprouve par l'action de l'eau bouillante, m'ont rappelé certaines modifications que j'avais étudiées autrefois dans mon travail sur les gelées végétales.

J'ai démontré que dans l'organisation des végétaux il existe une substance insoluble que j'ai nommée *pectose*, qui, en se transformant isomériquement sous l'influence des différents réactifs, produit un grand nombre de matières gélatineuses.

(1) Suite. — Voir le dernier numéro.

Il en est de même dans l'organisation animale; l'osséine des animaux correspond, en quelque sorte, à la pectose des végétaux; elle peut, comme cette dernière, produire en se modifiant plusieurs corps gélatineux différents, que l'industrie confond, jusqu'à présent, sous le nom de *gélatine*.

Je ferai connaître dans un autre travail les réactions chimiques qui permettent de distinguer les unes des autres ces diverses gélatines; je me contente aujourd'hui de traiter la question au seul point de vue de l'alimentation.

La première action de l'eau bouillante sur l'osséine a pour effet de la gonfler et de changer le tissu coriace qui la constitue en une substance molle et friable: cette transformation exige environ une heure d'ébullition; arrivée à ce moment, l'osséine est cuite et comestible.

Toute action ultérieure de l'eau bouillante est, selon moi, nuisible et tend à changer l'osséine en une masse gélatineuse qui, dans l'alimentation, ne présente plus les qualités du tissu osséique.

M. Terreil, qui veut bien m'aider dans ces recherches, a reconnu qu'en s'hydratant dans l'eau bouillante, 100 parties d'osséine sèche donnent environ 250 parties d'osséine cuite; ainsi le nouvel aliment, rendu comestible par la cuisson, contient 40 p. 100 de substance solide; l'osséine sèche laisse par l'incinération de 5 à 10 millièmes de cendres, formées principalement de phosphate de chaux; ce fait n'est pas à négliger relativement à l'alimentation, car le phosphate de chaux est, comme on le sait, un aliment minéral utile.

L'osséine une fois cuite éprouve de nouvelles modifications que la pratique doit connaître.

Avant de se transformer en gélatine, elle perd, en partie, sa texture organique et se change, comme je l'ai dit, en une sorte de gelée qui est encore insoluble dans l'eau.

Sous l'influence prolongée de l'eau bouillante, elle se dissout et forme des substances dont les propriétés gélatineuses varient avec le temps de l'ébullition. Dans l'emploi alimentaire de l'osséine et dans sa cuisson, il faut donc se garder de confondre un tissu osséique avec un tissu fibrineux; ce dernier s'attendrit dans l'eau bouillante et ne se dissout pas, tandis que le tissu osséique s'altère rapidement dans l'eau chaude; il se gonfle d'abord, ensuite il se désagrége et finit par se dissoudre entièrement. Quand on ne veut pas produire de gélatine et qu'on désire conserver au tissu son organisation, sa solidité et son insolubilité dans l'eau, qui sont pour moi les qualités principales du nouvel aliment, il faut se garder de le laisser longtemps dans l'eau bouillante.

Mais lorsque l'osséine est employée pour produire des gelées ou pour donner au bouillon un élément solide et nutritif, il faut prolonger l'action de l'eau sur l'osséine jusqu'à ce que le tissu soit entièrement dissous; on obtient alors une gélatine de première qualité, parce qu'elle dérive d'une osséine préparée avec le plus grand soin, et dont la pureté est constatée facilement par les caractères extérieurs.

Ainsi, en faisant varier le temps de la cuisson de l'osséine, on peut à volonté produire deux aliments différents; l'un est soluble dans l'eau, c'est la gélatine; l'autre est insoluble et organisé, c'est l'osséine cuite.

Aromatisation. — L'osséine cuite peut être employée immédiatement dans l'alimentation; mais il est mieux de la rendre savoureuse par l'aromatisation.

J'ai fait dans ce but des essais très-nombreux. Après avoir étudié sous toutes les formes l'action des principaux aromates culinaires et celle même de la fumée, je suis arrivé à la pratique que je vais recommander.

Elle consiste à laisser pendant trente-six heures environ l'osséine une fois cuite, dans de l'eau froide fortement salée, et aromatisée par les méthodes employées d'habitude dans les salaisons.

On obtient ainsi un aliment agréable, qui peut être mangé froid ou chaud, que l'on peut faire chauffer dans de la graisse, mélanger à des légumes ou à de la viande et dont le prix ne dépassera pas, je l'espère, 1 franc le kilogramme, tandis que la gélatine se vend de 4 à 5 francs (1).

Conclusions. — Les questions que j'ai traitées dans mes deux communications sur l'osséine doivent recevoir, selon moi, une application immédiate et intéressent à un haut degré l'alimentation publique. Comme elles ont pour but non-seulement de préconiser l'osséine, mais aussi de réhabiliter un peu la gélatine, je demande à l'Académie la permission de résumer nettement mes propositions sur le mode d'emploi du tissu osseux :

1° Les os peuvent fournir une substance alimentaire sous deux formes différentes et qui correspondent à deux besoins de l'alimentation: ils donnent d'abord l'osséine, qui est un aliment organisé et solide, et, en second lieu, la gélatine, qui est soluble et qui doit entrer principalement dans la composition du bouillon. Il est donc utile, dans les circonstances présentes, que ces deux corps soient produits immédiatement sur une grande échelle, et livrés à la consommation; l'emploi de ces deux substances dans l'alimentation ne peut présenter aucun inconvénient, comme cela résulte des faits que j'ai soumis à l'appréciation de l'Académie. Je sais qu'il existe en ce moment à Paris une quantité considérable d'os et que l'abatage peut en produire de 20,000 à 30,000 kilogrammes par jour.

2° Pour ne pas compromettre l'utilisation alimentaire du tissu osseux, il est important que l'osséine et la gélatine ne soient préparées qu'avec des os épurés et dégraissés avec le plus grand soin.

3° L'osséine ne se comporte pas dans la cuisson comme les tissus fibrineux qui constituent la viande; elle se transforme en gélatine par l'action prolongée de l'eau bouillante, et peut donc perdre facilement les avantages alimentaires des tissus. Pour faire entrer cette substance dans les habitudes de la consommation, il serait peut-être nécessaire de la livrer en ce moment toute cuite et aromatisée.

4° Quant à la gélatine, elle est encore sous le coup d'une prévention qu'il ne faut pas méconnaître.

On croit que la gélatine n'est pas nutritive, et même qu'elle est dangereuse; ceux qui la font entrer dans nos aliments ne s'en servent qu'en cachette.

Il est important de combattre ces préjugés, parce que la gélatine, convenablement employée, doit nous rendre en ce moment de très-grands services.

Chacun peut reconnaître qu'on obtient un véritable liquide alimentaire très-économique en faisant dissoudre 10 grammes de gélatine dans un litre d'eau chaude salée et aromatisée par de l'extrait de viande ou de légumes, et dans laquelle on ajoute une petite quantité de graisse de bœuf. Mais il ne faut pas oublier que la gélatine, mal préparée, conserve toujours une saveur désagréable de colle forte (1).

Je crois donc que la gélatine, destinée à l'alimentation, ne doit être produite qu'avec l'osséine aussi pure que possible, et que son aromatisation culinaire, trop négligée dans les expériences qui ont été faites jusqu'à présent, est une condition essentielle à son assimilation.

Telles sont les considérations que j'avais à présenter sur l'emploi du tissu osseux dans notre alimentation, qui permettra, je l'espère, de préparer dans les conditions les plus économiques du bouillon très-nutritif et un aliment azoté contenant 40 pour 100 de substance solide.

Je désire bien vivement que mes efforts, inspirés uniquement par l'intérêt public, ne soient pas paralysés par des répugnances exagérées.

En terminant, je veux adresser tous mes remerciements d'abord à M. le ministre de l'agriculture et du commerce, qui, par une mesure insérée aujourd'hui même au *Journal officiel*, assure une provision considérable d'os à la consommation de Paris, et ensuite à M. Demongeot, ingénieur des mines, qui a compris immédiatement toute l'importance de l'emploi alimentaire des os.

M. DUMAS. Autant qu'il est permis de saisir le sens d'un mémoire pendant une lecture rapide, il me semble que notre savant confrère craint, d'un côté, de se trouver en contradiction avec la commission de la gélatine, tandis que, de l'autre, il est d'accord avec elle.

Selon cette commission, le mot *gélatine* désigne plusieurs substances fort différentes :

1° Le parenchyme organique des os, des cartilages, des ligaments, etc., qui se transforment en gélatine par certains procédés;

2° La chondrine;

3° La gélatine proprement dite;

4° Cette même substance altérée par la chaleur.

Elle constate que la gélatine est un produit de l'art et non un élément organique, et elle rappelle, qu'à mesure que les tissus animaux sont modifiés, ils perdent de leur texture et deviennent solubles, on les voit devenir moins alimentaires.

Ses expériences lui prouvent que, parmi les parenchymes des os, ceux qui sont les plus riches en matières organiques résistant à l'eau bouillante, comme les parenchymes de pied de mouton, sont plus nourrissants que ceux qui proviennent des têtes de mouton, qui en contiennent beaucoup moins.

La commission admet, et comment aurait-elle pu faire autrement? que, tel qu'il est dans la nature, le parenchyme des os est un aliment complet, capable de suffire à la nourriture du chien. Elle démontre qu'il en est de même du parenchyme extrait par les acides des pieds de mouton; que cette qualité ne se retrouve plus au même degré dans le parenchyme des têtes de mouton, et qu'elle est encore affaiblie dans la gélatine.

Il fallait donc en revenir au premier procédé de M. D'Arcet, c'est-à-dire l'extraction par les acides du parenchyme des os, et ne pas développer l'usage des dissolutions gélatineuses.

En conséquence, dès les premiers jours de l'investissement de Paris, je signalais l'emploi du parenchyme des os à la commission des subsistances, j'en entretenais, le 10 octobre, l'Académie, et j'engageais M. Thomas à traiter par les acides les os dont il retirait par la vapeur une gélatine fort bien préparée.

Personne n'a donc contesté dans la commission de la gélatine, ni le rôle utile du parenchyme des os, ni les excellents résultats des premiers travaux de M. D'Arcet, dont personne plus que moi ne respecte la mémoire et dont je fus toujours l'ami. Le doute s'est élevé seulement sur l'usage des dissolutions gélatineuses au sujet desquelles la question est complexe.

M. FREMY. J'ai eu le soin de rappeler, dans ma seconde communication sur l'osséine, les résultats physiologiques si intéressants constatés par la commission de la gélatine; je crois donc lui avoir rendu pleinement justice.

Mais il m'est impossible d'admettre, avec notre savant secrétaire perpétuel, qu'il y ait presque identité entre mes opinions sur l'emploi alimentaire des substances gélatineuses et celles qui ont été exprimées par la commission de la gélatine, dont il était un des membres.

J'ai dit que je considérais l'osséine et la gélatine comme nutritives, et pouvant rendre de grands services dans l'alimentation lorsqu'on leur donnait une aromatisation suffisante et qu'on les faisait entrer, en proportion convenable, dans cette association qu constitue un aliment complet.

Tous mes efforts tendent donc à combattre le préjugé qui frappe encore aujourd'hui l'emploi des corps gélatineux dans l'alimentation, et qui nous prive ainsi d'une nourriture azotée, économique et facile à conserver.

Ce n'est pas ainsi que s'est exprimée la commission de gélatine : en lisant le rapport qu'elle a fait à l'Académie, on reconnaît facilement qu'elle n'est pas favorable à la gélatine, comme le prouvent du reste les passages suivants :

Après avoir dit, page 265 : « La concordance frappante qui se remarque entre nos résultats et ceux des expérimentateurs qui nous ont précédés ne permet donc pas de partager les espérances flatteuses que certains philanthropes avaient conçues, à différentes époques, du parti qu'on pouvait tirer des os », le rapporteur ajoute dans les conclusions de son travail : « La commission n'a pas voulu se prononcer pour le moment sur l'emploi de la gélatine associée aux autres aliments dans la nourriture de l'homme. Elle a compris que les expériences directes pouvaient seules l'éclairer à ce sujet d'une manière définitive. Elle s'en occupe activement, et les résultats seront exposés dans la dernière partie du rapport. »

Ces déclarations étaient faites, il y a trente ans environ, et la seconde partie du rapport n'a jamais été publiée.

Je crois donc être en droit de dire que le travail de la commission a été pour beaucoup dans la répulsion qu'inspire la gélatine, et qu'en préconisant aujourd'hui l'emploi alimentaire des corps gélatineux, je suis loin d'être de l'avis de la commission.

Quel était le but du travail de la commission? Ce n'était pas de démontrer que la gélatine employée était impropre à l'alimentation; ce fait physiologique important avait été établi déjà par M. Edwards aîné.

Il ne s'agissait plus de combattre les exagérations des partisans de la gélatine, car, comme le dit encore le rapporteur: « Personne ne soutenait plus que la gélatine est l'aliment par excellence, qu'un os est une tablette de bouillon, et que le bouillon d'os est préférable au bouillon de viande. On ne présentait plus la gélatine que comme une substance propre à animaliser l'eau qu'on ajoute, soit au bouillon de viande, soit aux légumes. »

On voit, d'après les termes mêmes du rapport que je viens de reproduire, que la tâche de la commission s'était bien simplifiée. Personne ne proposait de remplacer la viande par la gélatine; *il ne s'agissait plus que de déterminer dans quelle proportion la gélatine pouvait être ajoutée utilement dans le bouillon.* C'est cette question que la commission n'a pas traitée; elle n'a jamais publié la seconde partie du rapport qui devait la résoudre.

Le public a interprété ce silence dans un sens défavorable à la gélatine; il ne pouvait en être autrement. Un membre de l'Académie se trouvait engagé dans la question; on a pensé généralement que la commission hésitait à donner un avis qui pût lui être défavorable. La question de la gélatine a été alors jugée de la manière suivante :

La gélatine n'est pas alimentaire, elle peut même être dangereuse.

Quant à son mélange avec d'autres substances, on a pensé qu'il n'était pas avantageux, car, il y a trente ans, une commission de l'Académie des sciences s'était engagée à faire connaître les résultats de ses essais sur l'association de la gélatine avec d'autres aliments dans la nourriture de l'homme, et ce travail n'a jamais été publié.

Selon moi, le travail de la commission a donc été nuisible à la gélatine, non-seulement par ce qu'il disait, mais surtout par ce qu'il n'a pas dit.

Tels sont les motifs qui m'ont engagé, dans ma seconde communication sur l'osséine, à déclarer que la gélatine avait été injustement dépréciée au point de vue alimentaire, et qu'il serait utile de la réhabiliter.

Je serais désolé de soulever ici une question personnelle lorsqu'en ce moment il ne faut songer qu'à l'intérêt public : cependant il m'était impossible de laisser dire, sans protester, que je n'ai fait que reproduire les résultats d'un travail, lorsque je m'efforce au contraire d'en combattre la tendance et les conclusions.

La commission n'a pas voulu se prononcer sur l'utilité de l'association de la gélatine aux autres aliments : et moi je déclare que cette association est utile.

La commission n'a jamais conseillé de faire entrer l'osséine dans la nourriture de l'homme : je suis venu dire que l'osséine pouvait être rendue comestible, et depuis un mois plusieurs personnes la font entrer dans leur alimentation.

La commission a confondu dans l'expression gélatine, le parenchyme des os et la gélatine soluble : j'ai démontré que ces deux corps sont chimiquement et physiquement différents.

On le voit, je me trouve en contradiction complète avec la commission de la gélatine, et je suis loin de reproduire ses résultats, comme le dit notre savant secrétaire perpétuel.

L'Académie comprendra et excusera, je n'en doute pas, mon insistance dans cette question. Je n'ai pas oublié les luttes pénibles que M. D'Arcet a soutenues dans un but philanthropique et qui ont, je le sais, abrégé son existence. Il a attendu pendant dix années que l'on déclarât que la gélatine pouvait être employée utilement dans le bouillon : cette satisfaction, bien légitime et la seule qu'il demandât à la fin de ses jours, ne lui a pas été donnée. Eh bien, j'ai saisi, je l'avoue, avec bonheur, l'occasion qui s'est déclarée pour faire publiquement cette déclaration devant l'Académie et du vivant de sa respectable veuve.

M. DUMAS. Notre savant confrère n'a pas suivi en détail tout ce qui s'est passé dans cette enceinte, il y a près de quarante ans. La commission était en présence d'opinions outrées dans les deux sens et de malentendus provenant d'une mauvaise terminologie. Il est toujours dangereux de donner un nom à des substances mal définies, le mot *gélatine* désignait quatre ou cinq produits bien différents.

Les uns disaient : « La gélatine est l'aliment type et la retirer des os c'est faire de quatre bœufs cinq bœufs. » Je vois par un signe de M. Chevreul qu'il est d'accord avec moi; le passage du rapport, cité par M. Fremy, répond à cette évaluation exagérée. D'autres regardaient la gélatine comme une substance nuisible, comme un poison,

(1) Un de nos confrères m'a demandé de faire connaître la nature et les proportions d'aromates qui sont utiles pour rendre l'osséine agréable au goût. Je comprends l'intérêt pratique de cette question; mais il est difficile d'y répondre, parce que l'aromatisation doit varier avec le goût des consommateurs : je dirai seulement que l'osséine, étant insipide, doit être aromatisée avec une forte proportion de sel, de poivre, de thym, de laurier, de muscade, etc.

L'eau d'aromatisation peut être vinaigrée, mais légèrement, parce que l'acide acétique se combine à l'osséine, la durcit et la rend coriace.

Pour éviter la transformation de l'osséine en gélatine et la production d'un liquide collant, il faut, autant que possible, dès que l'osséine est cuite et encore chaude, l'assaisonner et la manger rapidement sans la remettre sur le feu. On doit éviter l'emploi de jus acides qui développent toujours une saveur de colle.

Dans un moment où la viande manque pour aromatiser le bouillon, on peut employer l'osséine et la torréfier légèrement en présence de la graisse : on obtient ainsi une masse brune qui donne à l'eau une saveur assez agréable.

(1) Je dois citer ici une note très-intéressante que M. Riche vient de publier sur l'emploi de la gélatine dans la préparation du bouillon.

qu'il fallait proscrire de l'alimentation; la commission, par ses expériences, leur a donné tort.

Tous confondaient sous ce nom de *gélatine* la matière animale des os, le parenchyme isolé par les acides, la gélatine en dissolution, la gélatine à l'état solide. Les partisans de la gélatine n'hésitaient donc pas, admettant cette identité, à en conclure que la dissolution gélatineuse retirée des os, constituait l'aliment parfait, puisqu'un chien, nourri d'os en nature, se portait bien, engraissait et ne se dégoûtait jamais de cette alimentation. Les travaux de M. D'Arcet, conduits avec autant de soin que de persévérance, reposaient sur cette idée que la gélatine préexisterait dans les parenchymes qui la fournissent. La commission n'acceptait pas cette opinion.

La commission de la gélatine a fait son premier rapport en 1832, le second en 1841, et l'Académie l'invita à continuer les expériences, sans émettre de vote sur ses conclusions. Je constate encore avec plaisir que notre doyen, M. Chevreul, est d'accord avec moi sur ce point. Personne à cette époque ne se fit illusion, et chacun comprit que la commission ne se réunirait plus.

Le premier rapport de la commission constitue un beau mémoire de M. Chevreul que tous les chimistes connaissent. Le second rapport constitue un mémoire de physiologie, œuvre de Magendie; en éloignant tout vote sur les conclusions, l'Académie lui en restituait le mérite et la responsabilité. Ce travail met en évidence les principes suivants :

Les principes simples ne suffisent pas à la nutrition; la fibrine, l'albumine, la gélatine pure ou aromatisée, la graisse, la fécule, prises séparément, sont des aliments insuffisants, à côté desquels les animaux meurent d'inanition.

Tel animal se laisse mourir à côté d'une ration journalière de 1,000 grammes de fibrine, que 150 grammes de viande remettent sur pied.

Quel est donc ce principe particulier qui rend la viande un aliment si parfait? se demandait-on alors. En attendant que la question soit résolue, répétons que l'emploi direct du parenchyme des os est préférable à toute autre manière de les utiliser et qu'il faut en revenir aux excellents préceptes et aux procédés de préparation si bien formulés par M. D'Arcet, dès 1814.

M. LIOUVILLE rappelle qu'à l'époque où la question des propriétés alimentaires de la gélatine était encore très-vivement discutée, M. Arago ayant eu occasion, dans une visite à l'hôpital de Metz, d'interroger les malades pour savoir si, comme on l'avait prétendu, l'addition de la gélatine à leurs rations ordinaires leur avait paru fâcheuse, il apprit de leur bouche que, non-seulement cette addition était acceptée par eux sans répugnance, mais qu'ils seraient très-fâchés qu'on la leur supprimât.

(A suivre.)

— La prochaine séance de la Société de thérapeutique aura lieu mercredi prochain, 21 juin, à quatre heures.

Ordre du jour : Rapport sur le travail de M. Gourvat intitulé : *Physiologie expérimentale de la digitale et de la digitaline,* par M. C. Paul.

— M. Claude Bernard commencera son cours de médecine au Collége de France le mercredi 21 juin, à une heure, et le continuera les mercredis et vendredis suivants à la même heure.

AVIS

Les cruels événements que nous venons de traverser n'ont pas permis de faire, en temps utile, la table des matières de l'année 1870.

Nos abonnés recevront, dans une quinzaine de jours, cette table et le titre du journal.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments ou autres objets).

Traitement du cancer du col de l'utérus par la galvanocaustique thermique, par le docteur A. Amussat fils. Paris, 1871; in-8° de 52 pag. Prix : 75 centimes.

Traité des maladies chroniques, par le docteur Thompson, traduction de l'anglais. Brochure in-12 de 80 pages. — Prix : 1 fr.

Traité des fractures non-consolidées ou pseudarthroses, par le docteur Bérenger-Féraud, médecin principal de la marine. In-8 de 700 pages. — Prix : 10 francs.

Comptes rendus des séances et mémoires de la Société de biologie (tome XXI de la collection, année 1869). 1 volume in-8 de 627 pages et 6 planches lithographiées et coloriées. — Prix : 7 francs.

Armées en campagne. — Considérations relatives aux hommes et aux chevaux. — Prix : 2 fr., au profit des pauvres.

De l'hémiplégie pneumonique, par le docteur R. Lépine, préparateur du cours de pathologie comparée et expérimentale à la Faculté de médecine de Paris. 1870, in-8 de 40 pages. — Prix : 1 fr. 25.

Annuaire des eaux minérales, des bains de mer et de l'hydrothérapie en France et à l'étranger, publié par la *Gazette des eaux.* 12e année, 1870. — Prix : 1 fr. 50.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 19 juin 1871.

HOTEL-DIEU. — M. GUÉNEAU DE MUSSY.

Leçons cliniques sur la variole.

SUR LES CONDITIONS PATHOGÉNIQUES DE LA VARIOLE ET SUR LES PRINCIPALES INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES (1).

3e PÉRIODE OU PÉRIODE DE DESSICCATION.

Quand la fièvre tombe, on augmente l'alimentation, mais avec modération, car l'indigestion rallume facilement la fièvre et peut favoriser les suppurations si communes dans cette période ; et d'une autre part, il est très-important de soutenir et de tonifier le malade au point de vue même de cette tendance pyogénique, dont la faiblesse serait un auxiliaire. On fait prendre au malade des potages gras, des œufs, des viandes rôties, des légumes verts. Sydenham lui-même à cette période permettait les vins généreux.

Quand les pustules desséchées couvrent la face d'une vaste croûte, dont les fissures donnent issue à un ichor fétide, il faut faire tomber le plus tôt possible ce masque infect pour faire disparaître ce foyer de putridité et rendre libres les parties des téguments qui peuvent fonctionner encore ; des cataplasmes de fécule arrosés alternativement d'une solution de permanganate et de chlorate de soude, des onctions de glycérine sur les téguments malades, hâtent la chute de ces croûtes au grand soulagement des malades.

Si on n'a pas obtenu ou si on n'a pas cherché l'avortement des pustules qui couvrent l'entrée des narines, les croûtes qui leur succèdent ferment ces ouvertures et gênent la respiration ; il faut les ramollir et les faire tomber avec des injections répétées de décoction tiède de guimauve ou de saponaire, enduire de glycérine ou de glycérolés d'alun ou de tannin, renfermant une très-faible proportion de ces astringents, les surfaces auxquelles ces croûtes adhéraient. C'est pendant cette période surtout que les lotions désinfectantes deviendront nécessaires.

Pour hâter la chute des croûtes qui recouvrent le corps, quand la dessiccation est complète, je prescris des bains tièdes, légèrement alcalins, qui raniment l'activité fonctionnelle de la peau et procurent aux malades une sensation de calme et de mieux être. Je fais dissoudre dans chaque bain *cent* à *cent cinquante* grammes de sous-carbonate de soude.

Chez les enfants, dans toutes les affections pustuleuses de la peau il faut emmailloter les mains pour les empêcher de se déchirer la peau avec leurs ongles ; on calme le prurit par des onctions de glycérine ou d'huile d'amandes douces, quand on ne juge pas à propos d'appliquer des cataplasmes sur les régions prurigineuses. Quand le prurit est insupportable, une pommade avec du bromure de potassium et un peu de camphre pourra être tentée avec avantage ; je m'en suis bien trouvé dans certains prurits très-pénibles avec éruptions papuleuses ou pityriasiques de la peau. Je la formulerai ainsi :

Cérat.	*trente* grammes.
Bromure de potassium. . .	*trois* —
Camphre.	*trente* centigr.

Rhazès appliquait des astringents et des résineux sur les ulcérations qui succèdent aux pustules. Sur la face, chez les femmes, quand les pustules ne sont pas très-nombreuses et quand elles sont suivies d'ulcérations du derme, ce traitement topique ne me paraît pas devoir être négligé.

J'applique sur ces petits ulcères une pommade siccative composée à peu près comme il suit :

Cérat.	*trente* grammes.
Acide tannique. . . } ãã.	*deux* —
Fleurs de zinc. . . }	
Calomel.	*vingt-cinq* centigr.
Extrait thébaïque.	*dix* —

On pourra laver la face dans l'intervalle avec de l'eau additionnée de quelques gouttes d'une teinture résineuse comme la teinture de benjoin.

Rien de plus commun que les abcès à la suite des varioles graves, surtout dans les hôpitaux. Le plus souvent sous-cutanés ou sous-musculaires, ces abcès se forment quelquefois dans les cavités articulaires ou splanchniques. On comprend que ces derniers constituent une complication très-grave. Les premiers en se répétant finissent quelquefois par produire une sorte de phthisie pyogénique, qui amène la mort par épuisement ; des congestions viscérales accompagnent ordinairement les derniers stades de cette pyogénie.

Mais souvent bornés aux membres et aux parties superficielles du tronc, ils causent aux malades plus de souffrances que de dangers. Ces souffrances ne sont même pas toujours très-véhémentes ; le pus se collectionne souvent avec une extrême rapidité sans déterminer, dans les tissus voisins, une irritation bien vive, et si la peau qu'ils soulèvent est parfois rouge et animée, d'autres fois elle a à peine changée de couleur et n'a subi aucune altération dans sa texture. Dans ce cas, après avoir pratiqué l'ouverture de l'abcès, il faut la maintenir quelque temps béante à l'aide d'une mèche, sous peine de voir les lèvres de la plaie se réunir et adhérer entre elles avant l'évacuation complète du foyer, d'autant plus que l'amaigrissement rend la peau plus lâche et cette réunion plus facile.

Dans tous les cas, dès que la fluctuation est appréciable, il faut ouvrir. Si on ne le fait pas, surtout dans les abcès sous-musculaires, la collection purulente peut fuser, produire des décollements et acquérir des dimensions considérables. Dès qu'on a constaté un seul de ces abcès, il faut chaque jour examiner avec soin toute la surface du corps ; car, comme je le disais, leur développement peut n'être accompagné que de douleurs insignifiantes. D'autres fois, les malades en dissimulent l'existence, redoutant l'incision, qui ne doit pas être différée, pour les motifs que j'ai indiqués plus haut.

Pour combattre cette disposition pyogénique, on donnera au malade des amers, des toniques, les préparations de quinquina.

Habituellement la formation de ces abcès est accompagnée de réaction fébrile. Le retour de la fièvre, la diminution de l'appétit, pendant la troisième période, doit faire soupçonner l'imminence de ce travail pyogénique, quand bien entendu ces phénomènes ne peuvent être expliqués par aucune autre localisation morbide.

Le travail suppuratif peut se localiser dans les parotides, et dans ce cas, comme je l'ai indiqué ailleurs, il faut débrider la gaîne aponévrotique de la glande avant que la fluctuation ne soit perceptible.

Dans les cas les plus graves, lorsque le processus pyogénique est très-actif ou très-prolongé, on peut voir survenir, avec la fièvre, du délire, des nausées, qui sont du plus fâcheux pronostic.

Si la constipation persiste pendant cette troisième période de la variole, si des troubles gastriques viennent entraver la convalescence, les purgatifs interviendront utilement, sans qu'on doive se croire obligé de les prescrire systématiquement dans toute convalescence d'une fièvre éruptive, comme les préjugés vulgaires y sollicitent souvent le médecin.

VARIOLES MALIGNES.

Les formes adynamique, ataxique, putride, sont des modalités communes à toutes les fièvres ; elles présentent à peu près les mêmes indications, quelles que soient les maladies auxquelles elles se superposent.

Les toniques, le quinquina surtout, les vins généreux, répondent à la forme adynamique, qui peut quelquefois se masquer sous les apparences d'une réaction énergique. Je me rappelle m'être trouvé, il y a quelques années, avec un des mes confrères, auprès d'une jeune femme, vigoureuse en apparence, atteinte de variole. Le pouls était ample, le cœur battait avec énergie ; la face était le siége d'une injection vive, quoique un peu foncée. La malade paraissait abattue ; pendant les nuits précédentes, elle avait eu un violent délire. Mon confrère crut à l'indication de la saignée pour prévenir un mouvement congestif qui menaçait de se localiser dans l'encéphale. Je ne fus pas de cet avis, et je crus, d'après les phénomènes objectifs que je viens d'indiquer, à un état adynamique dont l'examen comparé du pouls dans la positon récumbante et dans la station assise (1) me fournit la confirmation. Dès qu'on faisait asseoir la malade, le pouls faiblissait, devenait dépressible, presque filiforme, tandis que, quand elle se couchait sur le dos, il reprenait son ampleur et son développement. Je lui prescrivis un traitement tonique, de l'extrait de quinquina, et, le lendemain, le délire avait cessé, les forces s'étaient relevées, la physionomie avait repris son aspect naturel.

Dans la variole adynamique, comme dans la fièvre typhoïde adynamique, le quinquina, l'alcool, sont les toniques par excellence. On administrera les vins généreux, les extraits jaune et gris mêlés en proportion variable, suspendus dans un mucilage gommeux ou dans une infusion de café. On donne en même temps des quarts de lavements avec la décoction de quinquina camphré ; pour boisson, l'eau vineuse, la décoction d'angélique édulcorée avec du sirop d'orange, etc.

Dans la période prodromique, les toniques dont l'abus avait provoqué les anathèmes de Sydenham, doivent être prescrits toutes les fois qu'il y a tendance à l'adynamie ou une faiblesse constitutionnelle qui retarde ou qui gêne le développement de l'éruption. Dans ces conditions, cette médication, sagement administrée, pourra décider l'évolution des pustules et régulariser le cours de la maladie.

La forme putride est encore plus grave. Aux moyens précédents on ajoutera les acides végétaux ou minéraux. Le plus souvent, quand cette forme est très-accentuée, la médecine est impuissante pour réparer les profondes altérations que l'organisme a subies.

Quand la forme ataxique se manifeste dès la première période par des troubles graves de l'innervation : du délire, des convulsions, etc., alors on aura recours aux révulsifs ; ils sont d'autant plus indiqués que ces phénomènes sont ordinairement accompagnés dans les fièvres d'une congestion encéphalique. Qu'elle soit primitive ou consécutive, cette congestion doit être prise en considération. Les vésicatoires appliqués simultanément sur la nuque et sur les membres inférieurs, les sinapismes, les ventouses sèches lui seront opposés, en même temps qu'on administrera à l'intérieur le musc et d'autres antispasmodiques.

Comme je l'ai dit plus haut, je comprends moins l'emploi des révulsifs pendant la seconde période dans les varioles confluentes, quand toute la périphérie cutanée est couverte de pustules. Mais quand les phénomènes ataxiques compliquent des éruptions moins abondantes, on peut alors recourir à cette médication, en choisissant pour ces applications révulsives les parties de la peau les moins atteintes.

Dans toutes les périodes, quand avec des désordres nerveux la peau est sèche et brûlante, les bains tièdes sont très-utiles. J'ai calmé par ce moyen des délires accompagnés d'une agitation violente, chez des malades couverts d'une éruption confluente. Après le bain la peau devenait souple et humide, la chaleur baissait et les malades éprouvaient un calme réparateur. Un médecin du dernier siècle, Fischer, a préconisé l'emploi des bains tièdes dans la variole ; dans les conditions que j'ai signalées plus haut je crois qu'il est opportun d'y recourir, malgré les répugnances que des idées préconçues soulèvent contre cette médication. Dans un très-grand nombre de maladies la chaleur élevée et la sécheresse de la peau indiquent ce moyen.

C'est d'après ces signes que Chomel les prescrivait dans la pneumonie. Hippocrate les avait déjà conseillés dans les mêmes circonstances, surtout disait-il chez ceux qui ont l'habitude de la balnéation : remarque vraiment pratique, et qui signale le compte qu'il faut tenir des habitudes dans le traitement des maladies.

Pour terminer ce que j'avais à dire du traitement de la variole, je dirai quelques mots de deux méthodes, dont l'une a la prétention d'atténuer la gravité de la maladie et dont l'autre a pour objet de faire avorter les pustules.

Frappé de la proportion considérable des varioles bénignes chez les sujets antérieurement vaccinés, Eichorne eut l'idée de tenter la vaccination au début de la variole, et il se loua beaucoup des effets de cette pratique ; elle fut expérimentée depuis par plusieurs médecins avec des résultats divers, et la question ne me paraît pas jugée. Ceux mêmes qui disent avoir eu à s'en louer, n'y ont guère recours, et il en serait autrement si l'utilité leur en avait paru évidente, incontestable. Je ne l'ai pas tentée ; je rapporterai seulement un fait qui peut être porté, si on veut, à l'actif de cette méthode, mais qui cependant est loin d'être concluant : Une femme accouchée depuis deux mois environ entre dans mon service atteinte de variole ; elle n'avait pas cessé de nourrir son enfant, qui n'avait pas été vacciné ; je m'empressai de lui inoculer du vaccin ; 4 jours après la vaccination parurent des pustules de vaccin qui évoluèrent réguliè-

(1) Fin. — Voir les numéros des 26, 28 janvier et 2 février 1871.

(1) Dans une leçon d'ouverture d'un cours de clinique publiée en 1859, j'ai indiqué cette méthode d'exploration du pouls pour apprécier l'état des forces dans les fièvres, et j'ai souvent eu l'occasion de le rappeler depuis, ce qui n'a pas empêché *L'Union médicale*, en 1869, dix ans après par conséquent, de présenter cette observation comme nouvelle et de l'attribuer à un médecin italien.

rement; en même temps, sur le côté gauche du nez s'était montrée une pustule ressemblant à son origine aux pustules vaccinales, mais qui devint purulente, offrant tous les caractères d'une pustule variolique; quelques jours après, les pustules vaccinales commençaient à sécher, le petit malade eut de la fièvre et bientôt une éruption de variole très-discrète se montra sur la peau. Je suis très-porté à croire que la vaccine a exercé une heureuse influence sur l'éruption variolique consécutive, qu'elle a épuisé une partie du terrain que la variole se serait assimilé; mais cette appréciation échappe à toute démonstration et on peut toujours objecter que la variole primitive peut être discrète. Cette observation, pour le dire en passant, est peu favorable à l'opinion qui admet l'identité du virus vaccin et du virus variolique.

La méthode abortive n'est pas nouvelle: Baillou l'avait déjà préconisée; le docteur Gariel, en l'exhumant de ses écrits crut faire une découverte; elle n'avait jamais cessé d'avoir des partisans. Le procédé a varié; tandis que M. Gariel chercha à remettre en honneur l'emplâtre de Vigo *cum mercurio*, d'autres ont proposé de cautériser les pustules une à une, avec la pierre infernale.

Dans ces derniers temps, soupçonnant que les préparations emplastiques pouvaient n'agir que comme des enduits imperméables à l'air, on leur a substitué le collodion riciné, et on a obtenu des succès. La soustraction de l'air n'est peut-être pas la seule condition du phénomène; peut-être faut-il tenir compte aussi de la compression que ces enduits exercent sur les pustules naissantes. La composition de ces topiques ne doit pas non plus être indifférente.

Dans un mémoire très-bien fait, qu'il présenta à la Société de médecine, un praticien du dernier siècle, van Vœnsel, médecin des cadets de l'empereur de Russie, parle de l'efficacité des préparations mercurielles pour obtenir l'avortement des pustules varioliques; il rapporte une série d'expériences faites sur des varioles inoculées. En même temps qu'il faisait des composés mercuriels un emploi topique, il administrait le calomel à l'intérieur, et il croyait diminuer ainsi la violence de l'éruption. Ces topiques pourront être employés, dit-il, chez les femmes pour sauvegarder leur beauté et les préserver des cruelles difformités que la variole laisse trop souvent à sa suite.

Il est incontestable qu'employés dès le début de la période éruptive ces topiques font fréquemment avorter les pustules qui restent à l'état papuleux.

Une seule fois j'ai vu un érysipèle succéder à l'emploi de ces masques emplastiques, et dans les autres cas je n'ai pas constaté que la répression de l'éruption pût être responsable d'accidents fâcheux. Mais cette application est tellement désagréable, ce vernis imperméable sur la face cause quelquefois une sensation tellement pénible, que j'ai vu des jeunes filles qui avaient tout droit et tout motif de craindre les ravages de la variole, exiger qu'on les débarassât de ces emplâtres, et préférer s'exposer à être défigurées.

A priori je n'ai jamais employé qu'avec défiance une médication qui supprime la manifestation extérieure de la maladie, sans s'attaquer au principe qui la cause. On peut répondre à cela qu'on restreint à la face l'application de ces topiques, et que le reste des téguments laisse un vaste champ libre pour l'élimination du poison variolique; qu'enfin l'avortement de la pustule peut n'empêcher que les effets secondaires du virus sans mettre obstacle à son élimination, en admettant que celle-ci se fasse par l'éruption cutanée.

Dans les varioles malignes je regarderais ces applications comme contre-indiquées. Je les craindrais aussi s'il y avait quelque manifestation d'une tendance congestive vers l'encéphale; mais en dehors de ces circonstances, je ne crois pas que chez les jeunes femmes il faille en rejeter l'emploi.

DU RÔLE DES MICROZOAIRES ET DES MICROPHYTES

DANS LA GENÈSE, L'ÉVOLUTION ET LA PROPAGATION DES MALADIES (1)

Par M. le docteur F. De Ranse
Rédacteur en chef de la *Gazette médicale*.

Dans une série d'études publiées par fragments dans la *Gazette médicale de Paris* et qui ont pris, par les développements qu'a entraîné l'intérêt même du sujet, les proportions d'un livre, M. de Ranse s'est proposé d'examiner la doctrine de la pathologie animée, qui après de nombreuses péripéties et des fortunes très-diverses, semble tendre depuis quelques années à s'accréditer auprès de plusieurs savants très-sérieux, d'en discuter les principes et de chercher à séparer les hypothèses des notions positives, les faits douteux des faits réels, et enfin, en indiquant le problème à résoudre, de déduire de cette étude des conclusions propres à éclairer la pathogénie et la propagation de certaines maladies.

Voici le résumé et les conclusions qui terminent cet intéressant travail de notre savant ami, résumé et conclusions qui nous paraissent à la fois l'expression la plus exacte et la plus fidèle de l'état de la science sur ce sujet et l'appréciation la plus juste du degré d'importance qu'il convient d'accorder à ce point de pathologie générale.

« Les considérations que nous avons développées dans le cours de ce travail touchent à tant de questions qu'il nous paraît indispensable d'en donner en terminant une courte synthèse. Nous allons donc les résumer brièvement.

La doctrine de la pathologie animée a une origine ancienne. Dès les premiers siècles de l'ère chrétienne, les effluves étaient considérées comme de la vapeur d'eau tenant en suspension des animalcules imperceptibles. Mais la doctrine a été surtout formulée, vers le milieu du dix-septième siècle, par Aug. Hauptmann, et le P. Athanase Kircher qui rapportait la cause de la plupart des maladies à la présence de vers invisibles exerçant une action pernicieuse sur l'organisme.

Cette doctrine a eu un grand retentissement, principalement en Allemagne et en Italie, elle a régné jusqu'au commencement de notre siècle, époque à laquelle elle est tombée dans le discrédit devant la classification nosologique de Sauvages, de Pinel, et surtout devant la révolution opérée par le chef de l'école physiologique.

M. Raspail a tenté en vain de la relever il y a vingt ou trente ans.

Aujourd'hui, elle se présente comme rajeunie et fortifiée par les recherches et les découvertes récentes du microscope dans ses applications à la chimie et à la biologie.

Les principes qui l'établissent peuvent se résumer ainsi :

Les ferments sont des êtres vivants;

La fermentation est le résultat de l'évolution et de la reproduction de ces êtres;

Les effluves, les miasmes et les virus sont des ferments, c'est-à-dire des êtres ou des germes d'êtres vivants; en pénétrant dans l'organisme, ces êtres ou ces germes s'y développent, s'y reproduisent, s'y multiplient et deviennent ainsi l'origine de phénomènes analogues à ceux de la fermentation, d'où résulte la maladie.

En assimilant les effluves, les miasmes et les virus aux ferments, la doctrine de la pathologie animée reproduit sous une autre forme la théorie de Van Helmont, qui faisait présider les ferments à tous les actes de la vie.

Il existe plusieurs hypothèses sur la nature et le mode d'action des ferments : théorie de la catalyse (Berzélius, Robin), théorie mécanique (Liebig), théorie biologique (Cagniard-Latour, Turpin, Schultze, Schwann, etc.), théories mixtes (Pasteur, Berthelot, Béchamp, etc.)

Suivant l'une et l'autre de ces théories, il existe deux classes de ferments, ferments solubles et ferments insolubles ou figurés (Monoyer), ou une seule classe qui se compose exclusivement de ferments figurés (Pasteur, J. Lemaire, de Vauréal, etc.), ou de ferments solubles (Robin, Berthelot, Béchamp, etc.)

La théorie à laquelle nous donnons la préférence est celle de M. Béchamp. Il n'y a que des ferments solubles ou zymases. Les microzoaires et les microphytes n'agissent pas dans les fermentations en décomposant directement la matière fermentescible; ils la transforment isométriquement par une zymase qu'ils sécrètent, ils en font ensuite leur nourriture, ils l'absorbent, ils assimilent ce qui leur est nécessaire, rejettent ce qui leur est inutile, et ce sont les produits de cette désassimilation que l'on considère à tort comme les produits de décomposition de la matière fermentescible.

Il est vrai de dire, d'une manière générale, que chaque fermentation est produite, sinon exclusivement, du moins plus spécialement, par un ferment particulier.

L'origine des organismes que l'on rencontre dans les fermentations a donné lieu à deux doctrines qui sont toujours en présence et en lutte : la panspermie et l'hétérogénie. Les recherches de MM. Béchamp, Estor et le Ricque de Monchy sur les granulations moléculaires ou microzymas ont modifié le champ du débat en montrant que les organismes-ferments ne sont pas toujours fournis par les milieux extérieurs, mais qu'ils peuvent provenir directement de la matière organisée (transformation des granulations en bactéries).

Ces mêmes recherches donnent un puissant appui à l'opinion, très-généralement répandue de nos jours, qui reconnaît et proclame l'indépendance et l'autonomie des éléments anatomiques (polyzoïsme).

Les partisans de la doctrine de la pathologie animée, adoptant pour la fermentation la théorie biologique pure de Turpin, ont dû, pour démontrer l'assimilation qu'ils établissent entre les ferments d'un côté, de l'autre les effluves, les miasmes et les virus, rechercher dans ces derniers agents la présence d'êtres vivants microscopiques. Cette assimilation doit être examinée au triple point de la constitution même des agents, de leur mode d'action ou de leurs effets, de la manière dont ils se comportent en présence de certains réactifs.

La constitution des effluves, des miasmes et des virus est complexe. On y trouve des matières solubles et des corps figurés, corpuscules, granules, granulations moléculaires, microzymas, bactéries, etc. Ces corps figurés peuvent être des œufs de microzoaires, des spores de microphytes ou des éléments anatomiques. Ces derniers éléments prédominent dans les miasmes contagifères émanés d'individus malades et dans les virus.

Cette complexité dans la constitution des effluves, des miasmes et des virus a pour conséquence une complexité corrélative dans leur mode d'action et leurs effets.

Les matières solubles qu'ils renferment peuvent être inactives ou bien agir tantôt comme des poisons, tantôt comme des zymases (ferments insolubles).

Les microzoaires et les microphytes peuvent se comporter comme de véritables parasites, c'est-à-dire causer tous les accidents par leur seule présence, leur développement, leur pullulation (c'est le seul mode admis à l'exclusion de tout autre dans la doctrine de la pathologie animée), ou bien agir par les matières qu'ils sécrètent, auquel cas ces matières peuvent être elles-mêmes ou des poisons ou des zymases.

Enfin les éléments anatomiques, en se greffant sur un organisme dont ils feront désormais partie intégrante, peuvent transmettre à cet organisme, par contagion ou infection d'élément à élément, la maladie de l'organisme d'où ils proviennent.

Si de ces données générales on passe à l'examen du mode d'action de chaque ordre d'agent en particulier, en tenant compte concurremment de l'évolution naturelle de la maladie à laquelle il donne naissance, il est difficile et souvent même impossible, dans l'état actuel de la science, de faire la part exacte qui revient à chacun des éléments qui le constituent.

Ainsi les effluves peuvent agir également, ou comme poison, ou comme ferment, soit par les matières volatiles ou solubles, soit par les microphytes qu'ils renferment. Nous avons donné les raisons qui nous portent à leur attribuer de préférence une influence toxique, mais ce n'est là qu'une hypothèse.

Les maladies infectieuses (miasmatiques ou virulentes) se développent spontanément ou sont le résultat du transport d'un *contagium* quelconque d'un organisme malade dans un organisme sain.

Dans le premier cas, les miasmes agissent de la manière la plus complexe, et il est probable que la maladie résulte à la fois de l'action combinée des éléments qui les constituent et de l'activité ou des dispositions propres à l'organisme qui subit leur influence.

Dans le second cas, les miasmes et les virus, bien que de constitution toujours complexe, paraissent agir principalement et même essentiellement par les éléments anatomiques qu'ils renferment, éléments anatomiques malades, plus ou moins altérés, mais ayant conservé assez de vitalité pour se greffer et vivre dans le nouvel organisme qui les reçoit et auquel ils transmettent la maladie.

L'action thérapeutique des médicaments est rarement simple et s'adresse encore plus rarement à la cause primitive des maladies. Il est donc impossible, pour rechercher et démontrer la nature des agents qui donnent naissance aux maladies infectieuses, de s'appuyer sur les propriétés antiseptiques ou parasiticides des substances qui, dans le traitement de ces maladies, semblent donner les meilleurs résultats.

La conclusion la plus générale qui ressort de l'étude précédente, c'est que, dans la genèse, l'évolution et la propagation des maladies, le rôle des microzoaires et des microphytes, au lieu d'être capital, essentiel, comme professe la doctrine de la *pathologie animée*, est secondaire, accessoire, et qu'on ne saurait, à l'instar de cette doctrine, considérer comme de nature parasitaire les maladies de nature effluvique, miasmatique ou virulente. »

DOCUMENTS

POUR SERVIR A L'HISTOIRE DU MOUVEMENT SCIENTIFIQUE PENDANT LE SIÉGE DE PARIS (1).

28 NOVEMBRE

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 28 novembre 1871. — Présidence de M. Liouville.

(Suite et fin.)

Chimie organique. — M. E. Chevreul lit une *Note sur un acide odorant produit dans la fermentation putride de plusieurs matières azotées et particulièrement des tendons.*

Dans le mémoire dont on vient d'entendre la lecture, on a parlé de l'odeur désagréable de colle forte que peut exhaler une gélatine mal préparée. Cette odeur résulte en grande partie de la formation d'un acide, analogue aux acides butyrique, caproïque, caprique, hircique, et surtout phocénique, que j'ai obtenu pour la première fois de la fermentation putride de tendons dans de l'eau distillée, lorsque je m'occupai de la question de savoir si les tissus azotés se changent en *adipocire* dans la terre ou le sein des eaux, comme l'affirmait Fourcroy (2).

En signalant cet acide dès 1820 (3), je fis remarquer que la fermentation putride du tendon donne un acide prédominant sur l'ammoniaque formée en même temps que lui, que l'odeur en est désagréable et qu'il neutralise pour 100, 12 parties d'oxygène dans les bases. J'ai retrouvé cet acide dans l'eau des laboratoires d'anatomie où des cadavres ont macéré; il y est accompagné d'un autre acide pareillement volatil, mais bien moins odorant. J'assure que le premier acide est la cause principale de la mauvaise odeur des colles fortes.

Cet acide uni à la baryte affecte deux formes très-distinctes; il se présente en feuillets ou cristaux incolores, et lorsqu'on fait évaporer la solution à l'air libre ou dans un air limité séché par la chaux vive, il se réduit en une matière incolore d'une transparence parfaite, dans laquelle il peut se former des étoiles ou des rosaces radiées.

Cet acide a la plus grande analogie, s'il n'est pas identique,

(1) Broch. gr. in-18 de 124 pages. Paris, 1870.

(1) Voir le dernier numéro.
(2) *Recherches sur plusieurs points de chimie organique et considérations sur la nature du sang*, lues à l'Académie des sciences le 4 août 1823. (*Mémoires du Muséum*, t. X, p. 443.)
(3) *Dictionnaire des sciences naturelles*, t. XVI, p. 448-449 (1820).

avec un des acides volatils et odorants que j'ai découverts dans le suint et que je désigne provisoirement sous le nom de *paraphocénique*.

Le paraphocénate de baryte m'a présenté des faits tout à fait analogues au sel de baryte des cadavres relativement à sa forme et à l'action de l'eau.

Ces deux sels, traités par l'acide phosphorique, donnent des acides hydratés, solubles en toute proportion dans l'eau.

La capacité de saturation de l'acide paraphocénique est très-rapprochée de celle de l'acide des cadavres; mais mes expériences ne me paraissaient pas assez rigoureuses pour conclure l'identité ou la différence des deux acides : j'ai trouvé que 100 d'acide paraphocénique saturent de 11 à 11,5 d'oxygène dans les oxybases.

J'ai retrouvé l'acide des cadavres dans une matière excrémentitielle accompagnée de deux autres substances odorantes, dont l'une est acide et se trouve dans la matière fraîche.

Il existe dans le suint et dans la matière grasse de la laine de l'acide phocénique que j'ai confondu avec le paraphocénique jusqu'à l'époque où j'ai reconnu que ce dernier acide hydraté est soluble en toute proportion dans l'eau, et que certainement sa capacité de saturation est plus grande que celle de l'acide phocénique. J'ai signalé ce dernier acide dans un mémoire lu à l'Académie le 20 avril 1840, et déjà imprimé dans le XXXIXe volume des *Mémoires de l'Académie*, que mes confrères ont bien voulu consacrer à mes recherches sur la laine et le suint; j'ai constaté que l'acide séparé de la baryte et de l'état hydraté exige pour 5,5 parties, 100 parties d'eau comme l'acide phocénique hydraté.

Ici j'exprime le regret que les chimistes n'aient pas adopté le nom de *phocénique*, et lui aient préféré la dénomination de *valérique*, parce que cet acide a été reconnu dans la racine de valériane, plusieurs années après que je l'eusse découvert, et je rappellerai en avoir reconnu la présence dans les baies et la racine du *Viburnum opulus* dès 1818, et plus tard dans la racine d'orcanète; je ne pourrais affirmer en ce moment que l'acide des deux derniers végétaux ne fût pas le *paraphocénique*.

Après la lecture de cette note, **M. CHEVREUL** fait part à l'Académie d'observations intéressantes communiquées par M. Payen à la Société centrale d'agriculture, sur les os de cheval et l'huile qu'il en a retirée. M. Chevreul exprime le désir que M. Payen veuille bien les communiquer lundi prochain à l'Académie.

M. PAYEN annonce que, se proposant de répondre à l'obligeant appel de M. Chevreul, il aura l'honneur de communiquer une note dans la prochaine séance de l'Académie.

M. MILNE EDWARDS partage l'opinion de M. Fremy au sujet des propriétés nutritives du tissu organique des os, et il est persuadé qu'aujourd'hui aucun physiologiste ne songerait à révoquer en doute l'utilité du rôle que cette substance est susceptible de remplir dans l'alimentation de l'homme. La gélatine, sans avoir toute la valeur nutritive que D'Arcet lui attribuait, est loin d'être inutile dans l'alimentation, comme le prétendaient jadis Magendie et les autres adversaires de cet académicien. M. Milne Edwards ajoute que, dans le huitième volume de ses *Leçons de physiologie*, il a discuté la question, et que probablement il y reviendra dans une prochaine séance.

CORRESPONDANCE

M. DE SCHOENEFELD, secrétaire général de la Société botanique de France, transmet l'extrait du procès-verbal de la séance de rentrée de cette Société, qui déclare adhérer complétement à la protestation de l'Institut contre le projet de bombardement de la ville de Paris.

La Société, en reprenant le cours habituel de ses réunions, a entendu la lecture de la déclaration de l'Institut de France réuni en assemblée générale le 18 septembre dernier; ayant donné unanimement son adhésion pleine et entière à cette solennelle déclaration, elle croit devoir l'appuyer spécialement en vue de la conservation des herbiers publics et particuliers dont quelques-uns, œuvres de plusieurs générations et libéralement ouverts aux savants de tous les pays, sont d'un intérêt scientifique général incontesté, et qui sont d'ailleurs plus exposés aux chances d'incendie que les autres collections scientifiques...

Ont signé, au nom du bureau de la Société et pour le président absent, les deux vice-présidents, MM. Brongniart et Roze.

M. DUMAS présente au nom des auteurs, MM. Champion et H. Pellet, une note « sur quelques propriétés de la dynamite et sur un nouveau procédé de la fabrication de la nitroglycérine. » La nouveauté de ces recherches et leur importance ont déterminé à présenter cette note pour que les auteurs puissent ainsi prendre date; mais des raisons de même nature que celles qui ont fait ajourner la publication de la note de M. Eug. Pelouze sur son procédé pour la conservation des viandes ont fait penser que pour celle-ci il convenait de se borner pour le présent à une simple annonce.

M. DUMAS dépose, de la part de l'auteur, un exemplaire de la conférence faite par M. Riche, le 11 novembre, sur la « Manière de se nourrir dans les circonstances présentes. »

M. BUSSY présente au nom de M. Soubeyran, professeur agrégé à l'Ecole de pharmacie, une carte géographique sur laquelle sont inscrites, au lieu de leur production, toutes les principales substances qui trouvent leur emploi dans la matière médicale.

MÉMOIRES PRÉSENTÉS

Physique. — M. J.-C. D'ALMEIDA présente une note sur une *Disposition nouvelle des piles voltaïques; application à la pile de Bunsen.*

I. La disposition des piles voltaïques que j'ai l'honneur de présenter à l'Académie offre les avantages suivants : 1° soixante éléments sont mis en activité en moins de temps qu'il n'en faut d'ordinaire pour en monter un seul; ils sont démontés avec la même rapidité; 2° une économie considérable des liquides excitateurs se trouve réalisée; 3° la pile est transportable sans danger ni de rupture des vases, ni de déversement des liquides, quels que soient les cahots qui surviennent.

II. Voici seize éléments de Bunsen réunis dans une même caisse séparée en seize compartiments par des cloisons de gutta-percha; ces seize éléments peuvent être remplis simultanément de la solution d'acide sulfurique. A cet effet, le fond de chacun d'eux est mis en communication avec un tube qui, se recourbant deux fois, monte verticalement le long des parois extérieures de la caisse, et se termine un peu au-dessus du niveau où doit venir le liquide de l'élément. Ces seize tubes sont ensuite réunis en un seul tuyau, qui est destiné à introduire ou à enlever la solution acide quand on veut monter ou démonter la pile.

Pour réaliser ces deux effets inverses, le flacon tubulé, que M. H. Sainte-Claire Deville emploie si ingénieusement dans divers appareils de chimie, a été mis en usage. Par un tube de caoutchouc, sa tubulure latérale inférieure est maintenue en communication constante avec le tuyau dont nous venons de parler. Si l'on élève le flacon plein de la dissolution acide, le remplissage des compartiments se fait de lui-même; et, pour peu que l'on ait eu soin de mesurer une fois pour toutes les quantités de liquide, on n'a qu'à poser le flacon sur le couvercle de la pile; il ne reste plus à s'occuper de rien. Monter la pile se réduit donc à un travail de quelques secondes.

Pour vider les vases, c'est-à-dire pour démonter la même pile, on descend le flacon après l'avoir penché vivement pour remplir avec le liquide en excès (qui se trouve dans le flacon au-dessous de la tubulure) le tube de caoutchouc primitivement vide, et l'opération est terminée.

Les vases poreux s'emplissent et se vident au moyen du même système. Par un tube conique creux, qui traverse leur fond, ces vases sont solidement fixés à l'extrémité de ces tubes, semblables aux précédents.

Un vase brisé par accident se remplace aisément par un des vases de rechange dont on fait provision.

Le caoutchouc, quoique altérable par l'acide nitrique, peut cependant résister de quinze jours à trois semaines.

III. Il importe de remarquer que la pile, dès qu'elle est montée, se trouve dans les conditions ordinaires d'une pile de Bunsen. Les éléments sont complétement séparés les uns des autres. Le liquide d'un compartiment ne communique en aucun point avec le liquide des autres compartiments. Cette disposition se distingue en cela de quelques autres qui sont analogues en apparence. Dans ces derniers, une communication constante persiste entre les solutions acides des éléments successifs; une perte est alors déterminée par les courants dérivés qui circulent dans les solutions; cette perte peut s'élever assez haut; dans une pile de ce genre, je l'ai trouvée égale à 0,25 de l'intensité. Il en est autrement de l'arrangement que nous proposons, les seize éléments contenus dans la caisse valent exactement le même nombre d'éléments ordinaires; je l'ai vérifié par expérience.

IV. La pile a été rendue transportable, avons-nous dit, et capable de supporter des chocs violents. Voici comment on y est parvenu. En premier lieu, les matières qui la composent ont été autant que possible choisies parmi les moins fragiles qui soient à notre disposition; les caisses, les tubes, les flacons sont en gutta-percha. En second lieu, toutes les pièces qui composent un élément ont été fixées exactement dans les positions qu'elles doivent occuper. Les cylindres de zinc entrent assez juste dans les compartiments; les charbons sont retenus invariablement dans les vases poreux par des bouchons. Enfin le déversement accidentel des liquides a été rendu impossible par la fermeture des vases poreux et par celle de la caisse. Une occlusion parfaite de celle-ci est obtenue par un couvercle; elle est assurée au moyen d'un tube creux de caoutchouc qui s'étend sans solution de continuité sur le pourtour creusé du bord supérieur de la caisse, et que le couvercle écrase incomplétement. Je dois la connaissance de ce mode de fermeture si simple et si parfait à M. L. Samson, qui s'occupe avec grand succès de travaux de galvanoplastie. Du reste, quelque excellent que soit le procédé d'occlusion, il vaudra toujours mieux conserver la pile démontée pendant le transport, puisqu'elle peut être promptement mise en activité.

V. Dans les laboratoires, ces fermetures sont inutiles. La cuve, les tubes, les flacons seront d'ailleurs fabriqués en grès, en porcelaine ou en verre. La pile deviendra fort peu coûteuse. En outre, une économie notable des liquides excitateurs sera réalisée; car dans le cours d'une série d'opérations, l'appareil pourra être démonté pendant les intervalles, souvent assez longs, qui séparent deux expériences. L'altération des liquides sera, grâce à cette disposition, en rapport rigoureux avec les effets produits. Il ne deviendra plus nécessaire de renouveler les liquides aussi souvent qu'on le fait maintenant.

Il est bien évident que la disposition que nous venons de décrire s'applique à toute espèce de pile : pile de Daniell, de Grove, de Smee ou autres.

Je ne dois pas terminer cet exposé sans remercier un constructeur très-connu, M. Ducretet, dont le zèle et l'habileté m'ont aidé à résoudre le problème à peu près tel que je me l'étais posé.

Zoologie historique. — M. F. LENORMANT présente une 4e note *Sur les animaux employés par les anciens Égyptiens à la chasse et à la guerre.* — Diodore de Sicile (I, 48), d'après Hécatée d'Abdère, en décrivant le grand monument de Thèbes auquel les exégètes à l'imagination fertile en légendes, qui montraient aux voyageurs grecs les édifices de l'Égypte, avaient donné le nom de Tombeau d'Osymandyas, parle avec détails des vastes bas-reliefs historiques qui en décoraient le péristyle d'entrée, suivant l'usage des Pharaons guerriers du Nouvel Empire. Il en signale un entre autres où l'on voyait « le roi combattant au premier rang quelques ennemis, avec à ses côtés un lion qui l'aidait dans la bataille par une action terrible. Des exégètes, ajoute-t-il, les uns disent que c'est un véritable lion dressé à cet effet, élevé par le roi, qui partageait ses dangers dans les combats et mettait les ennemis en fuite par sa vaillance; les autres prétendent que cette image est emblématique et que le lion figure les dispositions de l'âme du roi sous un éloge flatteur, parce qu'il était au plus haut degré vaillant et actif. »

Malgré quelques inexactitudes depuis longtemps signalées dans les mesures que donne l'écrivain grec, le prétendu tombeau d'Osymandyas paraît bien être, comme l'avaient pensé les savants de notre grande expédition d'Égypte et Champollion après eux, le splendide édifice connu maintenant sous le nom plus exact du Ramesséion de Gournah. Mais on n'y voit plus le bas-relief signalé par Diodore. Suivant l'ingénieuse remarque de Champollion (*Lettres d'Égypte*, 2e édition, p. 238), il devait être sculpté sur le mur de fond du péristyle, depuis longtemps écroulé.

En revanche, dans le poëme du scribe *Pentaour*, traduit par notre éminent égyptologue, M. le vicomte de Rougé, et désormais célèbre dans la science, nous trouvons une mention précise et formelle du lion qui accompagnait *Ramsès II* dans les combats. On sait que cette épopée, dont on possède trois copies, dans le papyrus Sallier et sur les murailles de Karnak et de Louqsor, est destinée à conserver la mémoire de l'exploit dont le Sésostris des Grecs se vantait le plus, du brillant coup de tête de jeunesse par lequel il avait dispersé seul, au début de son règne, une embuscade des Héthéens sous les murs de Qadesch, dans la vallée de l'Oronte. C'est cet exploit que retracent les grandes scènes guerrières d'Ibsamboul, de Karnak et de Louqsor. Il était certainement figuré au Ramesséion, et différents traits indiqués par Diodore s'appliquent d'une manière toute spéciale aux bas-reliefs qui s'y rapportent. Or, voici ce qu'on lit dans le poëme : « Le grand lion qui marchait à côté de son char (du roi) combattait avec lui; la fureur enflammait tous ses membres, et quiconque s'approchait tombait renversé. » Il s'agit donc bien d'un véritable lion, et l'explication des exégètes qui voyaient dans sa figure une représentation réelle, et non symbolique, était la vraie.

Au reste, dans le temple souterrain d'Ibsamboul (Champollion, *Monuments de l'Égypte et de la Nubie*, t. I, pl. XVII *bis* et XXXI) et sur un des polygones de Louqsor (Champollion, t. IV, pl. CCCXXVII), les sculpteurs égyptiens ont représenté le camp de Ramsès dans cette même expédition. Et devant la tente du roi, nous y voyons son lion, couché et enchaîné, sous la surveillance d'un gardien armé d'une massue : car, tout dressé qu'il fût, on ne pouvait pas laisser sans le surveiller de près cet hôte dangereux de l'armée, dont la vanité du Pharaon aimait à se parer, et qui était comme le symbole vivant de sa puissance.

Ramsès II n'est pas le seul monarque égyptien qui se soit fait accompagner à la guerre d'un lion dompté et dressé à combattre aux côtés de son char. Son successeur *Ramsès III*, non moins guerrier, avait la même habitude. Dans le bas-relief du palais de Médinet-Abou qui le représente partant pour une de ses expéditions (Champollion, t. III, pl. CCXVII), il est monté sur son char et un lion marche auprès des chevaux.

Sir Gardner Wilkinson (*Manners and customs of ancient Egyptians*, t. III, p. 16) a cru que les anciens Égyptiens dressaient le lion pour s'en servir à la chasse de la même façon que certains peuples du guépard. Il tirait cette conclusion de la peinture d'un tombeau de Béni-Hassan (XIIe dynastie), où l'on voit une lionne terrassant un *Ibex sinaiticus* au milieu d'autres animaux, tels que gazelles, tandis qu'un chasseur s'avance l'arc et la flèche à la main. Mais nous ne pouvons admettre la manière de voir du savant anglais et tirer avec lui pareille conclusion d'un exemple isolé. Les artistes de l'antique Égypte, dans ces représentations de vénerie, se sont très-souvent plu à mettre en scène, combattant ou se jouant entre eux, les animaux que le chasseur va frapper de ses traits. Il n'y a rien à voir de plus dans la peinture à laquelle se réfère sir Gardner Wilkinson, et le lion n'y est certainement pas un auxiliaire du veneur, dressé à cet effet.

Au reste, le lion ne se prêterait pas à une éducation de ce genre et aucun peuple n'est parvenu à la lui imposer. Quand on lit dans Élien (*De nat. anim.*, XVII, 26) que les Indiens avaient des lions, « non de la plus grande taille, » οὐχ οἱ μέγιστοι, dressés à les servir à la chasse, il s'agit certainement d'un récit sur l'emploi des guépards, altéré en passant de bouche en bouche. Il en est de même quand plus tard, au moyen âge, Marco Polo (ch. 90) nous entretient « des lyons et lupars » dont le fondateur de la dynastie mongole en Chine se servait dans ses chasses. On ne saurait en effet se méprendre sur l'animal dont il a voulu parler sous ce nom inexact, lorsqu'il dit que les chasseurs portaient ces prétendus lions sur la croupe de leurs chevaux et lorsqu'il les décrit par ces expressions caractéristiques : « ils sont tuit vergié de noir et de vermeil et de blanc. »

Je ne terminerai pas cette série d'études pour lesquelles j'ai trop abusé de la bienveillante attention de l'Académie, sans combler une lacune de ma première Note en signalant encore deux variétés de chien de plus, représentées sur les monuments égyptiens, mais qui paraissent avoir été bien peu répandues, puisque de l'une et de l'autre on ne connaît jusqu'à présent qu'une seule figure.

Ce sont :

1° Un chien-renard dont les formes sont exactement celles de la variété la plus habituelle, du chien des bazars du Caire, mais dont la robe est indiquée comme fauve avec de grandes taches d'un brun rouge; il a été figuré sous la XIIe dynastie dans un des tombeaux de Béni-Hassan (Champollion, t. IV, pl. CCCXXVI);

2° Un grand mâtin de haute taille; Champollion (t. IV, pl. CCCCXXXVIII) l'a fait dessiner dans un tombeau de Gournah (XVIIIe dynastie), mais sans aucune indication sur la couleur de sa robe.

Zoologie. — M. H. GERVAIS présente une *Note sur les Entozoaires des Dauphins*. On a signalé une vingtaine d'espèces d'Entozoaires vivant dans les Cétacés du sous-ordre des Cétodontes, ou Cétacés qui ont des dents et sont dépourvus de fanons. Elles ont été principalement observées chez les Dauphins. M. van Beneden en a donné récemment une liste complète dans les *Bulletins de l'Académie de Belgique* (1).

Il s'en faut de beaucoup que toutes ces espèces soient également bien connues.

Le Marsouin de nos côtes (*Phocœna communis*) en a fourni cinq à lui seul; ce sont : l'*Ascaris simplex*, le *Strongylus inflexus*, le *Strongylus minor*, le *Strongylus convolutus* et le *Filaria inflexicaudata*.

On n'en citait que deux dans le *Delphinus delphis* : l'*Echinorhynchus pellucidus* et le *Phyllobothrium delphini*, récemment découvert par M. Édouard van Beneden (2).

(1) *Bulletins de l'Académie de Belgique*, 2e série, t. XXIX, n° 4; 1870.
(2) *Comptes rendus*, t. LXVII, p. 1051; 1868.

Un Dauphin ordinaire (*Delphinus delphis*), disséqué l'hiver dernier au laboratoire d'anatomie comparée du Muséum et qui provenait de Concarneau (Finistère), nourrissait, indépendamment du *Phyllobothrium* dont il vient d'être question, plusieurs autres espèces qui me paraissent mériter d'être décrites. Ce sont :

Parmi les Nématoïdes : 1° l'*Ascaris simplex*, déjà observé dans le Marsouin; il vit dans l'estomac.

2° Une espèce encore inédite du genre *Trichosoma*, trouvée dans le poumon.

Parmi les Trématodes : une espèce du *Douve* (*Distoma*) extraite des canaux biliaires.

Parmi les Cestoïdes : un ver très-singulier, à corps grêle et long, sans articulations, comparable aux Ligules, mais possédant, comme les scolex du même ordre, un renflement céphalique garni de quatre ventouses. Il manque de la couronne de crochets propre à beaucoup de vers rubanés.

La partie scoliciforme est grêle et peut avoir jusqu'à 1 mètre de long. De la tête de cet animal partent deux longs canaux excréteurs ondulés qui se prolongent intérieurement et sont analogues à ceux que M. van Beneden a retrouvés dans les scolex des Cestoïdes de différents poissons osseux.

Ces vers étaient contenus dans des kystes placés à la face inférieure du diaphragme, sur les piliers de ce muscle et quelques-uns, mais en moindre nombre, dans les muscles droits antérieurs de l'abdomen.

Les kystes enveloppants sont très-volumineux; ils mesurent de 3 à 4 centimètres de long sur 2 de large, et présentent tantôt la forme ovale ou en amande, tantôt la forme sphérique, mais celle-ci plus rarement.

La paroi qui les constitue est assez résistante; si l'on en fait l'incision on trouve à l'intérieur de sa cavité une seconde enveloppe, constituant un second kyste dont la forme varie beaucoup.

Parmi ceux que j'ai examinés, le plus grand nombre étaient sphériques et l'une des moitiés était invaginée dans l'autre; cette sorte de sphère était ombiliquée à l'un de ses pôles, une membrane très-mince et presque transparente la fixait à la paroi du premier kyste. Quelques-uns, au contraire, étaient ovales, aplatis et festonnés sur leurs bords; d'autres, réunis par leurs extrémités, communiquaient entre eux par un court pédicule creux.

En ouvrant le second kyste, on trouve le ver pelotonné sur lui-même à la manière d'un écheveau de fil. Comme je l'ai dit plus haut, le parasite dont il s'agit mesure jusqu'à 1 mètre de long, il est très-difficile de l'étendre; cette opération fort délicate ne peut se faire que sous l'eau.

Il est évident que c'est là un genre nouveau reliant les Ténias aux Ligules; mais il reste encore à en découvrir la forme génératrice constituant l'état strobilaire. Ce genre pourrait prendre le nom de *Stenotenia* et l'espèce qui lui sert de type, et que je décrirai prochainement avec plus de détails, celui de *Stenotenia Delphini*.

Le Dauphin qui nous a fourni des Sténoténias renfermait aussi dans sa couche graisseuse sous-dermique de nombreux kystes plus petits, habités par le *Phyllobothrium Delphini*.

J'ai rencontré des Phyllobothriums dans un Nésarnac (*Delphinus Tursio*) très-âgé, pris dans la Méditerranée, auprès de Cette. Ce dernier Dauphin a également été disséqué dans le laboratoire d'anatomie comparée. Il ne nous a pas fourni d'autre espèce de parasites.

Chimie. — M. H. MONTUCCI adresse une *Note sur un moyen de détruire rapidement en ballon des papiers compromettants pour les soustraire à l'ennemi.* ... Les aéronautes, qui n'ont pu manquer de songer aux conséquences de cette fâcheuse divulgation des secrets dont ils sont porteurs et de rechercher un moyen de la prévenir, ont évidemment reculé devant l'imprudence, conseillée par quelques journaux, d'allumer du feu dans la nacelle d'un ballon contenant du gaz inflammable; mais je suis quelque peu étonné qu'on n'ait pas songé au moyen très-élémentaire de destruction que voici :

Il suffit de se munir d'un vase carré en cristal ou en porcelaine, pourvu d'un couvercle en aluminium, et de la grandeur ordinaire des enveloppes officielles. Ce vase, contenant un bain d'acide nitrique, recevra, au moment du danger, les dépêches préalablement percées de coups de canif. En quelques secondes l'écriture aura complétement disparu.

L'acide sulfurique produirait le même effet, mais avec trop de lenteur pour la circonstance.

La séance est levée à six heures.

Faculté de médecine de Paris.—M. le docteur Fournier commencera le cours complémentaire des maladies syphilitiques le jeudi 22 juin, à 9 heures du matin, à l'hôpital de Lourcine, et le continuera les jeudis suivants à la même heure.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments ou autres objets).

Des gastrites chroniques, par le docteur E. BOTTENTUIT, ancien interne des hôpitaux de Paris, médecin aux eaux de Plombières. Delahaye, 1867. — Prix : 2 fr.

Des dyspepsies flatulentes à forme douloureuse et de leur traitement par les eaux de Plombières, par le docteur E. BOTTENTUIT, ancien interne des hôpitaux de Paris, médecin consultant aux eaux de Plombières. Germer-Baillière, 1870. — Prix : 1 fr.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 — Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 20 juin 1871.

HOPITAL D'ARRAS (Salles militaires).

M. CABASSE, médecin-major.

Observations pour servir au traitement de l'entorse par le massage.

Les ouvrages didactiques et la plupart des auteurs modernes, il faut toutefois en excepter M. Nélaton, font à peine mention, sinon pour le décrier, de l'emploi du massage dans le traitement de l'entorse. Transmis par tradition, son usage remonte à la plus haute antiquité, nous en trouvons la preuve dans la vogue dont il jouit : en Orient, dans l'Inde, en Afrique, en Egypte, chez certaines peuplades de l'Amérique où, suivant les voyageurs, cette méthode de traitement est populaire. C'est à tort que la découverte du massage a été attribuée à Fabrice d'Aquapendente. Les Grecs et les Romains, dit le docteur Rizet, avaient formé de cet agent un art spécial soumis à des règles fixes. Il est passé depuis longtemps aux mains des ignorants et tombé dans le domaine de l'empirisme.

L'illustre Larrey, cette gloire de la médecine militaire, à son retour d'Egypte, n'a pas dédaigné de l'employer et a cherché à en vulgariser l'usage et à le faire entrer dans la pratique.

Il est incontestable que malgré l'emploi inintelligent et souvent dangereux qu'en font chaque jours les gens étrangers à l'art de guérir, ils en obtiennent des guérisons, dans des cas où des praticiens habiles n'avaient pas réussi.

Malgré des succès nombreux, des faits irrécusables publiés dans les journaux de médecine, et qui sont attestés par les praticiens les plus autorisés, le massage n'est accepté qu'avec défiance, quand il n'est pas repoussé avec un inconcevable esprit d'opposition systématique. Sans l'expérimenter et chercher à comprendre son mode d'action, on ne veut voir en lui que le moyen inintelligent et grossier dont, pour employer son langage, le rebouteur se sert afin de mettre en place un nerf foulé ou la cheville déplacée.

« Je ne sais pourquoi, disait Pouteau en parlant de l'entorse, les chirurgiens ne réussissent pas dans cette petite entreprise (le massage) qui peut guérir sur-le-champ ! »

Que dire de certains esprits forts, professant sans raison un souverain dédain pour le massage, et le repoussant parce qu'il est employé par les gens étrangers à la médecine. Respectant toutes les convictions, nous ne croyons pas devoir répondre à de tels arguments ; ils sont pour nous le résultat d'un inconcevable orgueil, indigne du vrai chirurgien qui, pour soulager les malades, ne doit rejeter aucun moyen efficace, n'importe où on le trouve et d'où il vienne.

Il ne faut pas, dit M. Nélaton : « rejeter systématiquement un moyen utile, seulement parce qu'il a été découvert et employé par des hommes étrangers à l'art de guérir. »

En nous appuyant sur l'autorité de Larrey, Hey, Cooper, Ribes, Bonnet (de Lyon), Magne, Brûlet, Lebatard, Bazin, qui ont cherché à remettre le massage en honneur, et sur les travaux de plusieurs de nos collègues ou confrères : les docteurs Quesnoy, Servier, Petitgand, Rizet et tant d'autres, nous allons chercher à prouver : que pour répondre à la principale indication que doit se proposer le chirurgien dans le traitement de l'entorse, pour prévenir et combattre le gonflement, le massage présente sur les moyens ordinaires une supériorité incontestable ; que c'est un traitement rationnel et sûr, exempt de dangers et avec lequel nous avons depuis de longues années obtenu des guérisons rapides et complètes.

Il faut bien l'avouer, les résultats de l'entorse traitée par les moyens ordinaire autrefois en usage : saignées, sangsues, cataplasmes, etc., n'ont pas été à beaucoup près toujours heureux.

Au moment où nous écrivons ces lignes, nous venons d'être témoin de la dissection d'une main amputée pour des accidents survenus à la suite d'une entorse mal soignée et négligée, datant seulement de trois mois.

Traité à deux reprises différentes pendant notre jeunesse par un empirique qui se servait du massage, témoin des heureux succès que nous en avons vu obtenir maintes fois en Afrique, nous avons cherché à nous rendre compte de son mode d'action et à l'expérimenter. Nous avons obtenu de nos premiers essais des résultats inespérés. Depuis plus de vingt ans (1) nous y avons eu fréquemment recours, et nous avons acquis la conviction que c'est le moyen le plus efficace, le plus rapide et le plus sûr à opposer aux épanchements sanguins ou synoviaux, au gonflement péri-articulaire qui résulte dans l'entorse de la déchirure des ligaments de la capsule ou de la rupture des petits vaisseaux qui avoisinent l'articulation. Il agit également d'une manière favorable sur l'élément douleur et lorsqu'il y a rupture ou déchirure des ligaments ; en refoulant au loin les liquides interposés entre leurs extrémités, celles-ci se rapprochent et se trouvent dans les meilleures conditions pour obtenir une prompte réunion.

Chargé en 1863 du service de la 1re division des blessés au camp de Châlons, nous avons déjà cherché, dans un rapport adressé au conseil de santé, à appeler l'attention sur les bons effets du massage : six malades figuraient à notre état récapitulatif ; chez trois on avait employé le massage ; sur un quatrième il n'avait été pratiqué qu'une seule fois, et enfin les deux derniers avaient été traités dans un autre service par les sangsues, les cataplasmes, le bandage dextriné, etc., et évacués dans nos salles à la levée du camp.

Trois malades sur quatre, disons-nous, atteints d'entorses graves, ont été guéris en très-peu de temps par le massage et des compresses résolutives, vers le cinquième ou le sixième jour après la cessation des accidents inflammatoires par l'application de la *botte dextrinée* de Baudens afin d'immobiliser l'articulation pendant le temps nécessaire pour obtenir la cicatrisation complète des ligaments déchirés ou distendus. La moyenne des journées de traitement a été de dix-sept jours (2).

Nous avons traité également avec succès par les mêmes moyens, le général de division D..., atteint de diastasis du genou et d'entorse tibio-tarsienne grave (chute de cheval). L'accident est arrivé le 26 août, néanmoins le blessé, après dix séances de massage, a pu paraître à la tête de sa division le 5 septembre à une revue d'honneur.

Les deux autres malades évacués sur notre service, à la levée du camp, sont restés à l'hôpital l'un 34 jours et le deuxième 54 jours, ce qui a sensiblement influé sur la moyenne générale, qui a été de 26, bien que le malade dont nous allons parler plus loin ne soit resté que 11 jours.

Il ne nous paraît pas utile d'apporter en faveur du massage un grand nombre d'observations, ce serait nous exposer à des redites. Il suffira de citer les deux faits suivants :

OBS. I. — *Entorse tibio-tarsienne grave. — Massage. — Emploi du cerceau de M. le baron Larrey combiné avec le mode de réfrigération du docteur Petitgand.*

(Observation recueillie par M. de Busschère, interne du service.)

D..., sapeur au 1er régiment du génie, fait une chute dans un escalier de la caserne le 9 août. Le pied droit avait porté à faux sur le bord d'une marche, et s'était renversé en dedans ; il en était résulté une distention forcée des ligaments latéraux externes, qui, pendant un instant, avaient supporté seuls tout le poids de son corps. Au même moment le blessé ressentit une vive douleur, il se releva cependant, voulut continuer à descendre, mais la douleur fut plus forte que sa volonté ; on fut obligé de le rapporter dans son lit.

On entoura le pied de compresses d'eau froide, et le lendemain au matin cet homme était apporté d'urgence à l'hôpital. Le billet d'entrée portait pour diagnostic : Entorse tibio-tarsienne, fracture du péroné ?

On pouvait à première vue croire un instant à l'exactitude du diagnostic : la douleur était vive, surtout au niveau de la malléole externe ; le membre déformé présentait un gonflement considérable, occupant le cou-de-pied, le pourtour de l'articulation et le côté externe de la jambe ; on remarquait au-dessus de la malléole une dépression très-appréciable d'une étendue de 4 à 5 centimètres. Cette dépression, limitée en haut par le gonflement des muscles jumeaux et en bas par la saillie de la malléole, rappelait assez exactement l'état anatomique signalé par les auteurs dans les fractures du péroné et connu sous le nom de coup de hache de Dupuytren. La pointe du pied était déviée en dedans, le talon en dehors ; une large ecchymose existait au niveau de la malléole externe.

Après un examen attentif, tout idée de fracture fut repoussée : les signes rationnels faisaient complétement défaut, point de crépitation, point de saillie osseuse, le gonflement, la déformation du membre du côté externe de la jambe était dû sans aucun doute à la déchirure des fibres musculaires des jumeaux à leur insertion avec le tendon d'Achille, à un épanchement limité par les aponévroses ; en suivant la crête du tibia et le bord externe du péroné, on ne trouvait aucune solution de continuité ; les malléoles ne présentaient, hormis le gonflement, rien d'anormal dans leur disposition.

La prompte guérison de notre blessé vint confirmer le diagnostic.

Traitement. — M. Cabasse fit immédiatement en sa présence pratiquer par un infirmier intelligent et habitué un massage qui dura une demi-heure et qui devait être renouvelé dans la soirée. Voici quelle fut la manière de procéder : le membre fut préalablement enduit d'un liniment belladoné, qu'on dilua par des frictions douces en commençant sur le dos du pied et en remontant vers la racine du membre. Ces frictions furent exercées avec la face palmaire des doigts réunis, de bas en haut, et de façon à ne pas éveiller la douleur ; on les augmentait progressivement. Lorsque enfin le membre endolori put supporter une pression correspondante au poids de la main, on frictionna avec la paume des mains, de manière à embrasser toute l'articulation et les parties environnantes.

Le membre fut ensuite recouvert de compresses pliées en deux, imbibées d'eau blanche et d'eau-de-vie camphrée, puis on appliqua l'appareil réfrigérateur du docteur Petitgand.

M. Rizel, médecin-major du 1er du génie, a décrit de la manière suivante cet appareil ingénieux : « *Avec* un tube en caoutchouc vulcanisé, de plusieurs mètres de long, dont les parois sont assez résistantes, d'un centimètre de diamètre sur deux millimètres d'épaisseur, M. Petitgand entoure les parties lésées à la suite de fractures, luxation, etc. ; le tube doit faire huit à dix fois le tour du membre ; une des extrémités du tube, munie d'un poids, plonge dans un baquet d'eau froide ; l'autre, pourvue d'un petit robinet, aboutit à un vase de même dimension que le premier. Une fois la partie malade recouverte par les enroulements du tube, on amorce cette espèce de siphon en faisant le vide à une des extrémités, soit avec une seringue, soit plus simplement, en aspirant avec la bouche ; bientôt le liquide s'écoule par le robinet plus ou moins ouvert, suivant la quantité du calorique qu'il faut soustraire à la partie. Quand par le fait du courant établi un des vases est vide, le malade, sans secours d'aucun aide, lui substitue le baquet plein, et cela avec d'autant plus de facilité, que le système entier est placé sur un banc parallèlement au bord du lit. »

Le membre fut ensuite placé sur un coussin disposé en plan incliné, et maintenu dans une immobilité complète au moyen du cerceau de M. le baron Larrey.

Le 11, le gonflement avait sensiblement diminué et se trouvait remplacé par une ecchymose jaunâtre qui remontait jusqu'au creux du jarret ; la douleur était moins vive, les mouvements plus faciles et moins douloureux.

Le 13, le blessé sentit pour la première fois au-dessus de la partie malade un sentiment de froid, en même temps disparut toute sensation de chaleur et de douleur.

On continua le massage deux fois par jour, l'immobilité, la réfrigération jusqu'au 15. A cette époque, il n'existe plus ni douleur ni tuméfaction ; il ne reste d'autres traces de l'accident qu'une teinte ecchymotique très-étendue.

Plusieurs élèves de l'école avaient assisté à la première séance de massage, et furent tout étonnés de voir après cinq jours le blessé dans une situation des plus satisfaisantes, après avoir vu le membre dans l'état le plus critique, ils ne pouvaient croire qu'en si peu de temps on eût put obtenir par ce traitement si simple un résultat aussi efficace que décisif.

Le blessé pouvait exécuter tous les mouvements avec facilité ; il assurait qu'il ne serait nullement gêné pour marcher. M. Cabasse craignant qu'il ne commît quelque imprudence, prit la sage précaution de lui appliquer une botte de Baudens, qui fut enlevée par le malade pièce par pièce les jours suivants.

Le 25, il fut laissé complétement libre. B... réclama immédiatement sa sortie, qui ne fut pas accordée. Le même jour, il se leva, se promena toute la journée dans la cour sans que le moindre gonflement reparût.

Après l'avoir observé deux jours encore, et avoir acquis la certitude que la guérison était complète, on lui délivra son billet de sortie.

OBS. II. — *Entorse tibio-tarsienne. Massage.*

(Observation recueillie par M. Debusschère, interne du service.)

Le 6 août, D.... (Pierre), jeune soldat, tombe d'un échafaudage élevé à 5 mètres au-dessus du sol, sur un tas de décombres. Il ressent au même moment une douleur extrême au niveau de l'articulation tibio-tarsienne gauche. Le médecin de l'endroit reconnaît une entorse, il ordonne des affusions froides ; le lendemain, eu égard au gonflement considérable de l'articulation et d'une grande partie de la jambe, il fait appliquer 30 sangsues, des cataplasmes, et on continue les affusions froides.

Le 22 août, ce blessé entre à l'hôpital d'Arras ; la marche est douloureuse et ne s'exécute qu'à l'aide de béquilles ; impossibilité complète d'appuyer le pied sur le sol, la douleur s'apaise dans le repos, le gonflement péri-articulaire subsiste. Le traitement suivi jusqu'à ce jour avait produit des résultats peu satisfaisants.

On va voir que le massage, tant blâmé, donna dans ce cas d'entorse

(1) Nous ferons remarquer que dans la majorité des cas, soit au 3e lanciers pendant cinq ans, soit à Saint-Cyr, soit au 14e d'artillerie, ou aux lanciers de la garde, chez les nombreux malades auxquels nous avons été appelé à donner des soins, l'entorse était le plus souvent le résultat d'une chute de cheval, et le plus ordinairement dans ce cas elle est accompagnée d'accidents toujours assez graves.

(2) Nous avons toujours la précaution, avant de prononcer la sortie, pour nous assurer que la guérison est complète, de faire promener pendant plusieurs jours le blessé afin d'être certain que la marche ne réveillera ni œdème ni douleur.

ancienne des résultats non moins heureux que ceux que nous avons relatés dans notre première observation.

M. Cabasse fit procéder immédiatement à une première séance de massage de vingt minutes de durée, à répéter le soir. On les continua huit jours; le 30 août, tout gonflement, toute douleur ont disparu.

Le 30, M. Cabasse, par mesure de prudence, lui applique la botte de Baudens et recommande au blessé le plus grand repos. L'appareil est enlevé les jours suivants pièce par pièce. Après avoir été observé pendant sept jours, durant lesquels il se promène dans les cours avec les autres convalescents, il sort le 18 septembre pour rejoindre son corps.

Nous ne saurions résister au désir de terminer par un résumé de l'observation suivante. Il s'agit d'une dame atteinte à trois reprises différentes d'entorse tibio-tarsienne, à laquelle chaque fois nous avons été appelé à donner nos soins.

Obs. III. — Mme X...., taille au-dessus de la moyenne, embonpoint considérable, charpente osseuse fine et très-délicate, pieds petits qui, on va le voir, rendent la marche peu sûre et prédisposent à des chutes fréquentes suivies d'entorses graves.

Au mois de juillet 1852, dans un état de grossesse assez avancé, cette dame, se promenant au bras de son mari, fit un faux pas, se tourna le pied; le bord interne appuyant sur le sol et la face plantaire regardant en dedans, les ligaments latéraux externes eurent à supporter dans la chute tout le poids du corps. Douleur vive, faiblesse, syncope, tuméfaction considérable, ecchymose, en un mot, tout le cortége de symptômes d'une entorse tibio-tarsienne grave, rien ne manque. Après une immersion assez longue du pied dans un baquet d'eau froide, massage d'une demi-heure, qui est répété six fois à douze heures de distance.

Dans les intervalles, compresses résolutives. Plus tard, bandage dextriné pendant 9 jours. Guérison complète en 14 jours.

En 1853, 16 mois plus tard, nouvelle chute, entorse au même pied, 48 heures avant un départ obligé pour un long voyage; nous ne vîmes cette fois la malade que 6 heures après l'accident; nous la trouvâmes le pied dans l'eau.

Massage de trois quart d'heure, répété deux fois le lendemain, compresses résolutives. Le jour suivant, de bonne heure, bandage dextriné. A 11 heures du matin, Mme X..., forcée de se rendre à Paris, se fait transporter à la voiture en chaise à porteur, puis de là au chemin de fer; elle fait des courses en voiture pendant 48 heures, se remet en route, et enlève son bandage dextriné 13 jours après l'accident. Guérison complète comme la première fois.

Enfin cet hiver une nouvelle entorse au même pied. Peut-être celle-ci était elle plus grave que les deux premières. L'accident avait été suivi de syncope. Lorsque nous avons vu la malade, une heure après, le membre était déformé. Gonflement considérable, douleur vive et sensibilité extrême en deux endroits, près de la malléole externe. Mêmes moyens, dix séances de massage. Le 15e jour, lorsque nous avons enlevé le bandage dextriné, il existait encore de la douleur, attribuée par la malade elle-même à son indocilité et à son imprudence. Guérison complète en 21 jours.

(*A suivre.*)

BOITE-GOUTTIÈRE A SUSPENSION

APPLIQUÉE AU TRAITEMENT DES FRACTURES DES MEMBRES.

(Extrait d'un mémoire lu à la Société médicale d'Émulation de Paris dans la séance du 6 août 1870)

Par M. le Dr Philippe

Médecin principal d'armée en retraite.

Le but principal que s'est proposé M. le docteur Philippe avec cet appareil est d'atténuer ou même de neutraliser l'action musculaire surexcitée par les nouveaux rapports que contractent les os brisés, circonstance qui amène l'irritation des parties molles en contact avec les surfaces aiguës des fragments.

L'appareil se compose :

1° D'une boite en bois ouverte en haut et aux extrémités, fermée seulement sur les côtés; sa longueur est de 55 centimètres; sa largeur de 22 centimètres. Les planchettes latérales qui la ferment ont 11 centimètres de hauteur, et la même longueur que le fond de la boite. Elles sont percées, le long de leurs bords supérieurs, de quatre mortaises de chaque côté, placées à égale distance les unes des autres. Leur destination est de livrer passage aux liens suspensifs. Leur largeur est de 2 centimètres 1/2; leur hauteur de 1 centimètre.

Au point de jonction de la boite avec ses rebords, et aux quatre extrémités de ces mêmes rebords, sont pratiquées quatre mortaises longues de 5 centimètres, hautes de 1 centimètre 1/2; leur usage est de recevoir les grands liens qui servent à fixer l'appareil sur le plan qui est destiné à le soutenir.

2° D'une gouttière en fil de fer terminée par une semelle qui fait corps avec elle; cette gouttière a les mêmes dispositions que celles dont on se sert ordinairement dans les hôpitaux; sa longueur est de 0,57 centimètres.

Elle se trouve suspendue au milieu de la boite, à laquelle elle est attachée par huit liens ou courroies qu'on introduit d'abord dans les interstices de la gouttière, puis à travers les huit mortaises des rebords de la boite, pour les fixer en dernier résultat à la partie externe de celle-ci.

Lorsqu'on a à traiter une fracture de cuisse, on ajoute à la gouttière un cuissard qui n'est qu'une seconde gouttière plus longue en dehors qu'en dedans, de manière que sa portion externe puisse se prolonger jusqu'auprès de la crête iliaque; sa longueur totale est de $0^m,55$.

Ce cuissard se relie à la gouttière par le moyen des courroies suspensives de l'appareil ou d'autres liens, si celles-ci sont insuffisantes; il en faut un pour chaque cuisse. La gouttière de cuisse ordinaire peut très-bien servir.

3° De trois liens, dans les cas de fracture de jambe; de quatre ou cinq liens, pour les fractures de cuisse. Ils sont destinés à fixer solidement le membre dans la gouttière en entourant celle-ci complétement.

Deux autres liens beaucoup plus longs complètent l'appareil; on les fait passer dans les mortaises qui se trouvent aux quatre extrémités de la boite qu'ils doivent assujettir au lit ou au coussin sur lesquels elle repose.

Pour faire fonctionner l'appareil, on commence par opérer la réduction de la fracture comme à l'ordinaire; puis on glisse sous le membre la boite, après avoir eu la précaution de garnir la gouttière d'une couche épaisse d'ouate; on pose le membre dans la gouttière, et on recouvre celui-ci d'une nouvelle couche d'ouate, lorsque la fracture est simple; quand elle est compliquée, on y applique des topiques appropriés; on serre ensuite la gouttière sur l'extrémité malade à l'aide des liens qu'on fixe en dehors de la première, de manière à ce que le membre et la gouttière ne fassent qu'un.

On finit ensuite le pansement en appliquant quelques jets de bandes autour du pied, qu'on attache à la semelle de la gouttière.

Il y a un détail pratique essentiel qu'il ne faut pas négliger : on aura le soin de garnir de beaucoup d'ouate la dépression profonde qui existe au point de réunion de la gouttière avec la semelle, et qui correspond au talon, afin d'éviter que celui-ci ne subisse une trop grande pression, ce qui devient une cause de grandes souffrances chez les fracturés. On remédie d'ailleurs facilement à cet accident, quand il se manifeste, en renouvelant souvent l'ouate qui se trouve au-dessous du tendon d'Achille; de cette sorte, le talon est soulevé et ne porte plus péniblement.

Dans les fractures de rotule, on ne change rien aux dispositions précédentes.

Pour les fractures du fémur, on fixe le cuissard à la gouttière au moyen des deux derrières courroies de l'appareil; si celles-ci ne suffisaient pas, on pourrait ajouter deux autres liens. Lorsqu'on veut obtenir les avantages du plan incliné, il est facile de donner une certaine mobilité au cuissard, en relâchant les liens à sa convenance.

On voit, d'après cette description, que les attelles sont complétement supprimées; aucun pansement n'est nécessaire dans les cas de fractures simples. Toutefois, lorsque celles-ci sont compliquées de plaies, d'abcès, de gangrène, etc., on a le soin d'abord de couvrir l'ouate de taffetas ciré, ainsi que le fond de la boite, pour éviter la souillure de l'appareil par l'écoulement des liquides morbides. Dans tous les cas, il serait toujours facile de renouveler la couche d'ouate ou de changer la gouttière s'il était besoin.

Quand on se sert de l'appareil comme moyen de transport, on fait passer les deux grands liens par les quatre mortaises qui se trouvent aux quatre extrémités des rebords de la boite, et on les fixe au brancard, au lit ou aux coussins des divers véhicules employés, soit à l'armée, soit à l'intérieur.

« Nous arrivons maintenant à une des particularités les plus importantes de notre appareil. Nous ferons remarquer préalablement que nous entendons parler ici des fractures difficiles et surtout obliques; de celles, par exemple, du quart inférieur de la jambe, des fractures de cuisse, et principalement des fractures sous-trochantériennes et sus-condyliennes. Dans ces différents cas, la disposition spéciale de notre boite-gouttière permet la confrontation *exacte* et *permanente* des fragments séparés.

L'étude plus approfondie de la suspension ainsi appliquée nous a suggéré, depuis quelques mois seulement, un procédé nouveau de réduction et de contention des extrémités osseuses brisées, sans être obligé de s'aider du secours de l'extension ou de la contre-extension dans les fractures les plus difficiles.

Nous avons donné à ce procédé le nom de *coaptation immédiate*. En voici le mécanisme : mettant à profit les dispositions de la gouttière de notre appareil qui offre un plan solide, fixe et invariable, nous avons pensé à interposer un corps plus ou moins élastique entre la gouttière et le fragment le plus mobile, qui a surtout de la tendance à se dévier; la plupart du temps l'intervention de la main est nécessaire pour faire la réduction directe; c'est même le temps essentiel de l'opération; on introduit ensuite dans l'intervalle indiqué un petit coussinet ou des compresses superposées ou même une couche d'ouate seule. On exerce ainsi sur les fragments une pression qui les empêche de se séparer.

Pour rendre la description de ce procédé plus intelligible, nous choisirons un exemple fourni par notre pratique. Chez un homme atteint de fracture sus-condylienne située à $0^m,03$ cent. de la rotule, avec déviation très-prononcée du fragment inférieur vers le jarret, nous avons introduit d'abord la main sous ce fragment et nous l'avons soulevé de manière à le mettre en contact immédiat avec le fragment supérieur. Nous avons ensuite appliqué sous l'espace poplité quelques compresses superposées recouvertes d'une couche condensée d'ouate, en faisant fléchir le genou. Nous avons ajouté de nouvelle ouate pendant plusieurs jours pour soutenir le jarret. Les fragments sont restés parfaitement en contact, et le résultat a été très-heureux.

Pour les fractures du corps du fémur, on pourrait interposer un coussinet, avec addition d'ouate, entre la paroi latérale externe de la gouttière et la cuisse, dans le but de prévenir la courbure de l'os en dehors.

L'efficacité de moyens aussi faibles en apparence que ceux que nous venons de mentionner paraîtra très-contestable lorsqu'on les mettra en parallèle avec les résistances à vaincre. Toute difficulté d'explication s'aplanit quand on veut se placer au véritable point de vue pratique de la suspension, qui neutralise l'action musculaire par l'immobilité du membre, et dont le dernier résultat est le maintien des fragments en contact lorsqu'ils ont été suffisamment rapprochés par une coaptation bien dirigée.

Jusqu'à présent nous n'avons eu en vue, dans ce travail, que les fractures des membres abdominaux; notre boite-gouttière est parfaitement applicable à celle des extrémités supérieures, mais seulement pour remplir certaines indications; ainsi, elle peut rendre de grands services dans les cas de solutions de continuité comminutives ou accompagnées d'accidents graves, tels que plaies, phlegmons, gangrènes, etc. Dans ces circonstances, l'appareil a pour but d'épargner des souffrances aux malades, et surtout de pouvoir répondre aux complications, tout en favorisant le travail de consolidation. »

M. Philippe croit qu'on pourrait donner à son système suspensif le nom de *suspension horizontale*, en opposition avec le mode de suspension usité jusqu'à nos jours, et qu'on pourrait appeler *suspension verticale*.

D'un parallèle entre les méthodes employées jusqu'alors et celles qui sont préconisées dans ce travail, M. Philippe conclut que l'immobilité du membre est l'élément qui domine toute la pratique rationnelle du traitement des fractures.

Ce résultat étant obtenu, les plus grandes difficultés s'aplanissent immédiatement; or, la suspension remplit seule ce but dans les fractures simples; pour les fractures difficiles, elle doit s'aider de la *coaptation immédiate*; il y a une solidarité étroite entre ces deux éléments.

Cette dernière considération forme la base pratique de ce travail.

« Nous avons vu, en décrivant le fonctionnement de notre boite-gouttière, que le membre fracturé était suffisamment suspendu dans la gouttière, et solidement fixé à celle-ci par des liens, faisait corps avec elle et devenait indépendant du tronc, dont les mouvements se communiquaient d'une manière presque imperceptible au membre, la gouttière en faisant tous les frais.

Cette indépendance de l'extrémité fracturée est complète dans les fractures simples et toutes les fois que les fragments sont en rapport; mais lorsque les solutions de continuité présentent beaucoup de mobilité, qu'elles sont surtout obliques, les mouvements du corps retentissent d'une manière fâcheuse sur les extrémités osseuses qu'ils parviennent à déplacer. Dans ces derniers cas, nous rétablissons facilement les rapports des surfaces au moyen de la *coaptation immédiate*, qui suffit le plus souvent, sans le secours de l'extension, pour réunir d'une manière définitive les fragments séparés.

A partir de ce moment, on obtient tous les bénéfices de l'immobilité, et la consolidation s'opère sans obstacle. Ce résultat a lieu immédiatement dans les fractures simples et transversales de la jambe, dans les fractures de la rotule.

Quant à celles de cuisse, la coaptation immédiate est toujours nécessaire. Nous en avons eu un exemple très-concluant chez un maraîcher de Saint-Mandé, dont nous avons déjà parlé plus haut.

Dans un autre cas de fracture sus-condylienne, la coaptation immédiate n'ayant pas été mise en usage, le résultat a été moins heureux que chez ce dernier. Cet homme était à l'Hôtel-Dieu; M. le professeur Laugier avait bien voulu appliquer notre appareil, n'ayant pu obtenir la consolidation par l'emploi de l'appareil de Scultet et du bandage américain pendant trente jours de traitement, à cause de la turbulence et de l'indocilité du malade (le nommé J...., salle Sainte-Marthe, n° 27). Notre boite-gouttière amena une ossification complète au bout d'un mois. Toutefois, n'ayant pas été averti de l'expérimentation, les règles ne furent pas suivies exactement. On n'avait pas appliqué les liens autour de la gouttière. Le membre avait été abandonné à lui-même; il n'était retenu que par une bande qu'on avait fixée autour du pied à l'aide de la semelle. Le blessé sortit de l'hôpital avec un raccourcissement de 3 centimètres environ.

Il est évident que l'immobilité obtenue a donné lieu aux résultats exceptionnels que nous venons de relater chez ce malade.

Le membre une fois placé dans l'appareil, le blessé peut se livrer immédiatement à des mouvements assez étendus, se mettre sur son séant, se placer même un peu de côté, se soulever pour recevoir le bassin; toutes ces opérations se font sans douleur. Cette facilité de se mouvoir est d'une très-grande importance, soit pour l'exercice normal des fonctions de nutrition, soit pour l'état moral du malade.

Les souffrances dont les malades se plaignent si vivement d'ordinaire dans la région du talon sont le plus souvent évitées par la disposition même de la semelle de la gouttière, qui présente une dépression assez profonde dans laquelle on a le soin de placer une couche épaisse d'ouate. Lorsque les douleurs se reproduisent par le tassement de celle-ci, on en introduit de nouvelle sous le talon, et surtout sous le tendon d'Achille, de manière à ce que le premier ne porte pas.

Il y a un autre avantage d'une grande importance : l'absence de tout bandage, attelles, coussins, etc., met à l'abri des inconvénients de la compression, qui entraîne si souvent après elle le développement d'excoriations, de phlyctènes, de gangrène quelquefois, et toujours des sensations très-pénibles.

Cette dernière particularité rend surtout applicable la boite-gouttière dans les fractures compliquées. En effet, le membre étant toujours à découvert, les pansements deviennent très-faciles; mais il y a surtout une circonstance fort avantageuse qui est inhérente à son emploi; le traitement des complications ne nuit nullement au travail d'ossification, comme il arrive avec les méthodes connues; les fragments restant toujours en contact, ce travail s'opère sans interruption.

Dans les hôpitaux, lorsqu'il survient quelques complications, on place ordinairement le membre dans une gouttière non suspendue; or, en agissant ainsi, les fragments ne peuvent être mis en rapport immédiat; c'est un retard pour la formation du cal.

D'un autre côté, la simplicité du mode de pansement permet d'examiner tous les jours la fracture et de remédier par conséquent aux déplacements et aux accidents qui se manifesteraient.

On pourra désormais profiter de cette disposition de l'appareil pour faire une étude complète du développement du cal, et en tirer des conséquences utiles sur les différents degrés d'écartement des fragments séparés, de manière à savoir apprécier les limites de cet écartement au point de vue de la consolidation des fractures.

Cette même simplicité de l'appareil rend très-facile la surveillance du malade, qui peut être confiée la plupart du temps aux personnes étrangères à l'art, la fixité du point fracturé épargnant les précautions ordinaires.

Enfin, le même motif permet d'improviser partout la construction de l'appareil : quatre planches, quelques clous, quelques ficelles suffisent; on remplace la gouttière par une planchette qu'on suspend à des cordes.

Nous avons dit que les fragments, une fois mis en contact, soit

qu'on ait besoin d'avoir recours à la coaptation immédiate, soit qu'on puisse s'en passer, conservaient sûrement leurs rapports; il en résulte que, ne subissant plus les vicissitudes qu'ils éprouvent dans les méthodes ordinaires, par l'influence des mouvements du tronc et de l'action musculaire, ils se réunissent plus tôt, et que la consolidation est plus précoce. Les résultats sont aussi très-remarquables dans les fractures de rotules.

La consolidation plus prompte de la solution de continuité offre, en outre, l'avantage de permettre d'imprimer de très-bonne heure des mouvements aux articulations qui l'avoisinent: du dix-neuvième au vingt-cinquième jour, par exemple; ce qui rend ces dernières très-souples et prévient les roideurs, les ankyloses, qui suivent souvent un repos trop prolongé.

Toutes ces considérations nécessitent une dernière conclusion, à savoir : que les résultats ultimes des fractures par la *suspension horizontale* seront le plus souvent assurés; les difformités deviendront beaucoup plus rares; le repos prolongé du membre par l'immobilité qui amène elle-même la neutralisation de l'action musculaire exagérée; la fixité des rapports normaux des fragments obtenue par un nouvel agent, la coaptation immédiate, dans les cas difficiles; les bonnes conditions de santé générale du sujet qu'on soustrait au supplice de l'inaction; tous ces éléments favorables rendent la tâche du chirurgien facile, l'entourent d'une plus grande confiance, affirment la mission philanthropique qu'il a à remplir, en épargnant de longues souffrances au malade et abrégeant les rudes étapes qu'il a à franchir pour atteindre le but désiré.»

Voici une statistique des cas de fractures que M. Philippe a observés, et pour lesquels il a appliqué sa boîte-gouttière; ils sont au nombre de onze :

Fractures de jambe simples, dont une du péroné.	4	7
— compliquées	3	
Fractures de rotule	2	4
— de cuisse	2	
Total		11

La durée de temps nécessitée pour la consolidation, chez ces onze malades, a été en moyenne :

Fractures de jambe	38 jours.
— de rotule	38 —
— de cuisse	36 —

Il y a eu trois fractures de jambe compliquées : une de plaie à la région malléolaire; une de fracture de la malléole droite; une autre du quart inférieur de la jambe, d'une grande obliquité, avec saillie très-aigüe du fragment supérieur.

Tous les cas de fractures de jambe ont été suivis de succès.

Pour les fractures de la rotule, la moyenne des jours de traitement, jusqu'à complète consolidation, a été de trente-huit. Malgré un écartement considérable des fragments, dans les deux cas, l'ossification s'est opérée normalement, grâce à l'immobilité obtenue.

La moyenne des jours de traitement des fractures de cuisse est de trente-six.

Si on réunit les onze cas de fractures observées, on trouve une moyenne générale de trente-sept jours.

La santé générale des blessés a toujours été dans les meilleures conditions.

Les complications consistant en plaies, engorgements, obliquités excessives des fragments, ont cédé beaucoup plus vite qu'on ne l'observe ordinairement.

Voici, en résumé, les principaux avantages qu'a procurés l'application de la *suspension horizontale* :

Le malade est exempt de douleur dans le point fracturé, une fois la réduction opérée;

Le corps peut se mouvoir facilement sans provoquer de souffrances;

L'action musculaire est neutralisée;

Le chirurgien a constamment sous les yeux la fracture, dont il peut surveiller journellement la marche, ce qui le met à même de répondre aux exigences des complications sans nuire à la formation du cal;

La simplicité des objets de pansement épargne les graves conséquences de la compression des parties molles;

La consolidation de la fracture est plus précoce à cause de la fixité de l'affrontement des fragments qui s'opère sans efforts excessifs d'extension;

Cette fixité prévient une foule d'incidents produits par la mobilité des extrémités osseuses, que rien ne peut conjurer avec les appareils ordinaires, surtout dans les cas de fratures difficiles;

On peut, dans les dix-neuf ou vingt-cinq premiers jours de l'accident, imprimer des mouvements aux articulations avoisinant la fracture, ce qui prévient l'ankylose.

La disposition de la boîte-gouttière permet, dans les cas épineux, la coaptation immédiate, qui évite le déplacement des fragments, et, comme conséquence, la difformité du membre, ainsi que les modifications fâcheuses qui peuvent survenir dans ses proportions.

DOCUMENTS

POUR SERVIR A L'HISTOIRE DU MOUVEMENT SCIENTIFIQUE PENDANT LE SIÉGE DE PARIS (1).

---

29 NOVEMRRE.

LII. **Académie de médecine.** — L'Académie tient séance.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 29 novembre 1870. — Présidence de M. DENONVILLIERS.

Appareils. — M. DENONVILLIERS fait la démonstration d'un nouveau lit pour les blessés.

Arsenic. — M. BÉHIER, qui devait prendre la parole sur la question de l'arsenic, fait observer que tous les esprits sont tournés vers l'effort tenté aujourd'hui par notre armée. Il demande le renvoi à huitaine.

La séance est levée.

LIII. **Ambulances.** — L'ambulance volante belge, reconnue par la Société internationale de secours aux blessés, fait appel à ses concitoyens pour augmenter le nombre de ses adhérents.

Elle serait heureuse de compter dans ses rangs des médecins et des étudiants en médecine de sa nationalité.

Aucune fonction n'est rétribuée.

Les fondateurs font également appel à ceux de leurs concitoyens qui voudraient, comme souscripteurs à cette œuvre de bienfaisance, en être les membres honoraires et les aider à la développer.

Les souscriptions et adhésions seront reçues au siége de l'ambulance, 4, rue du Bel-Respiro, ou au domicile de chacun des membres fondateurs.

Henri Aertsens, directeur, 28, quai de l'Hôtel-de-Ville; Pauwels, boulevard du Temple, 39; Lenoir, rue Grange-aux-Belles, 39; Vanloo, rue Sedaine, 17; Herman, rue Lafayette, 95.

LIV. **Alimentation publique.** Les derniers œufs ont été vendus 528 fr. le mille à la criée : cela fait 52 fr. 80 c. le cent, et il y a des frais en sus.

Les rares œufs frais qu'on peut se procurer coûtent 1 fr. pièce.

30 NOVEMBRE.

LV. **Variole.** — M. le docteur Delioux de Savignac termine dans le *Bulletin de Thérapeutique*, son travail intitulé :

DU TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE ET CURATIF DE LA VARIOLE (1).

Comme les autres fièvres éruptives, la variole a ses périodes et sa marche déterminées, au milieu desquelles il est assez généralement convenu que la thérapeutique n'a pas lieu d'intervenir d'une manière bien active. J'admets qu'il suffise de favoriser l'évolution naturelle de la maladie et de se borner à l'emploi des moyens hygiéniques, tant que le pronostic n'offre rien d'inquiétant et qu'il ne survient pas de complications; mais dans le cas contraire, l'action thérapeutique est indispensable, et mieux elle est entendue, plus elle est énergique lorsqu'il le faut, mieux aussi l'on peut conjurer son issue funeste. Cela est vrai surtout de la variole; malgré la gravité qu'elle acquiert chez les individus non antérieurement vaccinés ou variolés, malgré l'extrême danger la plupart du temps inhérent à sa forme confluente, enfin en dépit de la malignité spéciale de certaines épidémies, la thérapeutique peut néanmoins intervenir souvent avec avantage et limiter le chiffre de la mortalité, luttant pied à pied, et variant ses moyens d'action selon les symptômes, selon les périodes, selon la variété des cas.

Dans la variole, l'organisme s'efforce d'abord de projeter au dehors, sous forme de pustulation spécifique, un virus élaboré dans son sein; et bientôt il se retrouve dans l'imminence de nouveaux périls résultant soit de l'épuisement de ses forces par le travail d'élimination ou par une purulence excessive, soit de la résorption du pus virulent sécrété dans les pustules. De ce double combat ressortent des indications complexes : favoriser l'élimination, mais en soutenant les forces afin que l'organisme ne puisse ni défaillir dans ce travail ni succomber après son accomplissement; soutenir encore plus ces forces, seconder énergiquement la résistance vitale pendant la période de suppuration, modérer la sécrétion purulente, corriger le caractère vicieux du pus, en prévenir la résorption, et si l'on n'a pas su l'empêcher, se comporter comme en présence des intoxications septiques les plus redoutables.

Les phénomènes généraux qui précèdent l'explosion de l'exanthème varioleux ne sont pas toujours reconnus être les signes avant-coureurs de cette éruption. On les prend pour l'expression d'un embarras gastrique ou gastro-intestinal, d'une fièvre courbaturale, et l'on administre, où l'on s'administre (car souvent, même en temps d'épidémie, le médecin n'est pas appelé dès le début) un vomitif ou un purgatif. Ces moyens, et plutôt le dernier, surtout s'il y a constipation, soulagent momentanément; mais ils n'empêchent ni ne retardent les manifestations du virus varioleux, qui néanmoins et fatalement doit bientôt établir son siége d'élection sur la peau. Je ne crois pas que tout ou partie de ce virus puisse être ainsi éliminé par les premières voies. Je ne partage donc pas l'opinion des médecins qui, tant anciennement que de nos jours, ont attribué aux évacuants la propriété d'atténuer les symptômes de la variole, d'abréger son cours, de lui imprimer des tendances favorables. Il ne faut pas d'ailleurs se faire illusion; on est d'autant plus porté à employer les évacuants, que l'on a affaire à un état saburral plus prononcé et plus prolongé de l'estomac, avec suspension des fonctions défécatoires de l'intestin. Or la période d'invasion ainsi caractérisée et prolongée pendant trois, quatre et même cinq jours, appartient en propre à la variole discrète, ordinairement bénigne, ou du moins infiniment moins grave que la confluente; il n'y a donc pas lieu de s'étonner, quelles que soient les précautions préliminaires qui aient été prises, qu'une variole discrète arrive à bonne fin. Dans la variole confluente, au contraire, ainsi que l'a fait observer Trousseau, la période d'invasion est plus courte, et c'est la diarrhée qui tend à prévaloir, diarrhée qui peut, même ultérieurement, par sa persistance, ajouter à la gravité déjà si grande du cas. Les évacuants n'ont plus ici la même opportunité, et loin d'exercer une influence heureuse, il serait à craindre qu'ils fussent très-nuisibles.

Je considère donc que la médication évacuante n'a aucune action démontrée contre la spécificité de la variole; qu'elle n'est pas admissible comme méthode prépondérante dans le traitement de cette maladie; qu'il est même des cas d'où il faut la bannir, soit parce qu'elle ne pourrait qu'augmenter la faiblesse des sujets, soit parce qu'elle est précisément contre-indiquée par la diarrhée.

Mais si je repousse la médication évacuante comme méthode générale, je recommande les évacuants en présence de certaines indications.

Ainsi, dans la période d'invasion, s'il y a un état bilieux ou saburral très-accusé de l'estomac, je prescris volontiers un vomitif, plutôt l'épicacuanha que le tartre stibié, d'autant plus que la réaction périphérique avec diaphorèse qui suit le vomissement ne peut que hâter et faciliter l'éruption. S'il y a constipation, je donne un purgatif salin. Dans le cours de la maladie, si la constipation persiste ou reparaît, tenant à ce que le ventre soit constamment libre, je prescris des lavements d'infusion de camomille miellée, et s'ils sont insuffisants, j'administre de petites doses d'huile de ricin, 8, 10, 12 grammes, le moins possible, afin d'obtenir seulement un effet laxatif.

Au début de la variole, après avoir satisfait, lorsqu'il y a lieu, à cette première indication des évacuants, il ne faut pas oublier que l'essentiel est de favoriser cette élimination vers la peau, qui est la tendance capitale de la maladie en question. Aussi, autant les moyens calorifiques peuvent devenir innopportuns dans les périodes suivantes, autant ils sont bons ici, sans en abuser toutefois, sans exagérer, par exemple, le nombre et le poids des couvertures du lit. Le principe rationnel en pareil cas, comme en tous autres analogues, est de répartir uniformément la chaleur, sans l'accumuler surtout vers la tête, où elle appellerait de fâcheuses congestions. La boisson à laquelle alors je donne la préférence est l'infusion de sauge, bue chaude et à coups rapprochés. Je prescris en outre du bouillon de viande, et, s'il y a dégoût pour le bouillon, du vin chaud, qui est généralement accepté avec plus de plaisir. J'insiste sur le vin chaud à la canelle (un tiers ou moitié vin, le reste eau sucrée, infusion de sauge ou de thé), lorsque le malade est très-faible et lorsque l'éruption tarde, s'effectue lentement ou incomplétement. L'infusion de sauge et le vin chaud excitent et soutiennent la diaphorèse, constante dans la période d'invasion de la variole discrète, moins ordinaire et moins abondante au début de la variole confluente, et désirable cependant; car, ainsi que le dit Trousseau (*Clinique médicale*), cette diaphorèse semble constituer une crise favorable du côté de la peau, venant en aide, comme une sorte d'émonction, à la grande manifestation cutanée de l'éruption.

Il est un médicament qui, sans être précisément diaphorétique, comme on l'a prétendu, possède la propriété d'ouvrir la peau et de faciliter ainsi la sortie de l'exanthème varioleux, agissant de même d'ailleurs sur l'exanthème de la rougeole et sur celui de la scarlatine : c'est l'acétate d'ammoniaque. Je l'emploie en outre pour combattre avec avantage les accidents nerveux : malaise, anxiété, jactitation, délire, qui se produisent souvent pendant la première période, et aussi bien pendant les périodes ultérieures des fièvres éruptives. Je l'ai vu calmer d'une manière remarquable la céphalalgie du début de la variole. Une dose moyenne de ce médicament suffit ici, 10, 15, 20 grammes dans une potion. Lorsque l'agitation est extrême, et aussi lorsqu'il y a de l'insomnie, j'appuie l'action antispasmodique et sédative de l'acétate d'ammoniaque par l'addition d'un peu d'éther, lequel, surtout lorsqu'il est uni à l'acétate d'ammoniaque, manifeste des propriétés hypnotiques très-précieuses en pareil cas et plus douces que celles de l'opium. Voici l'une des formules que je recommande :

Acétate d'ammoniaque	15 grammes.
Sirop d'éther	20 —
Sirop de capillaire	20 —
Hydrolat de menthe	30 —
— de fleurs d'oranger	30 —
— de mélisse	50 —

Cette potion se prend par cuillerées d'heure en heure, jusqu'à ce que le calme ou le sommeil soit obtenu.

Diminuez ou augmentez les doses d'acétate d'ammoniaque et de sirop d'éther, selon le besoin. Supprimez le sirop de capillaire si l'édulcoration est trop forte pour le goût du malade.

J'ai vu beaucoup de malades tellement satisfait de cette *potion calmante*, qu'ils en ont voulu continuer l'emploi pendant toute leur maladie, y revenant au moindre retour de malaise nerveux, particulièrement le soir et dans la nuit, pour se procurer un sommeil paisible.

Le lumbago qui se manifeste dans la période d'invasion de la variole est parfois si douloureux, qu'il faut s'efforcer de l'apaiser par l'un de ces médicaments externes, narcotiques ou anesthésiques, connus de tous les praticiens. Comme ce lumbago est souvent le prélude des paraplégies que l'on voit ensuite survenir dans les autres périodes, il est bon de communiquer déjà quelques propriétés toniques aux médicaments que l'on emploie en frictions ou en embrocations sur la région lombaire. Je citerai pour exemple cette mixture dont je me sers alors, en cherchant le double but de tonifier et de calmer :

Chloroforme	10 grammes.
Essence de térébenthine	10 —
Baume de Fioravanti	80 —

On remplacerait avec avantage l'essence de térébenthine par l'essence de cajeput, si l'on avait celle-ci à sa disposition, et l'on en élèverait la proportion, dans la mixture ci-dessus, à 20 et 30 grammes. C'est à la fois un stimulant et un calmant trop méconnu en France. On pourrait aussi l'essayer à l'intérieur, et j'avoue que moi-même je ne l'ai pas encore fait dans la maladie qui nous occupe, contre ses formes graves, pour combattre la prostration en suscitant des mouvements réactionnels, et de même pour exciter l'éruption lorsqu'elle languit ou pour régulariser ses manifestations anormales. (Voir mon article CAJEPUT dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*.)

Vient la période d'éruption. On sait que celle-ci se manifeste d'abord sur la face, puis sur le tronc, sur les membres supérieurs, et en dernier lieu sur les membres inférieurs. J'aime à la voir assez abondante et pas trop tardive sur les membres inférieurs; il semble qu'alors la tête se dégage d'autant. Aussi, afin de l'exciter au besoin, je fais envelopper les jambes et les cuisses de grandes pièces de ouate recouvertes de taffetas ciré. La chaleur et la sudation qui en résulte font appel à la peau de tout ce que l'exanthème peut donner sur ces parties, en même temps qu'un effet révulsif au profit des extrémités supérieures se produit. Lorsque l'éruption paraît complétement effectuée, l'enveloppement de ouate est supprimé.

Dès que l'éruption apparaît à la face, j'ai recours aux topiques

(1) Suite. — Voir le dernier numéro.

(1) Voir notre numéro des 25-27 décembre 1870.

abortifs destinés à prévenir les cicatrices, et dont l'expérience m'a démontré tout à la fois et l'efficacité et l'innocuité. Je n'ai pas à revenir ici sur les avantages et le mode d'application de ces moyens, en ayant déjà traité à deux reprises dans le *Bulletin de Thérapeutique* (1855, t. XLVIII, p. 289, et 1870, t. LXXIX, p. 97). J'ajouterai seulement, pour encourager ceux de mes confrères qui hésiteraient encore à imiter ma pratique, que j'ai encore obtenu, dans l'épidémie actuelle, les plus beaux succès de l'emploi du collodion mercuriel; nul vestige de variole n'est resté sur le visage des sujets que j'ai soumis à l'application de ce remarquable moyen abortif.

Quand l'éruption variolique s'est accomplie, la fièvre tombe et fait trêve dans la variole discrète, et subit au moins quelque rémission dans la confluente. Si alors il ne survient ni accidents ni complications, le rôle du médecin se borne à l'observation de la marche de la maladie, les agents thérapeutiques internes ayant peu ou pas besoin d'être invoqués. Mais il n'en est pas de même des moyens hygiéniques, et c'est le cas d'y recourir sous diverses formes. Ainsi l'inappétence qui avait coexisté avec la première phase de la maladie cesse d'ordinaire à ce moment; il faut alimenter le malade en lui donnant au moins un ou deux potages par jour, en remplaçant les tisanes par du lait, du bouillon, de l'eau vineuse. Non-seulement il n'est plus nécessaire de surexciter la chaleur de la peau, mais il faut, tout en évitant les refroidissements, aérer l'appartement. Il n'y a point à craindre que l'air extérieur puisse nuire à l'exanthème de la variole et amener sa répercussion, comme on le craint, non sans quelque exagération, pour la rougeole et la scarlatine. Au contraire, le grand air, la ventilation même sont utiles aux varioleux, tandis que rien n'est plus dommageable, pour lui comme pour ses gardes et ses aides, que l'air confiné vicié par les émanations qu'il exhale. Ces émanations infectieuses, poison pour le varioleux comme pour ceux qui l'entourent, se révèlent déjà par l'odeur *sui generis* de sa transpiration dès avant l'apparition de l'exanthème. Quand cet exanthème s'est constitué, cette odeur devient de plus en plus flagrante et emprunte bientôt aux pustules suppurées le caractère le plus nauséabond.

Mais le renouvellement de l'air ne fait que dissiper plus ou moins, avec les senteurs fétides, les germes contagieux contenus dans les excrétions cutanées ou suspendus dans l'atmosphère des varioleux; il est plus rationnel encore d'annihiler, de détruire ces germes.

En vue d'atteindre ce but, le chlore et l'acide phénique sont employés. Je ne sais pas jusqu'à quel point l'un et l'autre opèrent la destruction des germes infectieux et contagieux. Je crois même qu'ils ne l'opèrent qu'en partie, et que, malgré la préférence accordée aujourd'hui à l'acide phénique, le chlore n'en reste pas moins un agent chimique supérieur pour obtenir la décomposition des matières organiques. J'estime donc particulièrement le chlore, sous forme d'hypochlorites alcalins étendus d'eau, pour lotions et aspersions, de même que pour bains, comme je le dirai plus loin, toutefois sans lui accorder autant d'importance que le docteur Eisenmann, de Wurtzbourg, qui en fait une sorte de spécifique de la variole (voir *Du Traitement de la variole par les lotions chlorées*, in *Bull. de Thér.*, 1859, t. LVI, p. 232); mais il a une déplaisante, et par le fait même de son énergie chimique, il attaque et détériore divers objets avec lesquels il est mis en contact. L'eau phéniquée n'a pas cet inconvénient, mais il ne faut pas non plus s'en exagérer les avantages; et à ce sujet nous engageons le public à ne pas se laisser prendre à l'amorce des réclames, qui ne tendent à rien moins qu'à célébrer l'acide phénique comme le moyen prophylactique et curatif de la variole. Croire que, rival de la vaccine, il puisse détruire dans l'individu la prédisposition à la variole, c'est se bercer d'une chimère; établir que, sans compétiteur dans le traitement de la variole, il en est le remède souverain, c'est poser un principe qui dénote plus de présomption que d'expérience. Tenons-le seulement pour un antiseptique, et encore ne l'est-il que dans une mesure et selon des modes que la chimie et la clinique n'ont pas nettement déterminés; cela n'en suffit pas moins, quant à présent, pour en user contre les éléments septiques de la variole et en limiter la contagion.

Je préfère aujourd'hui, pour l'emploi externe, l'eau de goudron, mélange complexe d'acide phénique et d'essences auxquelles j'attribue aussi une propriété antiseptique, et doué d'une odeur plus agréable que l'eau phéniquée. Si je veux en augmenter l'énergie, je la remonte avec un ou deux millièmes d'acide phénique. C'est avec l'eau de goudron que je pratique des lotions, des affusions, tièdes ou froides, selon l'indication, sur le malade, ainsi que des aspersions sur le lit et sur le parquet. Elle désinfecte le pus et hâte la dessiccation des pustules, calme le prurit et l'inflammation cutanée. Elle corrige aussi et neutralise même assez bien l'odeur spécifique de la variole. Je l'emploie ainsi pendant toute la durée de l'éruption; c'est pourquoi j'en parle ici avant d'être arrivé au traitement de la période de suppuration.

(*A suivre.*)

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments ou autres objets).

Manuel d'histoire naturelle médicale, par M. Bocquillon, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. — Seconde partie (2e fascicule) : *Botanique*. — Paris, 1871. — Prix de l'ouvrage complet : 14 fr.

Plaies pénétrantes de l'abdomen et procédé de suture nouvelle pour la guérison des anus contre nature, par M. Goyard, 1 vol. in-8, avec figures, 1870. — Prix : 2 fr.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

N° 18. — SAMEDI 11 FÉVRIER 1871. 44e ANNÉE SAMEDI 11 FÉVRIER 1871. — N° 18.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Etudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois... 8 fr. 50 c.
Six mois... 16 —
Un an..... 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 21 juin 1871.

HOPITAL D'ARRAS (Salles militaires).

M. CABASSE, médecin-major.

Observations pour servir au traitement de l'entorse par le massage (1).

Depuis 1849, nous avons traité par le massage, les réfrigérants et le bandage dextriné, tous les cas d'entorses que nous avons eu occasion d'observer. A diverses reprises nous avons mentionné dans nos rapports au conseil de santé les résultats à peu près constants et toujours heureux que nous avons obtenus.

Ce traitement si simple nous a paru remplir toutes les indications que doit se proposer le chirurgien dans le traitement de l'entorse, pour :

1° Prévenir le gonflement et le combattre.

2° Favoriser la cicatrisation des parties fibreuses des ligaments qui ont été déchirés ou rompus.

Nous n'hésitons pas à répéter que le massage jouit d'une supériorité incontestable pour combattre le gonflement, non-seulement dans le cas d'entorse récente, mais aussi lorsque déjà les autres moyens, les sangsues surtout, ont échoué. Jamais nous n'avons vu résulter de son emploi le moindre inconvénient.

Nous ne sommes pas de ceux qui prétendent que le massage peut guérir sur-le-champ.

On comprend en effet, anatomiquement et physiologiquement, que lorsque les ligaments ont été déchirés ou même simplement distendus, l'immobilité et un repos plus ou moins prolongé sont nécessaires à la cicatrisation. Il n'est pas douteux qu'une des raisons les plus puissantes pour lesquelles le massage n'a été accepté qu'avec défiance et même rejeté par beaucoup, vient de ce que ses partisans ont voulu le vanter et lui attribuer une efficacité qu'il ne peut physiologiquement avoir.

Manière de pratiquer le massage. — Nous ne nous étendrons pas longuement sur la manière de pratiquer le massage, décrite déjà dans les observations. Les procédés divers exposés dans les travaux des docteurs Lebatard, Girard, Ernoult, de Saint-Mâlo, Quesnoy, etc., ne diffèrent pas sensiblement les uns des autres.

Le docteur Rizet, depuis plusieurs années, a publié sur l'emploi du massage plusieurs brochures. Dans l'une d'elles il fait une critique sérieuse des procédés décrits; ils ne diffèrent les uns des autres que par la durée, l'intensité, la régularité des frictions ou des malaxations. Il expose ensuite d'une façon très-claire la manière judicieuse dont il le pratique lui-même (2).

Il existe cependant certaines précautions sur lesquelles il est, pensons-nous, important d'insister.

Voici de quelle manière nous procédons :

Après une exploration attentive de l'articulation et des parties voisines, et nous être rendu compte des complications, après avoir reconnu surtout les points douloureux, nous commençons immédiatement les frictions. Autrefois nous agissions autrement, suivant les préceptes de Baudens ; afin de prévenir le gonflement nous ne commencions jamais avant d'avoir eu recours aux réfrigérants et avant d'avoir fait séjourner dans l'eau pendant plusieurs heures l'articulation malade.

Nous ne saurions trop insister sur la précaution très-importante de bien reconnaître à l'avance les points douloureux, pour éviter les souffrances par fois très-vives que le malade éprouve au début de l'opération. Afin de la rendre moins douloureuse et faciliter en même temps les glissements de la main sur les parties malades, celles-ci seront enduites d'un corps gras, ou mieux, ainsi que nous avons l'habitude de le faire, de liniments belladonnés.

On commencera par des frictions douces, graduées, avec l'extrémité des doigts, évitant d'agir ou de se rapprocher des points où se manifeste la douleur. On procédera des extrémités pour remonter vers la racine des membres. En agissant ainsi avec douceur et en prolongeant les séances on arrive à repousser au-dessus de la partie malade les liquides épanchés dans le tissu cellulaire, en même temps que le sang contenu dans les vaisseaux divisés ou non. Le membre reprend peu à peu sa forme, le gonflement disparaît ainsi que la douleur; *ubi fluxus, ibi dolor*, on peut alors le reprendre au-dessus de l'articulation, agir avec force, soit avec la paume de la main, soit en entourant le membre avec tous les doigts. De cette manière les liquides épanchés sont repoussés au loin; ils sont repris par l'absorption ou bien ils s'étalent pour former de larges ecchymoses d'un aspect livide, pouvant inspirer des inquiétudes imaginaires à ceux qui voient le malade pour la première fois et qui n'ont pas l'habitude de l'emploi du massage.

La partie malade sur laquelle on pourra pratiquer l'irrigation, sera entourée ensuite de compresses résolutives, puis le membre placé sur un coussin jusqu'au moment où l'on jugera nécessaire de recommencer le massage.

Par suite du traumatisme le gonflement reparaît plus ou moins le lendemain de l'accident, et doit être traité de la même manière.

Le nombre et la durée des séances est très variable, suivant la gravité de la lésion. En général, six au minimum sont nécessaires, et il faut les prolonger jusqu'au moment où le gonflement s'est fondu en quelque sorte et a diminué d'une manière très-appréciable sous les doigts de l'opérateur. Enfin, lorsque toute trace de gonflement, de douleur a disparu, nous immobilisons l'articulation malade avec le bandage dextriné.

Lors de nos premières expériences, nous pensions qu'il était nécessaire d'agir avec force, ainsi que nous l'avions vu faire maintes fois; aujourd'hui, avec plus de douceur nous arrivons au même résultat et presque sans occasionner de douleurs; aussi maintenant, éclairé par l'expérience et enhardi par le succès, agissons-nous avec pleine confiance et beaucoup plus de hardiesse. Nous avons dernièrement employé le massage pour combattre le gonflement chez un blessé atteint de fracture des malléoles, compliquée de luxation du pied en dedans.

Voici l'observation de ce malade, qui est intéressante à plus d'un titre :

OBS. III. — *Fractures des malléoles de la jambe gauche, luxation du pied en dedans, difficulté de réduction, massage, délire furieux, guérison.*

M. M..., maître armurier, 46 ans, tempérament nerveux et sec, constitution usée par l'abus des alcooliques, est apporté d'urgence à l'hôpital le 2 mai, pendant la visite du matin. Le sous-officier et les hommes qui l'accompagnent nous racontent que la veille, vers minuit, il a été ramassé dans la rue, à l'extrémité d'un trottoir; c'est, nous dit-on, la troisième fois qu'il éprouve un accident au même pied et dans des circonstances semblables; quant au malade, il ne peut nous fournir aucun renseignement précis.

Nous constatons les symptômes suivants : luxation du pied gauche en dedans, la plante du pied est fortement tournée en dehors, son bord interne regardant en bas, le bord externe est devenu supérieur; gonflement considérable du pied et de l'extrémité inférieure cachant les deux malléoles. En promenant les doigts autour de l'articulation, nous ne rencontrons pas la saillie formée d'ordinaire par la malléole interne, le doigt pénètre dans un enfoncement au-dessous duquel on sent distinctement une portion d'os mobile en forme de V détachée de l'extrémité du tibia et de la grosseur d'une grosse noisette. En imprimant de légers mouvements au pied, il nous est facile de constater de la crépitation et de reconnaître une fracture de l'extrémité supérieure du péroné, à deux travers de doigts environ au-dessus de l'articulation.

Nous ne devons pas omettre de dire que le blessé a été atteint deux fois déjà antérieurement d'entorse grave au même pied.

Faisant maintenir le membre malade par deux aides, nous essayons de suite d'opérer la réduction des parties déplacées. Des tentatives semblables avaient déjà été inutilement tentées par le médecin du corps, le docteur Fristo.

Nous faisons alors fixer le blessé à la tête de son lit. Un drap plié en huit est placé sous le dos, ses extrémités remontant dans chacune des aisselles sont ramenées en se croisant de manière que celle de droite est passée à gauche et *vice versa*, puis fixées aux barreaux du lit. Le chloroforme est administré.

Saisissant le pied de la main gauche et le talon de la droite, nous cherchâmes encore sans succès par une traction lente et soutenue à réduire la luxation.

La contraction des muscles, celle des péroniers surtout, était telle qu'il nous fut impossible d'opérer le plus léger déplacement. C'est de là, on va le voir, que venait l'obstacle; on continua par intervalle l'inhalation du chloroforme, et nous fîmes opérer par deux aides vigoureux, qui cédaient la place à d'autres lorsqu'ils étaient fatigués, une traction permanente et soutenue. Au bout de 20 minutes, par suite des efforts énergiques d'un sous-officier de planton et d'un infirmier vigoureux, il s'opéra un mouvement assez sensible; agissant de nouveau comme la première fois, nous parvînmes par un brusque mouvement de rotation à replacer le pied dans sa position normale.

Restait le choix d'un appareil pour prévenir le retour du déplacement. Mais avant, afin de combattre le gonflement péri-articulaire déjà assez considérable, pendant que deux aides maintenaient la jambe, nous fîmes pratiquer sous nos yeux pendant trois quarts d'heure, des frictions graduées, puis le massage, pour repousser les liquides épanchés à la partie supérieure du membre. On évita soigneusement d'agir avec force et de se rapprocher par trop des points douloureux au niveau de la double fracture.

La jambe fut ensuite immobilisée en nous servant de l'appareil modifié (1) de M. le baron Larrey, en prolongeant les barres transversales du cerceau de manière à pouvoir opérer la contre-extension suivant l'axe du membre. Les pleins de deux lacs garnis de ouate agissant en sens opposé, furent placés au niveau des malléoles pour immobiliser les fragments.

Nous ne saurions trop insister pour recommander l'appareil ingénieux de notre savant maître, dans tous les cas où il est nécessaire d'obtenir une immobilité complète de la jambe. Il est facile de se le procurer partout, et il remplace avec avantage les cerceaux ordinaires, indispensables dans le matériel d'un hôpital. Nous n'avons eu qu'à nous louer de l'emploi fréquent que nous en avons fait dans les cas de fractures compliquées ou non de plaies. Son plus précieux avantage est de permettre au chirurgien d'avoir constamment le membre sous les yeux, d'agir à ciel ouvert, de s'apercevoir et de remédier en quelques secondes au plus léger déplacement.

Enfin au moyen d'un tube en caoutchouc faisant sept ou huit fois le tour du membre, amorcé comme un siphon et plongeant dans deux vases, nous avons pratiqué le mode ingénieux de réfrigération imaginé par notre collègue et ami le docteur Petitgand.

A la contre-visite rien n'est dérangé dans l'appareil.

Le 3, la nuit a été bonne, le pouls est calme, le blessé se trouve très-bien dans l'appareil, il réclame à manger; traces d'ecchymoses remontant jusqu'au creux du jarret, pas de gonflement.

Le lendemain, vers une heure du matin, il est pris tout à coup de délire furieux, on a peine à le contenir dans son lit.

A 4 heures du matin, nouvel accès, il coupe toutes les bandes, saute en bas de son lit et fait une trentaine de pas vers la porte. On le recouche avec difficulté, et pendant plus de deux heures, des infirmiers et ses voisins eurent de la peine à le maintenir.

Le 4 au matin à notre arrivée il est assez calme, mais ne se rappelle de rien. La luxation s'est reproduite comme le premier jour. Avec l'emploi du chloroforme et en procédant de la même manière, nous obtenons la réduction plus facilement, mais non pas encore sans avoir à lutter pendant un certain temps contre la résistance musculaire. Nouveau massage, deux potions calmantes.

Le 6, nouvel accès de délire furieux à 2 heures du matin; avant que l'infirmier ait pu l'empêcher, l'appareil est de nouveau coupé et enlevé, la luxation s'est encore une fois reproduite.

Il était urgent de prévenir de pareils incidents. Nous eûmes à cet effet recours à l'appareil de Dupuytren pour les fractures du péroné, mais enduit de dextrine et avec une attelle interne et une externe. Par plus de précautions l'appareil fut placé dans la boîte de Baudens transformée en appareil hyponectécique en la suspendant au plafond au moyen de quatre cordes. Camisole de force, emploi des opiacés, deux potions à 20 gouttes de laudanum.

Journée et nuit très-calmes; pensant que la cause de ce délire extraordinaire tenait à la suppression des alcooliques, nous avons fait donner au malade : la demie de vin, du tilleul avec addition de 30 grammes d'alcool à 94°, café et cognac, 20 grammes matin et soir, potion opiacée dans la soirée.

A dater du 7 rien de particulier à noter. Malgré les instances réitérées faites par le malade pour être débarrassé de la camisole de force, elle n'est enlevée qu'au commencement des repas et conservée jusqu'au 12 mai.

De temps en temps nous avons augmenté le volume des coussins et resserré la boîte, l'appareil dextriné est resté en place pendant 34 jours, jusqu'au 5 juillet.

Depuis 48 heures le malade se plaignait d'une douleur et de démangeaisons au niveau de la malléole interne. La compression avait occasionné une petite escharre sans gravité, de la dimension d'une pièce de 20 centimes.

Le membre est amaigri, mais sans déformation sensible; il existe au niveau des malléoles un léger engorgement avec roideur et gêne partielle des mouvements de l'articulation tibio-tarsienne. Le cal formé au niveau de la malléole interne et à trois centimètres au-dessus de l'externe, une saillie à peine appréciable, qui indique le siége de la double fracture.

M. M... sort de l'hôpital le 10 juillet, 40 jours après l'accident. Il est aujourd'hui complétement guéri.

Malgré les accidents graves qui auraient pu compromettre la guérison et entraîner les conséquences les plus fâcheuses, l'articula-

(1) Fin. — Voir le dernier numéro.

(2) *Réflexions sur deux cas d'entorses guéries par le massage; Du traitement de l'entorse par le massage; De la manière de pratiquer le massage dans l'entorse* (Arras, 1864), publié dans les travaux de la Société médicale d'Amiens, par le docteur Rizet.

Enfin, nous joignons à ce travail deux états de nombreux cas d'entorses traités par le massage, au 1er régiment du génie, pendant les années 1865 et 1866, que nous devons à l'obligeance de notre collègue.

(1) Voir *Recueil des mémoires de médecine*, année 1865 : *Du traitement*, etc.

tion a recouvré sa souplesse, la marche s'exécute facilement et sans douleur; le blessé a pu depuis assez longtemps déjà reprendre ses occupations.

Nous ne saurions trop recommander, toutes les fois qu'il est nécessaire pour une lésion quelconque d'immobiliser le membre inférieur, l'appareil si commode et d'une application si facile de M. le baron Larrey (1). Il se prête très-bien à l'emploi du mode de réfrigération ingénieux, imaginé par notre prédécesseur à Arras, le docteur Petitgand, qui se pratique au moyen d'un tube en caoutchouc de 4 ou 5 mètres de long, avec lequel on entoure la partie malade d'un certain nombre de circonvolutions. Une des extrémités, munie d'un poids, plonge dans un baquet supérieur rempli d'eau, dont on peut à volonté abaisser la température avec de la glace ou un mélange réfrigérant; l'autre extrémité, terminée par un robinet, se rend à un autre vase récipient. L'appareil une fois disposé, on amorce cet espèce de siphon en faisant le vide dans le bout inférieur en aspirant avec la bouche. Le liquide s'écoule par le robinet plus ou moins ouvert, selon la quantité de calorique qu'on se propose de soustraire à la partie malade.

Un des principaux avantages de ce système sur les irrigations continues est de permettre d'obtenir une réfrigération uniforme et graduée sans que le malade soit exposé à des refroidissements dangereux et à séjourner dans des draps humides; pas une goutte de liquide ne peut se répandre dans ses couchages.

De cet exposé, nous croyons pouvoir conclure qu'en raison des accidents fréquents observés à la suite d'entorses mal soignées, traitées par les sangsues, les cataplasmes et les autres moyens ordinaires, l'emploi méthodique du massage présente sur eux des avantages incontestables; qu'il est digne de fixer l'attention d'une manière spéciale, afin de mettre aux mains des jeunes chirurgiens un mode de traitement simple, à la portée de tous, rationnel et sûr.

(1) Voir le *Recueil de mémoires de médecine militaire*, année 1865 : *Des fractures de jambes au point de vue du traitement.*

INHUMATIONS EN MASSES

Mesures sanitaires.

Par M. le Dr Dupuy (de Frenelle).

Mme R..., 9, quai d'Anjou, âgée de 45 ans, d'un tempérament, d'une constitution et d'une santé des plus désirables, mère de deux filles de 13 et 17 ans, est morte samedi dernier des suites d'une piqûre de mouche, faite huit jours auparavant, au-dessous de la lèvre gauche.

Par lui-même, ce fait ne doit répandre aucune alarme; car il n'est pas d'année que l'on n'observe en province et à Paris des cas de cette nature, qui sont le plus souvent mortels si l'on n'y apporte des secours prompts et surtout énergiques.

Cependant il peut servir d'avertissement, et les circonstances malheureuses dans lesquelles nous vivons, la menace indéniable d'une épidémie infectieuse possible à la suite et comme conséquence des hécatombes sans précédents de tant de milliers d'hommes, nous font un devoir de présenter nos observations critiques sur ce qui se fait et ce que l'on devrait faire pour prévenir l'action essentiellement délétère de la putréfaction des cadavres en grand nombre, quelle que soit la profondeur des fosses.

Deux systèmes ont été préconisés : l'un par des savants belges, l'autre par les hommes les plus compétents de notre Académie.

Le premier, expérimenté sur toutes les fosses, au nombre de plus de trois mille, dans l'Est ensanglanté de la France, et dont la moyenne a dépassé quarante cadavres par fosse, a donné des résultats absolus, parfaits, à ce point d'apparaître comme l'*ultima ratio* de la science en cette matière; le deuxième, qui nous paraît défectueux, peu d'accord avec nos connaissances physiques et chimiques, a été préféré par ceux qui en avaient eu contradictoirement l'initiative, ce qui nous présage une besogne entièrement à refaire ou, pire encore, à déplorer.

Qu'est-ce qui constitue les qualités infectieuses pestilentielles dans la décomposition animale des corps organisés? Ce sont, chacun le sait, les gaz divers ammoniacaux, azotés, carbo-oxygénés, sulfurés, hydrocarbonés, etc., tous plus ou moins chargés des corpuscules animaux en décomposition, qui en constituent le poison le plus redoutable et cette fétidité âcre, pénétrante, infiniment plus intolérable lorsqu'elle provient des corps humains, et essentiellement différente de celle des autres espèces vivantes. Elle se sent à de très-grandes distances, les vêtements s'en imprègnent instantanément, rien ne peut la leur enlever, sinon les vapeurs de chlore, dont l'effet est prompt et complet.

Empêcher la formation des corps putrides, empêcher leur exhalaison dans l'atmosphère ou les annihiler, tel est le problème dans sa simplicité.

Les pratiques usuelles bien connues de l'antiquité et le bon sens répondent : brûlez les cadavres, et tout sera dit. — C'est le parti qui a été embrassé et conduit à bonne fin par les savants belges, parmi lesquels s'est tout particulièrement distingué, par sa science, par son indomptable énergie, par son courage à surmonter, à braver même les maintes entraves de la routine, des préjugés et de l'opposition, M. Créteur, pharmacien de Bruxelles, à l'obligeance duquel je dois le fond de cette communication.

Une des principales objections au système de la *crémation* a été que, s'il est aisé de brûler un ou quelques cadavres, il n'en est pas de même lorsque l'on devra opérer sur cinquante, deux cents, quatre ou même six cents cadavres entassés dans une fosse ou dans une immense tranchée. — Comment, en effet, découvrir, remuer, retirer, placer sur un bûcher, et quel bûcher! une si grande masse de corps en pleine putréfaction?

Rien n'est plus facile, répond M. Créteur, que d'accomplir la *crémation* ou *incinération*, même de milliers de cadavres à la fois, si cela se présentait.

Voici sommairement comment il procède :

Découvrir peu à peu les cadavres d'une fosse, les arroser au fur et à mesure avec du chlorure de chaux. Quand le tout est découvert, y verser un, deux ou trois tonneaux de goudron, selon le besoin; asperger toute la surface avec un ou deux litres de pétrole; mettre le feu avec une poignée de paille enflammée : c'est tout.

D'abord il se forme des vapeurs chlorées très-abondantes qui se produisent et s'étendent lentement, restant assez longtemps à la surface de la fosse comme un nuage, puis elles s'élèvent dans l'air comme si elles prenaient le temps de détruire tous les corpuscules organiques dégagés par la pourriture.

Ces vapeurs ont la propriété désinfectante par excellence; elles détruisent l'odeur, la fétidité, en détruisant les corpuscules qui en sont les supports et en décomposant les gaz qui les forment; l'acide chlorhydrique en présence du goudron produit de l'acide phénique qui détermine sur les yeux, les mains, la face des opérateurs de la rougeur, un boursouflement mordicant, qui peut aller jusqu'aux phlyctènes. L'acide phénique n'est *aucunement désinfectant*, il ne l'est qu'au même titre que tous les acides forts, en exerçant une astringence qui détruit les parenchymes divers s'il est employé assez concentré, mais c'est un insecticide par excellence; aussi ses vapeurs, développées en quantité pendant la *crémation*, ont elles pour effet d'attaquer et frapper de mort les animalcules, les larves, les mouches et tous les insectes qui peuvent transporter le poison au loin.

Rien n'est comparable à l'intensité du foyer qui se produit, considérablement favorisé par la graisse des cadavres; aussi la combustion est complète, il ne reste plus trace des chairs, des petits os ni des os minces lamellaires. La masse, le tas est réduit au quart de son volume au fond de la fosse; les gros os y sont calcinés, couverts d'une espèce de vernis luisant formé par les scories ou déchets goudronneux. Il ne reste absolument plus rien susceptible de putridité, et, par conséquent, susceptible d'infection quelconque. Dès lors, plus de crainte, plus de dangers possibles, le résultat est absolu, décisif, irrécusable.

Ce n'est pas tout, la science, grâce à la minutieuse observation de M. Créteur, y a trouvé des phénomènes multiples du plus haut intérêt, que cet habile chimiste va publier incessamment.

Cette opération sur une si vaste échelle n'a donné lieu à aucun accident chez les 25 ouvriers qu'employait constamment M. Créteur. Ils étaient pourvus d'acide phénique, mais pour satisfaire aux *préjugés* sur cette substance; ils fumaient ou gardaient un morceau de camphre dans leur bouche, ce qui, de part et d'autre, masque très-bien l'odeur cadavérique; une bonne nourriture et deux rations par jour de bon cognac, additionné de *quatre* grammes par litre d'alcoolat de menthe, complétaient les seules précautions employées.

Qu'a proposé et exécuté la commission française? Le voici, si je ne me trompe : 1° Ne pas découvrir les fosses, ou bien, les découvrir et jeter une certaine épaisseur de chaux vive sur les cadavres; 2° surélever la fosse d'environ un mètre de terre arable en la dépassant de tous côtés d'une largeur d'un mètre; ensemencer ces terrains de chanvre, lin, topinambours, etc., toutes plantes avides d'azote, destinées à absorber et s'assimiler ce gaz qui se forme en très-grandes quantités dans les combinaisons chimiques de la putréfaction. Les objections pratiques et scientifiques se pressent en foule contre ce système. Voici les principales, et il y en a d'autres:

1° La chaux vive ne détruit presque rien, et elle favorise essentiellement la formation des gaz délétères que nous devons combattre; 2° un tumulus, quelle que soit son épaisseur, sera soulevé par la puissance expansive des gaz qui se formeront fatalement dans le ventre, le thorax, dans tous les viscères des cadavres, dont on verra bientôt, s'ils sont nombreux en couches profondes, le premier et le deuxième rang dépasser la bordure des tumulus, qu'ils nous offriront comme un jardin suspendu sous cet horrible soubassement; 3° il faudra acheter le terrain ou l'exproprier momentanément, ce qui durera plusieurs années s'il est conservateur, comme le sont les terrains argileux et d'alluvion; s'il n'est humide et n'offre une déclivité suffisante; 4° les plantes ensemencées dans la dilection et la propriété absorbante desquelles on a une confiance toute illusoire, n'auront d'action (action très-insuffisante eu égard à l'énorme quantité ou volumes des vapeurs exhalées) que pendant leur période végétante, et laisseront les tumulus découverts, exposés pendant de longs mois à la pluie dissolvante, à la gelée, aux vents qui les dessécheront, les crevasseront, et ainsi les rendront perméables aux gaz morbifiques de la pourriture animale. Voilà votre œuvre. Eh bien! selon nous, elle est désolante. Un seul remède se présente, c'est la *crémation*, et il faut y revenir sans hésiter, autrement les vents, les mouches, l'atmosphère empoisonnée, nous tiendront sous l'imminence du danger des accidents ou d'une épidémie meurtrière, aussi difficile à combattre qu'à enrayer une fois déclarée.

DOCUMENTS

POUR SERVIR A L'HISTOIRE DU MOUVEMENT SCIENTIFIQUE PENDANT LE SIÉGE DE PARIS (1).

DU TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE ET CURATIF DE LA VARIOLE.

(Suite et fin.)

L'extension de l'éruption à la muqueuse palato-pharyngienne détermine une angine varioleuse qui demande quelques soins spéciaux. Ordinairement peu grave dans la variole discrète, elle peut le devenir davantage dans la variole confluente, et ici elle se complique d'une salivation persistante et souvent très-copieuse. Contre l'angine de la variole discrète, j'emploie des gargarismes au borate de soude et au chlorate de potasse; mais le premier de ces deux sels me paraît le plus efficace; il déterge très-rapidement la muqueuse en faisant disparaître de même la douleur et le gonflement. Contre l'angine de la variole confluente, je préfère le chlorate de potasse, parce qu'il modère en même temps la salivation, sans la supprimer brusquement toutefois, ce qui serait agir contre les indications naturelles de la maladie; car la salivation semble être, pour la variole confluente, chez les adultes, une émonction, comme la diarrhée dans la variole des enfants. M. Eisenmann vante contre l'angine varioleuse les gargarismes et les inhalations d'eau chlorée.

Lorsque l'éruption tarde à se produire, s'effectue incomplétement, ou ne donne que des pustules petites, quoique plus ou moins nombreuses, et d'un développement lent et difficile; lorsque surtout, et souvent alors accompagnées de pétéchies, les pustules prennent la teinte violacée qui révèle la forme hémorrhagique, le malade, au lieu d'éprouver le bien-être relatif qui succède à l'accomplissement régulier de l'éruption, reste en proie à une anxiété croissante; et tantôt c'est le délire, chez les enfants les convulsions, qui persistent ou qui éclatent; d'autres fois, c'est une adynamie profonde qui se manifeste, constituant un danger bien plus grand et pouvant hâter une terminaison funeste. Si ce sont les symptômes ataxiques qui prédominent, c'est le cas d'insister sur l'acétate d'ammoniaque, et si celui-ci échoue, de recourir au musc. Si l'adynamie l'emporte, résultat de l'impuissance du sujet à faire en quelque sorte les frais de l'éruption, ou de l'oppression causée par une virulence, par une septicité extrêmes de la maladie, c'est aux toniques les plus énergiques, dont nous aurons occasion de reparler plus loin, que l'on devra s'adresser. Mais il est un moyen qui, dans ces circonstances, réussit parfois d'une manière remarquable, c'est l'affusion d'eau froide; loin de répercuter l'exanthème, comme avec certaines idées préconçues on pourrait le croire, il l'excite au contraire, en provoquant peu après sur la peau une réaction qui favorise la sortie de cet exanthème, réaction que l'on aide encore en administrant en même temps à l'intérieur de l'acétate d'ammoniaque, et, en outre, en cas d'oppression des forces, du vin chaud. Les affusions froides calment et tonifient à la fois; elles semblent même susceptibles de réformer le caractère pernicieux des varioles anomales, en les replaçant dans des conditions qui permettent d'espérer une issue favorable. En effet, récemment l'un de mes distingués collègues de la Société de thérapeutique, M. le docteur Bucquoy, me disait avoir, par les affusions d'eau froide, heureusement modifié à son début une variole grave, revêtant la forme hémorrhagique, et dont ensuite les nouvelles et bonnes tendances ne se sont pas démenties.

Lorsque l'exanthème varioleux est arrivé à la période de maturation, c'est-à-dire lorsque les pustules suppurent, la fièvre se rallume dans la variole discrète et redouble dans la confluente. Souvent aussi le délire reparaît et redouble. Bientôt enfin peut survenir une prostration allant jusqu'au collapsus, annonce de la perte de toute résistance de la part de l'organisme ou d'une intoxication par résorption du pus.

Le délire de la variole est d'ordinaire violent, et offre assez fréquemment ce caractère de porter les malades à sortir de leur lit, de l'appartement, et même à se précipiter par les fenêtres; il est bon d'en être averti afin de faire exercer la plus grande surveillance à leur égard. J'en citerai deux exemples intéressants à divers titres.

J'avais dans ma clinique, à l'hôpital maritime de Toulon, un sous-officier des équipages de la flotte, âgé d'une trentaine d'années, et atteint d'une variole confluente parvenue à la période de suppuration. Il avait un délire bruyant et agité. Une nuit vers onze heures, profitant de l'absence momentanée de l'infirmier de garde, il s'élance par une fenêtre de la salle située au premier étage, tombe sur un toit à 2 ou 3 mètres au-dessous, court sur ce toit, puis sur un mur, et après une série de sauts périlleux exécutés avec l'agilité et la prestesse du matelot, il gagne la campagne. On était à la fin de décembre, il régnait un froid sec et piquant, avec glace, la température étant à 2 ou 3 degrés au-dessous de zéro, et le malade, la tête et les pieds nus, n'avait pour tout costume qu'une chemise et un pantalon de toile. Il n'en poursuivit pas moins son étrange équipée, insensible aux sévices du froid, jusqu'au lendemain aux environs de midi, effrayant ou stupéfiant ceux qu'il rencontrait. Réintégré à l'hôpital et toujours délirant, il racontait cependant assez bien les détails de son évasion et les principaux incidents de sa promenade. Il n'en rapportait qu'une légère foulure à un pied; mais son éruption ne fut en rien modifiée et poursuivit naturellement ses dernières phases; la maladie ne s'aggrava d'aucune nouvelle complication, et il a parfaitement guéri.

A ce sujet, mon chef de clinique, M. le docteur Lambert, me raconta un fait analogue dont il avait été témoin.

(1) Voir le dernier numéro.

Sur un vaisseau de guerre français, mouillé en rade de Naples, un matelot, atteint de variole avec délire, se jette à la mer par le sabord de l'hôpital, pendant la nuit, et sans que personne à bord s'aperçoive de sa fuite. Excellent nageur, il tire la brasse vers la plage de Sorrente, et reste ainsi dans l'eau pendant un temps indéterminé, mais que l'on croit avoir été d'environ une heure. Par un heureux hasard, un navire anglais, qui arrivait et se rendait au mouillage, remarquant à cette heure indue un homme à la mer, envoie un canot à son secours et le recueille. Le lendemain, le commandant anglais, après s'être enquis, non sans peine, car le malade délirait toujours, du navire auquel ce matelot pouvait appartenir, fit remettre sa bizarre capture au vaisseau d'où provenait l'inconscient déserteur, que l'on croyait perdu. Celui-ci en revint néanmoins; son délire se calma bientôt, le bain froid paraissant avoir plutôt contribué à ce résultat qu'à aggraver la maladie, car, sans autre incident, elle finit par la guérison.

Voilà certes deux cas qui, dans leur enseignement fortuit, tendent à démontrer que l'exposition à l'air et à l'eau froide, même dans l'excès de leur emploi, sont moins dommageables qu'on pourrait le craindre pour les varioleux. Raison de plus pour admettre que, employés avec mesure, l'une et l'autre n'ont que de l'efficacité.

On vante beaucoup en ce moment la médication de Todd, consistant dans l'administration de l'eau-de-vie ou du rhum à hautes doses contre le délire des maladies aiguës, et plusieurs médecins affirment avoir eu beaucoup à s'en louer contre celui de la variole. Je suis peu partisan de cette méthode dans le cas dont il s'agit, et je crois qu'on l'étend abusivement à un trop grand nombre d'autres. Je préfère opposer au délire des varioleux l'acétate d'ammoniaque, le musc, le camphre, l'opium, recommandé par Sydenham, Cullen, Rayer, les affusions froides; ces divers moyens m'ont donné d'assez bons résultats pour que je n'aie pas été tenté de confier à l'alcool un succès qui ne me paraît pas mieux apte à réaliser. J'avoue même que, en thèse générale, je me défie de l'influence heureuse sur l'ataxie que l'on prête aujourd'hui à l'alcool; mais enfin, là où il n'y aura réellement qu'un délire nerveux, je veux bien qu'on l'essaie sur la foi d'observateurs qui en attestent l'efficacité.

Mais qui distinguera toujours rigoureusement le délire nerveux du délire organique, dans la variole, par exemple, avec laquelle coexistent souvent des congestions encéphaliques portées, soit sur le cerveau, soit sur les méninges, où l'on a vu l'exanthème s'implanter? Et alors comment une substance, dont l'un des effets physiologiques les plus connus est de congestionner le cerveau et ses enveloppes et de provoquer le délire, serait-elle rationnellement indiquée contre un délire pathologique dépendant d'une congestion de ce genre? Adopter une telle croyance et y conformer sa pratique, c'est faire acte d'homœopathie fort audacieuse; et quant à moi, je n'accepte ni cette doctrine ni celle de l'empirisme irraisonné.

L'application de l'alcool au traitement de la dépression des forces, de l'adynamie, se comprend mieux. Aussi j'approuve l'emploi des potions alcooliques pour combattre, chez les varioleux, la prostration, l'imminence ou la réalisation d'un collapsus fatal, et j'agis en conséquence. Mais la conduite du thérapeutiste est alors plus délicate qu'on ne pense. Si l'alcool à doses modérées stimule, à hautes doses il hyposthénise; et il ne faut pas ajouter le collapsus de l'ivresse à celui de la maladie. D'un autre côté, les susceptibilités individuelles et celles développées par la maladie font varier les limites entre lesquelles les doses d'alcool sont modérées ou excessives, de manière qu'une même dose, utile à tel individu ou à tel cas, est nuisible à tel autre; et c'est à quoi l'on ne songe pas toujours assez en faisant de l'alcool un agent de médication. Les alcooliques mitigés représentés par les vins ont moins de ces variantes d'action et des inconvénients qui en résultent. Ils sont en outre plus franchement toniques. Si l'alcool a son incontestable utilité pour remonter vivement l'organisme, j'aime le vin pour soutenir ensuite ce retour d'énergie; et lorsque l'abattement n'a pas été excessif, c'est à lui seul que j'aurai eu recours tout d'abord. Les vins d'ailleurs nous offrent une gamme très-étendue, dans laquelle nous trouvons depuis ceux qui ne renferment que 8 à 10 pour 100 d'alcool jusqu'à ceux qui en contiennent 20 et 22, et quelquefois même un peu plus. On peut donc avec eux graduer l'action tonique, s'élever jusqu'à l'action stimulante et combiner ces deux actions. Les vins riches en alcool, parmi lesquels se distinguent le marsala, le ténériffe, le madère, le porto, le malaga, sont des toniques stimulants d'une haute valeur, que l'on tend à trop oublier pour la potion de Todd. Je les emploie chez les varioleux spécialement lorsque je redoute la résorption purulente, à plus forte raison lorsque je la constate. J'ajouterai incidemment que j'ai agi de même dans quelques-uns de ces cas redoutables d'intoxication septique produite par des piqûres anatomiques, insistant alors, pendant toute la durée des symptômes inquiétants, sur de hautes doses de ces grands vins spiritueux, et que j'en ai retiré des guérisons inespérées.

En présence d'une adynamie modérément accusée, je me borne à l'emploi des vins rouges généreux de Bourgogne, de Bordeaux, de Languedoc, de Provence. Je les continue même dans l'ataxo-adynamie avec délire, surtout si je pense n'avoir affaire qu'à un délire nerveux, mais alors étendue d'eau. Ordinairement je suspends l'usage du vin pendant la nuit, même dès le soir lorsque l'agitation survient ou redouble, et jusqu'au matin je ne donne que des bouillons.

Je n'oublie pas le quinquina. Parmi les préparations de cette héroïque substance, je préfère l'extrait hydro-alcoolique de notre nouveau Codex et le vin de quinquina, ou, comme je vais le dire, une potion qui est en partie l'équivalent. L'extrait de quinquina peut se donner en pilules; ici je le préfère dissous dans un véhicule. Les potions aqueuses au quinquina ont une saveur et un aspect déplaisants, et par suite sont difficilement acceptées par les malades. Je les remplace par des potions vineuses, plus agréables et plus toniques, dont voici une formule :

Extrait hydro-alcoolique de quinquina calysaya.	2 à 4	grammes.
Vin rouge généreux	60	—
Eau distillée de cannelle	60	—
Sirop de gomme	30	—

On fait dissoudre l'extrait dans une petite quantité d'alcool, *deux* ou *trois* grammes, puis dans le vin, qu'on ajoute graduellement, en triturant dans un mortier de verre; on met en dernier lieu l'eau distillée, puis le sirop; on filtre au papier.

Si l'on veut agir avec plus d'énergie, on remplace le vin rouge par le vin de madère ou celui de Malaga.

Je donne le vin de quinquina pur, ou coupé, soit d'eau simple, soit d'eau de cannelle, édulcoré ou non, selon le goût du malade.

En même temps, j'alimente autant que possible les malades; si l'appétit manque, je fais prendre au moins de forts bouillons et des jus de viande, le thé de bœuf en cas de faiblesse extrême du sujet.

Si la diarrhée persiste ou apparaît à cette période de la variole, et surtout si elle est considérable, il faut la combattre à tout prix. L'opium, conseillé par Sydenham, se place souvent là avec avantage. Je proscris l'extrait à doses réfractées, c'est-à-dire, par exemple, *cinq* à *dix* centigrammes par jour, en pilules de *un* centigramme, dont on administre une toutes les deux heures; s'il ne suffit pas, des lavements fortement amidonnés avec *dix* ou *douze* gouttes de laudanum. Si la médication opiacée ne réussit pas, il faut essayer les astringents, et je recommande particulièrement le tannin et l'extrait de ratanhia, portés jusqu'à *trois* et *quatre* grammes par jour. Ces deux médicaments m'ont paru en outre avoir une certaine influence sur l'excès de purulence de l'exanthème. La cannelle, qui est à la fois un tonique et un constipant, peut aussi être donnée seule ou associée à d'autres médicaments, tels que le sous-azotate de bismuth, le phosphate de chaux, le sous-carbonate de fer.

Trousseau, à l'exemple de Sydenham et de van Swieten, prescrivait, dans les varioles graves, la limonade sulfurique comme antiseptique; elle peut également agir contre la diarrhée. Elle trouverait une nouvelle indication en cas d'hémorrhagies; ici cependant le perchlorure de fer me paraît préférable.

Pendant toute la durée de la période de suppuration, les lotions avec l'eau chlorée, l'eau goudronnée, l'eau phéniquée procurent un grand bien-être au malade, en même temps que leur action antiseptique pour le sujet et anticontagieuse jusqu'à un certain point pour son entourage peut être rationnellement invoquée. Je fais pratiquer ces lotions plusieurs fois dans la journée, avec une éponge que l'on promène, en l'exprimant doucement, sur toute les surfaces du tronc et des membres occupées par l'exanthème; elles sont tièdes, à moins que des indications spéciales ne les fassent employer froides ou même remplacer par de véritables affusions également froides. Je m'en tiens aujourd'hui, comme j'ai déjà eu occasion de le dire, à l'eau de goudron, qui, à ses autres avantages, joint celui de hâter la dessiccation des pustules. On attribue aussi, il est vrai, la même propriété à l'eau chlorée et à l'eau phéniquée.

Mais ce qui apporte encore plus d'amélioration et de bien-être que les lotions et les affusions, ce sont les grands bains, recommandés, du reste, depuis les Arabes, par un grand nombre d'auteurs. Malheureusement il n'est pas toujours possible ou du moins commode d'employer cet excellent moyen, ce qui nuit à sa vulgarisation malgré son influence, très-grande à mon avis, sur la guérison de la variole. Il faut donner le bain près du lit; il ne doit être que de quinze à trente minutes, tiède, pas trop chaud surtout; on doit surveiller le malade pendant qu'il y est plongé, et s'il survient une syncope, ce qui est rare, le ranimer promptement par l'odoration d'un flacon de *sels* et un coup de vin généreux, puis le retirer du bain et le remettre au lit, lequel aura toujours été préalablement bassiné. Je fais ajouter au grand bain, pendant la période de suppuration, pour un adulte, 10 litres d'eau de goudron. J'ai employé aussi les bains chlorurés, comme antiseptiques et désinfectants, avec *deux cents* à *cinq cents* grammes de liqueur de Labarraque ou hypochlorite de soude. Aussitôt remis au lit, le malade prend du vin, du bouillon ou un potage. Local et général, le calme qui succède au bain dure souvent plusieurs heures, si bien que lorsqu'il a été pris vers la fin de la journée, il s'en suit d'ordinaire une nuit paisible. Aussi beaucoup d'individus qui d'abord, se défiant de leurs forces, avaient refusé de se soumettre à la balnéation, sont-ils les premiers, après en avoir constaté les bienfaits et éprouvé entre autres que le bain les avait plutôt fortifiés qu'affaiblis, à demander d'y revenir.

Ici encore se place un moyen destiné à exercer une heureuse influence sur la marche de l'exanthème varioleux et à prévenir l'infection purulente; c'est le badigeonnage à la teinture d'iode. L'eau de goudron avait déjà hâté la maturation et la dessiccation des pustules; la teinture d'iode va compléter et achever cette œuvre; elle flétrira définitivement les pustules en même temps que, par son action chimique, elle aura décomposé le pus qui les gonfle, neutralisé sa virulence et empêché ainsi cette résorption funeste, sorte d'intoxication en retour, d'où dérive la cause léthifère la plus plausible dans cette phase périlleuse de la variole. Et qu'on ne vienne pas taxer de témérité, après avoir osé dès le début réprimer l'éruption sur le visage, cette seconde tentative contre l'éruption qui a envahi le torse et les membres. En effet, sauf sur le visage, afin d'en sauvegarder la pureté ultérieure, je n'ai point mis obstacle à l'évolution naturelle de l'exanthème; je lui ai laissé, et j'ai cru devoir lui laisser tout son développement normal. Mais quand l'effort d'élimination est accompli, quand la nature a mis le poison à la porte, c'est à la médecine à l'empêcher de rentrer. Voyez donc ce qui se passe alors dans une variole confluente : l'homme est enveloppé d'une véritable nappe de pus; afin qu'elle ne devienne pas un linceul, je la détruis.

J'ai par devers moi d'ailleurs la longue expérience de cette pratique, et la conviction acquise que, par elle, non-seulement je n'ai jamais nui, mais que j'ai sauvé bon nombre de varioleux.

M. Boinet, qui a proposé l'application de la teinture d'iode sur les pustules varioliques pour en prévenir les cicatrices, a aussi démontré tout le parti que l'on peut tirer de ce médicament contre l'infection purulente, non-seulement dans la variole, mais dans beaucoup d'autres cas; je suis heureux de me trouver d'accord avec un auteur qui fait justement autorité en iodothérapie (1).

Pour éviter des redites, je ne reviendrai pas sur ce que j'ai dit du mode d'emploi de la teinture d'iode dans la variole, et je renvoie le lecteur à la livraison du 15 août 1870 (*Bull. de Thérap.*, t. LXXIX, p. 97).

Pour combattre l'infection purulente, à laquelle nous venons de conseiller d'opposer les vins alcoolisés à l'intérieur et la teinture d'iode à l'extérieur, on pourrait aussi essayer le camphre à l'intérieur. Il a été très-vanté autrefois, ainsi que le rappellent Trousseau et Pidoux (*Traité de thérapeutique et de matière médicale*, 8e édit., t. II, p. 407), contre les fièvres éruptives s'accompagnant de malignité et de putridité, surtout lorsque l'exanthème venant à se supprimer, la vie du malade est compromise par les accidents de tout genre dus à cette rétropulsion. C'est comme alexipharmaque, antiseptique et sudorifique, qu'il était prescrit dans ces circonstances.

En effet, lorsqu'au milieu de la période de suppuration les pustules se flétrissent, s'affaissent, se vident pour ainsi dire, le danger devient imminent. Si ce peut être alors le cas d'employer le camphre comme antiseptique, son action sudorifique me paraît trop contingente, et mieux vaudrait recourir à des excitants sudorifiques plus certains, afin de tâcher de ranimer l'exanthème. Tels sont l'infusion de sauge ou de thé, additionnée d'alcoolat de mélisse, le vin chaud à la cannelle, le punch au madère ou au rhum, et s'il y a des phénomènes d'algidité, comme cela arrive quelquefois, un bain de vapeur d'alcool.

On sait combien est grave, et nous en faisons en ce temps la nouvelle et triste expérience, la variole à forme hémorrhagique. Contre elle, la plupart des remèdes échouent. Il y a donc un intérêt d'actualité à remettre en mémoire le traitement que lui opposa Haller, et dont il est fait mention dans le traité de Trousseau et Pidoux (*loc. cit.*). Haller dit que, dans une épidémie de variole hémorrhagique qui régnait à Berne en 1735, après avoir constaté l'impuissance de toutes les médications, il trouva dans le camphre un moyen de salut. Du moment où il donna ce médicament, à la dose d'un gramme par jour dans une potion, il ne vit plus les taches hémorrhagiques ni les teribles accidents qui les accompagnaient; et si, ajoute-t-il, par l'imprudence des gens qui entouraient le malade, celui-ci prenant des cardiaques, on en voyait reparaître quelques-unes, la potion camphrée rendait aussitôt à la variole sa marche bénigne. Cette potion était continuée jusqu'à la dessiccation. Essayons donc la médication de Haller, et voyons si elle a réellement l'efficacité qu'il lui attribue; je le désire sans trop oser l'espérer.

Je n'ai pas parlé de l'emploi des émissions sanguines dans la variole. C'est que, en effet, j'en trouve rarement l'indication, et cet avis est à présent celui de la généralité des praticiens. Il n'en était pourtant pas de même autrefois. Sans aller aussi loin que Chirac, qui prétendait juguler et faire avorter la variole par la saignée à outrance, P. Franck, Van Swieten, Borsieri, conseillaient une et même plusieurs saignées dans la période d'invasion, afin d'abattre un éréthisme sanguin, une réaction trop vive chez les sujets vigoureux, et de faciliter, croyaient-ils, l'éruption lorsqu'elle tardait d'apparaître. Il n'est pas besoin de remonter au delà de vingt ou trente ans pour trouver, dans nos prédécesseurs immédiats, des imitateurs de cette pratique, passée de mode avec les théories qui l'étayaient. C'est tout au plus aujourd'hui, et avec raison, si l'on se permettrait quelques émissions sanguines modérées aux angles maxillaires pour enrayer une angine accompagnée d'un gonflement considérable et menaçant des parties constitutives de la gorge, aux apophyses mastoïdes et le long des jugulaires pour combattre une congestion cérébrale manifeste. Il se pourrait encore que l'on fût autorisé à recourir à ce moyen en présence d'une pneumonie intercurrente, complication à prévoir dans la variole; mais encore faudrait-il que l'état des forces du sujet le justifiât. Dans toute maladie à fond septique comme la variole, les complications inflammatoires elles-mêmes sont si disposées à prendre le caractère adynamique et les déperditions sanguines sont souvent si vite suivies de prostration, qu'avant de se décider à une saignée on doit bien calculer les conséquences qu'elle peut avoir.

Les vésicatoires promenés sur les membres inférieurs ne sont pas des moyens à négliger dans les cas de délire, surtout avec congestion encéphalique, d'angine suffocante, de pneumonie, et à plus forte raison lorsqu'on n'a pas dû recourir aux émissions sanguines.

Dans la pneumonie varioleuse, si l'on craint, non sans quelque fondement, l'action trop déprimante du tartre stibié, on a la ressource du kermès, de l'ipécacuanha; c'est aussi le cas d'appliquer la médication alcoolique de Todd.

Ne les ayant pas employés, je me bornerai à mentionner ici deux autres modes de traitement récemment appliqués à la variole : celui par le sulfure noir de mercure, à la dose de 50 centigrammes par jour, employé par M. Lecointe, qui assure que ce médicament rend l'éruption bénigne, amende les symptômes céphaliques et intestinaux et atténue les cicatrices (*Bull. de Thérap.*, 1853, t. XLIV, p. 506); celui de M. Chauffard, par l'emploi de l'acide phénique. A la très-grande différence de ceux qui veulent faire de l'acide phénique le remède préventif et spécifique de la variole, M. Chauffard ne l'adresse qu'à l'indication spéciale de combattre la fièvre purulente, avec indices de résorption, de la troisième période de cette maladie. Il administre, dans une potion, 1 gramme d'acide phénique cristallisé, dose considérable, et que n'a suivie néanmoins aucun symptôme toxique, ce qui dénote en ce cas une tolérance spéciale. Sous l'influence de ce médicament, les phénomènes fébriles graves et les accidents de suppuration se sont éteints avec rapidité, et la guérison a été obtenue dans quatre cas sur cinq de variole confluente. M. Chauffard complète le traitement par des lotions externes avec de l'eau phéniquée au centième ou au cinquantième (*Bull. de Thérap.*, 1870, t. LXXVIII, p. 426). Un autre cas de variole confluente, très-bien exposé par M. Audhoui, et traité de la même manière, a été également terminé par la guérison (*ibid.*, p. 513). Voilà donc un nouveau moyen qui semble très-heureusement adapté à l'élément putride de la période de maturation de la variole, sans préjudice de l'emploi simultané des toniques; l'expérimentation clinique demande à en être continuée, mais, qu'il me soit permis de l'ajouter, avec une sévère observation des effets de ces hautes doses d'acide phénique. Il serait à désirer que ce médicament très-énergique, et dont l'abus a déjà déterminé des accidents

(1) Je saisis cette occasion pour réparer un oubli que j'ai commis dans la rapide rédaction de ma note récente sur le traitement de l'érysipèle (*Bull. de Thérap.*, 30 octobre 1870). Je devais citer M. Boinet comme ayant particulièrement insisté sur l'utilité de la teinture d'iode contre l'érysipèle traumatique.

sérieux, pût ici développer son efficacité à des doses moindres et laissant, en cas d'intolérance, toute sécurité.

Lorsque la variole a successivement parcouru ses trois premières périodes, son pronostic s'éclaircit généralement dans la quatrième, la période de dessication des pustules. Mais combien alors on s'aperçoit que la lutte a été grave! Le sujet pâlit et maigrit, sa faiblesse est extrême. C'est donc le moment d'insister sur les analeptiques et les toniques, dans l'alimentation comme dans la médication, afin de lui faire récupérer le plus promptement possible les forces qu'il a perdues. Deux doses de vin de quinquina par jour et une bonne eau ferrugineuse aux repas sont avantageusement continuées pendant toute la durée de la convalescence.

Pendant la période de dessication, je donne un ou deux bains savonneux pour bien nettoyer la peau, et à la fin je prescris un purgatif salin, sauf le cas de diarrhée, pour clore le traitement antiseptique et dépurateur.

La diarrhée qui continue ou qui survient pendant la convalescence, cause persistante d'affaiblissement, doit être sévèrement traitée. Les sujets échappés aux varioles graves sont assez enclins aux flux intestinaux. Aussi, en temps d'épidémie de dysentérie et de choléra, ils sont fort exposés à payer tribut à ces maladies. Il importe donc de les surveiller à cet égard, et, par exemple, tout en les alimentant convenablement, d'empêcher qu'un vice ou un écart de régime vienne troubler leurs fonctions digestives.

Deux autres genres d'accidents se présentent souvent dans la convalescence des varioles graves : ce sont les éruptions furonculaires et les abcès. Les premières ont moins d'inconvénients que les seconds. On n'ira pas ici traiter les furoncles par des purgatifs répétés comme on le fait souvent, parce que ces purgatifs ne feraient qu'augmenter la débilitation des sujets ou tourmenter des prédispositions à la diarrhée. On prendra patience, et l'on se bornera à les traiter localement. Si toutefois il s'agit d'une diathèse furonculaire interminable, je l'attaque par un traitement arsénical qui m'a souvent réussi.

Tant que les abcès sont rares, peu nombreux, ils ne ramènent pas le pronostic à des inquiétudes sérieuses; mais s'ils se répètent, s'ils se prolongent pendant des mois, pendant une année, ce qui s'est vu, ils épuisent les individus, et quelques-uns succombent aux ravages de cette diathèse purulente, surtout si elle vient à déposer ses produits jusque dans le parenchyme des organes intérieurs.

En présence de cette diathèse, raison de plus pour insister sur les toniques et les reconstituants les plus efficaces; mais en outre diverses médications pourront être employées. Elles auront principalement pour agents, ou les astringents, tels que la limonade sulfurique, le tannin, la ratanhia; ou les balsamiques, tels que le goudron, la térébenthine, les baumes du Pérou, de Tolu, l'oliban, le storax, et encore le camphre, que, dans ces circonstances, Collin a porté à des doses énormes. Tous ces moyens peuvent être utiles. L'une de mes prescriptions ordinaires, en pareil cas, est l'eau de goudron coupée de vin aux repas, et des pilules de tartrate ferrico-potassique avec la térébenthine de Venise, le baume du Pérou ou le storax purifié pour excipient. J'ai constaté aussi les bons effets des bains sulfureux.

Un dernier mot, pour finir par où nous avons commencé, sur l'hygiène et la prophylaxie de la variole.

Pendant toute la durée de la maladie, il importe d'entourer le malade de tous les soins qu'exige la propreté la plus extrême ; de renouveler souvent son linge de corps et celui du lit, de passer ces linges à l'eau phéniquée avant de les donner au blanchissage; de fumiger au chlore, à l'acide phénique, au goudron, et surtout d'aérer l'appartement. Je dirai à ce propos combien il est irrationnel de ne livrer, dans les mairies, la *solution désinfectante* que pour les morts, et de la refuser aux vivants. Il faut la fournir libéralement, aux indigents du moins, à toutes doses nécessaires pour purifier le malade et protéger ceux qui l'assistent. Le manque de tous ces soins, de toutes ces précautions, qui font défaut surtout dans les familles pauvres, dans les logements étroits, dans les maisons mal aérées et encombrées de locataires, est pour beaucoup dans l'aggravation de la variole, dans sa terminaison funeste, dans sa propagation. Il importe en outre de ne laisser aux varioleux la liberté de leurs sorties et de leurs communications qu'après leur épuration complète, c'est-à-dire qu'après un nettoyage exact de la peau, ne conservant ni croûtes ni même de desquamation, après un dernier renouvellement du linge de corps et une fumigation de leurs vêtements extérieurs. Tous ces moyens, si minutieux qu'ils puissent paraître, n'en sont pas moins les moyens hygiéniques indispensables qui, joints aux vaccinations et aux revaccinations opérées sur la totalité de la population, mettront un terme à une épidémie qui prend des proportions désastreuses; sinon l'épidémie menace d'être indéfinie. Donc, que l'autorité et la médecine ne reculent pas même devant le luxe des mesures préventives.

— M. le professeur Sée fait ses conférences cliniques à l'hôpital de la Charité les lundis, mercredis et vendredis de chaque semaine. — Tous les mercredis, leçons sur les maladies des organes digestifs. Les leçons commencent à 9 heures et demie.

AVIS

Les cruels événements que nous venons de traverser n'ont pas permis de faire, en temps utile, la table des matières de l'année 1870.

Nos abonnés recevront dans une quinzaine de jours, cette table et le titre du journal.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes

SOMMAIRE. — SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE. — HÔPITAL LARIBOISIÈRE. De quelques complications et suites de la rougeole (M. Jaccoud). — L'intoxication purulente (M. Jules Guérin). — ACADÉMIE DE MÉDECINE. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — Nouvelles. — Bulletin bibliographique.

Paris, le 22 juin 1871.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

M. J. Guérin a continué la lecture de son mémoire sur l'intoxication purulente. On s'était peut-être demandé déjà pourquoi cette expression d'intoxication substituée à celles d'infection, de septicémie purulente. Cette expression n'avait pas besoin de justification, elle est assez explicite et assez claire par elle-même. Cependant M. J. Guérin a cru devoir donner les motifs de sa préférence, et de fait ces motifs sont parfaitement fondés, le terme d'intoxication exprimant tout à la fois mieux que tout autre et le fait de l'empoisonnement et sa nature spéciale et la généralité de ses effets.

Revenons maintenant, après avoir pris acte de cette explication, sur l'ensemble du travail de M. Guérin.

On a vu dans la première partie que M. J. Guérin avait donné une formule étiologique complexe de la purulence, formule qui comprend comme premier élément, ou plutôt comme cause première, mais éloignée du phénomène, l'action générale de l'air. Mais cette action générale dont M. Guérin avait déjà démontré la réalité et l'importance par le fait même de son absence, dans ses recherches sur l'organisme des plaies sous-cutanées, demandait elle-même à être analysée et décomposée dans ses éléments secondaires, c'est-à-dire dans ses divers modes d'action immédiate : action organique locale, modifiant l'état des nerfs et des vaisseaux qui effleurent la surface de la section des plaies, et par suite les produits sécrétés ; action chimique modifiant secondairement les produits versés à la surface de la plaie et cette surface elle-même ; action mécanique de la pression atmosphérique, etc. Ce sont là autant de causes prochaines. Deux autres éléments concourent à compléter, au même titre, la formule étiologique ; ce sont : les ferments atmosphériques comme modificateurs du travail et des produits de la purulence ; l'activité et la spontanéité de l'organisme comme complétant, multipliant et diversifiant l'action des autres facteurs : ce sont les auxiliaires, j'allais dire les complices, de l'action de l'air.

Cette détermination analytique des divers éléments étiologiques du travail pyogénique, répond aux objections qui avaient été faites déjà dans d'autres circonstances à la théorie de M. J. Guérin, et qui ont été renouvelées dans cette discussion, consistant à dire que dans cette théorie il était donné à l'action de l'air une importance exagérée et exclusive.

Restait à démontrer l'altération du pus et des liquides sécrétés à la surface de la plaie, sous l'influence de l'action combinée et de l'enchaînement de ces conditions étiologiques, et l'absorption de ces produits altérés, pour arriver ensuite à l'étude directe du fait de l'intoxication purulente et de ses diverses formes. C'est ce qui a été fait également dans cette première partie.

Dans la deuxième partie, dont il a donné lecture hier, M. J. Guérin a abordé l'étude des différentes formes de la réaction de l'infection purulente. Partant de ce fait que l'absorption des liquides altérés une fois effectuée, l'organisme tout entier en subit sans interruption les effets, il a étudié toute la série et les évolutions des accidents qui en résultent dans leur succession et leur enchaînement nécessaire, comme il l'avait fait précédemment pour les causes, de manière à embrasser la maladie tout entière, dans son unité physiologique, comme expression entière et complète des différents termes de la formule étiologique.

Voici les conclusions que M. J. Guérin déduit de cette étude :

Les altérations des liquides fournis par les plaies exposées sont de deux ordres : simples et de même nature quand elles résultent exclusivement de la fermentation et de la putréfaction des éléments physiologiques ; complexes et d'une nature variable quand cette altération comprend tout à la fois des éléments physiologiques et des éléments pathologiques.

Les liquides des plaies, à quelque état de décomposition et d'altération qu'ils se trouvent, sont soumis aux lois de l'absorption, qui les fait pénétrer incessamment dans l'organisme.

Quand cette absorption ne porte que sur des liquides physiologiques en voie de décomposition, elle ne donne lieu qu'à la fièvre traumatique simple ; lorsqu'elle porte sur des liquides physiologiques et pathologiques altérés, elle donne lieu à une série non interrompue d'accidents qui concordent avec le mode et le degré de cette altération.

C'est, suivant M. J. Guérin, pour avoir méconnu la persistance de l'absorption et pour avoir rompu la continuité des réactions qu'elle entraîne, qu'on a été conduit à considérer la septicémie et la résorption purulente comme des faits isolés et séparés, alors qu'ils ne sont que des accidents de cette continuité.

Comme dans toutes les maladies par intoxication, M. J. Guérin établit qu'il existe antérieurement aux périodes assignées jusqu'alors à la manifestation de la septicémie et de la pyohémie, une période prémonitoire dans laquelle les effets de l'absorption et de l'intoxication purulente se présentent sous une forme amoindrie et ébauchée, les uns et les autres ne réalisant que des degrés différents, mais continus, de l'intoxication.

Enfin, la coopération de l'organisme au développement de l'intoxication purulente consiste tout à la fois dans un rapport de ferments qui lui sont propres et dans la fécondation, la multiplication et l'accroissement de leur intensité.

Nous nous sommes borné jusqu'ici, dans cette longue et importante discussion, à mettre sous les yeux de nos lecteurs les faits, les arguments et les opinions qu'y ont apportés chacun des orateurs, soit en les résumant, soit en les reproduisant plus ou moins complétement et même textuellement, selon qu'il nous a été possible de le faire, sans y prendre nous-même une part directe par des appréciations ou par l'énoncé de nos impressions personnelles. Si la discussion continue, comme il y a toute apparence, cette tâche va revenir à notre ami et collaborateur M. Revillout, à qui nous passons la plume, ayant hâte de courir à d'autres devoirs, auxquels nous allons essayer de demander une diversion aux épreuves sans nombre et aux douloureuses émotions qui n'ont cessé de nous accabler pendant plus de huit mois, plus épuisantes cent fois que le travail le plus rude et le plus assidu.

Dr BROCHIN.

HOPITAL LARIBOISIÈRE. — M. JACCOUD.

De quelques complications et suites de la rougeole (1).

Par complications, M. Jaccoud n'entend pas les formes de la rougeole, la forme étant la prédominance d'un des caractères de l'évolution habituelle de la maladie. Les principales complications dont ce médecin a cru devoir parler ainsi que des suites de la rougeole, à propos de faits particuliers observés dans son service en ville, sont la laryngite striduleuse, la diphthérie et l'entérite.

Propre à la période prodromique, la laryngite striduleuse (faux croup) est très-effrayante surtout chez les enfants. Heureusement elle n'a pas la gravité qu'on lui supposait autrefois, pourvu qu'on la laisse tranquille et qu'on ne lui oppose ni sangsues, ni vomitifs, ni cautérisations à outrance ; lorsque l'éruption se fait, les accidents laryngiens disparaissent spontanément, ou l'on en vient à bout à l'aide d'une intervention très-simple.

Plus tard, à la fin de la période d'éruption, et mieux au commencement de la période de desquamation, s'observe parfois la diphthérie. Cette complication peut affecter deux formes. Tantôt elle débute par l'arrière-gorge et les fosses nasales, tantôt elle procède de bas en haut. Il est rare que dans l'un ou dans l'autre cas elle pardonne ; l'issue en est absolument funeste.

Aux mêmes moments de l'évolution morbilleuse, on peut voir reparaître la diarrhée prodromique, mais alors celle-ci se lie à une véritable colite qui, chez les jeunes sujets, peut amener la mort. Watson a laissé la relation d'une épidémie de rougeole qui sévit cruellement à Londres et dans laquelle la majorité des décès fut causée par cette entérite. M. Jaccoud venait précisément d'en avoir un exemple dans ses salles, et même il a pu mettre sous les yeux de son auditoire les pièces anatomiques relatives à ce fait. Il s'agissait d'une femme entrée pendant la période de desquamation d'une variole à marche bénigne, mais à laquelle s'étaient ajoutés une affection pulmonaire et un catarrhe dysentérique. Cette femme est morte, et l'on a trouvé du côté des poumons des traces trop évidentes de catarrhe pulmonaire aigu à droite et à gauche, et sur la muqueuse intestinale des arborisations types et des érosions superficielles correspondantes aux bandes musculaires longitudinales.

Après les complications de la rougeole viennent ses suites. Il n'est pas de maladie qui, sous ce dernier rapport, soit plus féconde en accidents fâcheux.

Très-souvent des enfants qui, pendant le cours de la rougeole, n'ont donné aucune inquiétude, présentent après sa guérison des déterminations de la diathèse scrofuleuse dont il est très-difficile de les débarrasser : ce sont des ophthalmies chroniques, des granulations conjonctivales, des kératites, des otites avec otorrhée, des catarrhes chroniques des fosses nasales, etc. Un autre ordre de phénomènes pareillement observés dans ces conditions particulières comprend les gangrènes de la bouche et de la vulve, affections redoutables dont il faut prévenir les ravages. De là le précepte d'examiner chaque jour attentivement et la bouche et la vulve.

Du côté des organes de la respiration, les suites de la rougeole sont le catarrhe capillaire, souvent très-grave par son intensité, très-grave encore quand par sa durée il devient le point de départ d'états morbides ou de lésions qui persistent avec plus ou moins d'inconvénients ou de dangers pour le malade : l'emphysème, l'œdème, la tuberculisation du poumon, la cirrhose de cet organe, etc. Ce n'est pas qu'il faille, en ce qui concerne la tuberculisation particulièrement, admettre que la rougeole produit directement la pneumophymie ; mais la congestion qui suit la rougeole dans un poumon où il existe des germes de la tuberculose, donne un coup de fouet à leur développement, à leur multiplication : c'est ainsi qu'on se rend compte de l'augmentation des chiffres de la mortalité par la phthisie après les épidémies de rougeole. On trouve souvent, dans ces conditions, le tissu pulmonaire infiltré de granulations tuberculeuses et tous les signes de la phthisie à forme aiguë et à marche rapide. Dans d'autres cas les malades présentent l'état pathologique que les Allemands ont appelé pneumonie caséeuse et dont M. Barth a contesté l'existence comme entité morbide. Pour M. Barth, cette espèce, imaginaire suivant lui, est ou une pneumonie chronique avec exsudats phlegmasiques susceptibles de résorption, ou un engorgement inflammatoire avec produits fibrineux compliquant des tubercules vrais.

Considérées au point de vue de la thérapeutique, les complications et suites de la rougeole pourraient donner lieu à de longs développements ; mais nous ne ferons que rappeler quelques points de pratique qu'il importe de ne pas perdre de vue.

Si les émissions sanguines, les vomitifs et la cautérisation sont nuisibles dans le cas de faux croup morbilleux, il est comme l'appelait Trousseau, une méthode aussi utile que simple dont Graves a préconisé l'emploi et qui donne de bons résultats. Elle consiste à passer sous le menton et au devant du cou de l'enfant une éponge trempée dans de l'eau aussi chaude qu'elle peut l'être sans produire la brûlure, et légèrement exprimée. Cette opération répétée dix à quinze minutes de suite amène vers la peau une sorte de fluxion, sous l'influence de laquelle l'oppression cesse ordinairement d'une façon remarquable, tandis que la toux perd de sa raucité. Après la disparition des accidents laryngés, on reprend contre le catarrhe bronchique, cortége habituel de la rougeole, l'infusion de bourrache et un looch additionné de 2 à 6 centigrammes d'extrait de jusquiame ou d'un autre sédatif.

Contre la colite de la fin de la maladie, Trousseau conseillait des lavements albumineux, et, quand il importait d'aller plus vite, il prescrivait un lavement avec 5 ou 10 centigrammes d'azotate d'argent dissous dans 100 grammes d'eau distillée ou bien avec 30 centigrammes de sulfate de cuivre ou de zinc dans 100 grammes d'eau.

M. Jaccoud a insisté sur l'inspection quotidienne et minutieuse de la bouche et des grandes lèvres chez les enfants qui ont ou viennent d'avoir la rougeole. Les gangrènes de ces régions sont très-fréquentes dans les hôpitaux, surtout comme complication, ou mieux comme suite de cette éruption. Elles commencent par de petites excoriations, puis une tuméfaction notable des tissus se montre en même temps que des plaques diphthéritiques se manifestent et exhalent une odeur fétide. Alors il n'y a pas à temporiser. Il importe d'instituer une thérapeutique vigoureusement active. On cautérise avec l'acide chlorhydrique fumant, et si les caustiques chimiques ne suffisent pas, on doit sans hésitation recourir au fer rouge.

Dans l'énumération des complications de la rougeole, nous avons omis l'épistaxis, phénomène assez ordinaire de la maladie, mais qui prend parfois des proportions compromettantes pour la vie, ou du moins nuisibles par leur action débilitante sur l'organisme. On se trouve bien, en pareil cas, des injections faites dans le nez avec de l'eau aussi chaude que possible, soit que l'on se serve d'eau simple, soit que l'on emploie une forte solution de sulfate de zinc ou une décoction de ratanhia. Le per-

(1) *Journ. de méd. et chir. prat.*, mai 1871.

chlorure de fer ne doit être prescrit qu'après les moyens qui précèdent, cet agent ayant l'inconvénient de provoquer la formation d'un caillot volumineux que l'enfant supporte mal et dont la chute, provoquée prématurément, ramène l'hémorrhagie.

Si l'épistaxis se lie à la forme dite hémorrhagique de la rougeole, M. Jaccoud conseille à l'intérieur des limonades minérales faites avec *dix* à *quinze* gouttes d'acide chlorhydrique ou nitrique par litre d'eau; la poudre et l'extrait de quinquina. C'est dans ces cas aussi que ce médecin serait d'avis d'expérimenter les hypophosphites alcalins.

Enfin contre la plus grave et la plus commune des complications de l'éruption rubéolique, le catarrhe capillaire, il convient d'être sobre d'émissions sanguines et réservé dans l'emploi des larges vésicatoires. Des ventouses sèches, des sinapismes, l'urtication, la poudre de Dower ou de James vaudront mieux dans ce cas que des débilitants ou des vésicants. Il faut aussi s'abstenir de la médication stibiée qui prédispose à la colite et jette les malades dans la prostration. Le vin et l'alcool peuvent donner des résultats très-avantageux dans le traitement de ce trouble fonctionnel des organes respiratoires.

L'INTOXICATION PURULENTE

(Mémoire lu à l'Académie de médecine, 2e partie) (1);

Par M. J. Guérin.

Formes et degrés de l'intoxication purulente. — Avant de procéder à l'exposition des différentes formes sous lesquelles peut se manifester l'infection purulente, je crois devoir dire pourquoi j'ai adopté cette expression générique pour indiquer tous les cas possibles d'empoisonnements produits par l'entrée du pus dans l'organisme, de préférence à ceux de *septicémie*, de *résorption* ou d'*infection purulente*, de *résorption* ou d'*infection putride*. C'est d'abord parce qu'il y avait nécessité, pour la doctrine que je professe, de trouver une appellation qui pût comprendre tous les cas particuliers qui s'y rapportent, et ensuite parce que cette appellation ne circonscrit pas, comme toutes les autres, dans un seul ordre de phénomènes, les phénomènes si nombreux, si variables et si complexes de l'intoxication purulente. Le terme de *septicémie*, par exemple, qui fait préjuger du siége de l'empoisonnement, qui limite son action à un ordre particulier des humeurs de l'économie, outre qu'il ne spécifie pas assez la nature de l'empoisonnement du sang, ne comprend pas tous les faits et ne répond ni à l'étendue ni à la succession de ses effets sur l'organisme. Le sang peut être envahi par plus d'une sorte de matières toxiques, et celles-ci donner lieu à plusieurs espèces de septicémies. Il est donc préférable d'employer un mot qui exprime tout à la fois la nature spéciale de l'empoisonnement et la grande généralité de ses effets. Il n'est pas bien démontré, d'ailleurs, qu'à la limite extrême de sa puissance toxique, le poison purulent ait besoin de parcourir tout le torrent circulatoire pour atteindre les grands ressorts de l'organisme. Le terme d'*intoxication purulente* me paraît donc réunir seul les conditions d'exactitude et de généralité exigées par l'ordre de faits auxquels il s'applique.

Cette question de nomenclature réglée, j'aborde les différentes formes de réaction de l'intoxication purulente.

Des deux faits établis dans la première partie de ce travail, à savoir : 1° que les liquides sécrétés à la surface de la plaie exposée contractent fatalement, à un moment donné, un certain mode et un certain degré d'altération; 2° que ces liquides incessamment soumis aux lois de l'absorption, pénètrent sans interruption dans le torrent circulatoire; de ces deux faits, dis-je, résulte cette conséquence que l'organisme tout entier subit lui-même, sans interruption, tous les effets de ce contact. Or, dans quelles conditions, à quelle époque et sous quelles formes ce contact réalise-t-il un degré quelconque d'empoisonnement?

Tous les auteurs, sans distinction, qui se sont occupés de cette grave question ont arbitrairement scindé l'évolution des accidents, que nous considérons, nous, comme procédant sans interruption d'une même origine. Les uns, ne prenant qu'un accident ou une période de cette évolution, y ont circonscrit la maladie sous le nom de *résorption purulente* ou de *résorption putride*; les autres, embrassant toute l'étendue du mal, mais sans en admettre l'unité et la continuité, y ont taillé arbitrairement des maladies d'origine et de caractères différents, comme la *septicémie* et la *pyoémie*; d'autres encore, partant de périodes plus avancées, ont divisé la maladie en deux états extrêmes et différents : l'*infection puruleute* et l'*infection putride*, etc.

Pour nous, la maladie, une dans son essence physiologique, une dans son développement, une dans toutes ses périodes, n'est que l'expression continue des différents termes de la formule étiologique que nous avons assignée à l'acte de la purulence normale et pervertie, dont l'évolution présente des périodes et des modalités différentes, mais dont l'unité se révèle incessamment par des caractères univoques sous les apparences de la diversité.

Cette proposition générale est établie par deux ordres de faits :

Premièrement, à toutes les phases du travail physiologique de la pyogénie, ce sont les mêmes éléments organiques et chimiques qui subissent l'action des causes d'altération, et cette action, la même à son début comme à ses différentes périodes, c'est-à-dire la fermentation putride, aboutit, dans tous les cas, à un seul et même résultat, à un seul et même produit : la putréfaction.

Secondement, soumises au contrôle des réactions organiques, les différentes altérations des éléments physiologiques du sang, comme celles des éléments physiologiques du pus, produisent le même genre d'empoisonnement.

J'ai dit, que l'Académie veuille bien le remarquer, *travail physiologique de la pyogénie*, éléments *physiologiques du sang et du pus*, parce que ce travail, toujours identique quand il s'exerce sur les éléments physiologiques, y rencontre des conditions d'identité et de fixité qui assurent l'invariabilité du résultat. C'est à ce titre, mais à ce titre seulement, qu'il est permis d'espérer qu'on arrivera un jour à dégager de toutes les combinaisons qui l'environnent le principe toxique commun qui relie toutes les formes de cette catégorie d'intoxications purulentes.

Mais le creuset organique où s'élabore la pyogénie ne renferme pas toujours que des éléments physiologiques; ce travail est fréquemment compliqué d'un état pathologique antérieur, ou d'éléments étérogènes provenant soit du dehors, soit du dedans et qui viennent se mêler aux éléments de la purulence normale et imprimer à ses produits le cachet de leur origine. Il y a donc en dehors et au-delà du cercle de la purulence physiologique des combinaisons capables de donner naissance à des principes toxiques autres que celui qui procède exclusivement de la purulence physiologique. Ainsi l'intoxication purulente qui se développe à la suite d'une blessure ou d'une opération chez un individu sain d'ailleurs, et celle qui se manifeste au cours d'une variole confluente, ne sauraient être considérées comme produites par le même agent septique.

Cette distinction, indispensable au début de l'étude des formes de l'intoxication purulente, motive les deux divisions principales que nous croyons devoir établir dans l'étude de ces formes, à savoir : les *intoxications purulentes simples* et les *intoxications composées*: les unes et les autres se subdivisant en intoxications aiguës et en intoxications chroniques.

A. Les intoxications purulentes simples.

Une plaie traumatique simple étant donnée, à quelle époque du travail pyogénique commence l'intoxication purulente. Est-ce, comme on l'a dit, au début de la fièvre traumatique, et cette fièvre est-elle un premier symptôme de septicémie? La solution de cette question est beaucoup plus difficile qu'on n'a paru le croire. Pour l'école allemande, la moindre élévation de température est le signal du passage dans le sang des premiers déchets altérés de la plaie. Pour moi, les choses ne vont pas aussi vite, et la fièvre traumatique, à son début du moins, reçoit une impulsion d'une autre origine; il suffit pour s'en assurer de voir les choses d'un peu plus près.

La réaction qui caractérise la fièvre traumatique n'est pas toujours générale, et on peut dire même qu'elle ne l'est jamais à son début. Si, comme il est vrai, l'élévation de température en est le caractère le plus significatif, on peut toujours constater qu'avant de se manifester dans tout l'organisme, elle se signale autour de la plaie, et dans beaucoup de cas ne va pas plus loin. On peut dire que, dans ces cas, la fièvre traumatique se circonscrit autour de la plaie. Dans ces cas restreints la plaie seule a la fièvre, c'est-à-dire que la chaleur, les battements artériels, la turgescence hypérémique des parties accusent seuls la réaction. Or, on peut mettre cette période initiale et locale de la fièvre traumatique sur le compte de la septicémie? Personne n'y songera, je suppose, et l'on ne pourrait se soustraire à la conséquence de cette impossibilité qu'en refusant de reconnaître dans cette première création le caractère que nous lui donnons. Mais quelque signification qu'on lui attribue, elle constitue un fait avec lequel il faut compter et auquel il faut trouver une cause. Cette cause n'est autre que la mise en action de l'élément nerveux mutilé ou altéré de la plaie réagissant contre le contact de l'air. Or les acquisitions les plus récentes de la physiologie contemporaine n'établissent-elles pas que la section de quelques filets nerveux du système ganglionnaire a précisément pour résultat de provoquer dans le point lésé un développement de calorique? Cela satisfait à coup sûr beaucoup plus qu'un empoisonnement du sang, qui circonscrirait ses effets autour d'un moignon.

Mais suivons les conséquences physiologiques de cette première réaction de l'élément nervoso-vasculaire de la plaie. D'ordinaire cette réaction, lorsque la plaie a une certaine importance, après avoir été momentanément locale, devient générale et la fièvre traumatique s'y caractérise dans tous ses attributs. Dira-t-on que cette extension n'est pas le développement du même fait, le retentissement dans tout le système de ce qui n'avait d'abord ébranlé qu'une de ses parties? Mais qu'on augmente par une provocation plus accentuée de l'élément nerveux de la plaie l'étendue et l'intensité de la réaction, qu'on irrite la plaie jusqu'à ce que la fièvre générale s'allume, et on n'aura pas besoin de recourir à une solution de continuité de phénomène généralisé pour en attribuer une partie à l'irritabilité nerveuse et une autre à la septicémie. Mais j'ai à ma disposition toute une catégorie de faits dans lesquels l'importance de la lésion impliquait un grand développement de la fièvre traumatique et que j'ai généralement circonscrit dans les parages de la plaie. C'est là un des résultats les plus curieux de l'emploi de l'occlusion pneumatique. Dans une série de plaies que j'ai soumises à cette méthode durant le siége de Paris, j'ai constaté, en effet, que l'application des appareils était suivie d'un double résultat presque immédiat. Toute douleur cessait; mais le membre lésé devenait presque toujours le siége d'un développement exagéré de chaleur, sans que ce développement dépassât sensiblement les parages de la plaie.

Dans les cas de cette sorte, où la fièvre traumatique, réduite d'ailleurs dans ses autres éléments, s'est en quelque façon localisée, dira-t-on que la portion du phénomène empêché eût été tributaire d'une cause autre que celle qui, sans cet empêchement, l'eût produit tout entier? il faut donc bien admettre que, dans ces cas, l'importance de la plaie eût entraîné une réaction proportionnée de la lésion nerveuse, et celle-ci une réaction fébrile d'une importance égale.

Mais il y aurait d'autres considérations à faire valoir pour détacher de la nature septicémique les premiers linéaments de la fièvre traumatique. N'apparaît-elle pas souvent dans des conditions où il n'existe encore aucune altération des éléments histologiques de la plaie, et même dans des conditions où il n'y en aura jamais? Ainsi n'a-t-on pas vu, pendant le siége, bon nombre de blessés arriver du champ de bataille avec tous les développements de la fièvre traumatique, et n'a-t-on pas remarqué, comme j'ai cru le faire, que ceux-là étaient le plus spécialement exposés à une fin fatale? Cette précocité de la fièvre traumatique ne contraste-t-elle pas, dans bon nombre de cas, avec un très-grand retard de son apparition? N'a-t-on pas vu des blessés, gravement blessés, chez lesquels aucun symptôme de réaction ne s'est manifesté avant le cinquième ou le sixième jour?

La fièvre traumatique éclate encore, ai-je dit, dans des cas où il n'y aura jamais d'altération des produits de la plaie. Tels sont certains cas de plaies sous-cutanées dans lesquelles une augmentation notable de la température se manifeste dans les parties opérées, s'étend même à tout l'organisme, pour cesser quelques heures après. C'est la fièvre traumatique ébauchée et avortée. Dans ces cas, la cause traumatique a été, comme dans la catégorie des plaies ouvertes soumises à l'occlusion, arrêté, neutralisée par la soustraction au contact de l'air de l'élément nervoso-vasculaire de la plaie.

Mais portons nos regards plus haut et plus loin.

Les faits précédemment analysés ne permettent-ils pas de considérer par induction la fièvre qui signale le début de toutes les phlegmasies organiques comme la reproduction en grand du premier stade de la fièvre traumatique? C'est de cette façon du moins que, pour mon compte, je les envisage ainsi, parce que je leur trouve une origine commune et un lien commun : la *paralysie organique*.

Ce premier compte réglé au profit du début de la fièvre des blessés, nous abordons sans hésitation le moment où cette fièvre reçoit une nouvelle impulsion et acquiert un nouveau caractère. Je veux parler du moment où le second élément étiologique de la purulence, l'élément chimique, produit tous ses effets. Or pour légitimer cette scission entre des phénomènes en apparence continus, il est indispensable que l'entrée en exercice de l'élément étiologique auquel on l'attribue, soit marqué par quelque modification symptomatologique qui lui soit propre. Eh bien, cette modification existe, et elle s'accuse doublement par un changement dans la plaie et par un changement dans la physionomie de la fièvre.

Dans la plaie, c'est le moment où les extrémités vasculaires se débarrassent des petits caillots qui les oblitéraient, et elles s'en débarrassent sous l'influence de cette seconde période de la paralysie organique, le *relâchement* des parties. Dès ce moment les liquides de la plaie acquièrent de la consistance; ils sont chargés des débris et des caillots éliminés; ils ne sont plus ni de la sérosité pure, ni du sang, et ils ne sont pas tout à fait encore du pus : ils sont un mélange de produits morts, et dont un commencement d'altération se traduit par une odeur *sui generis* quelquefois très-prononcée. C'est alors que l'absorption, un instant empêchée, ou amoindrie par l'oblitération passagère des orifices capillaires, rentre en activité. Le relâchement de ces derniers favorise l'entrée des matière où ils baignaient et la pénétration, dans les voies circulatoires, des restants de caillots qui bouchaient leur lumière : cette pénétration est le signal de la fièvre traumatique septicémique. Or cette action des éléments altérés dans le sang s'accuse par une modification correspondante l'appareil fébrile. A moins d'une altération exceptionnelle des liquides et d'une quantité exceptionnelle d'éléments toxiques introduits, la fièvre éprouve ordinairement une double modification : le pouls se ralentit et la marche de la fièvre prend le caractère de la rémittence. Cet état, qui coïncide avec l'achèvement du travail pyogénique, dure en conservant le même caractère jusqu'à la fin de cette période, si la marche de la pyogénie n'est entravée par aucune cause intercurrente. Il ne s'agit donc jusque-là que d'un état fébrile régulier, modéré, en rapport avec une nature et un degré d'intoxication pour ainsi dire physiologiques.

On pourrait ne voir dans ce commentaire de faits, que tout le monde a sous les yeux, qu'une simple explication; mais voici un supplément de preuves :

L'Académie sait que je traite aujourd'hui toutes les plaies par l'occlusion pneumatique ou aspiratrice. Le premier effet de ce mode de pansement est de fermer toute communication des plaies avec l'extérieur et de chasser incessamment de l'enveloppe où elles sont enfermées ce qui peut incidemment y pénétrer. Qu'il me soit permis de rappeler en passant que ce n'est que par la plus arbitraire confusion des choses qu'on a prétendu isoler ces deux modes d'action, qui caractérisent ma nouvelle méthode, l'*occlusion* et l'*aspiration*. Si des publications qui datent de près de trente ans n'assuraient pas explicitement à la méthode l'entière possession, et la possession réfléchie, de ces deux éléments d'action, je ferais remarquer une dernière fois que la mise en activité de l'occlusion pneumatique ne saurait avoir lieu qu'à la condition de réaliser en même temps et d'emblée l'aspiration et l'occlusion, c'est-à-dire les deux propriétés qui caractérisent la méthode. Je n'en ferais pas la remarque si un de nos honorables collègues, M. Gosselin, n'avait, dans son dernier et si lumineux discours, motivé cette explication, en attribuant à qui n'y a aucun titre l'invention de l'aspiration.

Or, lorsque les plaies suppurantes sont soumises à l'aspiration continue, celle-ci attire au dehors les liquides versés par la plaie et suspend toute entrée de ces liquides dans les vaisseaux ouverts à leur surface. De là, suppression de la fièvre septicémique de la première période de la purulence. Mais je dois exprimer immédiatement une réserve importante au profit d'un groupe de faits, dans lesquels cette suppression de la fièvre par l'aspiration pneumatique n'a pas lieu : c'est lorsque la suppuration ou une partie de la suppuration est interstitielle sans communication avec la surface de la plaie. Dans cette catégorie de faits, si on n'ouvre pas immédiatement une communication entre le pus cloisonné et le pus de la surface, non-seulement l'aspiration reste stérile et la fièvre continue, mais il peut même arriver qu'elle augmente par suite d'une absorption plus considérable du pus non aspiré : absorption favorisée par la compression de l'appareil. Nous verrons plus loin les conséquences à tirer de cet ordre de faits.

Jusqu'ici donc la marche de la purulence n'a été marquée que par cette fièvre, que j'appellerai normale, et que je crois être fondé à attribuer à la pénétration incessante du pus normal dans le sang. Je suis obligé de m'arrêter un instant sur cette période pour me débarrasser de deux doctrines suffisamment puissantes pour être prises en considération, je veux parler, premièrement, de la doctrine qui envisage l'entrée du pus, même physiologique, dans le sang comme le signal de la *résorption purulente*, et qui construit sur cet accident supposé tout l'échafaudage de la théorie de l'infection purulente; secondement, de la doctrine allemande, qui prend dans le phénomène continu de l'absorption, dont elle méconnait la continuité, deux incidents dont elle fait deux états pathologiques distincts : la *septicémie* et l'*infection purulente*, et qui sépare ces deux états, non pas comme opposés, mais comme différents par leur mécanisme,

(1) Voir les numéros des 28 et 31 janvier 1871.

leurs symptômes et leurs lésions. Quelques mots suffiront pour nous mettre en règle avec chacune de ces deux doctrines.

La première, la doctrine de l'infection purulente par résorption accidentelle du pus, ne tient compte ni de l'absorption continue des plaies, ni par conséquent de l'entrée incessante des liquides de la plaie dans le torrent circulatoire; elle supprime ainsi deux ordres de faits : l'intoxication initiale des liquides de la première période et l'intoxication purulente proprement dite par l'absorption continue du pus normal. Elle ne fait commencer en réalité les accidents de l'infection purulente qu'à l'absorption du pus déjà altéré, qu'elle considère comme du pus normal, méconnaissant jusque là le caractère de continuité de la fièvre liée à la continuité de l'absorption initiale.

La seconde doctrine, la doctrine allemande, étendant plus loin l'observation des faits, n'a d'autre tort à mes yeux que d'établir entre eux une séparation (je ne dis pas opposition) mal justifiée, et de ne considérer, comme la précédente, le fait de la pénétration des liquides altérés de la plaie que comme éventuelle, et seulement alors que cette pénétration s'annonce par des accidents extraordinaires, méconnaissant ainsi la continuité de l'intoxication et n'apercevant pas les symptômes de moindre importance qui établissent et accusent cette continuité. Cette école pèche donc tout à la fois par omission et par commission.

Lorsque le travail de la purulence ne se complique d'aucune influence étiologique autre que celle que nous appelons physiologique, les accidents ne vont pas au delà de la fièvre traumatique normale. Mais les éléments étiologiques 4 et 5 de notre formule entrant en action, la scène change et avec eux commencent les accidents qui leur sont propres. Or ces éléments, les *ferments répandus dans l'air* et les *ferments de l'organisme*, donnent immédiatement naissance à la seconde catégorie des intoxications purulentes : aux intoxications composées.

B. Intoxications purulentes composées.

Le point de départ de cette catégorie d'intoxications est donc l'intervention des éléments étiologiques dont le caractère d'action est de provoquer la putréfaction du pus : non que je leur réserve ce privilége, à l'exclusion de l'air lui-même réduit à ses éléments chimiques, car je maintiens à ces éléments la faculté de compléter à un moment donné la putréfaction sans le concours de ferments atmosphériques ou organiques.

Mais comme les deux ordres d'altérations produisent à un certain moment des accidents analogues, sinon de la même nature, je les rapproche pour cet instant de leur action, sauf à réserver à la spécificité de chacun d'eux le caractère particulier qui lui appartient.

Mais avant d'aller plus loin, arrêtons-nous un instant sur les deux éléments étiologiques qui tiennent la catégorie des intoxications purulentes composées sous leur dépendance.

Ce que nous avons dit dans la première partie de ce travail des ferments atmosphériques suffit pour établir leur existence et caractériser leur action. On ne saurait y voir un développement physiologique de la réaction qui est exclusivement renfermée dans le cercle des éléments normaux de l'économie; et le produit de leur action doit être, comme cette action elle-même, d'une nature spéciale. Cela nous suffit pour le moment.

Mais l'intervention de l'organisme, par ses apports et par sa spontanéité, est, suivant nous, d'une bien autre importance, importance pourtant à peu près méconnue jusqu'ici. C'est pourquoi l'Académie me permettra de m'y arrêter quelques instants.

Établissons d'abord un premier fait qui, sous les apparences d'une croyance vulgaire, consacre une vérité de la plus haute importance. On dit vulgairement qu'un homme est sain ou qu'il est malsain, pour exprimer que son sang est pur ou entaché de principes morbifiques susceptibles de se réveiller à un moment donné comme cause ou complication de maladie. Ce point de départ, d'une généralité banale, est pourtant celui que la science peut adopter pour se rendre compte, dans la discussion présente, d'une des sources les plus puissantes d'intoxications purulentes composées. Par hérédité ou par acquisition, l'organisme peut se trouver en puissance de cachexies, d'éléments morbides latents, propres à l'âge, au tempérament, à l'idiosyncrasie de l'individu. Ces éléments, qui s'accroissent de la rétention éventuelle des produits excrétés ou de la désassimilation organique, sont autant de ferments que rencontrent les éléments du pus résorbé. Des combinaisons nouvelles résultent de cette rencontre. Ce n'est donc déjà plus le principe toxique d'apport, c'est un produit nouveau résultant de la mise en rapport des éléments introduits avec les éléments préexistants. Ce n'est pas tout. Que devient le sang ainsi modifié, ainsi contaminé? Il continue à servir de générateur au pus nouvellement versé à la surface de la plaie, si bien qu'à la dernière étape cette pérégrination à travers l'organisme du principe contaminant, ce principe, de métamorphose en métamorphose, de génération en génération, arrive à se compliquer de tout ce qu'il a recruté sur sa route et à servir, au terme de son parcours, de nouveau germe d'empoisonnement.

Mais en même temps que l'organisme reçoit et recrute de nouveaux éléments de septicité, il les féconde et les accroît et c'est en cela qu'il donne un puissant témoignage de sa spontanéité.

Citons quelques exemples de cette double source de contamination purulente et de multiplication de ses produits.

Lorsqu'une blessure est soumise à l'occlusion pneumatique elle ne peut, une fois complétement isolée de l'extérieur, recevoir du dehors de nouveaux germes, de nouveaux agents d'altération et d'infection. Cependant il m'est arrivé, durant le siége de Paris, de faire cette remarque : c'est que, chez les individus atteints de suppurations secondaires provoquées par des esquilles ou des portions de vêtements restées dans la plaie, le pus, renfermé dans des espaces isolés de la plaie principale, avait souvent contracté une altération profonde; il était verdâtre et d'une odeur infecte; il contrastait ainsi avec l'odeur du pus qui occupait la surface de la plaie principale. Cette observation, je l'ai répétée jusqu'à cinq fois chez le même individu, qui avait reçu deux coups de feu au même genou, dont l'un, ayant intéressé l'articulation, avait laissé une moitié du projectile dans les chairs, l'autre moitié dans la partie postérieure et inférieure du fémur. Or, chez cet individu, de très-mauvaise constitution d'ailleurs, anémique et lymphatique, chacun des phlegmons secondaires qui se sont développés autour de l'articulation n'étaient que contigus aux plaies; ils étaient cloisonnés dans le tissu cellulaire, et c'est plutôt par les accidents généraux d'infection purulente à son début qui se renouvelaient à chaque phlegmon nouveau que j'étais averti de leur existence. En ouvrant ces phlegmons on pouvait constater, par une fétidité prononcée, la très-grande différence du pus qu'ils renfermaient avec le pus des autres parties suppurantes. J'ai réitéré la même observation sur plusieurs autres blessés, avec des circonstances bien propres à exclure toute idée d'infection de provenance extérieure, et à donner, au contraire, à l'altération spéciale du pus nouveau, une origine toute interne. Mais un fait beaucoup plus général, qui m'a été révélé par plusieurs autres blessés, c'est que lorsque chez eux un nouveau phlegmon inaperçu, causé par des esquilles ou des débris de vêtements, venait traverser la guérison de la plaie initiale, j'en étais averti non-seulement, comme dans les cas précédents, par des symptômes d'intoxication générale, mais par un changement cette fois dans la consistance et l'odeur du pus superficiel. Dans ces faits il se manifeste donc un élément d'action d'une origine et d'une nature toutes spéciales. Chez les blessés ainsi atteints, la face livide ou plombée, les fonctions digestives troublées, l'appétit disparu, le dégoût de la viande, les nausées, la diarrhée, la toux, l'oppression et les sueurs nocturnes attestent, comme je dirai plus loin, non pas seulement un nouveau surcroît de résorption des liquides altérés, mais un nouveau surcroît d'altération de ces liquides. Dans ces cas, en effet, qui oserait nier que les produits d'une digestion et d'une telle respiration aussi compromises, versés dans un sang déjà altéré, n'ajoutent de nouveaux éléments d'altérations à ceux qui sont fournis incessamment par la résorption des foyers purulents préexistants?

Enfin, il n'est pas rare de voir, chez des individus atteints d'abcès par congestion liés à une altération tuberculeuse des vertèbres, passer tout à coup du calme à l'agitation : le point malade devient le siége d'une sensibilité insolite, la fièvre s'allume et lorsqu'on ouvre l'abcès on constate que le pus en est profondément altéré : il exhale une odeur infecte. C'est à cette altération spontanée d'origine interne qu'est dû indubitablement le brusque changement qui s'est opéré dans la santé du malade.

(*A suivre.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 21 juin 1871. — Présidence de M. Wurtz.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet : 1° des rapports d'épidémies, par MM. les docteurs Faton (de Vendôme), Confevron (de Langres) et Lagardelle, médecin de l'asile d'aliénés de Niort; — 2° le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné en 1870 dans les départements du Rhône. (Comm. des épidémies); — 3° des rapports sur le service médical des eaux minérales de la Motte (Isère), par M. le docteur Gubian; de Lamalou (Hérault), par M. le docteur Privat; de Charbonnières (Rhône), par M. le docteur Finaz. (Comm. des eaux minérales).

CORRESPONDANCE MANUSCRITE

Elle comprend : 1° une lettre de remercîments de M. le professeur Dupré (de Montpellier), récemment élu membre correspondant; — 2° une observation de variole confluente, malgré trois inoculations de cow-pox spontané, par M. le docteur Dechaux. (Comm. de vaccine); — 3° un mémoire du même auteur sur le traitement des fièvres éruptives. (Même comm.)

M. le Président annonce que M. le docteur Lecadre (du Havre), membre correspondant, assite à la séance.

PRÉSENTATIONS

M. Larrey présente : 1° au nom de M. Sédillot, une brochure intitulé : *Du traitement des fractures des membres par armes à feu*; — 2°, de la part de M. le docteur Ely, médecin-major de 1re classe, une brochure ayant pour titre : *L'armée et la population*; études démographiques.

M. Cloquet présente les mémoires et bulletins de la Société d'acclimatation pour les trois dernières années.

M. Depaul offre en hommage un volume de M. le docteur Putegnat (de Lunéville), intitulé : *Quelques faits d'obstétricie.*

M. Boudet dépose sur le bureau un travail manuscrit ayant pour titre : *Remarques sur l'altération des eaux de puits par le voisinage des cimetières*, par M. Lefort. (Comm., MM. Boudet, Guérard et Vernois).

M. Bouley donne lecture d'une note nécrologique sur M. Leblanc.

(Cette lecture est accueillie par des marques unanimes d'approbation.)

Suite de la discussion sur l'infection purulente.

M. J. Guérin a la parole pour la lecture de la deuxième partie de son mémoire sur l'intoxication purulente. (Voir plus haut.)

La séance est levée à cinq heures.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 28 décembre 1870. — Présidence de M. Alph. Guérin.

CORRESPONDANCE.

La correspondance comprend :
— *L'Union médicale* du 28 octobre;
— Le *Bulletin de thérapeutique*, numéro du 30 novembre.

DISCUSSION.

De la compression préventive dans les artères (suite). — M. Verneuil. Pour plus de clarté, relativement à ce qui a été dit dans la dernière séance, je tiens à signaler expressément que la ligature des artères, pratiquée à mesure qu'on découvre les vaisseaux, obvie très-heureusement à l'hémorrhagie.

La quantité de sang perdu est égale ou même moindre que lorsque la compression préventive a été bien exécutée, ce qui, joint à l'insuffisance malheureusement trop fréquente de bons aides, constitue une véritable prééminence de la méthode en question.

Bien que la durée de l'opération soit une chose secondaire depuis la découverte des anesthésiques, je tiens à dire qu'elle n'est pas sensiblement plus grande, puisque quinze minutes ont suffi pour terminer une amputation de jambe. M. Verneuil a pratiqué de cette façon trois désarticulations de l'épaule, deux désarticulations de la hanche, une amputation intra-deltoïdienne du bras et deux amputations de jambe.

M. Maisonneuve paraît avoir préconisé cette méthode, seulement M. Verneuil ignore si c'est par les mêmes raisons qu'il a été conduit à la mettre en pratique.

Au sujet de la phlébite inguinale, qu'il attribue à la compression, M. Verneuil signale l'existence d'un caillot, gelée de groseille à son milieu, et puriforme à ses deux extrémités; disposition qui témoigne du début de la thrombose à l'endroit même où avait porté la compression digitale.

S'il s'agissait en effet d'un caillot formé spontanément, la désagrégation de celui-ci serait à son *summum* au niveau du bout coupé de la veine, et irait en diminuant vers l'autre extrémité. C'est à cette thrombose que M. Verneuil attribue l'état phlegmoneux grave du moignon et la mort par pyohémie chez deux de ses opérés de cuisse.

M. Tarnier dit avoir assisté M. Maisonneuve, il y a plusieurs années, à une amputation de cuisse faite sans compression de la fémorale; seulement il est obligé d'avouer que, malgré la ligature successive des artères coupées, on dut, à un moment donné, avoir recours à la compression de la fémorale, afin de modérer la perte du sang qui devenait par trop abondante.

M. Marjolin insiste de nouveau sur l'innocuité et l'utilité de la compression préventive, pourvu qu'elle soit bien appliquée. Une statistique personnelle, faite sur une grande échelle par M. Verneuil, pourrait seule fournir des éléments de comparaison de sa pratique avec les préceptes anciens. Du reste il est à noter qu'en province où, de l'aveu même de M. Verneuil, la compression laisse souvent à désirer, on n'observe pas de phlébite ni d'infection purulente, preuve qu'il y a là autre chose que la compression de la veine, incriminée par notre collègue.

M. Giraldès reconnaît les dangers d'une compression par trop forte, qui d'ailleurs est inutile, puisqu'une compression légère et méthodique, ainsi que l'avait enseigné Blondin, suffit pour arrêter le cours du sang dans les artères.

Pour ce qui est de la ligature faite à mesure qu'on divise les vaisseaux, elle a été pratiquée déjà par divers chirurgiens pour les amputations à la racine de la cuisse. On sait en outre que Larrey, dans son procédé de désarticulation de l'épaule, recommandait de faire comprimer par un aide le pédicule axillaire, pendant qu'il finissait la section des parties molles. Enfin, en Amérique, on a proposé pour la cuisse de tailler un lambeau externe, puis de sectionner le fémur, et de ne couper qu'en dernier lieu un lambeau interne, alors qu'un aide a saisi celui-ci par la base pour y comprimer la fémorale.

L'habitude entre pour beaucoup dans la manière de faire de chacun, et c'est ainsi que Guthrie dit avoir pratiqué la désarticulation de l'épaule sans compression d'aucune sorte de l'artère axillaire. Cet auteur affirme qu'en allant vite, et en saisissant de suite l'artère coupée, on ne perd presque pas de sang. M. Gosselin et moi, assistant un jour Gerdy à une désarticulation de l'épaule, nous pûmes, en procédant de la sorte, saisir et lier l'axillaire sans perte notable de sang.

M. Verneuil, répondant au vœu exprimé par M. Marjolin au sujet d'une statistique personnelle, fait observer que les conditions d'insuccès, après les grandes amputations, sont trop complexes pour pouvoir au juste y faire la part de la phlébite et de la compression qui la provoque.

Les tentatives de chirurgiens de mérite, cités par M. Giraldès, prouvent une fois de plus la nécessité qu'il y a de chercher en dehors de la compression classique des gros troncs artériels, quelque chose de moins difficile dans son application, et qui donne à la fois plus de sécurité contre l'hémorrhagie. Quant au procédé d'amputation de cuisse proposé dans ces derniers temps en Amérique, il y a plus de quinze ans que M. Verneuil l'a vu exécuter à M. Maisonneuve.

M. Panas. Sans vouloir nier la possibilité d'une oblitération veineuse par compression, je pense que la phlébite est une lésion trop fréquemment observée chez les individus morts de pyohémie, et qu'elle suffit pour expliquer la thrombose de la veine crurale sans qu'il soit nécessaire d'attribuer celle-ci à la compression exercée par l'aide au moment de l'opération. La raison tirée du ramollissement puriforme du bout central du caillot ne saurait suffire pour entraîner la conviction contraire, attendu que la disposition des caillots phlébitiques varie à l'infini. Dans ces cas, non-seulement il y a de la phlébite, mais tous les éléments anatomiques du membre, y compris le tissu médullaire des os, les vaisseaux et les ganglions lymphatiques suppurent et se sphacèlent. D'ailleurs, ainsi que l'a fait observer M. Marjolin, si la compression mal faite exerçait réellement l'influence que lui accorde M. Verneuil, on devrait observer ce résultat plus souvent à la campagne, où l'on manque d'aides expérimentés, ce qui n'est pas.

A l'appui de ce que disait M. Giraldès sur la possibilité de pratiquer la désarticulation de l'épaule, sans s'occuper de l'axillaire autrement que pour saisir le vaisseau sitôt qu'il vient d'être divisé par le couteau, j'ai pu effectivement procéder ainsi chez une maraudeuse blessée par un coup de feu au bras gauche. La balle avait traversé le sein gauche, fracturé comminutivement l'humérus et blessé l'artère humérale, qui ne présentait plus de battements. Aussi, dès le lendemain, il y eut sphacèle total du membre, à l'exception de deux travers de doigts de peau au voisinage de l'acromion.

C'est dans ces conditions que la désarticulation fut pratiquée, par le seul procédé qui était applicable ici, à savoir celui de l'épaulette

de Dupuytren. Deux ligatures seules furent appliquées, une pour l'axillaire et l'autre pour la sous-scapulaire, sans qu'on ait perdu pendant tout le cours de l'opération plus de trente grammes de sang.

Un fait qui peut intéresser tout particulièrement la médecine opératoire c'est que ce lambeau unique externe, à peine suffisant avec ses deux travers de doigt de hauteur, pour cacher l'acromion, finit par descendre petit à petit jusqu'à acquérir cinq travers de doigt de hauteur et par recouvrir toute la cavité glénoïde.

Les suites en furent du reste des plus simples et la malade, âgée de 48 ans, se trouve actuellement guérie. C'est à la traction de toutes les parties molles du thorax qu'est dû l'allongement subi par le lambeau, et ce fait mérite d'être compté à l'avantage d'un procédé opératoire qui offre en outre celui d'un écoulement absolument libre pour le pus.

La séance est levée à 5 heures.

Le secrétaire annuel : F. Panas.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La *Société protectrice de l'enfance* informe les parents qu'ils peuvent, comme par le passé, s'adresser à elle pour la surveillance de leurs enfants placés en nourrice en dehors de Paris, et que, chaque mois, elle leur transmettra des nouvelles de leur état de santé, d'après les bulletins de ses médecins inspecteurs.

Les bureaux, situés rue Magnan n° 5, près la place du Château-d'Eau, sont ouverts de 10 heures à 4 heures. Les dimanches et fêtes de 10 heures à midi.

Il n'y a absolument rien à payer.

La Société prévient en outre, qu'en raison des événements qui l'ont empêchée de tenir sa séance annuelle de 1870, les récompenses qu'elle a l'habitude de décerner aux nourrices les plus méritantes, ainsi que le prix qu'elle a mis au concours, sont ajournés au mois de janvier prochain. En conséquence, les propositions en faveur des nourrices devront être adressées au siége de la Société, avant le 1er décembre, et les mémoires pour la question de prix avant le 1er novembre 1871, terme de rigueur.

Le sujet proposé est ainsi conçu :

« Étude des causes de la mortalité excessive des enfants pendant la première année de leur existence et des moyens de la restreindre. »

Les concurrents devront :

1° Envisager, sous toutes ses formes et sous tous ses différents aspects, l'infanticide tel qu'il est défini par la loi (meurtre d'un enfant nouveau-né).

2° Rechercher et apprécier les circonstances diverses qui peuvent déterminer la mort des enfants : abandon, défaut, insuffisancé, mauvaises conditions de l'alimentation naturelle ou artificielle, froid, incurie, malpropreté, insalubrité des habitations, etc.

3° Examiner, au point de vue de la répression, la question de la responsabilité des parents, des nourrices, des gardeuses, etc., dans les circonstances où la vie et la santé des enfants peuvent se trouver compromises par leur imprudence, leur négligence ou leurs sévices.

4° Indiquer les dispositions préventives qui pourraient être introduites dans la législation actuelle, pour restreindre la mortalité générale des enfants.

Le prix sera de 500 fr. à 1,000 fr., selon l'importance du mémoire qui l'aura mérité.

Les mémoires seront écrits en français et envoyé francs de port.

Les travaux admis au concours ne seront pas rendus à leurs auteurs. Les membres du conseil d'administration sont seuls exclus du concours.

Les concurrents accompagneront leur envoi d'un pli cacheté contenant leur nom et leur adresse, avec une devise qui sera répétée en tête de leur travail.

— Erratum. — Une erreur typographique a fait attribuer à M. *Richard* la thèse *Sur les injections intra-utérines*, que M. Gallard a présentée à la Société de médecine de Paris, et qui a donné lieu à la discussion dont nous avons publié le procès-verbal dans le n° 14 (portant la date du 2 février 1871). L'auteur de cette thèse est M. Ambroise *Guichard*, ancien élève des hôpitaux de Paris.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments ou autres objets).

Traité de pathologie interne, par le docteur Jaccoud, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, etc. — Tome IIe, 1re partie, 1 vol. in-8, avec planches en chromolithographie. — Prix : 6 fr.

L'ouvrage sera complet en 2 volumes.

Revue photographique des hôpitaux de Paris. Bulletin médical publié par A. de Montméja et Bourneville ; numéros de septembre et octobre 1870, avec 4 photographies. — Prix des deux numéros : 4 fr.

De la transfusion du sang défibriné, nouveau procédé pratique, par le docteur De Belina, ancien professeur agrégé à la Faculté de Heidelberg. In-8. — Prix : 2 fr.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

N° 20. — JEUDI 16 FÉVRIER 1871. 44e ANNÉE JEUDI 16 FÉVRIER 1871. — N° 20.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

SOMMAIRE. — Premier Paris. — HÔPITAL DES CLINIQUES. Accidents se rattachant à l'extraction incomplète ou tardive du délivre (M. Depaul). — L'infection purulente (M. J. Guérin). — Documents pour servir à l'histoire du mouvement scientifique pendant le siége de Paris. — Thèses. — Nouvelle. — Bulletin bibliographique.

Paris, le 28 juin 1871.

Le ministre des affaires étrangères a adressé la lettre suivante à M. le comte de Flavigny, président de la Société internationale de secours aux blessés militaires :

« Versailles, le 17 juin 1871.

« Monsieur le comte,

« Au moment où le rétablissement de la paix va mettre un terme à l'œuvre de dévouement si noblement entreprise et poursuivie avec tant d'abnégation par la Société internationale de secours aux blessés militaires, je remplis un devoir bien doux en témoignant, au nom du Gouvernement, des sentiments de profonde gratitude qu'ont excités en France les éminents services rendus à la cause de l'humanité par la Société dont vous êtes le président et par toutes les sociétés étrangères dont le précieux concours vous a été acquis.

« Dès le début des hostilités et sous la puissante impulsion du comité central, la charité publique, toujours si prompte à s'émouvoir, s'est élevée à la hauteur des souffrances qu'il s'agissait de soulager; stimulée et organisée par les soins intelligents des membres du conseil, elle est bientôt devenue une utile auxiliaire de l'intendance militaire, et l'armée conservera le reconnaissant souvenir des secours de toute nature qui lui ont été prodigués, avec un zèle infatigable, par les nombreux délégués de la Société dont les ambulances plantaient leur drapeau sur les divers champs de bataille, à l'abri d'une neutralité qui n'excluait jamais le danger.

« Le siége de Paris a fourni un nouvel aliment à la généreuse activité de la Société de secours; ses efforts se sont multipliés, et elle a montré, concurremment avec les ambulances de la Presse, ce que l'on pouvait attendre de la science et de l'intelligence mises au service du patriotisme et de l'humanité; c'est ainsi qu'à la fin de la guerre, et pour compléter les soins dont elle avait entouré les blessés, elle organisait des trains sanitaires pour opérer leur transport de Paris dans les départements.

« Sa mission semblait près d'être terminée lorsque l'insurrection de Paris est venue lui imposer des devoirs plus difficiles encore à remplir ; elle était aussitôt arrivée à Versailles se mettre à la disposition de l'armée; mais sa tâche s'était doublée, car elle ne pouvait songer à abandonner les blessés militaires dans Paris, en même temps qu'il lui fallait improviser toute une ligne d'ambulances nouvelles pour assister les troupes assiégeantes ; l'abnégation des membres de la Société et le concours efficace du comité de Versailles lui ont permis de pourvoir à toutes les nécessités, et l'ambulance établie à Saint-Cloud peut servir de modèle pour la meilleure installation des blessés et la meilleure organisation des soins à leur donner.

« En ce moment encore, la Société de secours se consacre au rapatriement de nos soldats blessés prisonniers en Allemagne, et, sous l'habile direction de trois de ses délégués les plus autorisés, des trains sanitaires, pourvus de médecins, d'infirmiers et d'aménagements particuliers s'organisent pour assurer, dans d'excellentes conditions, le retour au sein de leurs familles des malheureuses victimes de la guerre.

« En rappelant ainsi les nombreux services rendus par la Société qui vous a placé à sa tête, je ne saurais oublier, monsieur le comte, toutes les sociétés étrangères qui ont prêté à la vôtre leur utile concours, ni les hommes généreux de tous les pays, médecins, infirmiers ou brancardiers qui sont accourus pour offrir le secours de leur science ou de leurs bras, mus par un pur sentiment d'humanité, au soulagement de nos blessés. Il m'eût été agréable de signaler leurs noms à la reconnaissance du pays. Je vous serai obligé, monsieur le comte, de vouloir bien être auprès de tous, Français ou étrangers, l'interprète des ineffables sentiments qu'ont inspirés au Gouvernement et à la France entière le dévouement et l'abnégation avec lesquels ils ont accompli leur noble mission.

« Veuillez agréer, monsieur le comte, l'expression de ma haute considération.

« JULES FAVRE. »

HOPITAL DES CLINIQUES. — M. DEPAUL.

Accidents se rattachant à l'extraction incomplète ou tardive du délivre (1).

L'accouchement étant un acte physiologique, on s'est demandé s'il n'était pas plus rationnel de laisser à la nature le soin de compléter son œuvre par l'expulsion spontanée du délivre, que de provoquer cette expulsion ou de procéder en temps opportun à l'extraction du placenta et des enveloppes de l'œuf. La question, hâtons-nous de le dire, est jugée en faveur de l'intervention de l'art, et l'on sait comment celle-ci s'effectue dans le service où prévalent toujours les préceptes du professeur Paul Dubois.

S'il n'y a pas d'hémorrhagie, l'accoucheur permet à la femme de prendre un quart d'heure à vingt minutes de repos, pendant lequel il s'occupe de l'enfant, et il procède à la délivrance à l'expiration de ce délai en prenant certaines précautions. Parmi ces précautions, il en est une surtout que M. Depaul considère comme très-importante et dont l'oubli, comme on le verra plus loin, peut donner lieu à des hémorrhagies. Il s'agit des mouvements de torsion que les deux mains doivent imprimer au placenta quand cet organe paraît à la vulve. Cette pratique en apparence futile est indispensable pour détacher des portions de membrane qui pourraient encore être adhérentes à l'utérus, et pour réunir ces membranes en un faisceau solide et résistant qui permet de les extraire dans leur intégrité. Vous n'ignorez pas en effet, a dit M. Depaul, que lorsque le placenta s'est décollé par suite du retrait de l'utérus, une certaine quantité de sang s'est répandue derrière lui et s'est accumulée sur sa face utérine, ne pouvant s'échapper à l'extérieur, puisque le placenta obstrue le col ou le vagin. Or, les membranes qui ne se détachent que consécutivement recouvrent les caillots ainsi constitués et les enveloppent. Si l'on tire directement sur le placenta sans lui faire subir le mouvement de rotation susindiqué, il arrive souvent qu'un caillot un peu volumineux, enveloppé dans un repli des membranes, éprouve quelque difficulté à sortir de la matrice, parce que le col s'est refermé en partie, et, comme les membranes sont très-fragiles, elles se déchirent, et le caillot, enveloppé d'un sac membraneux, reste dans l'utérus. Si, au contraire, on a pris soin de réunir les membranes en corde par le même mouvement de torsion, rendues plus solides, elles entraînent avec elles, en luttant victorieusement contre le col, le caillot qu'elles renferment, et la délivrance se trouve complète. Il est bien rare, en effet, qu'à la suite du placenta ne s'échappe un flot de sang, et il suffit, pour expliquer le mécanisme de la rétention d'un caillot dans l'utérus, de se représenter le placenta inséré primitivement non pas tout à fait au fond de l'organe, mais sur les parties environnantes.

A l'appui de ces considérations, M. Depaul a appelé d'abord l'attention sur une malade de son service couchée au n° 1 des salles, qui avait eu la veille une hémorrhagie menaçante. A la suite d'un accouchement très-régulier qui s'était fait le matin vers onze heures, une perte se déclara à deux heures de l'après-midi chez cette femme. La sage-femme en chef, appelée en toute hâte, désobstrua aussitôt le vagin et l'utérus des caillots qui s'y étaient accumulés, et ne fut pas peu surprise de reconnaître au milieu de ces caillots un lambeau de membrane considérable qu'on avait laissé dans la cavité utérine par oubli du précepte formulé plus haut.

Dans le même service, au n° 8, était couchée, quelques jours auparavant, une femme chez laquelle le travail avait duré trente-huit heures, quoiqu'elle ne fût pas primipare. On la délivra en ville, mais immédiatement après se manifesta une hémorrhagie utérine assez considérable pour amener des défaillances. On retira des caillots. De l'ergot de seigle fut prescrit et la perte sembla s'arrêter, mais elle se reproduisit sous la forme d'un petit écoulement continu, ce qui motiva l'admission de la malade à la Clinique. Là on procéda de nouveau à l'extraction de caillots volumineux et les doigts saisirent en même temps, comme dans le cas qui précède, un lambeau de membrane dont une partie résista aux tractions; on donna alors une seconde dose d'ergot de seigle, puis on attendit; le troisième jour, la malade rendit avec les derniers débris membraneux une masse de tissu placentaire ayant le volume d'un œuf et que M. Depaul considéra comme un cotylédon séparé, sans en être absolument certain, car c'est un fait rare.

Après le précepte d'opérer le mouvement de torsion qu'on n'avait pas fait dans ces deux cas, vient celui non moins important d'examiner attentivement le délivre, afin de s'assurer s'il ne manque pas soit une fraction de placenta, soit un lambeau des membranes. Pour ce qui concerne les membranes, il est aisé de savoir s'il n'en reste rien à l'intérieur. Ces membranes présentent toujours une ouverture par laquelle l'enfant est sorti de l'œuf. Cette ouverture correspondait à l'orifice utérin et en avait l'étendue lorsque la dilatation était complète. Le reste des membranes est en général intact; il suffira donc d'examiner sur la poche membraneuse si l'ouverture répond à peu près à l'étendue de l'orifice complétement dilaté pour être sûr qu'elles sont dans leur intégrité. Si cette ouverture est beaucoup plus grande, on sera conduit à penser qu'il en manque une partie, à moins qu'avec plusieurs lambeaux allongés ou séparés, on ne puisse rétablir une poche capable à peu près d'envelopper l'enfant et le liquide dans lequel il nageait. Si l'on s'aperçoit qu'un lambeau considérable fait défaut, il faut aller à sa recherche à l'aide de la main ; s'il ne s'agit que d'un fragment mobile, il est préférable d'attendre qu'il soit expulsé à la suite d'une petite hémorrhagie ou avec les lochies dans les premiers jours qui suivent l'accouchement. Il est, du reste, assez rare qu'une aussi faible portion des membranes donne lieu à des lochies fétides ou à de plus graves accidents.

M. Depaul a terminé cette leçon en rapportant brièvement l'histoire d'une dame de la province pour laquelle il fut appelé et chez laquelle il existait une rétention complète du délivre vingt-quatre heures après l'accouchement. Il s'agissait d'un second accouchement, et il n'est pas sans intérêt d'ajouter d'un second accouchement avant terme. Une autre circonstance à noter, c'est que l'enfant s'était présenté par les pieds. Le col s'était rétracté et, après l'extraction très-laborieuse de la tête, le col, devenu plus étroit et plus rigide encore, s'opposa d'une manière absolue à l'extraction du délivre. Ajoutez à cela la complication d'une perte. A son arrivée, M. Depaul trouva l'hémorrhagie arrêtée par de l'ergot de seigle, mais la coarctation du col était telle qu'il ne put faire pénétrer un doigt dans l'utérus. L'état général étant bon, ce professeur pensa qu'il fallait attendre et revint à Paris. Quarante-huit heures après il était appelé de nouveau : des accidents étaient survenus; il y avait eu trois violents frissons; le pouls était très-petit, très-fréquent (140); un écoulement fétide se produisait par la vulve. Il fallait nécessairement agir. La malade fut chloroformisée à demi et placée sur le bord de son lit. M. Depaul, pressant de la main gauche sur l'utérus pour l'abaisser, introduisit un doigt dans cet organe et retira à diverses reprises, mais avec une peine extrême, des fragments infects du placenta. Il se servit aussi de grosses pinces, à l'aide desquelles il fit une sorte de curage. Enfin il parvint à débarrasser ainsi la cavité utérine, mais après une séance des plus fatigantes pour la patiente et pour le chirurgien. Les choses allèrent toutefois mieux qu'on ne pouvait l'espérer. L'accoucheur n'avait pas caché le péril de la situation, l'anxiété de la famille était grande; et pourtant, dès le lendemain le pouls était tombé de 140 à 80; l'appétit renaissait. On prescrivit du sulfate de quinine, on permit du bouillon, des potages; le mieux persista, et dix jours plus tard toute crainte de danger avait disparu.

Ces accidents sont généralement très-graves; chez trois autres femmes accouchées dans la ville, le délivre n'avait pas été expulsé après un laps de 36 heures ; on dilata le col avec de l'éponge préparée, on vida l'utérus avec les doigts.

Or, de ces trois femmes deux ont succombé.

(1) *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, mai 1871.

L'INFECTION PURULENTE (1)

Par M. J. GUÉRIN.

(Suite et fin.)

La signification des faits particuliers que je viens de citer peut se compléter par quelques faits plus généraux.

Déjà, à l'occasion des discussions sur la fièvre jaune, la fièvre puerpérale, j'ai énoncé cette doctrine, qui n'est elle-même qu'un fait général, à savoir, qu'une fois en possession d'un principe morbide, l'organisme a la faculté de le multiplier, de le développer, de l'aggraver; de telle sorte que chaque malade, en généralisant sur lui-même la maladie dont il n'a reçu que le germe, devient un large foyer d'infection pour lui-même aussi bien que pour son entourage. Il suffit, pour assurer la plus grande autorité à cette proposition, de citer la variole et la fièvre puerpérale. Dans la variole, l'étendue de l'éruption, le nombre et le volume des pustules ne sauraient laisser aucun doute à cet égard. Dans ces cas, l'organisme est donc un multiplicateur du principe contaminant.

Mais combien la fièvre puerpérale est plus éloquente encore pour témoigner d'un accroissement continu en quantité et en qualité des

(1) Voir les numéros des 28, 31 janvier et 14 février 1870.

éléments toxiques. Une épidémie de fièvre puerpérale éclate dans un service. A son début, les malades luttent : quelques-unes succombent, d'autres résistent, et chez les unes et les autres la lutte se prolonge. Bientôt le nombre des malades augmente, et avec cette augmentation du nombre la maladie croît en intensité. Peu de malades guérissent, et la lutte est déjà plus courte. Enfin, à la période extrême de l'épidémie, toutes les malades sont prises et toutes succombent en quelques heures. Ce sont là des faits observés cent fois, et j'ai eu pour mon compte l'occasion d'assister dans le service de notre éminent collègue M. Louis, à l'Hôtel-Dieu, à une lamentable épidémie de ce genre. Qu'est-ce que cela, si ce n'est le développement incessant en quantité et en qualité d'un poison partant d'abord d'une purulence presque normale, croissant avec chaque individu, c'est-à-dire, n'est-ce pas, recevant de chaque individu, comme par une sorte de recoobation du principe toxique à travers son organisme, un nouveau degré d'activité, un nouvel élément de virulence? Si on n'avait pas assisté au point de départ de la maladie, on croirait difficilement à cet accroissement incessant, dont le dernier terme n'offre pour ainsi dire plus rien d'analogue avec le premier.

Cependant, durant ces évolutions toxiques, c'est toujours le même principe, mais accru et modifié, en conservant néanmoins, dans cette série de métamorphoses, sa spécificité initiale. Il importe de bien faire cette distinction entre la virulence spéciale de chaque fermentation purulente, conformément à la doctrine de MM. Pasteur et Berthelot, et cette manifestation sériale multiforme d'un même poison conservant à chacune de ses phases l'essentialité virulente de son origine. Le fait de la puerpéralité est donc là pour témoigner à lui seul d'une spécificité étiologique qui se conserve à travers toutes ses manifestations, et il en témoigne comme cas particulier du système général de la contingence étiologique, qui diversifie presque à l'infini tous les cas possibles d'intoxication purulente composée, laquelle emprunte ses éléments de diversité aussi bien aux ferments de l'air qu'à ceux de l'organisme. Je m'abstiens pour le moment de développer cette formule générale, dont chacun peut prévoir tous les termes, depuis la purulence scrofuleuse ou tuberculeuse jusqu'à celle du varioleux, du syphilitique et du cancéreux. Tous, en effet, sont susceptibles de suppurer à tous les degrés et avec tous les genres d'altération de leur pus, et il n'est personne qui osât affirmer que chez tous comme chez chacun de ces individus atteints de septicémie il n'y ait pas, dans leur empoisonnement, autre chose qu'un poison commun à tous.

Nous voici donc en possession d'un élément étiologique capable de rendre compte de faits qui avaient échappé aux doctrines régnantes, à savoir la multiplication incessante en qualité et en quantité de l'élément toxique chez chaque individu en proie à une suppuration de mauvaise nature.

Il s'agit maintenant de mettre ces éléments d'intoxication purulente complémentaire en regard des effets qu'ils produisent. Mais, pour bien comprendre ces effets, il est indispensable de les détacher par un trait caractéristique de ceux qui appartiennent à la catégorie des intoxications purulentes simples. Or, dans ces dernières, ce trait caractéristique est fourni par l'état du pus et l'état du malade. Le pus ne présente aucune altération ni dans sa couleur, ni dans son odeur, ni dans sa consistance; il est réputé du pus louable, du pus sain, du pus normal. Mais, par son entrée incessante dans l'économie, il produit et entretient la fièvre traumatique, et cette fièvre lui imprime son cachet : c'est du pus *fébrile*; et, à part ces deux conditions, qu'on peut définir la période physiologique de la suppuration, l'état général de l'économie ne manifeste aucun trouble. Voilà donc un point de départ accentué pour l'intoxication purulente composée.

Pour les doctrines actuelles, les accidents qui vont surgir de cette nouvelle phase de la purulence, accidents désignés par elles sous les noms de pyoémie, d'infection purulente, d'infection putride, sont des accidents fortuits, éventuels et le signal de l'entrée fortuite, éventuelle du pus dans le sang. Aussi ces doctrines ne sont averties de l'événement que par son caractère exceptionnel de gravité. Pour nous, au contraire, cette gravité n'est qu'un accroissement d'un état continu préalable, dont nous apercevons tous les degrés de transformation, absolument comme nous avons vu les premiers linéaments du choléra dans la diarrhée prémonitoire, alors qu'on le faisait commencer à sa période foudroyante. Esquissons donc rapidement les préliminaires prémonitoires de la pyoémie, *résorption* ou *infection purulente* des autres prémonitoires qui sont pour nous tout à la fois les liens des degrés antérieurs de l'intoxication avec ses degrés plus accusés, et les témoignages de la continuité de cette intoxication.

A un premier degré, et chez quelques individus privilégiés, la présence du poison composé ne se révèle que par des formes à peine accusées : ce sont celles auxquelles, dans toutes les affections virulentes, j'ai donné le nom de *formes ébauchées*. A ce degré, les malades éprouvent plutôt des malaises que des symptômes. Mais ces malaises, par leur nombre et leur étendue, trahissent déjà le théâtre que le mal va occuper. Ainsi une certaine altération des traits, des dispositions au refroidissement, de la toux, de la gêne dans la respiration, du dégoût pour les aliments, des nausées, une langue saburrale, de la flatulence et même des coliques et de la diarrhée, tel est l'ensemble de symptômes que trahissent les premières ébauches de l'intoxication purulente composée. Il n'y a encore jusqu'ici, comme on le voit, ni frisson considérable, ni menace d'asphyxie, ni vomissements, ni aucun des symptômes auxquels on est convenu de rapporter le début de la résorption du pus et de l'infection purulente proprement dite. Cependant il n'est pas inutile de le faire remarquer, quelque réduite qu'elle soit, cette symptomatologie prémonitoire est telle néanmoins qu'elle déborde déjà de beaucoup le cadre de l'observation ordinaire, même lorsqu'elle est appliquée à des cas d'intoxication plus prononcée. En effet, jusqu'ici les meilleurs observateurs ne tenaient guère compte que des symptômes pulmonaires : congestions, infarctus, embolies, abcès, et des symptômes nerveux : chaleur, frisson et refroidissement. Cependant il est un ordre entier de symptômes, les symptômes gastriques dont la manifestation commence à la coloration en jaune de la langue et se termine par le vomissement et la diarrhée fétide. Ces symptômes témoignent à n'en pas douter de l'envahissement des voies digestives, estomac et intestins, par l'élément toxique, comme les symptômes pulmonaires témoignent de leur côté de l'envahissement des poumons par le même poison. Or, nous verrons plus loin qu'à sa dernière expression, l'intoxication purulente aiguë s'accentue aussi vivement du côté de l'estomac que du côté des poumons. Pour le moment contentons-nous de savoir qu'aux ébauches de l'intoxication purulente, il n'y a encore ni frisson ni étouffements, ni infarctus, ni embolies, ni vomissements, ni rien enfin de cette scène effrayante qui représente si bien un accès pernicieux avec toutes ses conséquences. Mais deux symptômes de cette période sur lesquels j'insiste d'une manière toute particulière, c'est d'une part une toux presque incessante avec oppression accompagnée parfois de râle sous-crépitant et sibilant, et d'autre part un commencement d'embarras gastrique.

A cette première période, à ce premier degré d'intoxication purulente composée, le pus, quoique conservant les apparences de sa consistance normale, commence à être odorant. Il n'est pas encore fétide, mais il exhale une odeur fade *sui generis* autre que celle du pus dit louable.

A une période plus avancée, alors qu'on n'a rien fait pour neutraliser le poison, pour l'éliminer de l'économie et pour empêcher la fermentation toxique de continuer, les symptômes précédemment indiqués s'accentuent de plus en plus : ils témoignent tout à la fois d'un degré d'altération plus avancée du pus, d'une somme plus grande de pus intoxiqué et résorbé, et finalement d'une participation plus active de l'organisme à l'empoisonnement. Jusque-là cependant la *résorption purulente* et la *pyoémie*, pour la plupart des doctrines régnantes, n'étaient pas censés exister. Mais le moment arrive où le degré d'intoxication est tel qu'il produit au sein de l'organisme l'effet d'un empoisonnement spontané. Le frisson, qui n'avait encore été qu'une tendance au refroidissement, et le vomissement, simple nausée jusque-là, éclatent alternativement ou simultanément dans toute leur violence. Le facies du malade exprime la plus grande angoisse, ses yeux caves et cernés, ses traits crispés, sa respiration asphyxique, une sueur froide, un pouls imperceptible, attestent que la vie a reçu la plus grave atteinte : c'est un véritable accès pernicieux. Mais cet accès, qui manque quelquefois, et qu'on croyait le signal de l'entrée subite du poison, n'est donc que le complément d'un état antérieur méconnu; le mal couvait, il trahissait sa présence par l'ensemble des symptômes gastriques et pulmonaires indiqués plus haut, et la crise terminale n'a été que l'explosion d'accidents — qui fermentaient sous une forme moins violente, mais permanente — entretenus et aggravés par les ferments complémentaires de l'organisme. Cet accès n'est donc qu'une conclusion et non un début de l'empoisonnement, qu'on me permette d'en donner une dernière preuve.

On sait que chez certains malades l'empoisonnement purulent de cette période, de ce degré, affecte assez souvent la forme intermittente; ce qui a fait légitimement comparer la maladie aux fièvres d'accès pernicieux. Or pourrait-on raisonnablement admettre qu'à chaque accès correspondrait l'entrée dans le sang d'une nouvelle ondée de pus intoxiqué? Il m'a été donné récemment de soigner un malade qui a éprouvé jusqu'à cinq fois cet accès vraiment pernicieux. Ce n'était plus qu'un cadavre, et cependant les personnes qui lui donnaient leurs soins avaient fini par ne plus être le moins du monde effrayées. On lui donnait un verre de vin chaud qui l'aidait à réagir contre la fièvre. Le fait est que le pauvre empoisonné s'en est très-bien tiré.

C'est le cas de nous arrêter, en présence de tels faits, à la doctrine qui considère l'intoxication purulente comme le résultat d'une infection miasmatique. Tout ce qui précède dit suffisamment ce qu'il faut penser de la doctrine comme doctrine générale. Cependant, appliquée à un terme de la série étiologique de cet empoisonnement, donnant un sens concret à ce qu'on appelle miasme, il est certain qu'à un moment donné il peut s'exhaler, et il s'exhale des plaies suppurantes de mauvais caractère des émanations, des vapeurs tenant en suspension des parcelles de pus toxique. Il est également certain que ces émanations peuvent corrompre l'atmosphère, peuvent déposer sur d'autres plaies, ou même entrer dans l'organisme des cohabitants par la voie pulmonaire; tous ces cas sont non-seulement possibles, mais réels, et je ne dirai rien de nouveau en affirmant que j'ai été à même de les constater.

Mais parmi les infections transmises, il faut distinguer celles qui se réalisent par la plaie ou par les voies pulmonaires chez les sujets portant une plaie, et celle qui se produirait chez des sujets exempts de toute plaie. Or j'ai eu occasion d'observer à plusieurs reprises des cas d'infection de la seconde catégorie. Ainsi j'ai pu voir chez trois soldats entièrement guéris de leurs blessures, la veille ou l'avant-veille de leur sortie, se développer tous les symptômes d'une intoxication purulente : frisson, vomissement, colique, diarrhée. La salle où étaient ces sujets touchait à d'autres salles où l'infection purulente était à son apogée et causait les plus grands ravages. Moi-même, s'il m'est permis de me citer, j'ai éprouvé des symptômes analogues, et je suis d'autant moins dans le doute sur leur signification, que c'était la quatrième fois dans ma carrière que j'éprouvais les mêmes accidents à la suite d'un séjour dans un lieu infecté et auprès des malades atteints de graves affections purulentes. A ces faits j'en ajouterai quatre autres plus récents observés sur quatre personnes qui ont donné leurs soins à un varioleux, mort des suites de l'infection purulente putride la plus accusée et la plus violente; le corps du malade n'était qu'une plaie, et l'atmosphère où s'exhalaient les émanations horriblement fétides de son corps était inabordables. Deux religieuses, la mère et un domestique ont subi successivement les effets de cette infection exceptionnelle. On remarquera bien qu'il ne s'agit pas ici d'une variole transmise, mais d'un empoisonnement produit par le pus infect d'une éruption horriblement confluente.

Mais là ne s'arrête pas le domaine de l'infection miasmatique. Il est une forme d'intoxication qui ne peut mieux s'expliquer que par cette voie; je veux parler de la forme diphthéritique, de la pourriture d'hôpital. Sans vouloir déposséder l'organisme d'une participation quelconque au développement de cette forme d'intoxication, on ne saurait méconnaître qu'elle se montre surtout comme le résultat d'une sorte de contagion par infection. Les malades qui en sont atteints l'ont presque toujours contractée au voisinage d'autres malades précédemment diphthériques. A ce point de vue néanmoins, ce n'est qu'une sorte de semence qui, pour germer, a besoin d'un terrain préparé, et cette préparation est le fait surtout du concours de l'organisme déjà contaminé. Il faut bien reconnaître, d'ailleurs, que le premier malade n'a pu recevoir de personne le germe qu'il a transmis : c'est toujours la grande difficulté de toutes les affections virulentes, dont la contagiosité n'exclut pas la spontanéité.

Ces faits ne permettent donc pas de mettre en doute l'existence, à une période avancée de l'intoxication purulente, de certain cas d'infection véritablement miasmatique. Mais il ne faut pas donner à ces faits d'autre portée ni d'autre signification que celle d'accidents passagers et particuliers dans l'évolution d'une série morbide dont chaque terme porte avec lui sa véritable raison d'être. Au degré où les miasmes se réalisent et se répandant dans l'air, la maladie et le poison proviennent d'autres sources qu'à des degrés moins avancés; et à ces degrés le poison se confectionne chez le malade et résulte d'une première altération chimique de l'air ou d'un ferment apporté par lui. Ce n'est donc qu'à une période avancée que des parcelles de poison se détachent de la souche où il est né, pour porter ailleurs de nouveaux germes d'infection.

Je suis si disposé à admettre que dans ces conditions déterminées les choses se passent de la sorte, que j'ai pu recueillir et condenser en quelque façon le miasme toxique. J'ai placé dans un coin de la salle où arrivaient les effluves d'une atmosphère tout à fait empoisonnée un vase rempli d'eau ; trois jours après j'ai constaté à la surface de l'eau de ce vase une pellicule irrisée d'une odeur infecte; et la couche d'eau la plus superficielle troublée avait elle-même contracté la même odeur. Cette méthode pour recueillir les miasmes atmosphériques m'a toujours réussi.

Mais les différences signalées jusqu'ici entre les faits tels qu'on les observait et considérait, et la manière dont nous les observons et considérons, ne s'arrêtent pas où nous les avons laissés. Outre que nous donnons aux diverses complications signalées de part et d'autre une signification différente, nous continuons à relier entre elles toutes celles qu'on avait séparées et envisagées comme des éventualités excptionnelles ou propres à des périodes et à des formes d'intoxications différentes. Tels sont, par exemple, les accidents observés du côté des poumons, du côté du foie, de l'estomac, de l'intestin, dont quelques-uns étaient considérés comme des irritations, des inflammations intercurrentes, parce qu'on n'y distinguait que la forme congestive. Pour moi ces différentes manifestations locales ne sont que des témoignages de l'extension et de la distribution de l'élément toxique. Ces localisations s'observent de préférence vers les organes et les surfaces d'élimination, comme le poumon et l'intestin.

En ce qui concerne les lésions pulmonaires, qui ont surtout occupé et préoccupé l'école allemande, je ne fais aucune difficulté de reconnaître avec elle le caractère matériel et l'origine de ces lésions. Les infarctus, les embolies, les abcès pulmonaires sont évidemment des effets de la migration vers cette voie du poison purulent. Sans méconnaître la valeur de ces observations, que je considère néanmoins comme incomplètes et restreintes dans un cercle purement anatomique et empirique, je rappellerai que Maréchal les avait indiquées dès longtemps et très-explicitement, et que moi-même, leur donnant un caractère plus général, j'avais considéré, lors de la discussion sur la tuberculose, le poumon comme un crible dans lequel s'arrêtent toutes les substances, tous les éléments matériels non susceptibles d'être admis à circuler librement dans les capillaires de nos organes. Il s'en suit que les observations particulières d'infarctus, d'embolies et d'abcès comme conséquences de la pénétration des éléments putrides figurés de la plaie dans le sang ne constituent que des cas particuliers d'un système qui en réunit beaucoup d'autres, et que ces cas particuliers, empreints toujours d'une sorte de caractère éventuel, ne sont aperçus que sous leur forme matérielle la plus accusée, mais aussi la plus rare; et ils ne sont ni prévus dans leur fatalité et encore moins éclairés dans leur mécanisme physiologique. C'est ce que nous espérons montrer très-explicitement plus tard. Pour le moment, contentons-nous de faire remarquer que c'est sans fondement aucun qu'on attribue de préférence à la pyoémie les accidents matériels de la résoption par suite d'arrêt ou d'embarras circulatoires causés par les éléments figurés du pus, et à la fièvre traumatique exclusivement l'origine et les attributs de la septicémie; les deux périodes se partagent d'une manière continue les deux genres d'accidents, par la raison d'abord que l'observation constate qu'il en est ainsi, et ensuite parce que les deux ordres d'éléments étiologiques se rencontrent séparément ou associés dans les deux périodes. C'est faute de s'être rendu un compte exact des deux modes d'action des liquides altérés qu'on a admis ces sortes d'exclusions. Or il est de toute certitude que ces liquides, caillots sanguins ou pus transportés dans les voies circulatoires, y produisent deux ordres d'effets de nature différente; en tant que corps étrangers en désaccord de consistance et de diamètre avec le calibre des canaux où ils se meuvent, ils deviennent, en s'y arrêtant, des obstacles mécaniques au libre cours des humeurs et au libre fonctionnement des organes; en tant que liquides septiques, ils agissent comme tous les poisons sur le système nerveux central et périphérique. Or avec cette double propriété nettement définie il est impossible de ne pas reconnaître à la septicémie et à la pyoémie un même mode d'action et un même mode d'altération, c'est-à-dire d'en faire un seul et même genre d'obstacles et d'intoxication, au degré et à la période près.

Il est un dernier groupe de lésions sur lesquelles je demande à l'Académie la permission de m'arrêter; je veux parler des abcès dits métastatiques appartenant à la même période.

Tous les auteurs qui se sont occupés jusqu'ici d'abcès métastatiques ne leur ont reconnu que deux origines ou voies : la voie lymphatique et la voie veineuse, sans établir aucune distinction entre les symptômes propres à ces deux origines. Cependant on peut poser en fait que tous les abcès de la première catégorie (d'origine lymphatique) sont généralement compliqués de lymphangite. L'observation clinique, d'accord en cela avec l'expérimentation sur les animaux, rend bien compte de ce caractère propre aux abcès de cette provenance. Dans toutes les observations qui me sont personnelles, comme dans celles qui sont rapportées par les auteurs, il m'a toujours été possible de faire cette distinction.

Pour ce qui est de la catégorie des abcès résultant de l'absorption veineuse, on y fait indistinctement entrer tous les abcès mé-

tastatiques quels qu'ils soient, extérieurs ou intérieurs. Une première considération aurait dû cependant prévenir cette confusion. Le pus qui est repris dans un foyer par des veines ne peut l'être que par des canaux qui vont sans cesse en grossissant : des veinules aux veines, des veines aux troncs veineux. Il en résulte que ce ne peut être pendant le trajet de la plaie au cœur que les veines sont susceptibles de déposer les germes des abcès métastatiques. Ces germes doivent passer d'abord par le cœur droit, puis par le poumon, puis par le cœur gauche; et ce n'est qu'à partir de ce dernier qu'ils peuvent arriver aux organes avec le sang artériel qui en est le véhicule. Or il m'est avis que les choses ne se comportent pas de cette manière. Le pus altéré qu'apportent les veines au poumon y est arrêté; il y détermine des engorgements, des infarctus, des embolies et des abcès; et si une certaine quantité franchit la barrière pulmonaire, c'est pour aller se déposer, par la voie artérielle, dans la profondeur des organes, où il détermine des abcès, et il ne les détermine qu'à la condition d'y éveiller d'abord une réaction vive, précurseur indispensable de ces collections interstitielles.

Mais il est une troisième classe d'abcès métastatiques qui se déveoppent sans réaction préalable et qui apparaissent souvent en grand nombre sans que le malade et même le chirurgien en soient pour ainsi dire avertis. Ces abcès siégent dans le tissu cellulaire sous-cutané ou intermusculaire, au voisinage des articulations et dans les articulations mêmes. Or quelle peut être leur origine? Ils ne sont pas venus à coup sûr par la voie lymphatique : nulle trainée lymphatique, nul engorgement ganglionaire ne les a précédés. Sont-ils des produits de l'absorprion veineuse? J'ai fait remarquer la longueur et toutes les difficultés d'un tel trajet. De plus j'ai dit que ces abcès interstitiels, déposés par la circulation artérielle, provoqueraient une réaction préalable, qui avertirait de leur présence. Or ici nulle réaction, nulle douleur; au contraire, manifestation presque subite et comme à l'improviste (1). Il fallait donc chercher à cette catégorie d'abcès une origine qui fût d'accord avec leur mode d'évolution, de manifestation, leurs caractères, leur indolence et leur siége.

Il est d'observation vulgaire qu'autour des foyers purulents un peu anciens il y a presque toujours une zone d'œdème; cette zone s'étend fréquemment de proche en proche jusqu'à un point assez éloigné de son point de départ. Qu'est-ce que ce premier fait, sinon la migration de certains éléments de pus, ou d'une certaine quantité de pus en nature à travers le tissu cellulaire ambiant?

Voici un second ordre de faits. Il est d'observation non moins vulgaire que, lorsqu'il existe autour d'un foyer purulent des gaînes tendineuses ouvertes, le pus prend fréquemment cette voie et détermine ce qu'on appelle des fusées purulentes. Disons en passant qu'à l'époque où la phlébite régnait en souveraine comme agent d'infection purulente, on regardait assez volontiers ces fusées comme le résultat de l'inflammation des gaînes qui donnaient passage au pus. J'ai même été témoin, à l'Hôtel-Dieu, dans le service de Blandin, d'applications de sangsues pour arrêter la marche de ces prétendues inflammations. Cependant les faits ne s'arrêtent pas où l'observation les abandonnait jusqu'ici. Ces fusées purulentes, qu'on ne constate d'ordinaire que près de leur point de départ, s'en éloignent fréquemment. Il m'est arrivé maintes fois de constater au niveau du genou, ou dans le mollet, la présence du pus qui avait pris la voie des gaînes des péroniens latéraux ou du tendon d'Achille. Le plus souvent il y a, entre le point de départ et le point d'arrivée du pus, un certain degré d'empâtement qui révèle le trajet parcouru par l'ondée purulente. Mais aussi il m'est arrivé de constater plusieurs fois l'absence de cet empâtement ou sa disparition en vingt-quatre heures, bien que l'abcès terminal de la fusée persistât. C'est grâce surtout à l'aspiration dont dispose l'occlusion pneumatique qu'on peut constater ces disparitions presque instantanées des fusées purulentes. Or, que disent ces simples faits? Ils disent que le pus peut émigrer par la voie cellulaire; ils disent que rien ne s'oppose à ce que des parcelles de pus, comme toute espèce de corps étranger, comme le gaz dans certains emphysèmes, puissent voyager à travers le tissu cellulaire et se déposer çà et là pour devenir le germe d'abcès tout à fait indolents. Or ce que l'induction tirée de certains faits conduit à établir, certaines expériences sur l'homme et les animaux tendent à le confirmer.

Il m'est arrivé maintes fois, et il est arrivé à beaucoup de personnes qui, comme moi, ne connaissaient pas au début toutes les exigences de la méthode sous-cutanée, de retirer, après l'aspiration d'une certaine quantité de pus, le trocart encore plein du liquide extrait. Or dans son trajet à travers le tissu cellulaire sous-cutané compris dans l'intervalle des deux ouvertures, le trocart laisse tomber une partie du pus qu'il renferme. Presque toujours, quand on n'a pas soin de l'expulser, il se forme sur ces points des abcès tout à fait indolents, qui ressemblent absolument aux abcès métastatiques sous-catanés. On les vide, et tout est dit. C'est ordinairement ainsi que se comportent beaucoup d'abcès métastatiques, résultat d'une migration du pus à travers le tissu cellulaire. Ces abcès ne sont ordinairement accompagnés d'aucune réaction, et leur nombre, souvent considérable, contraste par leur bénignité avec l'idée d'une résorption purulente par la voie des vaisseaux. J'ajouterai que lorsque ces abcès se montrent, il est rare qu'ils soient accompagnés d'abcès pulmonaires ou d'accidents quelconques vers les voies respiratoires. M. Broca nous a cité un cas de ce genre, dans lequel onze abcès sous-cutanés n'ont pas empêché le malade de guérir. Il m'a été donné d'en observer un bien plus remarquable encore. J'ai été appelé, il y a fort longtemps, par notre regretté collègue Amussat, pour opérer par la méthode sous-cutanée un de ses clients, le recteur d'une académie de province, qu'il lithotritiait, et chez lequel sept abcès sous-coutanés s'étaient manifestés sans accident aucun; c'était pendant une des épidémies du choléra; nous étions assistés en même temps de M. Chomel et, si je ne me trompe, d'un des gendres d'Amussat. Je fis la ponction de quelques-uns des abcès, et je demandai que, malgré l'épidémie, le malade fût soumis tous les deux jours à l'usage de deux verres d'eau de Sedlitz. Ce ne fut pas sans opposition, de la part de Chomel surtout, que cette médication, en temps de choléra, fut acceptée. Elle réussit si bien cependant, que trois abcès seulement furent ponctionnés, et les quatre autres se résorbèrent, à la grande surprise de tous et au grand contentement du malade, lequel guérit de la pierre et de ses abcès.

J'ai dit que l'expérimentation sur les animaux prêtait son concours à cette manière d'envisager l'origine de certains abcès métastatiques. Que l'on consulte en effet toutes les expériences consignées dans les auteurs et qui ont consisté à injecter du pus directement dans les veines. Chez tous ces animaux sans exception, lorsqu'ils ont succombé, on a constaté des abcès pulmonaires; mais chez aucun nulle trace d'abcès sous-cutanés. Il faut donc bien croire que le pus injecté dans les veines arrive difficilement jusque-là; et s'il y arrive, ce n'est que d'une manière exceptionnelle et en avertissant, par une certaine réaction, de sa présence et en indiquant ainsi la voie de son transport.

Enfin, le siége qu'affectent ordinairement les abcès métastatiques par migration cellulaire achève de dévoiler leur mécanisme. En effet, ces abcès siégent le plus souvent au voisinage des articulations là où les mouvements articulaires provoquent le plus aisément, comme nous l'avons montré, des tendances au vide; ou bien encore ils siégent autour des parties mobiles comme près des bords des omoplates, dans la sphère des déplacements des grands muscles. Ces différents emplacements n'offrent-ils pas des conditions d'aspirations analogues à celles que réalisent les espaces intra-articulaires?

Il est enfin une dernière forme de l'intoxication purulente qu'on a arbitrairement détachée de la série, comme le résultat d'une contamination exercée exclusivement par le degré extrême de l'altération du pus : je veux parler de la forme gangréneuse attribuée à la putridité du pus. Que le pus putride détermine dans les points où on l'introduit chez les animaux, des altérations gangréneuses, et enlève à l'organisme toute puissance de réaction, je suis loin de le méconnaître; et j'ajouterai même que des expériences faites en commun avec notre éminent collègue M. Lebert me l'ont très-bien confirmé. Mais de ce que l'expérimentation, isolant une forme d'altération à son plus haut degré d'intensité des formes moins accusées qui l'ont précédée, arrive à produire toujours la gangrène, il ne faut pas méconnaître que cette forme puisse succéder, et succède quelquefois chez le même individu, à un degré d'altération purulente moins prononcée. J'ai même vu des cas dans lesquels les deux degrés ont coexisté, c'est lorsque, les moyens d'assainissement ne parvenant pas à pénétrer dans les anfractuosités de la plaie, la portion superficielle continue à secréter du pus, la partie profonde verse dans le torrent circulatoire un liquide sanieux de plus en plus altéré. L'organisme ainsi empoisonné n'apporte plus à la plaie qu'un sang chargé d'éléments tout à fait putrides, et la gangrène se généralise. C'est du reste ce qu'on a vu à propos de l'aggravation successive du poison puerpéral. Dans la série des cas de cette nature, il faut suivre la filiation des faits, dont les différences s'effacent d'une période à l'autre, et dont on ne parvient à rompre l'évidente unité et continuité qu'en opposant l'une à l'autre leurs manifestations extrêmes.

Des faits et des considérations exposés dans la seconde partie de cette étude, je me crois autorisé à conclure :

1° Que les altérations des liquides fournis par les plaies exposées sont de deux ordres ; simples et de même nature quand elles résultent exclusivement de la fermentation et de la putréfaction des éléments physiologiques; complexes et d'une nature variable quand cette altération comprend tout à la fois des éléments physiologiques et des éléments pathologiques;

2° Que les liquides des plaies, à quelque état de décomposition et d'altération qu'ils se trouvent, sont soumis aux lois de l'absorption, qui les fait pénétrer incessamment dans l'organisme;

3° Que cette absorption, quand elle ne porte que sur des liquides physiologiques en voie de décomposition, ne donne lieu qu'à la fièvre traumatique simple; que, lorsqu'elle porte sur des liquides physiologiques et pathologiques altérés, elle donne lieu à une série non interrompue d'accidents qui concordent avec le mode et le degré de cette altération;

4° Que ce n'est qu'en méconnaissant la persistance de l'absorption et en rompant la continuité des réactions qu'elle entraine, qu'on est conduit à considérer la *septicémie* et la *résorption purulente* comme des faits isolés et séparés, alors qu'ils ne sont que des accidents de cette continuité.

5° Qu'il existe, antérieurement aux périodes assignées jusqu'alors à la manifestation de la septicémie et de la pyoémie, une période prémonitoire dans laquelle les effets de l'absorption et de l'intoxication purulente se présentent sous une forme amoindrie et ébauchée de ce qu'ils sont à leur période d'état : les uns et les autres ne réalisant que des degrés différents, mais continus de l'intoxication;

6° Que la coopération de l'organisme au développement de l'intoxication purulente consiste tout à la fois dans un rapport de ferments qui lui sont propres et dans la fécondation, multiplication et accroissement de leur intensité.

(1) Beaucoup d'auteurs, frappés de toutes ces dissemblances, les avaient déjà fait remarquer comme autant de particularités difficiles à expliquer et à concilier avec leur origine supposée, mais aucun n'avait eu l'idée de leur en assigner une autre.

DOCUMENTS

POUR SERVIR A L'HISTOIRE DU MOUVEMENT SCIENTIFIQUE PENDANT LE SIÉGE DE PARIS (1).

1er DÉCEMBRE.

I. Salpêtrière. — Au début du siége, on a dirigé sur la province tous les aliénés qui occupaient les hospices de Paris. Depuis ce moment l'Établissement de la Salpêtrière était resté vide. On vient de l'utiliser en y logeant tous les veillards qui étaient auparavant à Ivry. Dans les vastes cours et jardins, on a élevé des baraquements très-nombreux, qui servent de logements à un grand nombre de familles réfugiées de la banlieue.

3 DÉCEMBRE

II. Ambulances. — M. de Greffulhe vient de faire don à l'administration générale des hospices du matériel complet de l'ambulance qui avait été installée par ses soins dans son hôtel, rue d'Astorg, 10.

Aux dix lits et objets accessoires qui représentent ce matériel, M. de Greffuhle a joint une somme de 2,000 francs destinée à parer aux frais de déplacement et d'entretien occasionnés par la nouvelle installation de cette ambulance.

L'administration des hospices tient à témoigner publiquement de la reconnaissance que lui inspire l'acte patriotique du donateur.

III. Alimentation des enfants. — En Angleterre et en Irlande, pour les nouveau-nés élevés au biberon, le lait, au besoin, se remplace parfaitement par l'orge; — l'orge mondé est préférable aux autres. Vous le lavez d'abord. Vous versez environ un litre d'eau froide sur un quart de livre d'orge, et laissez bouillir à petit feu, dans de la terre et non du métal, pendant trois heures, jusqu'à ce que l'eau ait acquis la consistance d'un sirop; ce point d'ailleurs s'indique naturellement par une teinte rosée.

Vous passez, et chaque fois que vous donnez à boire à l'enfant vous délayez avec un peu d'eau chaude, car, de même que le lait non coupé, l'orge serait trop fort. L'enfant doit boire un peu plus chaud que tiède, et l'on ne sucre (au sucre brut) qu'au fur et à mesure qu'on lui donne à boire, sinon le sucre ferait tourner la décoction. Elle ne se donne qu'aux bébés au-dessous de dix mois. Pour les enfants au-dessus de cet âge, on fait tremper du pain.

Ne faites votre eau d'orge que pour deux jours, sinon elle s'altérerait, et placez-la dans un endroit frais. Aux premières offres, l'enfant habitué au lait repousse l'eau d'orge, et on l'y habitue insensiblement. Si l'enfant est vorace, méfiez-vous; j'entends : ne satisfaites pas toute sa faim, car l'orge est fort nourrissant.

Il faut avoir soin de maintenir la tette du biberon dans un état de propreté parfaite. Le lait n'exige pas tant de soins, mais l'eau d'orge fait croûte, et sa cristallisation irrite et enflamme la bouche du pauvre bébé; il faut donc tous les jours laisser tremper une heure durant cette tette dans l'eau froide.

Au lieu de jeter l'orge après la décoction faite, ce qui serait presque un péché en temps ordinaire, — blocus à part, — on pourrait en faire un excellent potage.

IV. Bulletin hebdomadaire. — Les déclarations de décès à l'état civil de Paris, du 27 novembre au 3 décembre, donnent un total de 2,023, se décomposant comme suit : Variole 412. — Scarlatine 9. — Rougeole 21. — Fièvre typhoïde 140. — Érysipèle 9. — Bronchite 99. — Pneumonie 92. — Diarrhée 76. — Dysentérie 25. — Choléra 1. — Angine couenneuse 6. Croup 10. — Affections puerpérales 8. — Autres causes 1,115. — Total 2,023.

(1) Suite. — Voir le dernier numéro.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1870.

184. Roblin (Émilien). Du traitement de l'hydrocèle vaginale simple.

185. Bourgeois (Achille). Convalescence chirurgicale, résultats définitifs des amputations à la partie inférieure de la jambe.

186. Bourgeois (Louis). Étude de physiologie expérimentale. De la mort par inanition.

187. Vandercolme. Histoire botanique et thérapeutique des salsepareilles.

188. Ravel (Léon). Des lésions traumatiques des reins et d'un moyen thérapeutique dans les cas d'empoisonnement par l'ammoniaque, les carbonates d'ammoniaque, de soude et de potasse.

189. Cooke (Th.) Esquisse d'une anatomie chirurgicale opératoire.

190. Soula (Louis). Résumé pharmacologique sur la digitale pourpré.

191. Lisnard (Jules). Du mal perforant.

192. Nottin (Edmond). Des syphilides tertiaires.

193. Deroin (Pierre). Du rétablissement de la circulation après la ligature de l'aorte abdominale.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

— Le *Times* du 30 mai publie un rapport très-intéressant de la commission d'enquête créée pour décider s'il y avait lieu de modifier la loi sur la vaccination de 1867, connue sous le nom de *vaccination act*. Voici quelques passages empruntés à ce rapport, rédigé après huit sessions qui ont été consacrées à entendre les assertions et les démonstrations de toutes les personnes qui pensent que la vaccination est inutile et même nuisible :

« L'opinion générale de la commission, dit le rapporteur, après avoir pesé toutes les raisons fournies par les médecins et un grand nombre d'autres personnes appelées dans son sein, est que l'inoculation du vaccin a pour résultat une protection, sinon absolue, du moins très-certaine contre la petite vérole, et une protection absolue contre la mort, dans le cas de maladie de la petite vérole.

« Il n'y a aucune crainte à concevoir sur l'influence fâcheuse que l'inoculation, suivant quelques-uns, exercerait sur la santé, si l'opération est bien faite et avec les précautions prescrites.

« La petite vérole, quand elle n'est pas contre-carrée par la vaccination, est une maladie des plus terribles et des plus affreuses par ses ravages, non-seulement à cause des décès qu'elle entraîne, mais encore à cause des traces qu'elle laisse sur ceux qui survivent à l'attaque.

« L'opération de la vaccination doit donc être assurée par tous les moyens et strictement exigée par l'Etat.

« Les opinions des hommes les plus éminents de la science sont d'accord avec la commission; celle-ci s'accorde à dire avec le docteur Gull : « Que la vaccination est un médicament aussi protecteur contre la petite vérole que la petite vérole elle-même; » avec le docteur West, qui affirme comme résultat de son expérience médicale à l'hôpital des enfants de Great-Ormond Street (où il a traité de 50 à 60,000 enfants depuis 1835), « l'innocuité complète de la vaccination sur la santé de l'individu vacciné; » et avec le docteur William Jenner, qui déclare « qu'il se considérerait comme un misérable et coupable du plus grand crime, s'il ne recommandait point à tous les parents de faire vacciner leurs enfants dès le bas âge. »

« La violence de l'épidémie variolique, qui sévit encore d'une manière si persistante et si cruelle dans nos villes et surtout dans la métropole, a été présentée comme une preuve de l'inutilité de la vaccination.

« La commission pense et croit fermement, d'une part, que si la vaccination n'avait pas été générale, l'épidémie eût revêtu le caractère pestilentiel et que la petite vérole eût fait des victimes sans nombre, comme elle ne manque pas d'en faire dans les populations qui négligent la vaccination; et, d'autre part, que si le préservatif avait été appliqué universellement, l'épidémie actuelle variolique n'aurait jamais atteint le degré d'intensité qu'on a observé.

« On pense, en général, et avec raison, que la vaccination doit être répétée à l'âge de puberté. Comme il est souvent fort difficile d'obtenir la revaccination, il est d'autant plus essentiel d'exiger que tous les enfants soient vaccinés dès leur bas âge, tant pour les garantir eux-mêmes que pour garantir le reste de la communauté d'une contagion certaine.

Il y a trois classes d'enfants qui, par la faute de leurs parents, demeurent non vaccinés, et qui sont non-seulement très-menacés dans leur santé, mais peuvent devenir des foyers d'infection pour les autres. La première classe comprend les enfants totalement négligés par leurs parents. La seconde, très-nombreuse, comprend les enfants dont les parents ne refusent pas précisément l'opération, mais qui se promettent de la faire quelque jour, et la remettent sans cesse plus tard; ils ne sont, la plupart du temps, vaccinés que lorsque l'épidémie sévit et que la panique est devenue générale.

« La troisième catégorie d'enfants non vaccinés correspond à des parents qui sont convaincus que la vaccination est nuisible. Pour les deux premières classes d'enfants, il n'y a aucune difficulté à obliger, par des mesures légales, les parents à faire vacciner leurs enfants. Quant à la troisième classe, il convient de bien examiner si l'Etat doit intervenir, dans le but de protéger la communauté de la contagion que pourraient amener les enfants de cette classe et de garantir ces enfants, eux-mêmes victimes d'idées préconçues, mauvaises et dangereuses.

« La commission a examiné avec le plus grand soin s'il y avait lieu de faire disparaître de la loi les mesures coercitives et pénales consignées dans la loi de 1867, qui, contrairement aux dispositions précédentes de la législation anglaise et irlandaise, rendent les parents responsables et leur infligent des amendes répétées et des pénalités lorsqu'ils ne font pas vacciner leurs enfants.

« La commission, quoique ayant constaté de nombreux cas d'amende avec récidive infligée aux parents qui refusaient itérativement de faire vacciner leur enfant, pense que le père n'a point le droit d'exposer les enfants voisins à une maladie contagieuse, et exprime l'opinion que les mesures édictées dans la loi sont loin d'atteindre complétement le but..... »

Le reste du rapport est consacré à l'indication de diverses mesures nouvelles destinées à assurer l'exécution du *vaccination act*.

— L'Établissement d'hydrothérapie d'Auxerre à vendre, par suite du décès du docteur Fontaine, directeur de l'Établissement.

S'adresser à Mme Ve Fontaine, rue Française, 4, Auxerres.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments ou autres objets).

—

Revue photographique des hôpitaux de Paris. Bulletin médical publié sous le patronage de l'administration de l'Assistance publique, paraissant du 1er au 5 de chaque mois. — 2e année; numéros de juillet et août 1870. — Chaque numéro se vend séparément. — Prix : 2 fr.

Des différentes formes de l'ovarite aiguë, par le docteur SCAGLIA. In-8 de 116 pages. — Prix broché : 2 fr.

Thérapeutique des maladies chirurgicales des enfants, par M. HOLMES, ancien chirurgien de l'hôpital des Enfants-Malades de Londres; ouvrage traduit sur la seconde édition et annoté sous les yeux de l'auteur, par le docteur O. LARCHER, ancien interne, lauréat des hôpitaux de Paris, avec 330 figures. — Paris, 1870; un fort volume in-8. — Prix : 15 fr.

Étude sur les affections glaucomateuses de l'œil, par M. le docteur MOHAMMED Émir, ancien médecin de l'intendance sanitaire d'Égypte. In-8. — Prix : 4 fr.

Traitement du cancer du col de l'utérus par la galvano-caustique thermique, par M. le docteur AMUSSAT fils; broch. in-8. — Prix : 75 centimes.

De l'épilepsie et de sa guérison, par M. le docteur J. AGABEC; in-12. — Prix : 1 fr.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

N° 21. — SAMEDI 18 FÉVRIER 1871. 44e ANNÉE. SAMEDI 18 FÉVRIER 1871. — N° 21.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois. . . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 24 juin 1871.

DOCUMENTS

POUR SERVIR A L'HISTOIRE DU MOUVEMENT SCIENTIFIQUE
PENDANT LE SIÉGE DE PARIS (1).

3 DÉCEMBRE.

V. **Ambulances de la Presse.** — M. le docteur Amédée Latour publie le rapport suivant sur son service médical de l'ambulance de Béhague.

AMBULANCE DE L'HÔTEL DE BÉHAGUE.

Rapport à M. le docteur Ricord, chirurgien en chef et président du Comité des ambulances de la Presse, sur le service médical de l'ambulance de Béhague.

Cher et illustre maître,

Vous m'avez fait l'honneur de me désigner comme chef du service médical à l'ambulance de la Presse, située hôtel de Béhague, avenue Bosquet, n° 16.

Par suite de circonstances qui vous sont connues et que je n'ai pas besoin de rappeler ici, cette ambulance cesse de nous appartenir et devient ambulance municipale du VIIe arrondissement.

C'est fort regrettable.

I

L'hôtel de Béhague, l'une des plus splendides demeures du Paris moderne, présentait les meilleures conditions nosocomiales possibles. Situé sur une large avenue plantée d'arbres, sur un des côtés du Champ-de-Mars, auquel il confine, précédé d'une vaste cour et entouré d'un charmant jardin, cet hôtel, admirablement ajouré d'ailleurs, est en possession de l'air, de l'espace, du soleil, sans compter de l'eau en abondance.

L'ambulance avait été installée au rez-de-chaussée de l'hôtel, dans la vaste galerie des fêtes, où l'œil est réjoui par des peintures murales, des bustes supportés par des colonnes de marbre, des arbustes et des plantes rares, des treillages dorés et par un plafond vitré à teinte verte, qui répand sur la galerie un jour doux et gai.

L'infirmerie s'ouvrait sur le jardin, dont elle n'était séparée que par un vaste cabinet de toilette, pavé en marbre, et qui a servi de bain à nos pauvres malades. Jusqu'aux mauvais jours le jardin a été précieux pour nos convalescents, qui ont trouvé là un lieu de distraction et de promenade salubre et charmante.

C'est sans doute parce que vous connaissiez mon goût pour la campagne et pour les fleurs que vous m'avez désigné pour le service de cette ambulance où abondent les fleurs, magnifique habitation de ville où se rencontrent tous les agréments d'une délicieuse habitation des champs.

Vous avez aussi pensé qu'un vieux journaliste, que le rédacteur en chef de l'*Union médicale* ne pouvait appartenir qu'aux Ambulances de la Presse, et je vous en suis reconnaissant, comme d'avoir cru à mon affectueux empressement à donner mon modeste concours à une œuvre dont vous êtes le chef intelligent et dévoué.

Elle n'avait qu'un inconvénient pour moi, cette ambulance, c'était sa situation excentrique et son éloignement de plusieurs kilomètres de ma demeure. Mais on se fait à tout, même aux longues courses, quand elles ont un but utile. D'ailleurs, et il serait ingrat de l'oublier, la noble dame, propriétaire de ce riche hôtel, avait ordonné, avant son départ de Paris, qu'une de ses voitures allât chercher chez lui, tous les matins, le médecin de l'ambulance. Et voilà pourquoi, cher maître, plusieurs de mes confrères, un peu intrigués peut-être, ont pu voir votre humble ami traîné par un coursier rapide dans un élégant équipage aristocratiquement armorié.

II

Quelques mots sur le personnel médical, pharmaceutique et hospitalier de cette ambulance.

Sur ma demande, vous m'avez adjoint mon ami et collaborateur, M. le docteur Tartivel, qui, chassé par les Prussiens de l'établissement hydrothérapique de Bellevue, comme moi de ma tant regrettée maison de Châtillon, s'est trouvé heureux de mettre ses talents, son intelligence et son dévouement au service des Ambulances de la Presse.

M. le docteur Tartivel est un praticien éclairé, prudent et réservé de l'école naturiste, à laquelle je me fais gloire d'appartenir aussi. Entre nous a existé un accord parfait et sur la nature des accidents morbides qui se présentaient à notre observation et sur les indications thérapeutiques que nous avions à remplir. Nous faisions notre visite tantôt alternativement, tantôt et plus souvent ensemble, mettant en commun nos réflexions et nos idées, nous éclairant mutuellement de nos conseils, faisant une sorte de consultation au lit de chaque malade, et ne nous décidant pour tel ou tel traitement qu'après entente et délibération.

Je vous assure, très-cher maître, que cette clinique en collaboration, quand elle s'exerce par deux médecins n'ayant à faire prévaloir ni idées systématiques, ni esprit d'aventure, ne trouvant d'autre mobile que le désir de soulager et de guérir, est une bonne et utile pratique pour des confrères qui, comme nous, avions mis de côté toute prétention d'amour-propre et de suprématie.

Vous verrez d'ailleurs tout à l'heure, cher maître, par le résultat final, que les malades eux-mêmes n'ont eu qu'à se féliciter de notre accord confraternel.

M. le docteur Gouin, jeune confrère distingué, avait accepté l'humble position d'interne dans notre ambulance, et nous a également prêté son utile concours. J'ai cru devoir l'exonérer, dans les derniers temps, de ce service, afin qu'il pût remplir plus librement ses fonctions absorbantes de chirurgien de la garde nationale et de médecin du bureau de bienfaisance de son arrondissement.

Le service pharmaceutique, confié à MM. Petit, Herbelin et Labordette, a été fait avec zèle et intelligence. Nous avons trouvé dans ces honorables collaborateurs des hommes aussi instruits que dévoués, et leur participation empressée au service de l'ambulance n'a pas été sans influence sur les bons résultats que nous avons obtenus.

Quant au service hospitalier, il a été fait d'abord par une, puis par deux sœurs de l'Espérance, deux anges de bonté, de douceur, de charité, dignes et saintes filles dont je ne puis plus parler qu'avec une respectueuse admiration, et dont tous nos malades ont béni le dévouement, l'intelligence et le cœur.

En ce qui me concerne, et quelque embarrassant qu'il soit de parler de soi-même, laissez-moi vous dire que ce n'est pas sans un certain trouble et une grande hésitation que j'ai accepté la mission que vous me faisiez l'honneur de me confier. Retiré depuis plusieurs années de la pratique médicale, à cause d'un tremblement nerveux des mains qui ne me permettait plus de faire une saignée ou d'ouvrir un abcès, j'éprouvais la crainte légitime d'avoir à recommencer, et peut être au détriment des malades, une éducation médicale un peu rouillée par le non-exercice. C'est toujours un terrible problème que présente un malade au médecin honnête; celui-ci peut nuire aussi bien en n'agissant pas en temps opportun, qu'en agissant intempestivement. Cependant, en rappelant mes souvenirs d'une pratique assez active de plus de vingt années, ma conscience médicale ne m'en présentait aucun d'une faute lourde ni d'un malheur qui me fût imputable. Je me rappelai aussi qu'élève des écoles célèbres de Rostan, de Chomel, de Louis, d'Andral, qu'ayant eu pour condisciples et amis Valleix, Grisolle, Barth, la fine fleur de ces écoles, j'avais puisé auprès de ces maîtres et amis un fonds solide de bonne observation, de diagnostic sévère, de prudence hippocratique et de thérapeutique sage et modérée. Je me dis alors : peut-être ne ferai-je pas plus mal qu'un autre, et j'acceptai votre mission, me promettant bien d'avoir toujours à la pensée cette précieuse maxime : *Primo, non nocere.*

III

L'ambulance de Béhague avait installé seize lits; c'est à peu près le nombre dont les plus grands cliniciens de la fin du dernier siècle et du commencement de celui-ci pouvaient disposer aux célèbres cliniques de Vienne et d'Italie.

Ces seize lits ont été quelquefois occupés; la moyenne des malades présents a été de onze. Ce nombre est suffisant et permet au chef de service d'accorder une égale attention à tous ses malades. Indépendamment des inconvénients que produit l'agglomération dans les salles, si vastes soient-elles, il y a toutes sortes d'avantages à ne réunir qu'un petit nombre de malades sous une même direction médicale et hospitalière. Si tous les chefs de service des nombreuses ambulances répandues dans Paris font connaître leurs résultats, il sera bien intéressant de les comparer aux résultats obtenus dans les grands hôpitaux, et la question des grands et des petits nosocômes, — car les ambulances ne sont après tout que de petits hôpitaux, — pourra trouver des éléments précieux de solution.

Du commencement de septembre à la fin de novembre, nous avons reçu, cher maître, *vingt-neuf* malades, ainsi répartis dans l'effectif de l'armée :

Garde nationale sédentaire..	1
Garde mobile..................	10
Ligne........................	15
Artillerie....................	1
Zouave.......................	1
Train des équipages.........	1
Total.....	29

Voici l'indication sommaire des cas pathologiques que nous avons eus à traiter :

IV

Angines. — Deux cas. Une angine tonsillaire simple, qui a rapidement cédé aux gargarismes boratés.

Une angine pultacée, qui a exigé plusieurs cautérisations avec l'azotate d'argent, suivie d'une guérison rapide.

Bronchite. — Un cas de bronchite aiguë, avec mouvement fébrile intense dans les premiers jours, mais qui a cédé promptement aux juleps thébaïques et à un purgatif.

Phthisie pulmonaire. — Un cas, sur un malheureux mobile de la Côte-d'Or, qui est venu succomber le lendemain de son entrée à une hémoptysie considérable, que l'emploi des préparations de ratanhia et de perchlorure de fer n'a pu conjurer. Sur ce pauvre jeune homme, qu'il est difficile de comprendre qu'on ait pu incorporer et garder dans l'armée, la débilité était si extrême, que nous n'avons pas osé recourir à la saignée dérivative.

C'est le seul décès que nous ayons eu à regretter dans notre ambulance.

Embarras gastrique.—Un cas, dont les vomi-purgatifs ont promptement fait justice.

Dysentérie. — Quatre cas. La plus longue durée de séjour de ces quatre malades a été de vingt jours; la plus courte de cinq jours.

Le traitement a consisté en lavements amidonnés et laudanisés, en cataplasmes sur le ventre, en eau de riz opiacée pour boisson, en un ou deux purgatifs salins, et quelquefois dans l'emploi de sous-nitrate de bismuth à dose croissante. L'alimentation n'a jamais été complétement supprimée. La convalescence a été prompte et sans rechute.

Je dois présenter ici une remarque assez curieuse. Le premier dysentérique reçu dans l'ambulance a répandu une sorte d'influence sur toute la salle. Le lendemain et les jours suivants presque tous nos malades accusèrent de la diarrhée. Je fis pratiquer des lotions avec l'acide phénique sur l'unique chaise percée qui servait aux malades, et cette sorte d'épidémie cessa aussitôt.

Fièvre typhoïde. — Trois cas. Ces trois cas nous ont donné des inquiétudes sérieuses. Nous n'y trouvions aucune des trois formes classiques si méthodiquement décrites dans nos livres de pathologie. Nous n'avions évidemment affaire ni à la forme céphalique, ni à la forme pectorale, ni à la forme abdominale suffisamment accentuée; ce n'était pas non plus de l'adynamie profonde, ni de l'ataxie prononcée. C'était un peu de tout cela, mêlé, brouillé, alternatif, tantôt peu, tantôt plus accusé, quelquefois avec rémittences sensibles, rémissions et exacerbations sans type ni régularité.

Cependant, pour justifier notre diagnostic du tableau symptomatique sous lequel on écrit ces mots : *Fièvre typhoïde*, je dois ajouter, cher maître, que nous avions noté les phénomènes suivants plus ou moins prononcés :

Épistaxis et diarrhée prodromiques, stupeur, hébétude, délire, insomnie, pouls de 100 à 120 pulsations, dicrote, langue sèche, ratatinée, fuligineuse, ainsi que les gencives. Gargouillement iléo-cœcal, tendance au ballonnement du ventre, taches rosées lenticulaires sur leur lieu d'élection, congestion bronchique hypostatique.

De cet ensemble de symptômes nous nous sommes crus autorisés à diagnostiquer la fièvre typhoïde et à nous conduire en conséquence.

Notre conduite thérapeutique a été fort simple, cher maître, et l'on ne pourra ni nous reprocher ni nous louer d'avoir rien innové dans le traitement de la fièvre typhoïde :

Cataplasmes émollients sur le ventre; purgatif salin au début; un verre d'eau de Sedlitz tous les jours; sulfate de quinine ou extrait de quinquina dans une potion; bouillons coupés comme aliments; eau vineuse comme boisson, tels ont été nos principaux moyens de traitement et qui ont heureusement conduit nos malades à la convalescence.

Cette convalescence sur nos trois malades a été longue et semée de péripéties et d'orages. L'un nous a vivement inquiétés par suite d'une hémorrhagie intestinale qui nous a fait craindre une perforation; l'autre a été pris plusieurs fois d'accidents dysentériques, que nous avons été obligés de combattre par l'opium et le bismuth; le troisième, enfin, a présenté des alternatives singulières et presque journalières de bien et de mal, le mal caractérisé par un état de faiblesse et de prostration qu'aucun état local ne pouvait expliquer. Le vin de quinquina a fait justice de cette situation.

Rhumatisme articulaire aigu. — Trois cas, tous les trois poly-articulaires, ayant envahi les épaules, les poignets, les genoux, les pieds, avec fièvre intense, douleurs vives, gonflement, anxiété, tout le cortége, en un mot, des phénomènes de cette douloureuse affection. Deux fois nous avons noté un retentissement sur le cœur, qui s'est traduit par un bruit de souffle bien caractérisé.

Ces trois cas ont présenté une bien grande similitude dans leur expression symptomatique et ont été traités à peu près uniformément. Pas une goutte de sang n'a été ôtée à ces trois malades. Les articulations douloureuses ont été frictionnées avec un liniment composé de laudanum et de chloroforme, et enveloppées de ouates imbibées de ce même liniment et maintenues dans une coiffe de taffetas gommé. Pour boisson, un litre par jour de chien-

(1) Voir le dernier numéro.

dent nitré, l'azotate de potasse à doses croissantes, de 75 centigrammes à 1 gramme 50 centigrammes. Quand la détente commençait, sulfate de quinine porté graduellement de 50 centigrammes à 1 gramme, en pilule où en potion. Nous n'avons pas cessé d'alimenter les malades par des potages et même par un peu de viande.

Ce traitement nous a donné dans les trois cas un résultat favorable et même assez rapide. Chez aucun de nos malades les trois septénaires n'ont été atteints avant que le mouvement fébrile n'eût cessé et que les douleurs n'eussent à peu près disparu.

Variole. — Un seul cas, que nous nous sommes empressé d'évacuer sur le service des varioleux de la rue de Sèvres.

Érythème noueux des jambes. — Un cas, sur un sujet très-lymphatique, atteint en même temps de conjonctivite strumeuse.

Le traitement local a consisté en bains, cataplasmes, le repos des membres, que nous avons fait couvrir d'un bandage roulé. — Ferrugineux, toniques à l'intérieur. — Sorti guéri.

Ecthyma. — Deux cas d'ecthyma, dont un franchement aigu, cas assez rare et ne se liant à aucune diathèse, avait son siége seulement à la jambe droite. Des bains simples et des pansements à la glycérine ont amené la guérison en vingt-deux jours.

Siége du mal plus généralisé pour le second, chez lequel on pouvait soupçonner une cause spécifique dont, appelé en consultation, vous avez éloigné l'idée.

Mêmes pansements à la glycérine; bains alcalins; amers.

Kératite et conjonctivite. — Un cas. Buvant avec des camarades, un zouave reçut quelques gouttes d'eau-de-vie dans l'œil droit : conjonctivite intense, bientôt suivie de kératite, qui nous a donné de l'inquiétude, et pour laquelle nous demandâmes l'avis de M. Demarquay. — Deux applications de sangsues aux tempes; collyre à l'atropine; vésicatoire volant à la nuque; calomel à l'intérieur à doses fractionnées; purgatifs salins. — Le malade a guéri, ne conservant que l'impression d'un léger nuage se dissipant tous les jours.

Abcès. — Un cas. Phlegmon étendu de l'aisselle et de l'épaule, ayant nécessité deux incisions.

Blessures, plaies, contusions. — Huit malades. Notre ambulance n'ayant été destinée qu'à un service de malades, nous n'avons reçu que des blessures légères et des convalescents d'autres ambulances.

Un seul des malades de cette catégorie ayant reçu une balle à l'annulaire de la main gauche nous a présenté un cas assez grave pour que nous ayons cru devoir l'évacuer sur l'ambulance des Saints-Pères, où M. Demarquay a trouvé l'amputation du doigt nécessaire.

Quant au reste des malades de cette catégorie, nous n'avons eu affaire qu'à des contusions légères, à quelques plaies sans gravité, causées par des chutes ou par des balles mortes et qui n'ont exigé que des pansements simples, des bains, des cataplasmes, etc.

V

Tels sont, très-cher maître, les humbles résultats de la mission que vous m'avez confiée.

On me dit que vous installez une nouvelle ambulance dans le faubourg Poissonnière et que, dans votre intention, sa direction médicale m'est destinée. Vous me trouverez toujours disposé à faire ce que vous me croirez capable d'accomplir. Permettez-moi seulement de vous exprimer les vœux suivants :

1° Transporter avec moi à la nouvelle ambulance le personnel médical, pharmaceutique et hospitalier qui m'a donné un si utile concours;

2° Y établir un économat, qui évite aux médecins les soins administratifs souvent embarrassants et toujours difficiles de s'occuper des exigences de l'alimentation, du chauffage, de l'éclairage, etc., etc.;

3° De ne pas laisser cette nouvelle ambulance dans l'abandon complet où s'est trouvée l'ambulance de Béhague, qui n'a reçu de l'ambulance-mère, pour ses malades, ni un pot de confiture, ni un morceau de sucre. On est si heureux de pouvoir offrir une douceur à nos vaillants défenseurs! et ils y sont si sensibles!

4° Enfin de nous mettre plus souvent en communion avec vous, cher maître, dont la présence aimable et bienveillante est un encouragement pour vos collaborateurs, toujours si heureux de votre approbation. Elle est aussi une consolation pour nos pauvres malades, qui méritent le même intérêt que les malheureux blessés. Qu'on soit atteint par une balle ou par un rhumatisme, on n'en est pas moins au service du pays, et vous savez qu'il est un ennemi plus terrible encore que le fusil et le canon, c'est la maladie.

Recevez, très-cher et très-illustre maître, l'expression des sentiments profondément affectueux de votre vieil ami.

Amédée Latour.

5 DÉCEMBRE.

VI. **Variole.** — Le conseil d'hygiène et de salubrité adresse au préfet de police le rapport suivant sur les faits de l'épidémie variolique observée à Paris depuis l'année 1865 jusqu'au 1er juillet 1870 :

Monsieur le préfet,

Le conseil de salubrité, saisi par vous de l'examen des questions que soulève l'épidémie variolique actuelle, les a examinées avec le plus grand soin. Une commission composée de MM. Beaude, Bouchardat, Delpech, Michel Lévy, Vernois, à laquelle se sont joints MM. Baube et Lasnier, a été nommée par le conseil pour lui présenter un projet de rapport et des conclusions. Cette commission a choisi M. Beaude pour son président et M. Delpech pour son rapporteur.

Après avoir discuté le projet de la commission, le conseil a l'honneur de vous présenter le rapport et les conclusions qui suivent, et qu'il a adoptés :

L'épidémie de variole, qui sévit en ce moment à Paris, n'a pas éclaté tout à coup avec une intensité voisine de celle que nous constatons aujourd'hui, ainsi que cela résulte d'un document que votre administration a fourni à M. le ministre de l'agriculture et du commerce, et qui est ci-dessous reproduit (1).

Voilà plusieurs années qu'elle se prépare, grandissant ou diminuant, en raison des conditions plus ou moins favorables qu'elle rencontre à son développement.

Ainsi le chiffre de la mortalité annuellement causée par la variole qui n'était, en 1860, pour la ville de Paris, que de 328, s'est élevé à 740 en 1865, à 615 en 1866, à 655 en 1868, à 723 en 1869; il a fléchi à 301 en 1867. Les causes de cet accroissement des décès sont de différentes sortes, et il en est certainement qui échappent à notre appréciation; mais nous pouvons en étudier quelques-unes, et cette étude ne sera pas sans intérêt, au point de vue des mesures à prendre pour faire disparaître l'épidémie actuelle et pour se préserver, autant que possible, des épidémies à venir.

La première question que l'on est porté à s'adresser est celle-ci :

Depuis le commencement de ce siècle, les épidémies graves de variole, qui produisaient au siècle dernier des ravages si terribles dans les populations, avaient presque complétement disparu, et la ville de Paris en particulier en avait été à peu près absolument préservée. C'est à l'importation et à la généralisation de la vaccine qu'un résultat si heureux était manifestement dû. Comment cette immunité s'est-elle perdue? La puissance préservatrice du vaccin a-t-elle disparu ou s'est-elle amoindrie? Les détracteurs de la vaccine n'hésitent pas à répondre par l'affirmative.

Le conseil ne peut pas partager cette opinion. La vaccine reste, à son avis, l'une des plus utiles découvertes dont l'humanité ait été dotée, et, loin de la déprécier, il serait plus juste de dire qu'avec l'activité de propagation, la vigueur de contagion que présente l'épidémie actuelle, les désastres seraient terribles, si, dans une grande proportion, la vaccine ne préservait pas ceux qui sont exposés à contracter la maladie.

Ce qui a nui au vaccin, dans l'opinion générale, c'est qu'on avait cru d'abord, en constatant ses merveilleux effets, que, à très-peu d'exceptions près, il mettait pour toujours à l'abri ceux à qui il avait été inoculé. On avait tort, sans contredit, de lui demander de mieux préserver de la variole que la variole elle-même, que l'on voit assez fréquemment encore, et très-particulièrement en ce moment, se reproduire une seconde fois chez ceux qui ont été atteints une première fois.

Dans le nombre immense des individus vaccinés, les exceptions sont devenues peu à peu plus fréquentes, et l'on a vu même de graves épidémies se manifester. On peut, dans tous les cas, affirmer qu'elles frappent en beaucoup plus grand nombre ceux qui n'ont pas reçu la vaccine, et qu'elles atteignent d'une manière beaucoup plus bénigne ceux à qui elle a été inoculée. Mais de ce que la préservation vaccinale n'est pas absolue, de ce qu'il serait utile de subir plusieurs fois, à quelques années de distance, une inoculation nouvelle pour se procurer une sécurité complète, faudrait-il donc, pour cela, perdre toute confiance dans un agent aussi précieux?

Si l'on eût dit à nos pères qu'à ce prix ils se délivreraient de la crainte d'une maladie affreuse qui, même lorsqu'elle guérit, laisse des traces cruelles, ils eussent accepté ce bienfait avec enthousiasme.

Le vaccin n'a donc point démérité, il n'a pas dégénéré, seulement on avait trop compté, à tort et sans raison, sur une préservation absolue, indéfinie, produite par son action, et, suivant toute probabilité, il ne s'était pas encore trouvé parmi nous, en présence de conditions aussi défavorables que celles que nous traversons aujourd'hui.

Il faut donc chercher ailleurs les causes de l'accroissement de l'épidémie variolique.

Il est un fait regrettable, mais qu'il importe de signaler. Si, dans un assez grand nombre de localités, et entre les mains de beaucoup de vaccinateurs, la vaccination a été convenablement pratiquée, il n'en a pas été ainsi partout et toujours. Malgré l'organisation identique du service vaccinal sur toute l'étendue de la France, soit en raison de l'insuffisance des ressources, soit par l'effet de circonstances variées, telles que la difficulté de trouver des vaccinifères dans de bonnes conditions, ou du vaccin de bonne qualité, celle de rassembler les enfants dans les populations non agglomérées, beaucoup d'individus, surtout dans les campagnes, l'incurie des parents aidant, n'ont pas été vaccinés. Beaucoup encore ont été vaccinés, sans qu'un examen judicieux ait constaté le développement régulier de la vaccine et restent livrés à une funeste sécurité. Ce sont là, on le comprend, des causes importantes de propagation de la variole.

Nous en trouverons une autre dans des craintes qui se sont répandues au sujet d'inconvénients, de dangers que pourraient présenter l'inoculation du virus vaccin et qui ont éloigné un assez grand nombre de personnes de la vaccination.

On a accusé en effet le vaccin de pouvoir transmettre à la personne vaccinée les maladies contagieuses dont est atteint le vaccinifère. Les exagérations aidant, on en est venu à croire, dans le public, que tous les vices de constitution pouvaient être ainsi propagés.

On ne peut nier qu'un certain nombre de faits ne semblent démontrer qu'une seule maladie, l'une de celles, il est vrai, dont la transmission peut être le plus pénible, ne se soit propagée, dans quelques cas, du vaccinifère au vacciné. Mais ceux de ces faits qui paraissent probants sont d'une excessive rareté, et d'ailleurs bien des obscurités restent encore à éclaircir à leur sujet.

Ajoutons que de sages précautions, parmi lesquelles nous placerons en première ligne celle de ne prendre pour vaccinifères que des enfants âgés de trois à quatre mois au moins, et présentant tous les caractères de la santé, soumis à un scrupuleux, mais facile examen, peuvent rendre absolument nul ce danger.

Toutefois, le bruit regrettable qui s'est fait d'une manière extrascientifique autour des faits dont il vient d'être question, a détourné de la vaccine et surtout de la revaccination un grand nombre de personnes et de familles. Beaucoup d'autres en ont été éloignés par cette singulière opinion que, dans les temps d'épidémie, la vaccine développe la variole. Cette opinion a été corroborée à tort dans leur esprit par le fait d'individus vaccinés ou revaccinés alors qu'ils avaient déjà contracté la variole, dont l'incubation dure douze jours, et chez lesquels, comme cela arrive constamment, la maladie ne s'en développait pas moins à son heure régulière.

On peut affirmer, sans hésiter, que la crainte de voir la variole se communiquer par la vaccine ou sous son influence n'a aucune raison d'être et ne peut être sérieusement défendue.

Il faut mettre enfin parmi les causes de la persistance de l'épidémie les nombreuses revaccinations faites au moyen de la génisse et très-ordinairement dans des conditions mauvaises.

Commençons par admettre que le vaccin animal, lorsqu'il prend, donne très-probablement, au point de vue de la préservation, des résultats aussi favorables que le vaccin jennérien. Admettons, en outre, que pour les vaccinations il offre absolument les mêmes avantages, puisqu'il est toujours facile de renouveler une tentative qui n'a pas réussi jusqu'à ce qu'elle ait été suivie de succès. Mais, pour les revaccinations, il n'en est pas de même; elles doivent être faites, pour réussir, dans les conditions les plus favorables. Or, le vaccin animal, soit en raison de la coagulabilité plus rapide des liquides dans l'espèce bovine, soit par suite de l'emploi de la pince pour comprimer les pustules, soit, suivant quelques observateurs, par l'effet de la diminution de l'activité du virus produite par le nombre considérable de pustules que l'on a l'habitude de produire chez la génisse dans le but de multiplier les surfaces de transmission, ce vaccin, disons-nous, prend plus rarement et plus difficilement. Il en résulte que, tandis qu'après la revaccination de bras à bras faite avec soin et par un nombre suffisant de piqûres, un résultat négatif témoigne suffisamment de la persistance d'action du vaccin ancien, le même résultat négatif donné par la revaccination animale ne laisse à ce point de vue aucune sécurité. Aussi les exemples de variole, après des revaccinations faites sur la génisse, se sont-ils fréquemment présentés dans ces derniers temps.

La fausse sécurité donnée par cette pratique a donc exercé sur la propagation de l'épidémie actuelle une sensible influence. L'efficacité plus grande du vaccin jennérien a été souvent démontrée par ce fait qu'après un insuccès, lorsque la vaccination avait été pratiquée avec le vaccin de génisse, on a pu produire une vaccine complète avec le vaccin transmis de bras à bras.

Le conseil a dû étudier encore une action qui ne paraît avoir exercé qu'une influence restreinte, quoique réelle, sur la marche générale de l'épidémie régnante, mais qu'il était, dans tous les cas, important d'examiner pour l'avenir, c'est celle des foyers infectieux. On avait accusé l'établissement d'un hôpital de varioleux dans les bâtiments de l'ancien hospice des Incurables (femmes), devenu l'annexe de l'hôpital de la Charité, d'avoir augmenté dans une grande proportion le nombre des personnes atteintes de variole dans le voisinage.

Il était impossible de contrôler cette assertion au point de vue du nombre de cas terminés par la guérison, à l'occasion desquels aucune appréciation statistique régulière n'est possible. Les médecins du voisinage affirmaient bien que leur nombre avait augmenté d'une manière importante, lorsque celui des varioleux rassemblés dans l'annexe était devenu considérable; ils affirmaient de plus un fait intéressant : on sait combien, depuis plusieurs mois, le vent du nord-est a régné d'une manière constante; suivant eux, c'était sous le vent de l'hôpital que cette augmentation s'était surtout produite. Le conseil a voulu contrôler ces assertions, et voici quels résultats il a obtenus, en prenant pour base le nombre des décès que l'on peut établir d'une manière authentique.

C'est en février 1870 que les varioleux ont été rassemblés, encore en petit nombre dans l'hospice des Incurables : on a constaté dans ce mois 22 entrées, sur lesquelles il s'est produit 3 décès; voici dans quelle proportion le nombre s'est accru dans les mois suivants :

Mars................	344 entrées,	54 décès.
Avril................	411 —	84 —
Mai..................	498 —	90 —
Juin.................	441 —	67 —

C'est donc vers la fin de mars ou au commencement d'avril que l'influence de cette accumulation a pu se faire sentir, en tenant compte de la période d'incubation.

L'hospice des Incurables est situé sur la limite méridionale du 7e arrondissement; il est séparé du 6e par la rue de Sèvres et des parties plus habitées du 7e, par des espaces assez considérables occupés par des jardins. Pour ce dernier arrondissement, la mortalité par la variole s'est ainsi distribuée :

Mars, 12 décès, dont 14 dans le voisinage immédiat des Incurables.

Avril, 20 décès, dont 9 dans le voisinage immédiat des Incurables.

Mai, 31 décès, dont 10 dans le voisinage immédiat des Incurables.

Juin, 39 décès, dont 10 dans le voisinage immédiat des Incurables.

Comme on le voit, les parties de l'arrondissement qui avoisinent immédiatement l'annexe de la Charité ont été un peu plus atteintes que le reste de l'arrondissement, mais la différence n'est pas assez grande pour qu'on en puisse tirer une conséquence formelle sur l'influence de l'agglomération des varioleux. Cette différence est beaucoup plus tranchée, si l'on considère les quartiers placés sous le vent.

(1) *Tableau par mois des décès causés dans la ville de Paris par la variole, pendant les années* 1860, 1861, 1862, 1863, 1864, 1865, 1866, 1867, 1868, 1869, 1870.

MOIS	1860	1861	1862	1863	1864	1865	1866	1867	1868	1869	1870
Janvier........	48	13	101	20	43	58	124	17	82	63	174
Février........	38	42	82	30	41	44	93	17	73	57	293
Mars...........	43	16	72	34	37	42	82	18	82	62	406
Avril..........	40	24	47	27	41	38	66	16	66	60	561
Mai............	18	32	34	29	25	30	52	20	57	67	786
Juin...........	17	29	31	20	35	19	61	11	27	42	866
Juillet........	25	33	22	17	32	30	45	17	39	38	983
Août...........	26	40	27	20	25	31	38	29	16	37	697
Septembre......	22	58	19	31	18	63	21	31	33	45	741
Octobre........	21	113	10	38	20	111	10	18	48	39	1381
Novembre.......	17	68	11	33	29	146	12	38	59	93	
Décembre.......	13	81	20	49	38	128	11	69	73	119	
Totaux....	328	549	476	348	384	740	615	301	655	723	

Le quartier du 6e arrondissement, placé de l'autre côté de la rue de Sèvres et au sud des Incurables, est le quartier Notre-Dame-des-Champs; il comprend 37,198 habitants.

La mortalité, par la variole, s'y est comportée comme on le verra dans le tableau suivant, dont le premier chiffre indique la mortalité générale du quartier, et le second les décès constatés dans un périmètre borné par la rue de Sèvres, la rue Dupin, la rue du Cherche-Midi et la rue Mayet, c'est-à-dire, confinant aux Incurables d'une manière très-prochaine :

Février	1 décès			
Mars..	0 »			
Avril..	14 décès, dont	6	dans le périmètre indiqué,	
Mai...	19 »	id.	8	id.
Juin...	25 »	id.	14	id.

Il est facile de voir que la portion très-restreinte du quartier Notre-Dame-des-Champs, qui a été comprise dans le périmètre de voisinage, a été notablement plus frappée que les autres parties de la circonscription.

Cette différence devient bien plus tranchée, si l'on considère ce qui se passait au même moment dans les trois autres quartiers du 6e arrondissement.

Voici, en effet, pour ces trois circonscriptions, le tableau comparatif des décès :

	MONNAIE 20,826 habit.	ODÉON 22,391 habit.	ST-GERM.-DES-PRÈS 18,700 habit.
Février	2 décès	0	1 à la Charité.
Mars	0 —	0	2
Avril	1 —	1	3
Mai	2 —	4	6
Juin	4 —	5	7
	9	10	19 (1)

Comme on le voit, tout en tenant compte de ce fait, que le quartier Saint-Germain-des-Prés, fort rapproché du périmètre ci-dessus indiqué, a été plus atteint que les deux autres, quoique la mortalité y ait été bien moindre que dans le quartier Notre-Dame-des-Champs (de 7 à 25, la population du dernier étant seulement double de celle du premier), le voisinage des Incurables a été tout spécialement frappé au milieu de zones très épargnées.

Il est facile de voir encore que la mortalité exceptionnelle ne s'y est prononcée que lorsque l'accumulation des malades dans l'hospice a créé là un véritable foyer infectieux.

L'augmentation du chiffre des décès, due à cette cause, est loin de constituer un sinistre, mais elle est assez prononcée pour qu'il y ait lieu pour l'avenir, et en dehors de cas de force majeure, comme celui qui s'est présenté cette fois, d'éloigner des populations agglomérées les hôpitaux spéciaux destinés aux varioleux.

Il ne serait peut-être point, non plus, sans utilité de tenir compte de la direction la plus habituelle des vents pour en choisir l'emplacement.

A toutes les causes qui viennent d'être étudiées et qui ont pu agir sur la diffusion générale ou locale de l'épidémie variolique actuelle, il faut ajouter cette série de causes, occultes dans leur nature, mais évidentes par leur action, qui président à la généralisation des maladies.

De même, pour prendre une comparaison éloignée, que certaines conditions de terrain, d'humidité, de température, favorisent le développement des plantes et l'action des ferments, de même les influences extérieures et ce qu'on appelle les constitutions générales qu'elles produisent, agissent puissamment sur le développement des germes contagieux.

Or nous traversons depuis quelques mois une saison trop exceptionnelle pour n'y pas voir une explication suffisante des faits non moins anormaux qui se produisent sous nos yeux. Il y a donc toute raison d'affirmer que des influences saisonnières nouvelles enlèveront à la variole la puissance contagieuse qui la caractérise en ce moment et que nous rentrerons bientôt dans l'état dont nous sommes sortis, il y a quelques mois (2). Mais, ainsi qu'on l'a vu plus haut, cet état lui-même n'était point satisfaisant, et il y a lieu d'indiquer les moyens de revenir à la situation où nous nous trouvions il y a quelques années.

Il n'est pas besoin de démontrer plus longuement que c'est dans la vaccination qu'il faut chercher le moyen d'y parvenir; mais comment faut-il la pratiquer?

Nous avons dit plus haut pour quelles raisons les revaccinations devaient être faites de préférence avec le vaccin jennérien et de bras à bras; nous ajouterons qu'il ne faut pas donner trop d'encouragement au vaccin animal, même pour les vaccinations, à moins d'insuffisance démontrée de vaccin humain. Il faut réserver les ressources réalisables en beaucoup plus grande part pour ce dernier.

Il est désirable, on le comprend, d'employer un virus vaccin facile à conserver et à transporter au loin; on n'a pas toujours en effet sous la main les personnes que l'on veut vacciner.

Il peut être utile d'envoyer dans un lieu atteint d'épidémie du vaccin sur l'action duquel on puisse compter.

Or, de l'aveu de ses partisans les plus déclarés, le vaccin animal ne se conserve et ne se transporte qu'avec la plus grande difficulté. Les encouragements de l'administration doivent donc être réservés surtout à la vaccination de bras à bras.

Il est nécessaire de le dire de la manière la plus formelle, l'état actuel de la vaccination à Paris et en France est douloureusement insuffisant. Comme le démontre l'épidémie actuelle, ce service doit être étendu et sa dotation considérablement augmentée.

En effet, la prime offerte à toute personne nécessiteuse qui fait vacciner son enfant ne l'oblige ni ne l'engage à le faire servir, sa vaccine une fois développée, aux vaccinations et aux revaccinations.

Il serait utile d'allouer, comme prime, des sommes suffisantes pour qu'un intérêt réel vînt encourager les mères à permettre d'employer leurs enfants comme vaccinifères; on choisirait, au moment de la vaccination, des enfants dont la santé ne laisserait prise à aucun soupçon, et l'on récolterait sur eux le vaccin destiné aux vaccinations et aux envois à faire au loin, soit pour fournir au service régulier de la vaccine, soit pour s'opposer à la généralisation d'épidémies commençantes.

Cette dépense est certainement une des plus fructueuses que l'on puisse faire. Lorsque l'on constate le nombre considérable de décès amenés dans le cours des deux premières années de la vie par la variole, on est frappé de l'influence que les améliorations qu'elle permettrait de réaliser à ce point de vue, pourraient exercer sur la mortalité du premier âge.

A côté de la production régulière du vaccin de bonne qualité, il faudrait placer les moyens propres à amener le plus grand nombre possible de personnes à se soumettre à l'inoculation vaccinale.

Déjà l'Etat exige pour l'admission dans les asiles, dans les écoles, dans les lycées, la présentation d'un certificat de vaccine. Il faudrait généraliser beaucoup cette mesure, et ne pas permettre que le moindre employé dépendant de l'administration pût s'y soustraire. Ainsi, à Paris, les ouvriers employés dans les chantiers de la Ville, les cantonniers, les balayeurs devraient avoir été vaccinés, et mieux encore revaccinés. Les résultats obtenus pour l'armée et déjà publiés sont trop favorables pour qu'il y ait lieu d'insister sur les avantages d'une semblable intervention administrative. Et qu'on ne vienne pas dire qu'il y a là une atteinte portée à la liberté. En Angleterre, la législation rend la vaccination obligatoire, en raison de cette considération qu'il n'est permis à personne, en s'exposant à prendre une maladie contagieuse dont il est possible de se préserver, de faire courir à une autre personne le risque de la contracter à son tour.

En dehors de son initiative directe, l'administration devrait, en outre, exercer son influence pour répandre la vaccination et la revaccination, en s'adressant aux chefs des industries qui occupent un grand nombre de personnes. Elle leur ferait comprendre qu'il est de leur intérêt d'éloigner la variole de leurs magasins ou de leurs ateliers, et elle s'assurerait leur concour pour la diffusion de la vaccine.

A l'occasion des revaccinations, une importante question se présente : à quel âge doivent-elles être faites pour la première fois; à quelles périodes doivent-elles être renouvelées? A en croire quelques médecins, on devrait répéter fréquemment les tentatives et ne s'arrêter, pour quelque temps, qu'après avoir obtenu un succès complet. Il est facile de démontrer qu'il y a là une très-grande exagération, dont le résultat certain serait d'éloigner de la revaccination un certain nombre de personnes qui l'eussent sans cela acceptée.

Le vaccin, reçu au moment de la naissance, produit souvent une préservation indéfinie, et le nombre est grand de ceux chez lesquels les revaccinations restent toujours sans résultat. S'assurer tous les quatre ou cinq ans de la persistance de cette immunité semble alors satisfaire complétement aux lois de la prudence; mais en dehors de ces heureuses circonstances qui sont le résultat, soit d'une imprégnation vaccinale plus puissante, soit d'une conservation individuelle plus complète, quelques règles peuvent être posées.

Lorsque l'on examine, en effet, les tables de la mortalité par la variole, on constate les faits suivants :

Celles qui ont été établies avant la découverte de la vaccine accusent la mortalité la plus grande dans les dix premières années de la vie.

Si, au contraire, l'on examine les tableaux officiels dans lesquels les âges des personnes qui ont succombé à la petite vérole sont indiqués pour l'épidémie régnante, on constate que la mortalité s'est déplacée.

Les décès sont assez nombreux dans la première et même dans la seconde année, mais l'expérience permet d'affirmer qu'ils sont produits exclusivement par les enfants non vaccinés ou mal vaccinés; ceux qui ont reçu la vaccine régulière étant en effet complétement préservés à cette époque de la vie.

L'incurie des familles doit donc seule être accusée de ce résultat.

Mais, à partir de deux ans et jusqu'à dix, la mortalité devient très-faible, et elle paraît devoir porter encore sur les enfants qui n'ont pas été vaccinés.

Ce qui semble le prouver d'une manière bien complète, c'est que, de dix à quinze ans, la mortalité devient à peu près nulle. Cette période est celle de la préservation la plus complète. Nous avons voulu établir ces faits par des chiffres authentiques, et nous avons consulté la statistique des décès dus à la variole, considérée au point de vue des âges, établie par votre administration. L'épidémie actuelle nous offre les conditions les plus nettes pour faire cette utile démonstration. Or, depuis le 1er novembre 1869 jusqu'au 31 mai 1870, voici comment les décès se sont classés à ce point de vue dans la ville de Paris :

De 0 à 2 ans, 414 décès;

De 2 à 10, période de 8 ans, 141 décès;

De 10 à 15 ans, 44 seulement;

Ce chiffre se relève à 240, de 15 à 20 ans;

Et à 736, de 20 à 30, ce qui constitue la plus haute mortalité, au point de vue de l'âge (1).

Il est donc peu utile de revacciner avant l'âge de 9 ou 10 ans, et même de 10 à 15, et l'on pourrait tirer des considérations qui précèdent la conséquence que la préservation vaccinale peut être considérée comme complète pendant une période de dix années au moins.

A partir de l'âge de 10 ans, il serait prudent de tenter la revaccination toutes les quatre ou cinq années, à moins qu'un développement régulier et complet de la vaccine permît de croire encore à une immunité décennale.

Bien que la mortalité par la variole diminue beaucoup après quarante ans, l'immunité est loin d'être complète, et la revaccination ne doit pas être négligée. Plusieurs octogénaires ont succombé à la variole dans le courant de cette année.

Il n'est pas besoin de dire que, pendant les épidémies intenses, le plus sage est de se soumettre immédiatement à la revaccination.

Parmi les efforts déjà faits pour combattre l'épidémie régnante, le conseil ne peut qu'approuver ceux qui ont eu pour but d'isoler les varioleux, leur présence dans les salles communes exposant les malades atteints d'autres affections à contracter en outre la variole.

L'importance de cette mesure peut être facilement établie par l'examen des faits qui se sont produits à l'Asile de Vincennes, où sont reçus les convalescents des hôpitaux de Paris. Dans le cours des huit mois écoulés du 1er novembre 1869 au 30 juin 1870, 46 de ces convalescents ont été atteints de variole moins de douze jours après leur entrée. Ils l'avaient, par conséquent, contractée dans les salles où ils avaient été admis pour des maladies diverses (1).

Il en a été de même à l'hôpital Necker, où douze lits ont été réservés aux varioleux dans de petites salles complétement séparées. Depuis le 1er janvier, 23 cas intérieurs se sont déclarés chez des malades entrés depuis plus de dix jours.

Ainsi, malgré les précautions prises, un nombre trop considérable de varioles s'est développé sous l'influence nosocomiale de voisinage. Or, ce nombre est encore bien au-dessous de la vérité, puisqu'il ne comprend pas les cas de variole développés et traités dans les hôpitaux où ils s'étaient produits, l'hôpital Necker excepté. A Vincennes même, 22 convalescents ont été atteints de la petite vérole, pendant la période indiquée, plus de douze jours après leur admission à l'asile où ils l'avaient dès lors très-certainement contractée.

Il faut donc créer des hôpitaux exclusivement destinés aux varioleux.

C'est le système, qui, depuis longtemps a prévalu à Londres, où il a produit les plus favorables résultats. Mais doit-on laisser ces hôpitaux spéciaux au milieu des villes? Le conseil ne le pense pas.

Bien que la réunion d'un grand nombre de varioleux n'ait pas eu dans l'épidémie actuelle une influence prépondérante, ses effets ont été cependant assez prononcés pour qu'on doive éliminer autant que possible une semblable action.

C'est donc loin des centres de population qu'il faut placer les établissements où seront admis les malades atteints de la petite vérole.

Il faut aller plus loin encore; ce qui s'est passé à l'Asile de Vincennes démontre suffisamment que ces malades à l'époque de leur convalescence ne doivent pas être laissés en contact avec d'autres convalescents. Une maison spéciale doit leur être exclusivement affectée et, autant que possible, elle doit être voisine de celle dans laquelle ils ont été traités pour ne point devenir, dans un lieu plus ou moins éloigné, un centre nouveau de dissémination des germes contagieux.

On éviterait ainsi, d'ailleurs, le grave danger de transporter au loin des convalescents dont l'action contagieuse n'est pas épuisée, au milieu de personnes saines qu'ils peuvent contaminer.

Les services publics qui touchent à la variole n'ont pas seuls occupé le conseil. Il a dû encore formuler des prescriptions pour ce qui concerne les varioles développées dans les maisons particulières.

La première et la plus importante de toutes, est celle de revacciner toutes les personnes qui sont, de près ou de loin, en rapport avec les malades, et surtout celles qui leur donnent des soins.

De nombreux sinistres dans l'épidémie présente sont résultés de l'omission de cette pratique, tandis qu'une préservation absolue résultait ailleurs de revaccinations faites avec soin.

Une précaution salutaire consiste à plonger, dans des vases remplis d'eau chargée de substances désinfectantes (acide phénique, chlorures de chaux et de soude, eau de javelle, etc.), les linges qui ont été employés à l'usage des malades et en particulier ceux qui ont été salis par le pus des pustules varioliques.

Il est utile encore, de faire prendre de bonne heure des bains tièdes répétés aux malades pour faire tomber les croûtes et éviter leur dissémination.

C'est une question de conscience de ne laisser sortir les convalescents qui portent encore des croûtes varioliques qu'après les avoir lavés avec soin dans des bains savonneux, et la même précaution doit être prise pour ceux qui, des hôpitaux, sont transportés aux maisons de convalescence.

Leurs habits doivent avoir été nettoyés et aérés avec le plus grand soin.

Il y aurait à se demander si quelque chose de plus ne devrait pas être fait. Les convalescents de variole veulent parfois sortir des maisons hospitalières à une époque où ils peuvent encore transmettre cette maladie. L'on voit fréquemment en ce moment dans les rues des personnes qui, traitées chez elles, sortent lorsqu'elles portent encore des croûtes qui peuvent devenir une cause de con-

(1) Dont 1 à l'hôpital de la Charité provenant d'un autre arrondissement.

(2) Ce rapport était présenté et adopté le 22 juillet 1870. Depuis cette époque, l'accumulation, alors imprévue, de populations étrangères à Paris et placées dans des conditions exceptionnelles, a donné à l'épidémie un développement inattendu.

(1) PRÉFECTURE DE POLICE

Tableau des décès varioliques par âge de 0 à 20 ans.

MOIS	0 à 2 ans.	2 à 10 ans.	10 à 15 ans.	15 à 20 ans.	20 à 30 ans.
Novembre 1869	9	4	3	14	23
Décembre	20	5	1	13	36
Janvier 1870	44	6	2	15	67
Février	61	27	6	27	85
Mars	76	14	7	40	132
Avril	92	31	15	60	163
Mai	112	51	10	71	230
Totaux	414	141	44	240	736

(1) *Varioles contractées à l'Asile de Vincennes, du 1er novembre 1869 au 1er juillet 1870.*

MOIS	Moins de 12 jours après la sortie de l'hôpital.	Plus de 12 jours après la sortie de l'hôpital.	Ensemble.
Novembre 1869	5	2	7
Décembre	9	5	14
Janvier 1870	10	5	15
Février	6	5	11
Mars	9	1	10
Avril	1	1	2
Mai	4	2	6
Juin	2	1	3
Totaux	46	22	68

tagion. Ne faudrait-il pas, par une extension bien naturelle des prescriptions légales qui régissent les quarantaines, constituer, dans une certaine mesure, une quarantaine à l'intérieur, s'opposer à la production de faits aussi fâcheux.

Il suffirait de conférer aux administrations hospitalières le droit, en se conformant à l'avis des médecins, de retenir leurs convalescents jusqu'à ce qu'ils ne puissent donner lieu à aucune contagion.

La même réserve devrait être imposée aux malades qui ont été traités dans leur domicile par le médecin qui leur a donné ses soins.

Les corps des personnes décédées conservent encore la propriété de transmettre la contagion variolique. Ils doivent être l'objet de précautions toutes particulières. Déjà la ville de Paris fait distribuer une solution désinfectante destinée à les arroser et à être répandue dans le voisinage. On ne peut qu'insister sur les avantages de cette pratique.

En résumé, monsieur le préfet, le conseil de salubrité a l'honneur de vous soumettre les conclusions suivantes :

Les reproches faits à la vaccine sont injustes de tous poins.

Elle n'a perdu en aucune façon sa puissance de préservation de la variole.

L'expérience et le temps ont prouvé seulement que cette préservation n'est plus indéfinie pour tous les vaccinés et qu'il y a lieu de tenter, à quelques années de distance, d'inoculer de nouveau le vaccin.

La vaccine ne favorise en aucune façon le développement de la variole.

Le seul moyen de mettre fin aux épidémies de cette maladie est, au contraire, de pratiquer le plus grand nombre possible de vaccinations et de revaccinations pendant leur durée.

Les revaccinations doivent être faites de préférence de bras à bras, en choisissant pour vaccinifères des enfants âgés au moins de trois à quatre mois, et reconnus sains par un examen très-scrupuleux.

La revaccination pratiquée avec les précautions convenables ne présente aucun danger. La revaccination des individus qui ont été vaccinés peu de temps après leur naissance doit être faite de 10 à 15 ans au plus tard et répétée, lorsqu'elle n'a pas donné naissance à une vaccine régulière, toutes les quatre ou cinq années, pour s'assurer de la persistance de l'immunité conférée par le premier vaccin ou pour la reproduire, si elle est épuisée. Pendant les épidémies graves, il faut revacciner en masse.

L'organisation actuelle du service de la vaccine est d'une insuffisance regrettable, tant pour l'inoculation que pour la constatation du développement régulier des pustules.

Il y a lieu d'en augmenter considérablement la dotation, ainsi que le personnel officiellement chargé de la répandre, et d'encourager les familles, par des primes convenables, à laisser servir leurs enfants à sa propagation.

L'administration doit faire tous ses efforts pour obtenir que tous ceux qui dépendent d'elle, à quelque titre que ce soit, soit vaccinés et revaccinés.

Elle doit chercher tous les moyens d'assurer sur ce point une propagande aussi puissante que possible.

Il y aurait lieu d'examiner dans quelle mesure la législation pourrait intervenir pour imposer la vaccine.

Les malades atteints de variole doivent être complétement isolés des autres malades.

Il est désirable qu'ils soient placés dans des hôpitaux spéciaux, construits loin des centres de population ou dans les lieux les plus isolés de ces centres mêmes.

Des maisons de convalescence, annexes de ces hôpitaux, recevraient les malades à leur sortie de l'hôpital.

On ne saurait trop recommander aux familles dans lesquelles il s'est développé un cas de variole, de faire revacciner, sans exception, toutes les personnes placées dans le voisinage du malade.

Tous les linges souillés par le contact des pustules varioliques devraient être plongés de suite dans des vases pleins d'eau additionnée de substances désinfectantes.

Des bains tièdes, simples ou savonneux, devraient être donnés aux convalescents dès le commencement de la dessiccation des pustules.

Aucun convalescent ne devrait sortir avant que les croûtes varioliques eussent complétement disparu.

Il serait utile d'examiner dans quelle mesure, par une extension légitime des prescriptions adoptées pour les quarantaines, la législation pourrait intervenir pour conférer aux administrations hospitalières le droit de retenir les malades varioleux jusqu'à leur guérison complète.

Les corps des personnes qui ont succombé à la variole doivent être l'objet de précautions particulières.

On doit en éloigner toute personne qui n'aurait pas été récemment revaccinée.

Beaude, Bouchardat, Michel-Lévy,

Vernois, Delpech, *rapporteur.*

M. le docteur Garrigou-Desarènes commencera ses leçons cliniques sur les maladies des oreilles le mardi 27 juin, à midi, à son dispensaire, 24, rue Serpente, et les continuera les samedis et mardis suivants, à la même heure.

Examen avec l'otoscope parabolique.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 26 juin 1871.

HOSPICE GÉNÉRAL DE ROUEN. — M. P. OLIVIER.

Croup. — Trachéotomie. — Guérison.

Le nombre des contre-indications de la trachéotomie tend à diminuer chaque jour, et l'on ne compte plus maintenant les succès obtenus dans les cas réputés incurables il y a peu d'années encore.

Dans la discussion sur la trachéotomie soulevée en 1867 à la Société médicale des hôpitaux de Paris par M. Isambert, à propos d'un succès chez un enfant de seize mois, les différents membres de cette Société savante citèrent des résultats heureux malgré de graves complications, telles que pneumonie, phthisie, rougeole, scarlatine même, et chez des sujets arrivés à la dernière période. Mon excellent et savant maître M. Archambault, communiquant les résultats de sa pratique personnelle, fit remarquer que la plupart de ses opérations, faites à la période asphyxique, lui avaient donné, toute proportion gardée, autant de guérisons que celles faites à la deuxième période.

Comme lui, je pense qu'il ne faut pas attendre l'établissement d'une asphyxie poussée jusqu'à une anesthésie plus ou moins complète ; mais si l'on se trouve en présence d'un cas pareil, il ne faut pas refuser au malade la seule chance de salut qui lui reste, eût-on, même comme dans l'observation qui suit, quelques raisons de soupçonner une complication pulmonaire.

OBS. I. — *Croup à marche suraiguë. — Trachéotomie* in extremis. *— Ablation définitive de la canule le 7e jour. — Guérison sans accidents.*

L.... Victorien, 7 ans, entré le 17 février 1871, salle Saint-Lazare, n° 4.

Frère de trois ans mort du croup le 13 février; il est lui-même malade depuis cette époque : perte d'appétit et de forces, malaise général qui cependant ne l'empêche pas de jouer. Pas de mal de gorge. Dans la nuit du 16 au 17, il est pris tout à coup d'enrouement à quatre heures du matin. La mère le fait vomir et l'amène à l'hôpital le 17, dans l'après-midi. Il a la voix enrouée, des quintes de toux qui sont bientôt suivies d'accès d'étouffement courts, revenant plusieurs fois dans la nuit, avec un peu de cyanose des lèvres. On donne un deuxième vomitif et du sirop de cubèbe.

18 février. Nous le trouvons le matin à la visite, la voix enrouée, presque éteinte, avec sifflement laryngo-trachéal, et tirage sus et sous-sternal très-marqué. Pas de fausse membrane dans la gorge; pas de gonflement ganglionnaire, ni d'écoulement nasal. Dans la poitrine, on n'entend guère que le sifflement laryngé, un peu renforcé au niveau de la fosse sous-épineuse droite. Dans ce point, un peu moins de sonorité qu'à gauche.

Quoique le pouls soit fréquent, ainsi que la respiration, le faciès est bon, il n'y a pas de cyanose, et l'opération ne nous paraît plus d'une urgence absolue. Nous recommandons de surveiller l'enfant, de nous prévenir si l'état s'aggrave. Le vomitif donné à l'hôpital ayant soulagé le malade, nous en prescrivons un autre, et de continuer le sirop de cubèbe.

A trois heures, l'interne de garde nous fait prévenir que les accidents ont beaucoup augmenté; à notre arrivée, nous trouvons l'enfant complétement bleu et froid, couvert de sueurs visqueuses, l'écume à la bouche, les membres dans la résolution complète.

L'opération pratiquée immédiatement par le procédé rapide, avec l'aide des internes de l'Hospice Général, n'est pas sentie par le malade et donne lieu à un écoulement de sang modéré. Aussitôt la trachée ouverte, il s'écoule une grande quantité de mucosités épaisses, sans qu'on ait pu y constater de fausses membranes.

La respiration est lente à se rétablir, se fait par quatre ou cinq inspirations, qui se succèdent, puis s'arrêtent, et ne se reproduisent que sous l'influence de l'excitation avec l'eau froide.

Cet état se prolonge pendant une heure, et la cyanose ne disparaît complétement qu'au bout de ce temps. Je noterai que l'écoulement de sang a continué en petite quantité, sous la canule, jusqu'au rétablissement parfait de la respiration.

Pouls 112. R. 44.

Prescription : café avec *quatre* grammes d'extrait mou de quinquina. Potion avec alcool *quarante* grammes; alimentation sous la forme que voudra accepter l'enfant.

La canule introduite est un n° 1.

19. L'enfant a dormi une bonne partie de la nuit, se réveillant de temps en temps pour tousser.

R. 40. P. 108 assez développé. T. A. 39°.

A l'auscultation, respiration bonne. Toujours moins de sonorité, et retentissement dans la fosse sous épineuse droite.

A quatre heures : R. 28. P. 132. T. A. 39°.

Un peu d'œdème des paupières. Faciès bon. A rendu plusieurs fausses membranes épaisses, résistantes, que le microscope montre composées de leucocytes et fibrine par couches stratifiées. Canule silencieuse. L'urine, un peu trouble, s'éclaircit par la chaleur et l'acide nitrique.

20. A eu cette nuit trois accès de toux, dus à l'obstruction de la canule par de fausses membranes. La canule est remplie de mucosités et de fausses membranes que la toux rejette au loin. Après qu'on l'a ôtée, les efforts de toux amènent à l'orifice de la plaie une fausse membrane tubulée de 2 centimètres, adhérente à la partie supérieure de la trachée, et dont on enlève une portion avec des pinces.

L'enfant reste dix minutes sans canule. La plaie a bon aspect. On met une canule n° 2.

Urines. Léger précipité par l'acide nitrique, se dissolvant dans un excès et par la chaleur.

R. 32. P. 108. T. A. 38° 2/5.

A quatre heures, a rendu des fausses membranes et des mucosités teintes de sang. A mangé un œuf.

R. 36. P. 116. T. A. 39.

Il étouffe dès qu'il n'a plus de canule, et il se produit au niveau de la plaie un sifflement causé par les débris de la fausse membrane qu'on a enlevée ce matin.

21. R. 32. P. 92. T. A. 37 1/5.

Langue humide recouverte d'un léger enduit blanchâtre; il a rendu de fausses membranes; ne peut rester sans sa canule.

A quatre heures, R. 28. P. 104. T. A. 39°.

Rend toujours de fausses membranes et des mucosités légèrement sanguinolentes.

22. R. 24. P. 96. T. 37 2/5.

Respiration bonne, sans râles. Rend beaucoup de fausses membranes et de mucosités au moment où on enlève la canule.

Plaie rosée. Un peu de rougeur autour avec quelques vésicules (érythème vésiculeux), qui, le 24 août, ont disparu par le pansement au sous-nitrate de bismuth.

On touche la plaie avec l'eau phéniquée et on imbibe de cette même eau la cravate qu'il porte autour du cou, de manière que les vapeurs phéniquées pénètrent dans la poitrine. La partie postérieure de la canule est un peu noirâtre.

A quatre heures, R. 28. P. 108. T. 37 3/5.

Le malade se fait comprendre en parlant; il passe un peu d'air par le nez.

23. R. 36. P. 100. T. 36 3/5.

On ôte la canule à neuf heures du matin, pour ne la remettre qu'à onze heures du soir. Elle est un peu moins noire au niveau de sa courbure.

24. R. 24. P. 100. A bien dormi.

La canule est toujours noire au niveau de sa courbure. Plaie rosée. Quelques vésicules d'herpès sur la lèvre supérieure. L'enfant rend moins de fausses membranes. On supprime l'extrait de quinquina et le sirop de cubèbe, que l'enfant prenait depuis l'opération. On continue l'alcool et l'alimentation. Canule ôtée à neuf heures du matin, remise le soir à onze heures.

25. L'expectoration est purement muco-purulente. On ôte la canule, et on n'a pas été obligé de la remettre.

Bon appétit. R. 28. P. 96.

26. R. 28. P. 100. Respiration pure, sans râles.

27. La plaie est réduite à une fente; l'enfant peut se moucher. R. 28. P. 88.

A partir de ce moment, le mieux s'accentue davantage, et nous extrayons ce qui suit de notre observation :

2 mars. L'enfant parle, mais la voix est enrouée, ainsi que la toux; il sort encore un peu d'air par la plaie.

4. Il peut chanter.

7. Il ne sort plus rien par la plaie.

17. Plaie complétement cicatrisée.

24. La voix est un peu enrouée; mais, nous dit la mère, elle l'était autant avant la maladie.

Nous le gardions à l'hôpital pour qu'il reprît un peu de forces, lorsque dans le milieu d'avril il fut atteint de fièvre typhoïde avec pneumonie secondaire, qui mit de nouveau sa vie en danger; il guérit cependant et put sortir le 18 mai.

Le 22, la mère le ramène à l'hôpital, nous disant qu'il a été repris de sa toux.

Le 23 au matin, l'enfant est gai, toussant à peine, sans fièvre et ayant bon appétit.

Il sort le 4 juin, n'ayant pas gardé le lit un seul jour du temps qu'il a passé à l'hôpital.

Si j'ai opéré cet enfant si tard, c'est que, à partir du moment où je l'ai vu et où son état n'avait rien d'alarmant, la maladie a pris tout à coup une allure suraiguë, presque foudroyante ; cependant, comme on le voit, malgré une asphyxie portée jusqu'à l'anesthésie complète, la résolution des membres, etc., la mort apparente en un mot, les suites de l'opération ont été des plus simples; une fois la respiration rétablie, ce qui a exigé quelques soins, le malade a pu dormir et supporter la nourriture que je lui ai prescrite dès le début, pour qu'il pût résister à l'intoxication générale.

La matité et le retentissement de la respiration dans la fosse sous-épineuse droite ont disparu après deux jours. Les fausses membranes, très-nombreuses et très-épaisses, ont disparu le sixième jour, et j'ai pu ôter définitivement la canule le septième.

A partir de ce moment, la marche vers la guérison a été rapide et s'est effectuée sans accidents.

Un mot maintenant sur le procédé opératoire. Trousseau recommande d'opérer *lentement, très-lentement;* nous ne savons pas au juste quelles limites il entendait donner à la lenteur opératoire ; mais dans notre cas il fallait aller vite, sous peine d'assister à un désastre. Aussi, sans avoir recours au procédé expéditif de M. Chassaignac, qui ne laisse pas assez voir ce que l'on fait, avons-nous eu recours à un procédé qu'on pourrait appeler rapide, celui qu'on emploie à Paris dans les hôpitaux d'enfants, celui que nous avons nous-même employé lorsque nous étions interne à l'hôpital Sainte-Eugénie, et qui consiste à arriver sur la trachée en trois ou quatre coups de bistouri. C'est un procédé assez lent pour ne rien laisser à l'imprévu, assez rapide pour suffire aux cas les plus pressés.

Voyons maintenant le fait de son frère, que nous avons opéré le même jour. Outre que, opéré à la deuxième période, il a guéri moins vite que son aîné, opéré à la période ultime, il a présenté un accident, assez fréquent du reste, dont l'explication n'a pas été donnée satisfaisante pour tous les cas: je veux dire le passage des boissons dans la trachée. (*Sera continué.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 12 juin 1871. — Présidence de M. DELAUNAY.

MÉMOIRES ET COMMUNICATIONS DES MEMBRES ET DES CORRESPONDANTS DE L'ACADÉMIE.

M. LE PRÉSIDENT DE L'INSTITUT invite l'Académie a vouloir bien désigner l'un de ses membres pour la représenter, comme lecteur, dans la prochaine séance trimestrielle, qui est fixée au mercredi 5 juillet prochain.

Origine céleste de l'électricité atmosphérique. — M. BECQUEREL. On ignore encore l'origine de l'électricité atmosphérique, malgré les recherches faites jusqu'ici pour y parvenir; les découvertes récentes sur la constitution physique et chimique du soleil et les recherches auxquelles nous nous livrons depuis quelque temps permettent aujourd'hui d'aborder cette importante question.

La terre et l'atmosphère sont de vastes réservoirs d'électricité, où la nature va puiser les causes des orages et d'autres phénomènes atmosphériques; l'un et l'autre sont dans deux états électriques différents lorsque le ciel est serein. L'air possède un excès d'électricité positive, dont l'intensité va en augmentant en s'élevant au-dessus du sol, jusque dans les régions les plus élevées de l'atmosphère, là où se montrent les aurores boréales, phénomènes dus à des décharges électriques, comme le prouvent leur action sur l'aiguille aimantée et divers effets dont il sera question plus loin ; la terre possède un excès d'électricité négative, dont on ne connaît pas la distribution dans son intérieur.

Nous avons commencé par montrer que toutes les causes physiques, chimiques et physiologiques qui dégagent de l'électricité à la surface de la terre ne peuvent fournir les quantités énormes d'électricité répandues dans les espaces planétaires. Si cela était, pourquoi la tension de l'électricité positive irait-elle en augmentant, quand le contraire devrait avoir lieu, en s'éloignant de la source d'électricité ? Il restait à examiner jusqu'à quel point il était possible de lui attribuer une origine céleste.

On a commencé par rappeler les notions que l'on possède sur la formation de la terre, sur les éruptions volcaniques et les effets électriques puissants qui les accompagnaient dans les temps primitifs, ainsi que sur la constitution physique et chimique du soleil, telle que nous la connaissons aujourd'hui.

Lorsqu'on eut observé deux protubérances roses, pendant l'éclipse totale du 8 juillet 1842, on se trouva, suivant l'expression d'Arago, sur la trace d'une troisième enveloppe, située au-dessus de la photosphère, formée de nuages obscurs ou lumineux. On ne commençait donc encore qu'à soupçonner l'existence d'une troisième enveloppe, ou de l'atmosphère solaire. Dans la séance du 18 janvier 1869, M. Janssen annonça à l'Académie (*voir les Comptes rendus*) qu'il existait autour du soleil une atmosphère hydrogénée et une dépendance entre la présence des taches et les protubérances ayant une même composition, et qu'il était parvenu, par une méthode qui lui était propre, à suivre les protubérances jusque sur le soleil lui-même, ce qui lui avait permis de découvrir la relation dont on vient de parler. Les protubérances ne sont donc que les portions les plus saillantes de la matière hydrogénée qui entoure de toutes parts le soleil. Peut-être ne sont-elles que des projections gazeuses.

Indépendamment des quinze à vingt substances qui se trouvent dans la photosphère, d'après l'analyse de la lumière qui en émane,

substances qui font partie de la terre, M. Rayet a observé, dans les raies du spectre, une raie jaune qui n'appartient pas au sodium, mais bien à une substance non décrite encore. En outre, le P. Secchi a trouvé de la vapeur d'eau dans la même atmosphère.

Les taches, qui ont quelquefois 16,000 lieues d'étendue, paraissent être les cavités par lesquelles s'échappent de la photosphère l'hydrogène et les diverses substances qui composent l'atmosphère solaire. Or l'hydrogène qui ne paraît être, d'ici, que le résultat d'une décomposition, emporte avec lui de l'électricité positive, qui se répand dans les espaces planétaires, puis, dans l'atmosphère terrestre et même dans la terre, en diminuant toujours d'intensité, à cause de la mauvaise conductibilité des couches d'air de plus en plus denses, et de celle de la croûte superficielle de la terre. Celle-ci ne serait donc négative que parce qu'elle serait moins positive que l'air.

Pour montrer comment l'électricité positive émanant du soleil se répand dans les espaces planétaires, on a commencé par rappeler que l'électricité ne se propage dans un milieu qu'autant que ce milieu contient de la matière qui lui sert de véhicule. On sait effectivement que les propriétés lumineuses de l'électricité appartiennent, en grande partie, sinon en totalité, à la matière pondérable, à travers laquelle les décharges sont transmises.

La présence de l'électricité n'est constatée, dans les expériences dont il est question, que par des effets lumineux; mais il y a d'autres moyens à l'aide desquels on peut manifester cette présence : il suffit pour cela de mettre en communication avec le conducteur d'une machine électrique en action, un vase de métal, contenant un liquide vaporisable; on ne tarde pas à s'apercevoir que l'évaporation est plus grande que celle qui a lieu dans un vase semblable, contenant le même liquide, mais non électrisé. Il est prouvé par là que l'électricité peut se répandre dans un espace vide, quand elle peut entraîner avec elle de la matière. On a démontré cette vérité par de nombreuses réactions chimiques, dont les résultats seront exposés dans un mémoire que nous présenterons prochainement à l'Académie.

On a invoqué ensuite un autre ordre de phénomènes, pour démontrer l'existence de la matière gazeuse dans l'espace bien au delà de l'étendue que l'on assigne à l'atmosphère terrestre : nous voulons parler des aurores boréales qui sont dues à des décharges électriques, produites dans des milieux où il existe encore des matières gazeuses; on a déterminé la distance de ces météores à la terre, à l'aide de la méthode des parallaxes : on a trouvé, par exemple, que l'aurore boréale du 19 octobre 1726, visible en même temps à Varsovie, Moscou, Rome, Naples, Lisbonne, avait son siége à 200 kilomètres au moins de la surface terrestre.

La commission scientifique envoyée dans le nord, en 1838 et 1839, a eu l'occasion d'observer 143 aurores boréales, qui étaient produites à des distances de la terre variant de 100 à 200 kilomètres.

On rapporte ensuite, dans le mémoire, tout ce qui concerne le bruissement, plus ou moins fort, entendu, pendant les aurores boréales, par les habitants des régions polaires, situées à de grandes distances les unes des autres, bruissement que n'ont pu constater Biot, dans les îles Shetland, et la commission envoyée dans le nord, peut-être à cause de la distance où ils se trouvaient du météore; mais on ne saurait révoquer en doute ces témoignages, surtout d'après l'assertion de Bergmann (*Opuscula et chimica*, t. V, p. 297). Le même auteur rapporte que des voyageurs, en traversant les montagnes de la Norwége, ayant été enveloppés par une aurore boréale, ont senti une forte odeur de soufre que l'on ne pourrait attribuer qu'à la présence de l'ozone ou de l'oxygène électrisé; de pareils faits ont été constatés par M. Paul Rolier, l'intrépide aéronaute chargé d'une mission importante, qui, parti de Paris en décembre dernier, pendant le siége, est descendu quatorze heures après en Norwége, sur le mont l'Ide, à 1,300 mètres de hauteur, couvert de neige, au milieu des plus grands périls qu'il a surmontés avec une rare intelligence.

Voici ce qui est rapporté dans la relation de son voyage par M. Émile Cartailhac :

« A travers un brouillard plus rare, il put voir s'agiter les brillants rayons d'une aurore boréale qui répandait partout son étrange lumière (p. 31).

« Bientôt un son étrange, un mugissement incompréhensible se fait entendre (p. 25). Le bruit cesse complétement. Il s'élève alors une odeur de soufre des plus prononcées, presque asphyxiante (p. 28). »

D'après ces observations d'un homme qui n'était point préoccupé de questions scientifiques et qui confirment les témoignages des habitants des régions polaires et des voyageurs en Norwége, on ne saurait donc élever aucun doute sur leur véracité.

Ces principes posés, les deux questions suivantes ont été discutées :

1° L'électricité positive, en sortant de la photosphère avec le gaz hydrogène, se répand, dans les espaces planétaires, non-seulement avec le concours des matières gazeuses plus ou moins diffuses qui s'y trouvent, comme nous avons essayé de le démontrer, mais encore avec celui des matières qu'elle entraîne avec elle en sortant de la photosphère. Cette même électricité arrive dans l'atmosphère terrestre, puis dans la terre, en diminuant d'intensité, à cause de la résistance qu'elle éprouve en traversant dans l'atmosphère des couches de plus en plus denses.

2° Quel travail peut exécuter l'électricité négative que la masse solaire conserve, une fois que l'hydrogène quitte la photosphère?

Il faudrait savoir, pour répondre catégoriquement à ces deux questions, si les espaces planétaires contiennent ou non des matières gazeuses, ou bien si le vide est parfait.

Dans les cas où l'espace contiendrait des gaz plus ou moins raréfiés, l'électricité positive s'y répandrait, comme on le sait, par une suite de décompositions et de recompositions de fluide naturel, qui entoure les particules de ces gaz, lequel ne paraît être autre que le principe éthéré qui transmet la lumière à d'immenses distances comme nous avons essayé de le démontrer dans l'ouvrage manuscrit que nous avons présenté à l'Académie dans la séance du 16 mars dernier.

Or l'état de grande raréfaction des gaz qui composent l'atmosphère solaire, bien au delà de la partie lumineuse, à des distances excessives, est très-admissible, vu la température énorme du soleil, quand on pense surtout que la croûte terrestre, qui, sans l'influence solaire, participerait de la température des espaces célestes, possède une atmosphère qui s'étend bien au delà de 200 kilomètres.

Indépendamment des matières gazeuses que l'on pense devoir exister dans les espaces planétaires, il s'y trouve encore des myriades d'aérolithes dont la grosseur varie depuis celle des masses de fer météorique que l'on trouve éparses çà et là sur le globe, jusqu'à celle de grains très-fin de poussière dont on a des exemples dans les éruptions de nos volcans. En effet, dans une éruption du Vésuve, des cendres, d'une vitesse extrême, ont été transportées par les vents jusqu'à Constantinople.

Le nombre de ces aérolithes est quelquefois si considérable que Humboldt, dans son voyage en Amérique, a vu, pendant une traversée en mer, le ciel tout en feu, comme si l'on eût tiré un immense feu d'artifice. Ce spectacle éblouissant était dû, d'après ce célèbre voyageur, à une multitude d'aérolithes répandus dans l'atmosphère.

On est donc porté à croire, d'après ce qui précède, que le vide absolu n'existe pas dans les espaces planétaires, où des gaz, particulièrement de l'hydrogène, peuvent se répandre. Rien ne s'opposerait donc à la propagation de l'électricité dans ces mêmes espaces.

On a examiné ensuite dans le Mémoire ce que devient l'électricité négative qui se répand dans la masse solaire, pendant la sortie de la photosphère de l'électricité positive avec l'hydrogène, par les taches solaires, de même que les gaz et l'électricité sortant des cratères des volcans terrestres. L'électricité négative du soleil et l'électricité positive de son atmosphère se trouvent à peu près dans des conditions semblables à celles où sont les deux mêmes électricités dans la terre et son atmosphère; or, comme ces deux astres paraissent composés des mêmes éléments et ne diffèrent entre eux, à part les dimensions, que par une différence considérable dans les températures, les mêmes effets physiques et chimiques doivent s'y produire lorsque l'électricité négative s'y propager. Nous ferons connaître ultérieurement queues-uns de ces effets.

Si la théorie qui vient d'être exposée de l'origine céleste attribuée à l'électricité atmosphérique laisse encore à désirer sur quelques points, cela tient à ce qu'on ignore encore quelles sont les matières gazeuses, dans un état de diffusion plus ou moins grand, répandues dans les espaces planétaires; car il n'est guère possible d'admettre le vide parfait.

Les recherches auxquelles nous nous livrons dans ce moment serviront, nous l'espérons, à jeter quelque jour sur une question qui intéresse à un haut degré la physique céleste et la physique terrestre.

M. CH. SAINTE-CLAIRE DEVILLE désire faire observer combien les motifs que notre savant confrère, M. Becquerel, vient de faire valoir en faveur de l'origine céleste de l'électricité atmosphérique viennent à l'appui de l'hypothèse qu'il a soutenue, de l'origine céleste des variations de la température atmosphérique, et, en particulier, de l'influence que peut avoir sur ces phénomènes l'apparition périodique de matières cosmiques dans les espaces interplanétaires.

Observations sur une monstruosité de la fleur du Violier (Cheiranthus Cheiri L.) — M. P. DUCHARTRE. — Le Violier ou Giroflée jaune (*Cheiranthus Cheiri L.*), qui, de nos vieux murs, sur lesquels il croît communément, est passé dans les jardins, où il est aujourd'hui très-répandu, se montre sujet à subir, relativement à ses organes floraux, diverses altérations ou monstruosités dont plusieurs déjà ont fixé l'attention des botanistes. La plus curieuse, et la plus fréquente en même temps, est celle qui va faire l'objet de cette Note, et dont le caractère essentiel consiste en ce que les étamines s'y transforment en carpelles ou pistils supplémentaires dont le développement et la manière d'être peuvent être fort variés. Cette monstruosité se produit assez souvent, sur la plante cultivée, pour que A.-P. de Candolle l'ait classée (*Prod.* I, p. 135) comme une variété particulière de l'espèce sous le nom *Cheiranthus Cheiri L.*, var. λ *gynantherus*. M. E. Fournier, d'une part, notre éminent confrère M. Ad. Brongniart, d'autre part, en ont décrit (*Bull. de la Soc. bot. de Fr.*, III, p. 352-354, et VIII, p. 353-456) quelques formes remarquables; en outre, J. Gay en a signalé (*Ibid.*, VIII, p. 456) un état qu'on rencontre rarement; enfin tout récemment M. Maxwell-T. Masters, dans son ouvrage intitulé *Vegetable Teratologie*, en a parlé aussi et a joint à son texte quatre figures au trait qui en représentent le cas le plus commun. Il pourra donc sembler superflu que je vienne aujourd'hui, à mon tour, en faire le sujet d'une étude plus détaillée (1). Toutefois j'ose espérer qu'après avoir lu ce qui va suivre, on ne regardera pas mes observations comme entièrement dépourvues d'intérêt, soit à cause de leur multiplicité et de l'enchaînement des faits qu'elles m'ont permis de constater, soit en raison des considérations que je crois pouvoir y rattacher relativement à la constitution symétrique de la fleur dans la famille des Crucifères, l'un des points de l'organisation végétale qui ont fourni matière au plus grand nombre d'écrits, et sur lesquels néanmoins on professe encore aujourd'hui les opinions les plus divergentes.

Le nombre des fleurs de Violier à étamines plus ou moins carpellisées que j'ai observées et analysées s'élève au moins à cinq cents; ces nombreux sujets m'avaient été fournis presque tous par le jardin de l'École Normale, d'où ils m'avaient été apportés par M. Maxime Cornu, répétiteur de botanique à la Faculté des sciences; quelques-uns aussi venaient du Jardin des plantes, et je les devais à l'obligeance de mon savant confrère et ami M. Decaisne. Je crois qu'il ne fallait rien moins que ce nombre considérable d'observations pour établir la série des états sous lesquels peut se présenter l'intéressante monstruosité que je vais examiner.

Avant tout, je dois rappeler qu'une fleur normale de Violier (*Cheiranthus Cheiri, L.*), et plus généralement de Crucifères, est composée : 1° d'un calice à quatre sépales disposés en deux paires croisées, l'une antéro-postérieure, l'autre transversale; 2° d'une corolle de quatre pétales qui alternent avec les pièces du calice; 3° d'un androcée comprenant six étamines tétradynames, c'est-à-dire parmi lesquelles deux, plus ou moins courtes, se trouvent à droite et à gauche, tandis que les quatre autres, plus longues, mais égales entre elles, sont généralement rapprochées en deux paires placées l'une en avant, l'autre en arrière du pistil, et semblent naître un peu plus haut que les premières; 4° d'un gynécée ou pistil unique, formé de deux carpelles latéraux, dans lequel l'ovaire offre deux placentas pariétaux, bien que son intérieur soit divisé par une cloison complète en deux loges distinctes, dans lequel aussi se montrent deux lobes stigmatiques ou deux stigmates situés sur le prolongement des placentas, et non, comme d'ordinaire, sur celui de la nervure médiane des carpelles. Ce sont particulièrement ces caractères exceptionnels de l'androcée et du pistil des Crucifères qui ont fourni matière à de nombreuses hypothèses, lorsqu'on a voulu les ramener aux types normaux de l'androcée et du pistil, tels qu'ils s'offrent dans la généralité des autres plantes phanérogames.

Dans aucune des fleurs monstrueuses du Violier que j'ai analysées, le calice n'avait subi la moindre altération : ses quatre sépales avaient conservé leur texture, leurs dimensions, leur couleur brun-rouge et leur disposition habituelle. L'altération commençait à la corolle, dont les quatre pétales, toujours alternes avec le calice et semblables entre eux, étaient beaucoup plus petits que dans leur état ordinaire, formaient chacun une lame étroite, lancéolée, plane ou à peu près, et ressemblaient aux sépales pour la texture, la coloration et la longueur. Comme l'a dit avec raison M. Brongniart, ce développement imparfait de la corolle fait toujours reconnaître au premier coup d'œil les fleurs affectées de la monstruosité dont il s'agit ici. Dans un fort petit nombre de ces fleurs, j'ai vu un pétale se contourner et se creuser irrégulièrement; en même temps, l'un de ses bords ou même les deux portaient un ou deux ovules plus petits que de coutume, mais bien conformés. Dans ces cas rares, la transformation en carpelles avait dépassé l'androcée et avait commencé d'atteindre la corolle elle-même.

Parmi les cas très-divers que j'ai observés de transformation des étamines en carpelles, ou de *carpellisation*, comme je l'appellerai pour abréger, le plus simple, et l'un des plus instructifs consistait en ce que les deux étamines courtes et latérales s'étaient seules tranformées en carpelles. Pour cela, chacune d'elles s'était changée en une petite feuille sessile, allongée, obtuse et légèrement échancrée à son extrémité supérieure, qui dépassait un peu le milieu de la hauteur du pistil resté parfaitement normal. Chacune de ces feuilles s'était reployée sur elle-même vers l'intérieur, de manière à former une gouttière ou un canal rétréci à son orifice qui regardait le centre de la fleur; ses bords ondulés et mousses, devenant de plus en plus papilleux, se continuaient sans interruption avec un épaississement terminal, chargé de papilles, qui formait un vrai stigmate légèrement bilobé. Sur une ligne *plus interne* que chacun de ses deux bords s'attachaient plusieurs ovules parfaitement développés et pourvus d'un assez long funicule. En somme, chacune de ces deux étamines était devenue un carpelle pourvu d'ovules et surmonté d'un stigmate, mais ouvert longitudinalement, tout à fait semblable à un follicule qui viendrait d'effectuer sa déhiscence. Je dois dire, une fois pour toutes, que je n'ai pas rencontré de ces carpelles staminaux dans lesquels les deux bords infléchis se fussent soudés l'un à l'autre pour former un ovaire clos, qui, en un mot, offrissent l'état sous lequel les a vus quelquefois M. Brongniart. Dans ces mêmes fleurs, les deux paires d'étamines longues n'étaient nullement carpellisées; restées entièrement libres et distinctes, elles formaient tout autant de filets grêles, terminés chacun par une petite tête arrondie, ou, quand l'altération était un peu plus prononcée, par un large renflement déprimé et un peu échancré, véritable stigmate sur lequel commençaient à se trouver des papilles.

J'ai vu beaucoup d'exemples de ce premier état de l'androcée, qui semble accuser une différence entre les deux étamines courtes et les quatre longues; en outre, dans un grand nombre de fleurs où la carpellisation atteignait plus ou moins le reste de l'androcée, j'ai reconnu encore une différence marquée dans la marche d'après laquelle cette altération atteignait les deux étamines courtes et les quatre longues, comme si les premières constituaient une série plus sujette à s'altérer que celle des quatre autres, dans sa manière d'être habituelle (1).

On sait que deux opinions principales ont été professées relativement à la symétrie de l'androcée des Crucifères; l'une, qui a eu pour adhérents, entre autres, MM. Lestiboudois, Kunth, Bernhardi, J. Gay, MM. Chatin, Godron, etc., consiste à regarder l'androcée des Crucifères comme comprenant typiquement deux verticilles de quatre étamines chacun, parmi lesquels l'externe serait généralement réduit aux deux étamines latérales; l'autre, dont l'auteur est A.-P. de Candolle, et qui a été soutenue par Aug. Saint-Hilaire, Moquin-Tandon et Webb, Payer, etc., n'admet dans cette même fleur qu'un seul verticille de quatre étamines, dont deux, l'antérieure et la postérieure, se montreraient habituellement dédoublées, de manière à donner les deux paires d'étamines longues. En faveur de chacune de ces manières de voir, on a invoqué différents arguments dont il me semble cependant que les plus puissants viennent à l'appui de la première : 1° Dans plusieurs cas, on a vu des fleurs de Crucifères à huit étamines, c'est-à-dire dans lesquelles existaient complets les deux verticilles staminaux qu'appelle la théorie; ailleurs, au contraire (comme dans les *Lepidium ruderale*, *virginicum*, etc.), il n'existe ordinairement que deux étamines, et ce sont celles qui avortent presque constamment dans les Crucifères. 2° L'étude organogénique a montré à M. Krause en 1846, à moi-même à la même époque, à M. Chatin en 1861, que les quatre étamines qui forment le verticille interne de la fleur des Crucifères apparaissent originairement en quatre mamelons bien distincts et

(1) Il importe de ne point confondre la monstruosité dont il s'agit ici avec celle dans laquelle le pistil d'une fleur dont les étamines sont restées à l'état normal est devenu, soit uniloculaire avec quatre valves et quatre placentas, soit triloculaire ou quadriloculaire, à trois-quatre valves et autant de placentas, comme l'ont vu M. Presl (cité par Bernhardi, dans *Flora*, 1838, p. 131) et surtout de M. Alphonse de Candolle (*Monstruosités véget.*, 1er fascic., dans le cinquième vol. des *Nouveaux Mém. de la Société helvét. des Sciences nat.*, n° 6, pl. 5.

(1) Ces faits contredissent formellement l'assertion suivante de M. Maxwell-T. Masters : « Dans quelques échantillons, il est facile de voir que les deux étamines courtes subissent le changement en carpelles plus tard et moins complétement que les quatres longues. » (*loc. cit.*, p. 306).

régulièrement verticillés autour du pistil naissant, tandis que les deux étamines latérales, destinées à rester plus courtes que les autres, et qui seules représentent d'ordinaire le verticille externe, se sont présentées un peu plus tôt en deux mamelons plus extérieurs. C'est là un fait décisif. A la vérité, Payer (*Traité d'organogénie comparée*, p. 211) a dit que les quatre grandes étamines des Crucifères se montrent, à l'origine, sous la forme de deux mamelons qui se subdivisent promptement chacun en deux; mais, comme l'a justement fait observer M. Chatin, parmi les nombreuses figures sur lesquelles reposent les descriptions de ce botaniste, aucune ne représente ce fait fondamental, dont l'importance primait celle de tous les autres, et qui reste dès lors à l'état de simple assertion, sans preuve à l'appui. 3° Même dans la fleur adulte, le niveau de l'attache des deux étamines courtes ou latérales est visiblement inférieur à celui à partir duquel s'élèvent les autres. 4° La carpellisation des étamines du *Cheiranthus Cheiri* L., dans l'état où je viens de la décrire, me semble venir encore à l'appui de la distinction des six étamines des Crucifères en deux verticilles différents, non-seulement par leur situation, mais encore par la manière dont ils se comportent dans ce cas.

Des indices de cette même distinction se conservent encore dans d'autres états plus avancés de la monstruosité qui fait le sujet de cette note. En effet, dans beaucoup de fleurs, tandis que les deux étamines courtes ou latérales forment deux carpelles ovulifères bien constitués, les quatre étamines longues offrent tous les degrés possibles de transformation, depuis le simple filet surmonté d'une petite tête celluleuse et lisse jusqu'au carpelle ovulifère le mieux caractérisé, et l'on arrive ainsi graduellement à des fleurs dont l'androcée est remplacé par six carpelles entièrement semblables à ceux que j'ai décrits plus haut, libres et distincts les uns des autres, mais parmi lesquels encore j'ai vu généralement les deux latéraux un peu plus développés que les autres.

» Une fois que la carpellisation de l'androcée est ainsi devenue complète, la monstruosité commence à subir trois nouveaux ordres de phénomènes dont l'action de plus en plus intense finit par ramener tout l'ensemble des carpelles normaux et anormaux à ne plus former qu'un seul et unique pistil, tellement analogue à celui qu'offrent habituellement les fleurs de Crucifères, qu'il faut un examen attentif pour le distinguer de celui-ci. Par là on arrive, ce me semble, à se faire une bonne idée de la nature réelle et du mode de formation du pistil normal des Crucifères. Ces trois phénomènes sont: 1° la soudure des carpelles monstrueux, soit entre eux, soit avec le pistil central; 2° la disparition de certains d'entre eux; 3° la réduction et l'atrophie du pistil central, d'autant plus grandes que la soudure réciproque et la réduction des étamines carpellisées ont fait plus de progrès.

» L'espace me manquerait ici pour décrire avec les détails convenables les états très-divers que peut offrir le *Cheiranthus Cheiri* monstrueux, par suite de l'action plus ou moins intense et combinée des trois ordres d'altérations que je viens d'indiquer; d'ailleurs ces détails, pour être compris sans difficulté, devraient être accompagnés d'un assez grand nombre de figures; je me bornerai donc en ce moment à un résumé des faits les plus saillants qu'il m'ait été permis de constater, me proposant de donner ailleurs plus de développement à son exposé.

» Le premier changement que subissent les fleurs dont tout l'androcée a été transformé consiste en ce que les deux carpelles qui remplacent chacune des deux paires d'étamines longues se soudent entre eux par leurs bords en contact, tout en restant séparés de ceux qu'ont donnés les étamines courtes. La tendance à la soudure s'exerçant encore davantage, les six carpelles monstrueux se réunissent en un seul corps, sorte de tube relevé à sa face externe de six côtés qui en indiquent la formation, et dont l'ouverture, par laquelle on voit sortir l'extrémité supérieure du pistil normal de la fleur, est festonnée de six lobes stigmatiques. Cet état se présente fréquemment; c'est celui qu'a signalé M. E. Fournier, dans une Note spéciale dans laquelle il a fait observer avec raison que, sur les six pièces soudées entre elles, comme il vient d'être dit, il en est deux qui descendent plus bas que les autres, et que ce sont celles qui se trouvent opposées aux sépales latéraux (1). M. Brongniart a eu également occasion de l'observer. Le tube carpellaire produit par la formation des six étamines tantôt reste indépendant du pistil normal qu'il enveloppe, tantôt contracte longitudinalement adhérence avec lui. Quand cette soudure a lieu, elle n'entraîne aucune conséquence tant soit peu notable.

» La monstruosité du Violier, dans ses divers états que je viens d'indiquer, n'offre encore aucune diminution de nombre pour les parties de l'androcée transformé; dans ceux qu'il me reste à signaler, une diminution de ce genre s'opère, et elle est toujours accompagnée, non-seulement de la coalescence complète des éléments qui composent ce que je puis appeler la *colonne stamino-carpellaire*, c'est-à-dire des carpelles produits par la métamorphose des étamines, mais encore de la réduction de plus en plus grande du pistil normal de la fleur et finalement de l'atrophie de ce pistil. Dans ces divers cas, on voit cette colonne formée le plus souvent de quatre carpelles; rarement elle se montre réduite à trois carpelles; enfin, on en rencontre des exemples dans lesquels on peut dire qu'elle est constituée presque uniquement par deux carpelles, les deux autres n'ayant laissé que de faibles vestiges à peine appréciables.

» La diminution de nombre qui s'opère le plus ordinairement dans les éléments de la colonne est celle qui, de six carpelles représentant autant d'étamines, la réduit à quatre. Toute colonne ainsi réduite forme une sorte de prisme à quatre faces sensiblement proéminentes, dont chaque angle est relevé d'une côte longitudinale saillante et qui présente supérieurement une ouverture plus ou moins resserrée par l'effet de l'épaississement du tissu dont elle est bordée sur tout son pourtour. Chaque face correspond à un carpelle étalé; chaque côte saillante indique la soudure des bords de deux carpelles adjacents, et un placenta chargé de deux rangées d'ovules lui correspond intérieurement; de plus, le bord de l'ouverture supérieure, épaissi et papilleux, devenu par conséquent stigmatique, se relève en quatre lobes égaux dans les cas où la monstruosité est le moins avancée, réunis deux par deux dans les cas de transformation plus complète, de manière à constituer deux stigmates simplement échancrés et séparés l'un de l'autre, de chaque côté, par un profond sinus. Dans beaucoup de cas, les deux stigmates du pistil normal viennent affleurer les bords de l'ouverture de la colonne et se montrent opposés aux deux stigmates monstrueux que forme celle-ci; mais, à mesure que la métamorphose de l'androcée en vrai pistil de Crucifère approche de son terme supérieur, le pistil propre de la fleur se rappetisse et tend de plus en plus à s'atrophier; ses stigmates cessent d'abord de se montrer à l'ouverture de la colonne, et finalement ce n'est que plus ou moins bas dans l'ovaire de celle-ci qu'on trouve les restes déformés, dégénérés même en simples cloisons, de ce pistil lui-même. En général, on peut dire que le pistil normal de la fleur est d'autant mieux conformé et d'autant plus développé que la transformation carpellaire est moins avancée, et réciproquement.

(1) J'avoue ne pas comprendre comment, après avoir fait cette observation très-juste, M. E. Fournier dit, seize lignes plus bas: « On voit que les six étamines des Crucifères sont bien placées sur le même rang. »

» Deux particularités d'une haute importance doivent être mises en relief, relativement à la constitution de cette colonne stamino-carpellaire: la première est que chacune de ses côtes suturales aboutit au milieu d'un lobe stigmatique, d'où il résulte que chacun de ces lobes est opposé ou superposé à une côte, et par conséquent à un placenta, disposition identique à celle qu'offre le pistil normal des Crucifères, et au sujet de laquelle on a proposé diverses interprétations hypothétiques; la seconde est que les quatre carpelles d'origine staminale qui entrent dans la formation de la colonne quaternaire peuvent affecter deux situations différentes: tantôt, en effet, on en voit deux de chaque côté, d'où il résulte que le pistil monstrueux qu'ils composent offre intérieurement deux placentas latéraux avec un troisième placenta antérieur et un quatrième postérieur; je crois pouvoir admettre que, dans ce cas, ce sont deux carpelles provenant de la transformation des deux étamines latérales qui ont disparu; tantôt il existe deux carpelles latéraux, avec un carpelle antérieur et un carpelle postérieur. Ce dernier cas, qui a été observé par M. Brongniart, paraît être le plus fréquent; il nous montre, dans l'ovaire ainsi constitué, les quatre placentas disposés en deux paires latérales relativement au plan médian antéro-postérieur de l'organe entier. Cette dernière disposition des quatre carpelles est la plus fréquente des deux; c'est aussi celle qui offre incontestablement le plus grand intérêt, puisque, par les simplifications graduelles qu'elle subit, elle nous permet d'assister à la formation d'un pistil semblable à celui que renferme habituellement la fleur des Crucifères.

» Passant sur divers cas de simplification d'un intérêt secondaire et que le défaut d'espace ne me permet pas de décrire ici, je signalerai seulement ceux qui amènent la colonne stamino-carpellaire à un état aussi voisin que possible de l'organisation caractéristique du pistil dans la famille à laquelle appartient le Violier. Ils résultent à la fois de ce que les deux carpelles antérieur et postérieur se rétrécissent considérablement, tantôt un seul, tantôt et plus souvent les deux à la fois, et de ce que corrélativement le pistil interne, c'est-à-dire le vrai pistil de la fleur, se déforme de plus en plus, tout en contractant adhérence, soit par un des ses bords, soit par les deux à la fois, avec les placentas qui sont fortement en saillie à l'intérieur de l'ovaire externe. Le degré supérieur qu'il m'ait été donné d'observer dans cette transformation remarquable de la colonne en pistil normal de Crucifère avait produit un gynécée semblable extérieurement à un pistil normal de Violier, sauf en ce que la côte saillante qui forme chacun des bords de celui-ci était remplacée par deux côtes parallèles entre lesquelles régnait un étroit sillon; j'ai vu même quelquefois ces deux côtes confondues en une seule vers le bas de l'organe. Ces deux côtes adjacentes indiquent les deux bords du carpelle qui a presque disparu ici, puisqu'il ne reste plus pour le représenter que le petit sillon intermédiaire entre elles; ceci devient évident par les coupes transversales qui montrent qu'à chaque côte correspond intérieurement un placenta intervalvaire très-proéminent. Ces coupes montrent aussi que successivement l'ovaire du pistil central devient stérile, puis amincit ses parois en contractant adhérence avec les placentas de l'ovaire externe; qu'il dégénère enfin en deux simples lames cellulaires minces qui s'étendaient chacune du bord terminal d'un placenta à son symétrique vis-à-vis de lui. On a donc sous les yeux, dans ce cas, un état monstrueux tellement avancé que l'androcée transformé forme un pistil analogue à celui qui caractérise les Crucifères, au point de pouvoir être confondu avec celui-ci, lorsqu'on ne l'examine pas avec une grande attention, et lorsqu'on n'a pu suivre la série des modifications successives qui lui ont donné naissance.

» Maintenant quelle conséquence est-on en droit de tirer des observations précédentes, relativement à la nature réelle du pistil des Crucifères? Il me semble qu'elles viennent donner le plus fort appui à l'opinion exprimée d'abord par Kunth (1832) et Bernhardi (1838) puis par Lindley, Griffith, récemment par MM. Chatin et Godron, selon laquelle le plan fondamental de l'organisation du pistil des Crucifères résulte de quatre carpelles complétant la symétrie tétramère de la fleur de ces plantes, et selon laquelle aussi deux de ces carpelles, l'antérieur et le postérieur, feraient défaut dans ce pistil tel qu'il se présente habituellement. C'est en effet le passage graduel d'un pistil constitué par quatre carpelles égaux à un autre qui n'en offre que deux bien développés, avec de simples rudiments des deux autres, que nous venons de voir dans la monstruosité dont j'ai donné la description et qui me semble dès lors avoir, sous ce rapport encore un intérêt incontestable. »

Météorologie. — M. Élie de Beaumont soumet aux météorologistes la remarque suivante:

« Les journaux ont dit dernièrement:

« Un froid excessif règne en ce moment dans le Nord-Yorkshire. Vendredi et samedi (2 et 3 juin 1871), la neige est tombée sur les collines, dont les sommets étaient tout blancs. La récolte des fruits a été fortement endommagée par ce froid excessif. (*Journal des Débats* du 8 juin 1871.) »

Je rappellerai, à cette occasion, un fait que M. Arago se plaisait souvent à citer: « Le 31 mai 1793, les habitants de Paris furent surpris de voir, à leur réveil, tous les toits couverts de neige! » Sauf des différences de deux ou trois jours dans la date, et de 5 à 6 degrés dans la latitude, différences qui tendent à se compenser dans une certaine mesure, c'est le même phénomène reproduit à un intervalle de soixante-dix-huit ans, c'est-à-dire presque deux fois quarantenaire.

Ce phénomène étant par lui-même assez notable, il me paraîtrait désirable que ceux qui ont été témoins de quelque chute de neige, dans la partie moyenne de l'Europe occidentale, aux environs du 1er juin dernier, voulussent bien en écrire et en publier l'indication, pendant que la mémoire n'en est pas encore effacée.

Voici un autre fait météorologique dont il serait bon, je crois, de préciser et de fixer le souvenir.

Dans quelques points des environs de Paris, les jeunes pousses de la vigne et même les jeunes pousses des chênes ont été gelées dans la nuit du mercredi 17 au jeudi 18 mai.

On assure en même temps que, dans beaucoup de parties de la France, les vignes ont été ravagées par une gelée du mois de mai.

Il serait intéressant de savoir si partout c'est dans la nuit du mercredi 17 au jeudi 18 mai que ce désastreux phénomène s'est accompli.

N. B. Le 18 mai était le dernier jour de la lune rousse.

MÉMOIRES PRÉSENTÉS

M. Pigeon adresse, de Fourchambault, une nouvelle note sur les effets des antiseptiques dans les maladies épidémiques.

Suivant l'auteur, tous les antiseptiques ou désinfectants, quels qu'ils soient, employés comme moyens préservatifs de la cause originelle, soit du choléra, soit de la variole, soit de toute autre maladie épidémique, ont été admis jusqu'ici sans aucune preuve justifiant leur emploi, et même sans aucune probabilité de réussite. (Renvoi à la section de médecine et de chirurgie.)

M. Bergeret écrit, de Saint-Étienne, pour exprimer son intention d'adresser une série de pièces destinées au concours des prix de médecine et de chirurgie, et pour demander si les interruptions éprouvées par les correspondances ne détermineront pas l'Académie à reculer, pour cette année, la limite de temps assignée à ces envois.

On fera savoir à l'auteur que, en vertu d'une décision déjà insérée au *Compte rendu* de la séance dernière, la clôture des concours pour tous les prix proposés sera prorogée, en 1871, du 1er juin au 1er *août*, terme définitif et de rigueur.

Du progrès de la télégraphie électrique, par M. W. de Fonvielle. — La télégraphie électrique étant presque entièrement fondée sur l'emploi de l'électro-aimant, œuvre commune d'Ampère et d'Arago, l'Académie des Sciences est directement intéressée à ce que la France reprenne le premier rang à la tête d'une industrie éminemment nationale. Nous espérons que l'on nous permettra de donner quelques détails sur les moyens pratiques qui ont permis à la Grande-Bretagne d'obtenir un développement télégraphique dont elle a droit d'être fière.

Le nombre des télégrammes expédiés au commencement de 1870 était de 130,000 par semaine. A la fin de la même année il était de 250,000. Il est beaucoup plus considérable aujourd'hui. Le meilleur client de l'administration anglaise est la presse. Deux associations, représentant 1,100 journaux, réparties dans 365 villes, ont expédié une moyenne variant de 800 à 1,000 messages de vingt mots par jour. En outre, les correspondants des journaux ont expédié, à titre individuel, à peu près le même nombre de messages. Il en résulte que la presse a figuré pour 1,600 à 2,000 messages par jour. Ces messages représentent un volume in-8° de 3 à 400 pages par jour. Comme les messages doivent être souvent répétés un très-grand nombre de fois, on les transmet souvent avec l'appareil Wheatstone; c'est un ruban découpé à l'avance, qui ne fait que circuler sur un cylindre. La vitesse de transmission, à l'aide de cet appareil, s'élève jusqu'à *un mot par seconde*. Les erreurs commises sont moins nombreuses. Le service de la presse a été concentré dans un bureau spécial de *nouvelles*. Des fils spéciaux ont été mis à la disposition des directeurs de journaux, pendant la nuit, pour un loyer annuel de 12,500 francs. Le nombre des souscripteurs, parmi lesquels je citerai le *Times*, le *Daily-News*, le *Standard*, le *Manchester-Examiner*, s'élève à sept. Il serait plus grand si le nombre des fils était suffisant. Grâce à l'usage de ces fils en location, les journaux de Londres peuvent donner à leurs lecteurs des télégrammes occupant presque toujours deux colonnes du *Times*, à peu près autant de matières que la moitié du *Gaulois* ou du *Paris-Journal* dans leurs éditions de Versailles.

Rendre service à la presse, c'est un moyen plus sûr d'en faire un objet de revenus, que de la frapper de droits prohibitifs et de lois restrictives. Le public se détachera des feuilles vides quand on lui donnera, dans les journaux libéraux, des informations nombreuses, instantanées et précises.

C'est, je crois, la France qui a donné l'exemple de faire de la télégraphie électrique un service public; l'Angleterre n'a exécuté cette réforme que récemment, mais elle a réuni les télégraphes à l'administration des postes, tandis qu'ils sont encore séparés en France. La délégation de Tours les avait réunis; j'ignore pourquoi l'on est revenu sur une décision qui paraît sage. Une étude approfondie du système anglais conduirait infailliblement à revenir au système économique adopté provisoirement pendant la guerre.

Des professeurs privés préparent les candidats télégraphiers, qui sont admis après examen. Deux mille agents ont reçu leur diplôme et leur fonction pendant l'année 1870. Les connaissances exigées sont les manipulations indispensables, mais l'avancement et les hautes payes sont acquises aux agents qui font preuve de connaissances supérieures. Les femmes sont admissibles comme les hommes, et dans un bref délai il n'y aura point en Angleterre de bureau de poste où l'agent ne sache l'usage du télégraphe. Nous ne décrirons point l'établissement central, nous indiquerons seulement une innovation susceptible d'être généralisée dans tous les services publics, et de diminuer dans une forte proportion le nombre des agents supérieurs.

Les secrétaires des principaux officiers savent la sténographie, de sorte qu'ils peuvent écrire avec rapidité une multitude d'ordres et de dépêches; les sous-secrétaires, en nombre plus considérable, sont employés à traduire les notes prises par leurs supérieurs. Ce système de sténographie se répand dans le barreau. Un de nos amis, M. Josiah Merrimacc, solliciteur très-dévoué à la France, en

fait un très-grand usage, et, depuis quelques mois qu'il s'en sert, il a trouvé le moyen de doubler le chiffre de ses affaires, tout en ayant peut-être plus de loisirs. Appliqué au journalisme et même à la littérature, il rendrait des services immenses.

La nécessité dans laquelle nous nous trouvons de réorganiser les services publics sur des bases réellement scientifiques est l'excuse que j'invoquerai pour avoir soumis ces remarques à l'Académie. Je prendrai la liberté de joindre à ces remarques un article du *Times*, dont je peux garantir l'exactitude, et qui donnera beaucoup d'autres détails sur l'organisation télégraphique anglaise. Peut-être l'Académie verra-t-elle avec plaisir quelques spécimens permettant de se convaincre que je n'ai rien exagéré en parlant du développement que les télégrammes des journaux anglais ont fini par prendre.

Recherches sur l'hydrate de chloral, par M. H. BYASSON. — Ayant entrepris, il y a plus d'une année, une étude sur l'hydrate de chloral, et spécialement sur son action physiologique, nous soumettons à l'Académie quelques-uns des résultats principaux déduits de nos expériences, en attendant que nous puissions, après avoir atteint le but proposé, lui présenter un mémoire détaillé à l'appui. Contrairement aux conclusions de M. Oscar Liebreich et de quelques autres expérimentateurs, en nous fondant sur l'action comparée du chloroforme, du formiate de soude, de l'hydrate de chloral, de l'acide trichloracétique et du trichloracétate de soude, sur des grenouilles, des rats et des chiens, et incidemment sur l'homme pour l'hydrate de chloral, nous formulerons les propositions suivantes :

1° L'action de l'hydrate de choral sur des organismes similaires est différente de celle du chloroforme.

2° Cette action est spéciale à ce corps, mais elle peut être considérée comme la résultante de celle des deux produits dans lesquels il se dédouble, principalement au contact du sang, savoir : le chloroforme et l'acide formique;

3° L'action de l'hydrate de chloral sur l'organisme animal est différent de celle de l'acide trichloracétique et du trichloracétate de soude, qui se dédoublent en chloroforme et acide acétique, tout en étant comparables.

Une partie du chloroforme formé par l'action des carbonates alcalins du sang sur l'hydrate de chloral s'élimine par la voie pulmonaire; une partie de l'acide formique se retrouve dans l'urine à l'état de formiate de soude. Pour résumer pratiquement l'action effective de l'hydrate de chloral telle que les expériences nous l'ont montrée, nous distinguerons trois degrés, atteints graduellement et successivement par des doses croissantes, mais variables suivant les individus :

Premier degré : action soporifique faible et sédation légère du système nerveux sensitif, pouvant s'accompagner par intermittences d'une agitation particulière comparable à celle que produisent certains rêves;

Deuxième degré : action soporifique énergique et impérieuse, avec diminution de la sensibilité : à cette période correspond un sommeil calme, d'une durée variable, mais sans trouble apparent des fonctions principales de la vie : par des doses successives, administrées dès que l'action des premières a presque complétement disparu, le sommeil peut être entretenu pendant une période relativement très-longue;

Troisième degré : action anesthésique, avec perte complète de la sensibilité générale et résolution musculaire : presque toujours nous avons vu la mort survenir lorsque nous avions réellement atteint cette période, et la raison en est facile à donner : une dose considérable d'hydrate de chloral a dû être administrée, et on n'est pas maître, à un moment donné, de soustraire l'organisme à l'action du médicament agissant progressivement jusqu'à sa complète transformation et élimination.

La séance est levée à 5 heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté du chef du pouvoir exécutif, en date du 23 juin 1871, rendu sur le rapport du ministre de la guerre, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur, pour services de guerre rendus pendant le siége de Paris :

Au grade de grand officier : M. le docteur Ricord.

Au grade de commandeur : M. le docteur Demarquay.

Au grade d'officier : MM. les docteurs Lunier-Ludger et Cusco.

Au grade de chevalier : MM. les docteurs Devailly, Mérandon, Bastien, Périer, Malespine, Harzé.

— Par arrêté en date du même jour, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur M. le docteur Danet, directeur de l'ambulance du Luxembourg. — S'est fait remarquer par sa fermeté et son sang-froid pendant les événements de Paris.

— Par arrêté en date du 23 juin, ont été nommés chevaliers de la Légion d'honneur :

M. le docteur Mordret, médecin de l'hôpital civil du Mans. — Services exceptionnels rendus à la deuxième armée de la Loire;

M. le docteur Forgemol, médecin aux ambulances de Tournan (Seine-et-Marne).

— Par arrêté en date du 17 juin 1871, M. Richard Wallace a été nommé commandeur de la Légion d'honneur.

Chacun se rappelle l'inépuisable charité de M. Wallace pendant le siége de Paris.

— L'Établissement d'hydrothérapie d'Auxerre à vendre, par suite du décès du docteur Fontaine, directeur de l'Établissement.

S'adresser à Mme Ve Fontaine, rue Française, 4, Auxerres.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 27 juin 1871.

HOSPICE GÉNÉRAL DE ROUEN. — M. P. OLIVIER.

Croup. — Trachéotomie. — Guérison (1).

OBS. II. — *Croup opéré à la deuxième période. — Ablation définitive de la canule le treizième jour. — Paralysie laryngée. — Guérison.*

L... (Paul), 4 ans, entré le 17 février 1871, salle Saint-Lazare, n° 5, frère du précédent, malaise depuis quelques jours, sans angine. Pris en même temps que son frère, dans la nuit du 16 au 17 février, d'un enrouement et d'une gêne de la respiration qui le font admettre à l'hôpital le 17 février. — A son entrée, gêne modérée de la respiration, qui augmente à partir de six heures du matin, le 18 février.

Nous le trouvons à la visite du matin avec la voix rauque, presque éteinte, un tirage modéré ; il n'a pas eu d'accès d'étouffement. Le facies est bon, la respiration s'entend encore un peu dans la poitrine; il n'a pas de fausses membranes sur les amygdales; pas de gonflement ganglionnaire au cou, mais un peu d'écoulement séro-sanguinolent et une croûte noirâtre à l'entrée des fosses nasales.

Prescription : ipéca et sirop de cubèbe.

A quatre heures, R. 36. P. 120.

Il n'a pas eu d'accès d'étouffement; mais la respiration est beaucoup plus gênée, le tirage plus intense, il y a du sifflement laryngo-trachéal. Craignant de voir se renouveler chez lui ce que nous venions d'observer chez son frère, dont l'état était devenu rapidement très-grave, nous nous décidons à l'opérer de suite.

L'opération se fait facilement, avec écoulement faible de sang, quoique la trachée soit profonde, les veines dilatées, le cou gras. On introduit une canule n° 1.

Une fois la canule en place, l'enfant est pris de quintes de toux, et il se produit un bruit de drapeau à l'extrémité de la canule qui est bouchée par une fausse membrane dont on enlève une portion avec des pinces.

R. 52, P. 124.

Potion avec alcool *quarante* grammes, café avec extrait de quinquina, *un* gramme; alimentation.

19. — R. 24. P. 104, bon. T. A. 36 4/5.

Il a été tranquille cette nuit, a peu toussé. Il s'est écoulé par la canule une certaine quantité de mucosités épaisses. Langue bonne, humide. On change la canule.

A quatre heures, R. 36. P. 112. T. A. 37 2/5.

Canule silencieuse. Respiration bonne, s'entendant dans toute la poitrine.

20. — R. 36. P. 108. T. A. 37°.

Il reste à peu près dix minutes privé de sa canule sans être incommodé.

Urines; rien par la chaleur. Par l'acide nitrique, précipité abondant que la chaleur éclaircit sans le faire disparaître, qui se dissout dans un excès d'acide.

Dépôt blanchâtre composé d'urates au microscope.

4 heures. A mangé un œuf, a peu toussé, a rendu un fragment de fausse membrane, qui, au contraire de celles de son frère, est peu épaisse.

R. 32. P. 120. T. A. 37° 4/5.

21. R. 28. P. 104. T. 38°.

La partie supérieure de la canule est noire dans une étendue de trois centimètres environ. On touche la plaie avec l'eau-de-vie camphrée ; il reste sans canule jusqu'à trois heures du soir.

A ce moment, R. 28. P. 108. T. 37 2/5.

Un peu de gonflement sous-maxillaire et sus-sternal.

Plaie grisâtre avec un peu de rougeur autour; on la touche avec eau phéniquée au 1/100. Il se passe à la plaie une sorte de gargouillement qui retentit dans la poitrine. Un peu de mucosités par les narines, sans fausses membranes.

22. R. 28. P. 116. T. 37 2/5.

Il a rendu encore des fausses membranes cette nuit. Un peu d'érythème vésiculeux autour de la plaie; pansement au sous-nitrate de bismuth. Quelques râles ronflants dans la poitrine. La face supérieure de la canule est noire dans une étendue de deux centimètres.

A quatre heures. R. 28. P. 100. T. 37° 3/5.

23. R. 28. P. 100. T. 37° 2/5.

La canule ôtée à neuf heures du matin, est remise à dix heures du soir.

24. R. 28. P. 100.

On ôte la canule à neuf heures du matin on la remet à neuf heures du soir. L'air passe un peu par le nez et la bouche.

25. R. 20. P. 108.

L'air passe par le larynx en déterminant un ronflement.

Il reste sans canule de neuf heures du matin à huit heures du soir.

26. R. 28. P. 116.

Quelques râles dans la poitrine. Canule ôtée à neuf heures, remise le soir à onze heures.

27. Les boissons passent par la plaie. — Extrait de quinquina, *deux* grammes ; sirop d'iodure de fer, une cuillerée. Reste douze heures sans canule.

2 mars. Les liquides passent toujours par la plaie, et déterminent de la toux qui ne commence que lorsque le liquide a déjà pénétré dans la partie inférieure de la trachée. Il a rendu hier un fragment de fausse membrane.

Prescription. Une cuillerée à café de sirop de strychnine et ne donner que des aliments solides; oranges.

3 mars. On retire la canule, et on n'est pas obligé de la remettre.

8. Il peut parler à haute voix. Les liquides passent toujours par la plaie. Electrisation du larynx pendant deux minutes, tous les jours.

13. Les liquides ne passent plus par la plaie, mais il tousse quand il boit.

21. — La plaie est complétement cicatrisée. La cicatrice suit les mouvements de déglutition.

24. On cesse l'électrisation que l'enfant redoute beaucoup; il avale toujours un peu de travers. La voie est un peu enrouée, mais moins qu'avant la maladie, nous dit la mère.

5 avril. L'enfant va très-bien, et n'avale plus de travers.

Sa mère devant accoucher bientôt, nous prie de le garder quelques jours encore à l'hôpital; il sort complétement guéri le 14 avril.

Dans cette seconde observation, la marche de la maladie n'a pas été aussi régulière, les périodes aussi accentuées que dans la première ; la gêne de la respiration s'est augmentée insensiblement sans accès de suffocation, et l'opération a été pratiquée au moment où allait survenir l'asphyxie. Peut-être pourrait-on trouver la raison de cette allure moins franchement dessinée, dans une intoxication plus profonde caractérisée par un peu d'écoulement séro-sanguinolent nasal, et la paralysie laryngée consécutive. Toujours est-il que chez lui, malgré une quantité de fausses membranes beaucoup moins épaisses et moins nombreuses que chez son frère, la guérison s'est fait plus longtemps attendre, et la canule n'a pu être ôtée définitivement que le treizième jour. De plus, nous avons observé le dixième jour après l'opération, un accident assez fréquent chez les trachéotomisés, je veux dire le passage des boissons dans la trachée, accident qui, un moment, vu les symptômes de bronchite auquel il donnait lieu, n'a pas laissé que de nous inquiéter un peu sur le résultat final. La suppression absolue des boissons, en même temps que nous faisions prendre à l'enfant des toniques, du sulfate de strychnine et que nous soumettions son larynx à l'électrisation, diminua et fit enfin disparaître cette complication en vingt-cinq jours.

Pour expliquer cet accident, M. Archambault invoque un défaut d'harmonie dans la contraction des muscles du larynx et du pharynx, causé par l'habitude qu'a prise l'enfant de respirer par une canule. Trousseau accepte cette explication pour un certain nombre de cas ; mais il en est d'autres, dit-il, où « la plaie étant complétement fermée, la difficulté de la déglutition continue, bien que la respiration laryngée soit parfaitement libre et régulière, » et il ajoute : « cela dépend probablement alors de ce que les muscles de ces parties ont été affectés de la paralysie dont je vous ai parlé. » (*Clinique médicale*, 1861, t. I, p. 427). Cette dernière phrase me paraît en désaccord complet avec ce qui précède ; car pour que la respiration laryngée soit libre et régulière, il est indispensable que les muscles du larynx ne soient pas paralysés. Or, voyons un peu ce qui se passait chez mon petit malade; chez lui le passage des boissons par la glotte a commencé pendant qu'il avait encore sa canule, n'a pas empêché qu'on la lui ôtât quatre jours après, n'a été en aucune façon influencé par cette ablation. La respiration laryngée se faisait très-régulièrement; le muscle dilatateur de la glotte n'était donc pas paralysé; de plus, quoiqu'il eût la voix un peu rauque, il pouvait parler assez haut pour qu'on l'entendît très-bien; les muscles constricteurs de la glotte faisaient donc leur devoir, la raucité de la voix s'explique assez par un reste d'irritation, ou si l'on aime mieux un état anormal, peut-être un gonflement de la muqueuse.

En observant avec attention ce qui se passait, lorsqu'il avalait un liquide, il était facile de voir que les premières gorgées ne donnaient pas lieu à de la toux, qui ne se produisait que lorsque le liquide ayant traversé le larynx venait à tomber dans la partie inférieure de la trachée; alors se produisaient des quintes pénibles qui rejetaient le liquide au dehors. Le liquide passait donc à travers le larynx sans incommoder le malade ; il suffit de se rappeler la sensibilité extrême de la muqueuse laryngée pour comprendre de suite que c'était cette sensibilité qui était abolie ; dès-lors plus de mouvements réflexes, amenant l'oscillation du larynx, comme dans la déglutition normale, et contact du liquide avec les muqueuses trachéale et bronchique qui ayant conservé leur sensibilité, réagissent par la toux contre le corps étranger. Telle me paraît être, dans le cas particulier qui nous occupe, l'explication du passage des boissons par le larynx, explication que je me hasarde à proposer pour les cas où les muscles du larynx ont évidemment conservé leur contractilité. Maintenant jusqu'où s'étend cette anesthésie? Est-elle limitée seulement aux parties qui ont été recouvertes de fausses membranes? Est-elle le résultat localisé de l'infection diphthéritique? C'est ce que je ne saurais décider.

Chez mes deux malades, la voix est restée un peu enrouée après la guérison ; j'ai dû m'informer auprès de la mère si elle la trouvait plus enrouée qu'avant la maladie. Interrogée à plusieurs reprises à ce sujet, elle m'a toujours affirmé que pour l'aîné c'était la même chose, mais que la voix du plus jeune était plus claire qu'avant son entrée à l'hôpital.

Je signalerai en passant l'action véritablement efficace des vapeurs d'acide phénique sur la sécrétion bronchique chez mes deux opérés. Au lieu de mettre au devant de la canule une cravate de laine sèche, j'ai pensé qu'en l'imbibant d'eau phéniquée, j'aurais l'avantage d'introduire par la canule un air plus chargé d'humidité, en même temps que l'acide phénique, par ses propriétés anti-putrides, s'opposerait à la décomposition du pus sécrété et modifierait la sécrétion elle-même, c'est ce qui est arrivé en effet.

Enfin, il est un phénomène auquel certains auteurs, M. Sanné entre autres, dans son excellente thèse inaugurale, ont, je crois, attribué une trop grande importance pour le diagnostic de la gangrène de la plaie : je veux parler de la coloration noire de la canule. Chez mes deux opérés, la canule a été noircie plusieurs jours au niveau de sa courbure, sans qu'il m'ait été possible de découvrir la moindre trace de gangrène à la surface de la plaie. Le siége même de cette coloration dans un point où la canule n'était pas en contact avec la plaie, et répondant au vide de la trachée, me fait penser que, en l'absence même de la gangrène de la plaie, la décomposition du pus et des fausses membranes dans la cavité laryngienne suffit à amener cette coloration noirâtre.

(1) Fin. — Voir le dernier numéro.

DES SUBSISTANCES PENDANT LE SIÉGE DE PARIS EN 1870

Par M. PAYEN (1).

I

Au moment où des armées nombreuses, formées de toutes les classes mobilisables de l'Allemagne, débordant sur notre territoire, allaient investir la capitale de la France, les chefs de l'invasion, dès longtemps préparée, disaient qu'une ville de deux millions d'âmes (2) peut à peine être approvisionnée d'aliments pour quelques semaines, et que, dans ce court délai, la famine ne pouvait manquer de leur livrer Paris. Comment se fait-il donc que, malgré la soudaineté de l'attaque et un rigoureux blocus, plus de cent jours déjà aient pu s'écouler sans que nos subsistances aient été épuisées?

Tel est le grand problème que je voudrais élucider, en montrant les ressources variées, ignorées généralement des gens du monde et que ne soupçonnaient pas des hommes d'Etat habitués aux froids calculs politiques, ceux qui croyaient nous affamer si cruellement et si vite.

Je voudrais dire aussi comment ont été déjouées les prévisions des mêmes ennemis de notre nation, lorsqu'ils comptaient sur les fléaux des épidémies meurtrières qui se seraient développées par les masses énormes de détritus organiques putrescibles, accumulés chaque jour depuis l'instant où leur triple cercle de fer ne laisserait plus sortir un seul convoi au dehors de l'enceinte fortifiée ou de la ligne de nos forts.

Nous verrons comment les immenses approvisionnements d'une des premières cités commerçantes du monde, comment les magasins des matières premières des industries métropolitaines sont ve-

(1) M. Payen avait annoncé l'intention de lire ce Mémoire à l'Académie des sciences à la séance du 15 mai; c'est le 13 qu'il a succombé.

(2) En réalité, la population actuelle de Paris, comprenant les communes réfugiées, l'armée, les gardes nationales et la garde mobile de plusieurs départements, dépasse deux millions cinq cent mille habitants.

nus combler les vides d'une gigantesque consommation journalière; comment des industries nouvelles, utilisant les matières organiques, abandonnées naguère, ont, du même coup, assaini des dépôts qui, disait-on, devaient bientôt infecter et rendre mortel l'air que nous respirons; comment enfin ces substances altérables, soustraites à la fermentation et transformées chaque jour en produits nutritifs, ont accru, dans une large mesure, nos subsistances.

Nous démontrerons, en outre, que plusieurs de ces nouvelles industries doivent survivre désormais aux circonstances exceptionnelles qui les ont fait naître, et accroître d'une manière durable nos ressources en produits animaux, insuffisants chez nous pour constituer une alimentation réparatrice et développer la force de la population.

Laissant de côté, pour aujourd'hui, les services d'un autre genre que la science et l'industrie ont rendus, par la fabrication improvisée des armes et nouveaux engins de guerre, par les heureux perfectionnements de deux mémorables inventions françaises, les ballons et la photographie, appliquées avec succès aux nécessités d'un long siége, nous exposerons, suivant l'ordre même où ils se sont produits, les faits d'abord inquiétants au point de vue de l'hygiène et de l'alimentation publiques.

II

Le Conseil de salubrité du département de la Seine fut tout d'abord chargé de proposer les mesures à prendre pour prévenir les dangers de l'accumulation, sur plusieurs emplacements des arrondissements contigus aux remparts, des détritus, boues, immondices et fumiers enlevés chaque jour des rues, halles, écuries, étables et bergeries : ces amas de détritus, volumineux en tout temps, venaient d'être considérablement augmentés par suite de l'introduction précipitée, dans nos murs, de 5,000 bœufs et 150,000 moutons, destinés aux approvisionnements et réunis dans des parcs la plupart mal situés et disposés à la hâte.

Ne devait-on pas craindre que les déjections, les matières végétales et animales, réunies sur quelques points du périmètre de Paris, vinssent former en ces lieux des foyers d'émanations, analogues à celles qui, dans les Dombes, les Landes et la Sologne, dans la campagne de Rome et même dans les marais du Gange, ramènent chaque année les fièvres paludéennes ou d'autres maladies endémiques?

Un examen attentif, simultanément effectué par plusieurs membres du Conseil sur tous les points menacés, permit de déclarer que, sous certaines conditions facilement réalisables, de tels dangers seraient peu à craindre, lors même que les énormes amas de ces matières organiques en fermentation répandraient aux alentours des vapeurs nauséabondes.

Voici comment, par un exemple concluant, on parvint à démontrer l'innocuité de tels amas, exhalant par leur fermentation continuelle, durant plusieurs années, des gaz et vapeurs fétides, très-incommodes sans être à proprement parler insalubres.

Chacun sait qu'une partie des boues de Paris, de temps presque immémorial, transportées tous les ans sur le territoire d'Argenteuil, en vue de fertiliser son vignoble et ses cultures de figuiers, y sont disposées le long de la route en tas considérables, élevés de 3 mètres environ, sur une étendue dépassant un kilomètre. Ces débris et immondices, durant tout le cours de leur fermentation, dégagent continuellement des gaz ammoniacaux et sulfurés, d'autant plus abondants et infects que la température atmosphérique s'élève davantage, et cependant, même pendant les chaleurs estivales, alors que l'odeur nauséabonde semble insupportable à quelque distance, aucune maladie spéciale ne prend naissance et la salubrité publique n'en est pas troublée.

C'est qu'il ne se rencontre pas là, avec les fermentations précitées, le concours des eaux stagnantes, accompagnant ces fièvres paludéennes qui sévissent surtout aux approches de l'automne, lorsque l'évaporation superficielle du sol détrempé met à nu les ferments animés déposés par les eaux stagnantes. Quelles que soient, au surplus, les théories anciennes et nouvelles sur la nature de ces effluves malsains, agents de la *malaria*, les faits sont constants, et lorsqu'on détruit la cause ou les circonstances qui lui donnent naissance, l'effet cesse ou ne se produit pas.

Ainsi donc, afin de prévenir l'insalubrité de l'air aux alentours des dépôts plus ou moins volumineux des débris organiques en fermentation, il faut surtout éviter que les eaux pluviales puissent, en délayant ces matières organiques accumulées, former ensuite des mares ou des eaux stagnantes; il faut donc préparer un écoulement facile vers des cours d'eau ou des terrains en pente, ou encore vers des fonds sableux très-perméables, au moins pendant la durée du siége.

Telles furent les prescriptions propres à sauvegarder, dans cette occurrence, les intérêts de la santé publique.

III

Avant de quitter ce sujet, on nous permettra d'anticiper un peu sur les événements, pour faire connaître une autre mesure d'intérêt général du même ordre, qui faillit être entravée par les premières prescriptions que nous venons de rappeler.

Parmi les matières fermentescibles à transporter et à amonceler sur des terrains réunissant les conditions favorables, on avait compris les fumiers des étables et des écuries; des traités avec les entrepreneurs leur imposaient cette obligation et leur donnaient le droit, dont ils avaient usé, de disposer de ces substances pendant la durée du siége.

Or il advint qu'au moment où, depuis plus d'un mois, ces traités suivaient leur cours, il fallut reprendre la libre disposition des fumiers, dans un intérêt public non moins urgent; voici dans quelles circonstances. Un de nos agriculteurs, publiciste distingué, M. Joigneaux, et l'un de nos horticulteurs des plus habiles, M. Laizier, venaient alors d'unir leurs efforts en vue de faire prévaloir une idée féconde, appuyée par plusieurs des dignes représentants de la presse agricole. Ils proposaient au gouvernement d'utiliser pour la culture automnale, et même au-delà, les 200 hectares de terrains vacants renfermés dans l'enceinte des remparts, afin d'obtenir, à l'aide de semis précoces, protégés par les abris de nombreux châssis vitrés, de jeunes plantes foliacées de choux, de chicorées, de colzas, consommables en vert, sous forme de salades et de feuilles cuites. Cet utile projet venait bien à point, car il offrait le moyen d'éviter, par un régime végétal parfaitement approprié, les fâcheuses influences des viandes salées, dont on allait commencer la distribution, sur le développement du scorbut.

On se mit promptement à l'œuvre : les jeunes plants étaient levés au bout de quinze jours, et, malgré la rigueur, inaccoutumée sans doute, de la saison, tout fit espérer que les légumes de primeur ne nous manqueraient pas. Nous devons ajouter ici que d'ailleurs, jusqu'à l'époque où la saison exceptionnellement rigoureuse est venue nous surprendre, la nourriture hygiénique végétale ne nous a pas fait défaut, grâce aux laborieux efforts des nombreux maraîchers établis dans Paris et ses environs, jusqu'aux limites défendues par nos forts. Jamais peut-être on n'a vu, à cette époque de l'année, une telle abondance de produits alimentaires de ce genre : gros choux, petits choux de Bruxelles, céleri, choux-fleurs, et, en plus grandes quantités encore, racines sucrées de betteraves rouges, jaunes et blanches, primitivement destinées à la nourriture des vaches laitières, que l'on entretenait ordinairement au nombre de 24,000 à 28,000 dans Paris ou son ancienne banlieue. La plus grande partie de cet approvisionnement, lorsque le nombre des vaches laitières se trouva réduit des six dixièmes, c'est-à-dire à 4,800 environ, put être utilisée pour l'alimentation des habitants.

L'utile racine saccharifère nous rendit, dans cette occasion, un nouveau service, et ce n'est pas seulement le sucre qui fut, en ce moment, très-favorable à notre alimentation; ce furent bien plus encore les substances azotées et salines, qui rendirent à la fois plus fortifiant et plus salubre le régime peu varié que nous imposait l'état de siége.

De l'avis de tous les médecins et des marins expérimentés, la nourriture végétale offre le meilleur moyen de prévenir le scorbut. Le mode de préparation des betteraves pour cette destination nouvelle est fort simple : les boulangers se chargent de les faire cuire dans leurs fours, après en avoir retiré le pain; il ne reste plus qu'à les découper en minces rondelles pour les associer, dans les diverses préparations culinaires, ainsi que dans le *pot-au-feu*, aux autres légumes, que l'on peut se procurer plus difficilement, mais qui sont utiles dans ce cas pour relever, par leur arome ou leur goût plus prononcé, la saveur trop douce, peut-être, de la racine à sucre.

Après cette digression, qui ne nous a pas paru hors de propos pour compléter le sujet intéressant des nouvelles cultures maraîchères dans Paris, nous reviendrons aux faits inquiétants qui se sont manifestés dès les premières journées du siége.

IV

En effet, les 12,000 litres de sang, provenant des 500 bœufs et des 4,500 à 5,000 moutons abattus chaque jour, qui, avant le siége, étaient transportés au dehors des murs dans des usines spéciales où la dessiccation les réduisait à un dixième de leur poids ou de leur volume, et permettait d'expédier ce résidu sec sous forme pulvérulente aux agriculteurs plus ou moins éloignés (parfois même jusque dans nos colonies des Antilles) comme un puissant engrais, ne pouvaient plus l'être pendant le siége. Cette industrie de la fabrication de l'engrais de sang desséché ne pouvant s'exercer dans l'intérieur de Paris, en raison des émanations infectes qu'elle répand à une grande distance autour des usines, on cherchait les moyens d'arrêter la fermentation putride si prompte du sang liquide, lorsqu'un habile chimiste, M. Riche, proposa de transformer en boudin comestible tout le sang qui provenait des abattoirs. Il se trouva fort heureusement alors un très-actif et intelligent industriel, M. Dordron, qui se chargea de l'entreprise et en peu de jours la conduisit à bonne fin.

Le succès remarquable de cette première tentative en inspira plusieurs autres non moins heureuses. De nombreux débris, négligés dans les jours d'abondance, ou livrés à diverses industries manufacturières actuellement en chômage, furent successivement mis à profit pour accroître nos subsistances : les tendons et les rognures des peaux de bœuf, de veau et de mouton, ordinairement abandonnés aux fabricants de gélatine et de colle forte, furent facilement rendus comestibles à l'égal des pieds de mouton, qui, en tout temps, reçoivent cette destination; les intestins des bœufs, des vaches et des veaux, jetés au fumier en temps ordinaire; ceux des moutons, réservés pour la fabrication des cordes harmoniques, entrèrent indistinctement dans la préparation des andouilles, ou servirent à confectionner des enveloppes de saucissons. Enfin, bientôt après, lorque les animaux des espèces bovine et ovine eurent été presque entièrement consommés, on recourut aux chevaux, qu'il fallut bien abattre à mesure que les fourrages pour les nourrir manquaient; alors aussi les débris du même genre provenant de ces mêmes chevaux, complétement négligés même en temps d'hippophagie commençante, reçurent les mêmes applications que les débris de dépeçage des bœufs, vaches, génisses, veaux et moutons (1); de telle sorte qu'en définitive les matières putrescibles, qui, dans les prévisions de nos ennemis acharnés, devaient, en peu de temps, infecter l'air et répandre dans nos demeures les germes de maladies endémiques mortelles, devinrent, au contraire, une source nouvelle et puissante de substances alimentaires, végétales ou animales, toniques et salubres.

(*A suivre.*)

DOCUMENTS
POUR SERVIR A L'HISTOIRE DU MOUVEMENT SCIENTIFIQUE PENDANT LE SIÉGE DE PARIS (2).

5 DÉCEMBRE.

VII. **Ambulances.** — Le ministre des affaires étrangères a reçu la lettre suivante :

Paris, 3 décembre 1870.

Monsieur le ministre,

J'ai l'honneur de vous informer des faits suivants qui se sont passés hier, entre dix et onze heures du soir, aux avant-postes, en avant de Champigny.

Autorisée par le général Ducrot, une escouade des ambulances de la presse s'est dirigée vers ce point où nous avaient été signalés des blessés à recueillir, des morts à enterrer.

Désigné pour me rendre en qualité de parlementaire auprès de l'ennemi, je m'y rendis, à cheval, accompagné d'un porte-fanion et d'un trompette mis à notre disposisition par le général Ducrot.

Le personnel médical, les frères des écoles chrétiennes (nos brancardiers) attendirent à une petite distance.

Quelques coups de feu ayant été tirés, le commandant français fit sonner le signal de cesser le feu; cet ordre fut aussitôt exécuté et un silence complet s'établit du côté de nos lignes.

C'est à ce moment qu'au milieu du silence permettant d'entendre le clairon, par un clair de lune permettant de voir le drapeau de Genève, je fis sonner les quatre appels à l'usage des parlementaires.

Craignant qu'ils n'eussent pas été suffisamment entendus, je m'avançais vers les lignes ennemies, pour les faire sonner une seconde fois.

Au lieu de la réponse qu'obtiennent toujours les appels parlementaires entre nations civilisées, nous avons été accueillis par une vive fusillade.

Veuillez agréer, M. le ministre, l'assurance de ma très-haute considération.

MARIE-BERNARD BAUER.

Protonotaire apostolique, aumônier en chef des ambulances de la presse.

Étaient présents et ont signé le présent rapport; Dr Demarquay, membre du comité; M. Armand Gouzien, secrétaire du comité; MM. les chirurgiens des ambulances de la presse; Wolker, Barlemont, Lejeault, Lauras, Vermersch, Urba, Le Danois; le porte-fanion, M. Ramond; les estafettes : MM. Bower père et fils; M. Austin, correspondant du *Times*.

Les faits signalés par cette lettre n'ont pas besoin de commentaire. Ils ne sont pas seulement la violation de la convention de Genève, ils sont contraire aux usages de la guerre, à tous les principes d'humanité. Faire feu sur les hommes dévoués qui vont au péril de leur vie secourir les blessés, c'est ajouter aux inévitables malheurs de la lutte un acte sauvage qui pourrait devenir le point de départ de sanglantes représailles. C'est à l'opinion publique qu'il appartient de faire justice de semblables procédés.

VIII. **Voyages dans Paris.** — M. Théophile Gautier publie, dans l'*Officiel*, un article intitulé :

UNE LECTURE D'ESCHYLE PENDANT LE SIÉGE

Il est huit heures du soir : notre sobre dîner obsidional est absorbé et digéré déjà. On ne peut cependant pas se coucher encore, car l'aube de décembre se lève tard. Essayons d'aller rendre visite à un ami de notre âge. Les jeunes sont au rampart ou sur le plateau d'Avron. Heureux les jeunes! la faiblesse ne les oblige pas à rester assis aux portes Scées, comme les vieillards d'Homère, pendant que les Grecs et les Troyens se battaient dans la plaine. Nous sortons. La nuit est d'un noir sinistre que hache une pluie diagonale poussée par le vent et mêlée de flocons de neige demi-fondue. Les pompes à vapeur établies sur le quai dégorgent à travers l'ombre une fumée livide. La Seine roule ses flots couleur d'encre, épais, huileux comme ceux du Styx et de l'Achéron. A de courtes distances, un fanal à la proue, un fanal à la poupe, projetant des lueurs par les fenêtres de leur cabines, passent des bateaux-mouches. Ils s'arrêtent aux débarcadères, et, sous la lumière des lanternes, à travers un fourmillement confus d'ombres, se dessinent des groupes étranges, d'un apparence fantastique et spectrale. Ce sont des blessés qu'on rapporte; ils ne resteront pas du moins jusqu'au pâle matin d'hiver sur le champ de bataille et le froid nocturne ne les soudera pas par leur sang coagulé à la boue glaciale et durcie. Des voitures, des brancards les emmènent aux ambulances, où les attendent les soins les plus empressés. Leur glorieuse journée est faite, et si la douleur les laisse dormir, ils rêveront de victoires et de délivrance.

Sur la façade éteinte du Louvre, de l'autre côté de l'eau, flamboyent deux grandes fenêtres avec des palpitations rougeâtres qui feraient croire à un incendie intérieur. Sur ce fond lumineux vont et viennent, comme des ombres chinoises mal appliquées au transparent, des silhouettes vagues, occupées d'une besogne mystérieuse. L'anhélation d'un soufflet, en rendant la clarté plus ou moins vive, les efface ou les accuse. Mais il n'y a derrière ce carreau, comme on l'aurait aisément supposé aux temps romantiques, ni Ruggieri préparant des poisons, ni alchimiste cherchant la pierre philosophale dans le fond de ses cornues. Ce qui produit cette lueur inquiétante est tout simplement une forge où l'on répare les fusils des mobiles et des gardes nationaux.

Nous traversons le pont des Saints-Pères, houspillé par les gamineries de la bise qui tâchait de jeter notre chapeau à la rivière, excellente farce à la Gavroche qui nous eût semblé de mauvais goût en ce moment. On devinait au loin, comme dans les ténébreuses eaux-fortes de Piranese, des masses d'architectures opaques et des lignes de quais tracées par des points brillants semblables à ces piqûres de cartons noirs qu'on présente à la lumière; mais les perles de feu étaient bien largement égrenées et ne formaient plus ce cordon étincelant, illumination habituelle de Paris.

L'impression était triste, solennelle et grande. A travers les larges baies que gardent les statues colossales de la Paix et de la Guerre, la place du Carrousel apparaissait miroitée d'eau, glacée de reflets et traversée d'un unique omnibus dont les lanternes rouges brillaient comme les yeux d'un monstrueux insecte rampant dans l'obscurité.

Après avoir suivi plusieurs rues qui ressemblaient, tant elles étaient sombres, à des traits de scie dans des blocs de marbre noir, nous arrivons à la maison de notre ami, qui était allé *aux nouvelles*, car c'est encore l'aliment qu'on cherche avec le plus d'avidité, quelque maigre chère qu'on fasse. Force nous fut donc de retourner au

(1) Nous reviendrons plus loin sur cette question, à propos des nouvelles conserves alimentaires.

(2) Suite. — Voir l'avant-dernier numéro.

logis, et là, les pieds contre un petit feu de veuve, éclairé d'une *seule* bougie (il faut en état de siége ménager la lumière et le feu), tenant en main un livre pris au hasard sur la planche de sapin qui supporte les épaves de notre bibliothèque, nous commençâmes assez tristement notre soirée solitaire.

Ce volume était le théâtre d'Eschyle, ce fier génie qui, dédaignant sa gloire de poëte, ne parla, dans l'épitaphe qu'il se fit lui-même, que de sa gloire de soldat. « Ce monument couvre Eschyle, fils d'Euphorion. Né Athénien, il mourut dans les plaines fécondes de Géla. Le bois tant renommé de Marathon et le Mède à longue chevelure diront s'il fut brave. Ils l'ont bien vu. »

Précisément le livre s'ouvrit à la traduction des *Sept contre Thèbes*, comme si, du fond des siècles, Eschyle voulût faire allusion aux événements du jour.

Aristophane, l'impitoyable moqueur, professait pour Eschyle l'admiration la plus profonde, admiration qui le rendait injuste à l'endroit d'Euripide, dont il dépréciait outre mesure le mérite, le regardant comme un corrupteur du goût et des mœurs, qu'il efféminait par la peinture trop vive des passions et la recherche outrée du pathétique. Dans les *Grenouilles*, il donne la palme tragique au vieil Eschyle. Euripide demande à son heureux rival : — Et comment faisais-tu donc des héros? — Avec une tragédie toute remplie de l'esprit de Mars. — Laquelle? — Les *Sept contre Thèbes*. Tous les spectateurs en sortaient avec les fureurs de la guerre.

Rien ne ressemble moins à une pièce selon les idées modernes que cette tragédie du soldat de Salamine, de Marathon et de Platées; c'est plutôt un fragment épique dramatisé, quelque chose comme un *oratorio* mêlé de récitatifs et de chœurs. Ainsi que le fait remarquer M. Alexis Pierron, le traducteur de ce grand génie abrupt et farouche, ce sujet a plusieurs fois été mis au théâtre sous des titres différents, et par Racine sous celui des *Frères ennemis*. Seulement dans Eschyle, le premier personnage, celui qui anime toute la tragédie, sur qui porte tout l'intérêt, c'est la ville de Thèbes. On ne voit Polynice que mort, et Étéocle ne songe pas un moment à lui-même : pilote assis au timon, comme il le dit au commencement de la pièce, il répond de la vie de tous ceux qui sont sur le navire. Aucun des sept frères coalisés ne paraît, si ce n'est dans le récit, qui vaut d'ailleurs une action. Les préparatifs d'un combat, une lamentation funèbre sur deux frères qui se sont percés l'un l'autre, voilà tous les événements de la tragédie; mais ce qui la remplit d'un bout à l'autre, c'est la terreur, et la pitié, ainsi que parlaient les anciens critiques, c'est le destin de cette ville que menacent l'incendie et le pillage.

Eschyle en quelques traits grandioses, dont le dessin de Michel-Ange peut seul donner l'idée, a tracé une composition qui semble plutôt due à un Titan qu'à un mortel, tant elle dépasse les limites du génie humain. On y sent une force inéluctable. Le poëte vous tient sur sa main colossale comme ces statuettes suppliantes que portaient les dieux.

Chose étonnante, cette tragédie sublime est en même temps vivante, familière, actuelle pour ainsi dire; ce siége de Thèbes nous ramenait au siége de Paris, que nous aurions voulu oublier un instant : l'humanité est toujours la même. *Les Sept contre Thèbes* parurent au théâtre sous l'archontat de Théagénides dans la LXXVII[e] olympiade, c'est-à-dire 468 ans avant Jésus-Christ, et l'on croirait la pièce écrite d'hier, si jamais des modernes pouvaient atteindre à une telle beauté et à une telle puissance.

Un chœur de femmes personnifie le peuple de Thèbes, Etéocle la défense, et un éclaireur représente l'armée assiégeante par des rapports d'une poésie incomparable qui sonnent comme des appels de clairons, et dont les mots semblent secouer les panaches, pour nous servir de l'expression d'Aristophane.

La pièce s'ouvre par un discours d'Etéocle, qui comprend toute la responsabilité qui pèse sur lui et se montre aussi grand tacticien qu'habile politique. Il envoie aux remparts les hommes que l'âge a mûris déjà et ceux dont la jeunesse verdoyante pleine de séve est dans toute la fleur de son courage. « Le devoir commande, nous avons à sauver la cité, les autels des dieux de la patrie et leurs honneurs menacés, et nos enfants, et cette terre notre mère, cette tendre nourrice, celle qui porta tout le faix de notre enfance depuis que, naissant à peine, nous rampions sur son sol favorable, et qui nous éleva pour être des habitants fidèles, de belliqueux défenseurs au jour de la nécessité... On annonce que les Achéens ont résolu, la nuit dernière, l'assaut décisif, et que la ville a tout à craindre. Vous tous, courez aux créneaux, aux portes des remparts; prenez vos armes, revêtez vos cuirasses; allez, et fermes sur les plates-formes des tours, fermes aux avenues des portes, ne perdez rien de votre audace, ne tremblez pas en face de la multitude des assiégeants. Le ciel est pour nous. J'ai dépêché des espions, des éclaireurs vers l'armée des ennemis. Je l'espère, leur voyage n'aura pas été inutile : instruit par leurs rapports, je serai prêt contre toute surprise. » Ne croirait-on pas lire une de ces blanches affiches gouvernementales appliquées ces jours derniers aux murs de Paris?

L'éclaireur revient et raconte qu'il a vu les sept chefs plonger leur main dans le sang d'un taureau égorgé et jurer avec d'horribles imprécations de mourir ou de vaincre; ensuite, ils ont chargé un char de souvenirs destinés à leurs parents, s'ils périssaient : boucles de cheveux, agrafes et bracelets. Leurs yeux étaient mouillés de larmes, mais leur résolution n'était pas amollie. Les points d'attaque ont été tirés au sort... Ils semblaient des lions s'animant au combat. « Choisis les soldats les plus braves, poste-les aux avenues de la ville. Hâte-toi, car déjà l'armée des Achéens ébranle sa masse entière : la poudre s'élève; une blanche écume dégoutte de la bouche des coursiers et colore la plaine. Sois pour nous un prévoyant pilote. Mets la ville à l'abri avant que Mars ne souffle la tempête; déjà mugissent au pied de nos murailles les vagues de l'armée assaillante. Saisis promptement l'instant favorable pour la défense. Moi, pendant le reste du jour, je tiendrai fidèlement l'œil ouvert sur l'ennemi. Tu sauras par d'exacts rapports leurs mouvements dans la plaine et tu seras à l'abri du danger. »

En apprenant que l'ennemi approche, les femmes de Thèbes, moins courageuses que les femmes de Paris, poussent des cris de terreur, se frappent le sein, s'arrachent les cheveux, se précipitent au pied des autels, tendant vers le ciel leurs mains suppliantes et se livrant à ces excès de douleurs antiques dans lesquels Eschyle sait si bien résumer la désolation de toute une ville, de tout un peuple. Avec cet immense chœur s'exhale le désespoir de Thèbes aux abois, qui, après un long siége, va subir l'assaut suprême.

Ce tumulte impatiente Etéocle. Il craint que ces gémissements, ces prières et ces larmes n'énervent le courage des soldats, et il impose assez durement silence aux Thébaines : « N'allez pas, si l'on vous dit qu'il y a des morts, des blessés, n'allez pas vous mettre à pousser des lamentations : le carnage, c'est la pâture du dieu Mars! »

Pendant que nous lisions dans le vieil Eschyle *les Sept contre Thèbes*, parfois il nous semblait entendre à travers le silence de la nuit le coup sourd d'un canon lointain. Les moyens de destruction se sont bien perfectionnés depuis Etéocle et Polynice, où l'on assaillait les murailles à coups de pierre.

Etéocle parti, le chœur peu rassuré dépeint par anticipation le sort d'une ville prise d'assaut : « Partout la violence, le carnage, l'incendie ; partout des tourbillons de fumée obscurcissant le jour, Mars, furieux, souffle la destruction. Rien n'est sacré pour sa main cruelle. La ville résonne d'affreux rugissements : un mur hérissé impénétrable enveloppe les vaincus. Le guerrier tombe égorgé par le fer du guerrier. On entend retentir le vagissement des enfants nouveau-nés massacrés sur la mamelle sanglante. Puis c'est le pillage, compagnon du meurtre. Les soldats se heurtent dans les rues, pliant sous le faix. Ceux qui n'ont rien encore s'excitent l'un l'autre. Chacun veut sa part de butin. Nul ne prétend rien céder. Tous brûlent d'avoir la portion la plus grande. Ce qui se passe alors, comment le peindre? Des fruits de toute espèce jonchent le sol, affligeant spectacle! et l'œil des ménagères se remplit de cuisantes larmes. Confondus au hasard, tous les dons de la terre roulent entraînés dans la fange des ruisseaux. De jeunes filles, qui n'ont jamais connu la souffrance, iront, esclaves infortunées, obéissantes, partager la couche d'un soldat heureux, d'un ennemi triomphant. Pour elles, il n'est plus qu'une espérance, la mort, qui doit les engloutir dans sa nuit, la mort, qui mettra fin à leurs lamentables douleurs. »

Ne dirait-on pas, à ce tableau, que Thèbes est investie non par des Grecs, mais par une armée prussienne?

Heureusement, Thèbes est sauvée. Etéocle oppose aux sept chefs qui attaquent les sept portes de la ville autant de chefs habiles et vaillants soutenus sans doute de troupes solides, car la tragédie n'en parle pas par un procédé de simplification familier à Eschyle.

L'éclaireur, qui est décidément le plus grand poëte du monde, décrit à Etéocle en vers admirables la physionomie, l'attitude et l'armure de chacun des sept chefs. Prenons au hasard le portrait de Tydée. Le lecteur ne sera peut-être pas fâché de voir le portrait d'un chef achéen. « Ce guerrier secoue en criant trois épaisses aigrettes, crinière de son casque, et les sonnettes d'airain qui pendent à son bouclier sonnent l'épouvante. Sur le bouclier, il porte un fastueux emblème : c'est l'image du ciel avec ses astres resplendissants. Au milieu brille la pleine lune, la reine des astres, l'œil de la nuit. C'est ainsi que Tydée, fier de sa magnifique armure, debout sur la rive du fleuve, appelle à grands cris le combat. Tel un cheval fougueux s'irrite contre le frein, impatient de s'élancer au signal de la trompette. »

Après chaque portrait, Etéocle choisit le héros qu'il doit opposer à l'original.

Tous ces chefs ennemis ont des blasons et des devises comme des chevaliers du moyen âge. Capanée a pour emblème un homme nu, la main armée d'un flambeau, et cette figure crie, en lettres d'or : « Je brûlerai la ville. » Etéoclus porte sur son bouclier un soldat qui monte les degrés d'une échelle et vocifère ces mots écrits : « Mars lui-même ne me renverserait pas de dessus les remparts. » Un Typhon vomissant des flammes est gravé sur l'écu, large comme une roue, du gigantesque Hippomédon; le beau Parthenopée a pour emblème un sphinx. Le sage Amphiaraus a dédaigné tout symbole. Quant à Polynice, deux figures apparaissent sur son bouclier : un guerrier couvert d'une armure d'or; une femme qui s'avance d'un pas majestueux et qui conduit le guerrier par la main : « Je suis la justice, — disent les lettres de l'inscription, — je ramènerai cet homme et lui rendrai l'héritage de ses pères. » Prophétie menteuse, car Polynice ne dut une sépulture qu'à la piété de sa sœur Antigone.

La soirée s'avançait. On n'entendait plus d'autre bruit que le tintement des gouttes de pluie dont la rafale fouettait la vitre de la mansarde. Notre bougie descendue en brûlant jusqu'au cristal de la bobèche allait la faire éclater, et nous fermâmes le livre sur cette phrase de bon augure, qui est la dernière des *Sept contre Thèbes* : « Après le puissant Jupiter, après les immortels, c'est lui surtout qui a sauvé la race de Cadmus, c'est lui qui a repoussé le flot d'étrangers prêt à l'engloutir. »

IX. **Santé publique.** — Du 13 au 19 novembre, le chiffre des décès s'est élevé à 2,064; la semaine suivante, il avait baissé à 1,927; du 27 novembre au 3 décembre, ce chiffre est un peu remonté, car il arrive à 2,023. Mais il n'y a rien encore qui dépasse les prévisions des médecins. Si même nous décomposons ce chiffre, comme nous avons l'habitude de le faire, nous montrerons aisément qu'en somme le nombre des décès causés dans la dernière semaine par les maladies régnantes n'est pas beaucoup plus considérable que celui de la semaine précédente. En effet, du 20 au 26 novembre, ces maladies ont enlevé 853 individus, et 908 du 27 novembre au 3 décembre. Différence, 55. Cette différence tient surtout à la fièvre typhoïde (140), à la bronchite (99), et à la pneumonie (92), ainsi qu'il est aisé de le supposer pour ces deux dernières affections, en raison de l'abaissement de la température, et pour la fièvre typhoïde, à cause de l'entassement d'une partie de la population dans des locaux mal aérés. La diarrhée est descendue de 92 à 76, mais la dysentérie est restée à 25; quand à la variole, qui, dans la semaine dernière, n'avait fourni que 386 décès, elle en donne aujourd'hui 412. Nous avions signalé avec une particulière satisfaction cette diminution du chiffre, et nous n'avons pas encore de motif de nous alarmer grandement d'une légère augmentation de 26 décès.

Dans notre dernière note sur l'état sanitaire de Paris, nous réclamions quelques additions indispensables si l'on veut donner un véritable intérêt au Bulletin hebdomadaire et fournir les bases d'une statistique fructueuse; nous demanderons encore aujourd'hui une nouvelle addition. Il ne s'agit pas seulement de savoir combien il y a de décès pour chaque maladie; il importe également, pour juger de l'intensité de cette maladie, de mettre le chiffre des personnes atteintes à côté du chiffre des morts. Les bulletins anglais nous offrent sous tous les rapports les meilleurs modèles, et, sans entrer dans les détails minutieux qu'on se plaît cependant à y rencontrer, on pourrait, sans augmenter beaucoup les frais de publication de notre Bulletin, le rendre plus utile qu'il ne l'est aujourd'hui. Il conviendrait également de faire connaître dans une note quelle est la proportion des décès chez les habitants de Paris et chez les réfugiés. Il ne serait pas moins important de donner le chiffre des blessés qui ont succombé, en indiquant la nature des blessures, et, quand il y a lieu, le genre d'opération qui ont été pratiquées.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1870.

194. De Fornel. Eau thermo-minérale de Rochefort.
195. Brunet (Victor). De la médication alcaline.
196. Molar (Victor). Étude sur la pleurésie rhumatismale.
197. Delafaye (Paul). Du pédoncule cérébelleux moyen.
198. Georgesco (T.). Recherches sur l'action physiologique et thérapeutique du sulfate de quinine.
199. Lecoconier. De la vaccine et du vaccin.
200. Hernandez. Des abcès du cou.
201. Delbarre (Albert). De la dénudation des artères.
202. Gieurre (François). Caractères diagnostiques des plaques muqueuses de la peau.
203. Reynaud-Lacroze. De la névrite et de la périnévrite optiques considérées dans leurs rapports avec les maladies cérébrales.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté du chef du pouvoir exécutif, en date du 17 juin, ont été nommés ou promus dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier : MM. les médecins de 1[re] classe Suret (32 ans de services, 7 campagnes), et Thierry de Maugras (27 ans de services, 7 campagnes).

Au grade de chevalier : MM. Libert, médecin major (3 campagnes); Roux, médecin aide-major de 1[re] classe (13 ans de services, 4 campagnes); Farcy, médecin aide-major (4 ans de services, 1 campagne); Destival, médecin aide-major (1 an de services, 1 campagne, 1 blessure); Funk-Brentano, docteur en médecine.

— *Assistance publique*. — Le président du conseil des ministres, chef du pouvoir exécutif de la République française,

Vu la loi du 10 janvier 1849 portant organisation de l'administration générale de l'assistance publique à Paris, et l'arrêté du président de la République en date du 24 avril suivant, rendu en vertu de l'article 8 de la loi;

Vu les décrets du Gouvernement de la défense nationale en date des 29 septembre 1870 et 18 février 1871;

Considérant qu'il y a lieu de prendre des mesures immédiates pour donner aux divers services de l'assistance publique toute l'impulsion dont ils sont susceptibles;

Arrête :

Art. 1[er]. En attendant qu'il ait été pourvu, s'il y a lieu, au moyen de dispositions législatives, à la modification de la loi organique du 10 janvier 1849, l'administration générale de l'assistance publique sera régie d'après les prescriptions de cette loi.

Le conseil de surveillance formé en vertu de l'article 1[er] de la loi précitée, tel qu'il existait au 3 septembre dernier, est dissous; il sera procédé sans délai à une nouvelle élection des membres qui doivent le composer.

Les décrets des 29 septembre 1870 et 18 février 1871 sont rapportés.

Art. 2. Le ministre de l'intérieur est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Fait à Versailles, le 25 juin 1871.

A. Thiers.

Pour le ministre de l'intérieur :

Le sous-secrétaire d'Etat,

A. Calmon.

— La reine Victoria vient d'accomplir la 34[e] année de son règne. Elle a succédé à son oncle Guillaume IV, le 20 juin 1837. Elle a célébré son anniversaire en inaugurant le nouvel hôpital Saint-Thomas, érigé sur le bord de la Tamise, en face du palais des Chambres, qui est situé sur la rive opposée. Le nouvel édifice est un des plus beaux monuments de la capitale.

La reine, qui venait de Windsor, se trouvait présente à midi précis. Elle était arrivée dans l'apparat ordinaire, escortée d'un détachement des gardes du corps. Une foule nombreuse était échelonnée sur son passage depuis les Horse-Guards jusqu'à Stangate, et Sa Majesté a été reçue avec les marques du plus profond respect.

La reine, en descendant de voiture, a été reçue par le président et le trésorier de l'hôpital.

Puis Sa Majesté, la famille royale et leur suite ont été conduits à une estrade qui avait été préparée pour elles.

La reine a pris place sous un dais pendant qu'un chœur chantait l'hymne national. Immédiatement après, le directeur de l'hôpital a lu une adresse à Sa Majesté, à laquelle celle-ci a gracieusement répondu.

La reine a ensuite visité les principales parties du bâtiment, sous la conduite du président. En revenant prendre place sous le dais, l'archevêque de Canterbury a prononcé une prière; puis la reine a déclaré que le nouvel hôpital était ouvert.

Après la cérémonie, Sa Majesté est retournée à Windsor, où elle est arrivée à deux heures.

— La *Gazette médicale de Strasbourg* nous apporte une bien douloureuse nouvelle :

Le professeur Stœber a succombé le 5 juin aux suites d'accidents urémiques.

Une foule nombreuse et recueillie a rendu les derniers honneurs au savant professeur, au patriote, à l'homme de bien. M. Stoltz, doyen de la Faculté de médecine de Strasbourg, a prononcé au nom de la Faculté un discours que nous reproduirons, parce qu'il fera comprendre tous les regrets que laisse après lui M. Stœber.

M. le professeur Tourdes, M. le docteur Bœckel, ont pris tour à tour la parole et se sont faits les interprètes de la douleur universelle; enfin M. Staub, au nom des élèves, a dit un dernier adieu au maître vénéré.

Küss, Hepp, Stœber; que de coups répétés la mort frappe sur nos chers confrères de Strasbourg!

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Dimbarre, médecin-inspecteur des eaux de Cauterets, et de M. Mancel, médecin consultant à Vichy.

— M. le docteur Venot père, le savant syphoiliographe de Bordeaux, vient de mourir.

— La Société de médecine légale reprend le cours de ses travaux interrompus depuis près d'un an. La commission permanente est dès aujourd'hui en mesure de répondre à toutes les demandes d'avis ou de consultation qui pourraient lui être adressées tant par les médecins que par la magistrature ou le barreau.

Les membres de la Société qui ont des rapports ou des communications à présenter, sont priés d'en avertir le secrétaire général pour qu'il puisse les porter à l'ordre du jour de la prochaine séance, qui aura lieu, comme d'habitude, le deuxième lundi de juillet, à 3 heures et demie, à l'École de Médecine (salle des Thèses).

— L'état sanitaire de Paris continue à être satisfaisant, et aucune épidémie n'y règne.

Le chiffre de la mortalité du 17 au 23 juin 1871 est de 1,106, dont suit le détail :

Variole, 15. — Scarlatine, 1. — Rougeole, 3. — Fièvre typhoïde, 24. — Erysipèle, 2. — Bronchite, 45. — Pneumonie, 44. — Diarrhée, 23. — Dysenterie, 8. — Angine couenneuse, 8. — Croup, 4. — Affections puerpérales, 4. — Autres causes, 925.

Le chiffre de la mortalité de la semaine correspondante de l'année 1870 était de 1,149.

— M. le professeur Dolbeau a commencé son cours de pathologie externe le 16 juin, et le continuera les lundi, mercredi et vendredi de chaque semaine, à trois heures.

— M. Daubrée, membre de l'Académie des sciences, professeur de géologie, au Museum d'histoire naturelle, commencera ce cours le jeudi 29 juin 1871, à quatre heures, dans l'amphithéâtre de la galerie de minéralogie, et le continuera les jeudis suivants à la même heure.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments ou autres objets).

Des hémorrhagies rétiniennes, par M. le docteur E. Larrieu, chef de clinique ophthalmologique du docteur Sichel. In-8°. — Prix : 2 fr. 50.

Opérations préliminaires à l'extirpation des tumeurs (**écrasement linéaire**). **Galvanocaustique de leur combinaison**, par M. le docteur Th. Raymond, ancien interne des hôpitaux de Paris. In-8°. — Prix : 2 francs.

Traité de pathologie interne, par le docteur Jaccoud, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, etc. — Tome Ier, 1re partie, 1 vol. in-8, avec planches en chromolithographie. — Prix : 6 fr.

L'ouvrage sera complet en 2 volumes.

Des altérations de l'œil dans l'albuminurie et le diabète, par M. le docteur Mohammed Off, professeur-adjoint d'ophthalmologie à l'École de médecine du Caire. In-8° avec planches en chromolithographie. In-8°. — Prix : 4 fr. 50.

Revue photographique des hôpitaux de Paris. Bulletin médical publié par A. de Montméja et Bourneville ; numéros de septembre et octobre 1870, avec 4 photographies. — Prix des deux numéros : 4 fr.

Étude sur les affections glaucomateuses de l'œil, par M. le docteur Mohammed Émir, ancien médecin de l'intendance sanitaire d'Égypte. In-8. — Prix : 4 fr.

Étude sur le diagnostic et le traitement chirurgical des étranglements internes, par M. le docteur Larguier des Bancels, ancien préparateur du cours d'anatomie chirurgicale de l'amphithéâtre des hôpitaux. In-8°. — Prix : 3 francs.

De la transfusion du sang défibriné, nouveau procédé pratique, par le docteur De Belina, ancien professeur agrégé à la Faculté de Heidelberg. In-8. — Prix : 2 fr.

De l'épilepsie et de sa guérison, par M. le docteur J. Agabec; in-12. — Prix : 1 fr.

Traitement du cancer du col de l'utérus par la galvanocaustique thermique, par M. le docteur Amussat fils; broch. in-8. — Prix : 2 fr.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 28 juin 1871.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Hélas! nous ne l'avons pas eue cette victoire finale que nous attendions et espérions tous lorsqu'au mois de septembre dernier je laissai la plume à mon ami et collaborateur M. Brochin.

Que d'événements depuis cette époque! que de ruines! et quels désastres!

Aussi, après avoir passé par les fatigues surhumaines et les poignantes émotions de ces dix mois, on est presque étonné de voir l'ordre du jour de notre Académie rempli par la même discussion que M. Verneuil y fit inscrire avant la bataille de Sedan.

C'était alors déjà la reprise d'une question longtemps débattue l'année précédente. Ainsi le temps n'aura pas fait défaut aux orateurs académiques pour en approfondir l'étude théorique, et la pratique, hélas! ne leur a pas manqué durant cette guerre fatale. Alors que le régime du blocus débilitait si profondément tous les habitants de Paris, les blessures, les amputations, les plaies suppurantes de toute nature, et par suite les accidents de septicémie ou de pyohémie ont pu être observés sur une large échelle. Au milieu des services multiples dont chacun de nous était chargé, la distinction, si tranchée d'ordinaire, entre la pratique médicale et la pratique chirurgicale s'était effacée en grande partie; et chacun peut donc apporter dans ce débat tout l'intérêt que donnent des faits personnels de la date la plus récente.

Dans la séance d'hier, M. Jules Guérin a achevé son beau discours, qui avait déjà occupé deux autres séances.

Certes ce n'est pas ici le cas de reprocher à l'illuste académicien les développements un peu longs dans lesquels il entre.

On avait trop voulu simplifier toutes choses.

La théorie de la *septine* et du *sulfate de septine*, théorie bien allemande du reste, répondait admirablement à la théorie cellulaire de M. Virchow.

Comme l'ensemble eût été simple et satisfaisant pour l'esprit!

D'une part, tous les phénomènes vitaux réduits en dernière analyse à l'évolution d'un contour (car un contour, variable et souvent mal saisissable, une forme vague est en définitive le caractère unique qui détermine la cellule fondamentale de M. Virchow);

Et d'une autre part, tous les phénomènes, aussi complexes, aussi multiples, de l'altération des tissus soit animaux soit végétaux et de la décomposition qui suit leur mort, ramenés à la production d'un alcaloïde, et de beaux cristaux quand on en compose un sulfate!

Telle est en deux mots la doctrine dont M. Verneuil s'est fait l'éditeur. On y trouve confondus comme de simples degrés ou des complications de la septicémie, la fièvre traumatique des premiers jours, la fièvre hectique et la résorption purulente.

M. Alphonse Guérin n'est pas allé si loin. S'il attribue aussi à un poison spécial les phénomènes putrides et ceux de l'infection purulente, du moins ce poison, qu'il compare aux miasmes, il ne se fait pas fort de le montrer en nature, à l'état de base ou de sulfate. Il laisse donc encore certains points à l'étude, sans les déterminer. Or chacun sait combien la fausse précision est contraire aux progrès de la science.

M. Jules Guérin, et c'est son grand mérite, a encore bien moins essayé de simplifier et de préciser toute question dans une formule.

Il a savamment, au contraire, mis en relief les difficultés qui s'opposent à cette précision.

Montrant l'étroite parenté qui unit aux liquides normaux les liquides pathologiques, il a fait comprendre par cela même combien multiples sont les causes d'altération de ces liquides et les modes suivant lesquels leur composition peut varier. Même pour les produits végétaux, ce qu'on appelle pourriture est un phénomène complexe que les chimistes étudient et s'efforcent de rattacher à certains types. Mille germes, mille ferments, mille causes catalytiques peuvent intervenir, et chacun à sa manière. Chez les animaux, le liquide vital et vivant par excellence, le sang circulant, peut être affecté de nombreuses modifications qui constituent autant de maladies. Et l'on chercherait l'unité dans les altérations du pus, ou dans celles que le sang éprouve de ses échanges avec le pus?

Dans l'état actuel de la science, une telle prétention paraît inadmissible; et sans perdre de vue la cause première qui les unit, il faut étudier isolément, dans leurs causes secondes et leur mécanisme, la fièvre traumatique, l'infection putride, et la purulence avec abcès disséminés et viscéraux.

C'est ce que M. Jules Guérin a voulu faire dans son long discours, dont nous reparlerons dans un prochain article.

Dr VICTOR REVILLOUT.

HOTEL-DIEU. — M. GUÉNEAU DE MUSSY.

Considérations sur la médecine sociale (1).

La chlorose, à différents degrés, se montra, comme nous l'avons dit en commençant, chez le plus grand nombre des habitants des grandes villes. On comprend que les médications pharmaceutiques soient insuffisantes pour un mal aussi profond et aussi général.

Aux yeux de l'observateur, la chlorose se présente comme une maladie des races; elle témoigne de leur altération, et est pour ainsi dire l'avant-garde de toutes ces affections cachectiques qui les envahissent et qui les détruisent. La médecine individuelle doit ici céder le pas à une autre médecine qui n'est encore qu'à l'état d'ébauche, mais dont on entrevoit la place dominatrice dans l'avenir : je veux parler de la médecine sociale, c'est-à-dire de celle qui, par des institutions hygiéniques bien entendues, combattra les affections radicales de notre espèce en plaçant ces institutions sous la sanction des lois (2).

Le principe de l'hygiène sociale existe déjà dans la police sanitaire; il ne s'agit que d'en développer, d'en relever et d'en étendre les applications. Permettez-moi de profiter de cette occasion pour vous en faire entrevoir quelques horizons.

En traitant des causes de la phthisie, j'ai déjà touché à cette question de l'hygiène sociale; j'ai montré la part trop inégale au développement physique dans notre système actuel d'éducation. J'ai parlé de l'insalubrité des habitations rurales, souvent entourées d'émanations putrides, mal asséchées, mal éclairées, qui fomentent la scrofule dans les contrées les plus salubres; j'ai parlé de ces eaux rendues malsaines par leurs usages industriels ou par des résidus organiques qui abreuvent une partie de la population; j'ai signalé l'empoisonnement du sol des villes par les infiltrations hydrocarburées des conduites de gaz.

Ajoutez à cela deux habitudes sociales destructives dont j'ai le droit, comme médecin et comme philosophe, d'observer les effets. L'une a déjà été combattue par les lois, à la répression desquelles elle échappe trop souvent, et qui sont demeurées inefficaces (3), c'est le travail prématuré des enfants dans les manufactures, détestable abus qui viole tous les instincts de la nature et condamne ses malheureuses victimes à la dégradation physique et à la déchéance morale en empêchant le développement du corps et celui de l'esprit.

L'autre qui, au contraire, a été jusqu'ici consacrée par la législation, mais dont je puis discuter l'opportunité, puisque la législation en a dernièrement ordonné la révision, je veux parler de la conscription militaire (4).

Au point de vue de la médecine sociale, le seul que je veuille examiner ici, cette conscription, comme je ne cesse de vous le répéter depuis vingt ans, est une des plus puissantes causes de la détérioration de notre race; elle écrème la population, choisit les plus forts et les plus sains, et qu'en fait-elle? Un grand nombre, depuis quatre-vingts ans, ont péri sur les champs de bataille, et au point de vue de la race, ce sont en général les mieux constitués physiquement et moralement, qui ont le plus d'énergie et de hardiesse, qui par conséquent payent le plus large tribut à la mitraille. Les maladies épidémiques et contagieuses trouvent dans ces grandes agglomérations d'hommes une moisson toute préparée et y font de très-nombreuses victimes. Les fatigues de la vie militaire, les excès qui en sont la conséquence presque inévitable font que, dans cette population d'élite, les maladies cachectiques, la tuberculose en tête, font plus de ravages que dans le reste de la population, qui compte cependant dans son sein tous les rebuts de la conscription. Enfin il est une maladie dont on ne peut jamais savoir à quelle profondeur elle est enracinée dans la constitution, qui disparaît souvent de la surface, laissant dans le sein de l'organisme des modifications intimes et insaisissables, et qui, alors même qu'elle respecte la vie individuelle, atteint trop souvent les sources de la race, en empoisonne le germe d'une manière directe ou indirecte par action spécifique ou par détérioration.

Combien souvent ne voit-on pas des pères, délivrés en apparence de ses atteintes, n'en présentant plus aucune manifestation appréciable, guéris pour le médecin, et qui procréent de femmes saines des enfants scrofuleux ou tuberculeux? Et quand on pense au nombre très-considérable de militaires qui contractent la syphilis au milieu de l'oisiveté de la vie de garnison, et qui ne la traite pas toujours méthodiquement, on comprend quel puissant auxiliaire trouvent dans la conscription la scrofule et la tuberculose, ces deux grands destructeurs de notre espèce.

La conscription rend plus tardive pour les prolétaires l'époque du mariage, que la cupidité dans les classes aisées recule bien au delà des limites indiquées par la nature. De là le libertinage, de là l'altération de l'espèce, résultat presque fatal de la tardiveté des unions. Notre race est la moins productrice de l'Europe civilisée, et peut-être celle à laquelle la jeunesse contribue pour une moindre part. Combien de gens se marient après avoir dépensé leur santé et leur cœur au milieu des entraînements du célibat! Le malthusianisme, devenu une habitude, se continue dans le mariage; la cupidité et un faux calcul économique le propagent dans les campagnes (2); la conscription contribue à le répandre. Un paysan qui a un fils et assez d'argent pour le *racheter*, craint d'en avoir un autre; les enfants ne sont le plus souvent que des surprises arrachées à l'onanisme conjugal, et un organe habitué à fontionner contrairement à ses lois primordiales, en général fonctionne moins bien; j'ai peine à croire que la race n'ait pas à en souffrir. Comparez notre race, née dans ces conditions et fruit de mariages tardifs, à cette belle race américaine qui porte sur le front comme l'empreinte de la jeunesse. La jeunesse est belle et forte; elle donne à ses produits

---

(1) Ces considérations sur la médecine sociale servaient de conclusion à des leçons sur la chlorose, insérées dans la *Gazette* en 1868. Comme elles ne se rattachaient à ces leçons que d'une manière très-indirecte, je ne les ai pas publiées à cette époque. La nécessité sentie aujourd'hui par tous d'un changement dans quelques-unes de nos institutions sociales me paraît leur donner une certaine opportunité.

(2) Pour ceux qui repoussent l'enseignement obligatoire, cette dernière clause peut paraître un attentat à la liberté. Personne n'est plus passionné que moi pour la liberté, cependant je crois que l'indépendance de l'individu doit avoir pour limites les intérêts fondamentaux de la collection. Le sentiment collectif est la grande aspiration des sociétés modernes. On peut violer la liberté individuelle pour forcer les citoyens à sacrifier leur vie et celle de leurs semblables sans même leur laisser le droit de se demander les motifs de cet acte, le plus solennel qu'un homme puisse accomplir et de le soumettre au contrôle de la conscience; la législation ne peut-elle pas peser un peu sur la liberté individuelle pour forcer les hommes à se conserver? La destruction aurait-elle donc des droits plus sacrés que la conservation, et serait-elle, comme l'ont avancé quelques philosophes chagrins, le but final de notre espèce?

Dans les sociétés antiques, la législation donnait à l'hygiène une place plus importante que celle qu'elle lui accorde chez les peuples modernes. Aujourd'hui, on la relègue en grande partie dans les règlements de police; trop souvent on l'abandonne aux caprices individuels. Moïse, dont les institutions hygiéniques sont admirables, avait placé ces institutions sous la sanction religieuse pour en grandir l'autorité et en même temps pour montrer aux hommes que la conservation de la santé n'est pas seulement un droit, mais un devoir, parce qu'elle se rattache aux intérêts de la race humaine. Il avait recueilli les traditions séculaires des Égyptiens, et tout ce que nous savons sur l'état social de ce grand peuple prouve que l'hygiène était une de ses préoccupations dominantes. Les philosophes législateurs de race grecque, Pythagore, Lycurgue, Platon, etc., ne veillaient pas avec moins de soin sur le développement du corps que sur l'éducation de l'âme. Chez les Romains, quoique le nombre et la magnificence de leurs thermes, de leurs aqueducs montrent une grande intelligence des principes fondamentaux de l'hygiène, l'idée politique domina l'idée sociale.

(3) De pareilles lois resteront illusoires tant qu'on en confiera l'exécution à des inspecteurs salariés dans le système de fonctionarisme, qui depuis près d'un siècle absorbe une grande partie des revenus et des intelligences de la France.

(4) On s'occupait, à cette époque, de réorganiser le service militaire; bien entendu la routine l'a emporté sur toute idée de progrès ou de réforme.

(5) J'ai entendu avec étonnement des médecins distingués se faire les apologistes du malthusianisme et le louer comme un prudent calcul. Je laisserai de côté la question de morale pure; je ne chercherai même pas, dans le rapport des actes avec leur destination, la sanction de leur légitimité. Dans ma conviction, cette coutume n'est pas moins une erreur aux points de vue économique et social qu'au point de vue hygiénique. J'ai dit ce que je pensais de son influence sur la race, elle en exerce souvent une fâcheuse sur la santé de ceux qui l'adoptent; non-seulement elle rend les excès plus faciles, mais je suis porté à croire, avec quelques gynécologues, qu'elle favorise par le mode même de fonctionnement qu'elle impose aux organes, ces congestions utérines si communes aujourd'hui.

Le petit nombre des enfants développe chez eux l'égoïsme en concentrant sur chacun la sollicitude des parents; ils sentent moins leur limite que quand ils sont nombreux, et ne ressentent pas les bienfaits de ces antagonismes qui sont une initiation de la vie sociale; le soin qu'on prend pour leur assurer une fortune indépendante de l'obligation du travail devient trop souvent une cause de paresse et de cupidité.

Au point de vue économique, dans beaucoup d'industries, dans l'industrie agricole en particulier, la plus importante de toutes, les enfants deviennent promptement des instruments de travail et des éléments de richesse, quand ce travail, bien entendu, n'est pas prématuré ni excessif, et qu'il seconde, au lieu de l'entraver, le développement physique et moral.

la force et la beauté. Notre race, hélas! a trop souvent, avant l'âge, les signes de la décrépitude et les penchants de la vieillesse.

Toutes les causes de détérioration et de destruction que je viens d'énumérer sont si nombreuses et si activement funestes, qu'elles nous font admirer la vitalité de notre espèce.

Nous devons y ajouter encore ces poisons que l'humanité s'administre avec tant d'unanimité et de constance! En première ligne vient l'alcool, dont l'usage est presque universel, l'alcool qui produit tant de troubles d'innervation, trop souvent même une mort rapide; dans tous les cas, quand il est pris en excès, il altère molécule à molécule la trame des tissus, et détermine une sénilité prématurée.

Deux autres poisons se partagent le monde. Depuis l'extrême Asie jusqu'à la Turquie règne l'opium, tyran meurtrier. Le chef d'un grand empire ayant essayé d'en restreindre les ravages, l'Occident lui a fait la guerre pour maintenir le droit lucratif d'empoisonner ses sujets.

Le reste du monde appartient au tabac; les désastres qu'il cause, pour être moins saillants, ne sont pas moins réels (1).

Quel étrange spectacle que celui de l'humanité tout entière esclave de ces habitudes propagées par l'imitation, entretenues par la routine! Pour les acquérir il faut souvent surmonter des répugnances et des malaises qu'on accepterait moins facilement peut-être dans la poursuite d'un but utile. Serait-on bien loin de la vérité si on considérait ces habitudes comme des vésanies!

Voilà le tableau bien affaibli des conditions qui détériorent notre race. Le remède est l'instruction d'abord, car l'ignorance et la paresse ouvrent la porte à toutes les erreurs et à tous les préjugés; ensuite c'est l'extension donnée aux règlements d'hygiène publique.

Ne pourrait-on point, par exemple, substituer aux tanières infectes dans lesquelles languit un si grand nombre d'êtres humains, des habitations plus saines, mieux orientées, mieux disposées, ouvertes à l'air et au soleil? et dans cette circonstance, la loi ne peut-elle pas intervenir plus efficacement qu'elle ne le fait (2)?

A l'usage des poisons il faudrait opposer l'instruction, les encouragements et les conseils répandus par de grandes associations comme celles qui existent en Amérique, et surtout l'exemple donné par nous, qui devons être les apôtres de l'hygiène. Par notre position, qui nous met en rapport avec toutes les classes de la société, si nous savons maintenir notre caractère à la hauteur de notre mission, nous pouvons conquérir une influence considérable. Toutes les fois que nous essayerons de combattre un préjugé fortifié par la routine, il faut nous attendre à nous heurter contre des oppositions intéressées ou des dédains irréfléchis; mais ces obstacles ne doivent pas nous empêcher de répandre autour de nous les idées que nous croyons vraies et utiles, que l'observation et la réflexion nous ont révélées. Celles mêmes qui sont les plus opposées aux opinions et aux coutumes régnantes, si elles sont fondées sur la vérité, trouveront leur heure; elles rencontreront leur saison et leur terrain favorables. En attendant semons-les! Quelque humble que soit notre position, nous avons toujours une sphère d'action morale où nos convictions trouveront des échos.

Pour ma part, voilà plus de vingt années que je soulève dans mon enseignement ces questions d'hygiène sociale, que je combats ces institutions et ces habitudes destructives, sans aucune illusion sur la portée de mes faibles efforts. Mais j'espère que, si elles sont justes, ces idées rencontreront un jour des interprètes plus autorisés et plus puissants qui les feront mieux valoir.

DES SUBSISTANCES PENDANT LE SIÉGE DE PARIS

Par M. Payen (3)

V

HIPPOPHAGIE. NOUVEAUX ALIMENTS.

Parmi les innovations heureuses que les suprêmes nécessités du siége de Paris auront fait surgir ou définitivement consacrées, on devra compter l'application généralisée de la viande de cheval à l'alimentation publique, et la connaissance scientifique des qualités organoleptiques de certains produits de dépeçage de ces animaux, qualités bien supérieures à celles des produits analogues qu'on avait obtenus jusque-là exclusivement des animaux des espèces bovine et ovine.

On était d'ailleurs, et depuis longtemps, préparé chez nous à considérer comme salubre et réparatrice la consommation des produits de l'espèce chevaline; on savait, par les nombreux écrits de nos savants, que l'hippophagie, en honneur dans les anciens temps, s'est perpétuée chez plusieurs peuples jusqu'à nos jours. Mise en pratique avec un remarquable succès, dans l'intérêt de nos armées, par le grand chirurgien militaire Larrey, membre de l'Institut de France, elle était depuis quelques années vivement recommandée dans les écrits et par les exemples d'Isidore-Geoffroy Saint-Hilaire, notre très-regretté confrère de l'Académie des sciences. M. Decroix, vétérinaire habile, actif et persévérant, avait repris avec un zèle des plus louables cette œuvre encore inachevée et l'avait menée à bonne fin. M. de Quatrefages, de l'Académie des sciences, avait donné son puissant concours à cette méthode, au nom même de la Société protectrice des animaux. Cette Société y voyait sans doute, après l'époque où les chevaux ne rendent plus de très-grands services, le moyen de leur faire acquérir une valeur qui les garantît, pendant les années où leur travail effectif diminue, contre les mauvais traitements et la nourriture insuffisante qui eussent amoindri d'autant la valeur vénale de ces animaux destinés à la boucherie. Le possesseur du cheval se trouvait ainsi engagé à le ménager, afin d'en tirer un meilleur parti à la fin de sa carrière active.

Déjà, sur les avis des conseils d'hygiène et de salubrité, l'administration avait autorisé, dans Paris et dans plusieurs villes de province, l'établissement de boucheries spécialement affectées au dépeçage et à la vente des chevaux, dirigées dans ce but vers les abattoirs. Les produits, vendus à moitié du prix de la viande de bœuf, trouvaient assez d'acheteurs pour déterminer l'augmentation du nombre de ces boucheries nouvelles.

Cette utile pratique commençait donc à être favorablement accueillie en France au moment même où l'investissement de la capitale, sous la pression d'une dure nécessité, vint hâter le moment où les préjugés qui résistaient encore seraient complétement dissipés. Dès lors aussi la vérité, devenue évidente pour tous, fit admettre sans conteste les faits suivants, qui furent constatés par des hommes compétents, et que chacun dans sa pratique a pu vérifier à loisir.

On a reconnu que, parmi les animaux de l'espèce chevaline, les juments offrent la chair la meilleure; viennent ensuite les chevaux hongres; enfin les produits obtenus du dépeçage des chevaux entiers occupent, dans cette application, le dernier rang.

Relativement à chacune de ces trois sortes de produits, ceux qui proviennent d'animaux en bon état sont bien meilleurs et donnent un poids plus considérable de chair comestible que s'ils venaient d'animaux trop âgés, amaigris ou maladifs.

Toutes choses égales d'ailleurs, les chevaux abattus en bon état donnent, en viande nette, un rendement supérieur de 10 pour 100 environ au produit obtenu des animaux de l'espèce bovine.

Les expériences comparatives avec les autres animaux de boucherie ont dévoilé plusieurs avantages notables en faveur des produits de l'abatage des chevaux :

1° Au point de vue des salaisons, d'après M. Lesens, chef des opérations de ce genre à Cherbourg pour la marine (et en ce moment à l'abattoir de Grenelle pour l'approvisionnement de Paris) : sous l'influence du sel marin, la chair du mouton cède une telle quantité de liquide, que son tissu devient fibreux et peu sapide; la viande de cheval, au contraire, se prête, à l'égal de celle du bœuf, à la meilleure méthode de salage;

2° Sous le rapport des qualités alimentaires : le cheval présente, en effet, dans certaines parties de ses tissus et de ses os, des substances grasses variées, depuis la fluidité de l'huile d'olive jusqu'à une consistance butyreuse, toutes exemptes d'odeur ou douées d'un très-léger arome agréable, analogue à la légère odeur qu'exhalent les pommes mûres. Ces substances, déjà bien appréciées à Paris, particulièrement depuis la présentation de plusieurs notes successives à la Société centrale d'agriculture de France, au conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine et à l'Académie des sciences, ces substances grasses, disons-nous, peuvent s'appliquer et s'employèrent en effet dans les préparations culinaires, comme les meilleurs succédanés connus du beurre, qui, plus de deux mois avant la fin, nous fit défaut, et de l'huile d'olive, qui ne tarda guère à nous manquer aussi.

Quelques détails sur la nature spéciale de ces substances grasses, leur siége dans le corps et le squelette des chevaux, et sur les moyens simples de les en extraire, ne sembleront pas déplacés ici.

Les tissus adipeux, c'est-à-dire renfermant les substances grasses neutres dans des cellules de matière azotée, sont répartis en proportions variables, suivant l'état d'embonpoint ou de maigreur, entre les muscles, et se rencontrent en masses plus considérables dans le mésentère et l'épiploon. On enlève aisément à la main ces tissus adipeux, et, pour en extraire la substance grasse, il suffit de les couper ou de les hacher menu. Il est mieux encore, si l'on opère en grand, de les broyer entre les rouleaux d'un laminoir cannelé, afin de mieux déchirer les cellules. En chauffant ensuite vers 100 degrés, la graisse fluidifiée s'écoule, tandis que le tissu se contracte et favorise la sortie de la matière grasse fluidifiée. Cette opération est grandement facilitée pour les produits du cheval, dont les matières grasses sont bien plus fusibles que celles du bœuf et, à plus forte raison, que celles du mouton.

Les os de ces trois espèces animales contiennent de la matière grasse dans leurs cavités cylindriques, sous la forme de moelle que chacun connaît (et qui est également constituée par un tissu cellulaire et adipeux), et dans des cellules semblables que renferment les parties renflées et spongieuses des os de toutes les articulations. On parvient à extraire cette matière grasse en séparant, à la scie, les bouts renflés des os longs, plongeant le canal médullaire dans l'eau bouillante qui fait sortir la moelle, et divisant à la hache en plusieurs fragments les extrémités spongieuses, puis les jetant dans l'eau bouillante, qui liquéfie la matière grasse et la fait sortir des cavités nombreuses qui la recèlent.

Cette opération constituait en France, dès le commencement de ce siècle, une industrie spéciale, dite des *fondeurs d'os* : cette industrie occupait dans Paris et la banlieue plus de 3,000 ouvriers, hommes, femmes, enfants, occupés principalement la nuit à ramasser une foule de débris d'étoffes, de toiles, de papier, de métaux, de verre cassé, etc., matières qui retournent aux papeteries, fonderies, fabriques de fers agglomérés, verreries et savonneries. Ces dernières utilisaient la totalité à peu près de la matière grasse extraite des os, matière vendue en général à un prix moitié moindre que le suif obtenu, dans les *fondoirs*, des tissus adipeux du bœuf et du mouton, ou du suif importé de Russie.

Pendant le siége, toutes ces substances grasses, employées alors dans l'alimentation, quintuplèrent de valeur. Les produits obtenus simplement, avec plus de soin, des tissus et des os de chevaux, occupent le premier rang, aussi bien pour leur goût agréable que sous le rapport de leur prix plus élevé; ils peuvent, sans avoir à subir aucune épuration, être employés dans la préparation des mets les plus délicats et suppléer ainsi, sans désavantage sensible, le beurre et l'huile d'olive. Si même la graisse de cheval n'était trop peu abondante, son application sur des rôties de pain grillé ne tarderait guère à se répandre, et pourrait lutter avantageusement avec les rôties à la graisse d'oie, si bien appréciées dans les compagnes.

Il n'en est pas de même des produits gras tirés des bœufs (tissus et os) et des moutons. Ces tissus, plus consistants, conservaient une légère odeur, rappelant un peu trop leur origine, lorsqu'un habile et très-actif manufaturier, M. Dordron, déjà cité, parvint, en employant à chaud un bain alcalin, à éliminer les faibles quantités d'acides gras qui laissaient dans ces graisses un goût de suif. Dès lors le produit, sensiblement inodore, put être vendu sous la dénomination exagérée de *beurre de Paris*. Cette nouvelle substance alimentaire mérita mieux son nom, lorsque les commerçants, éclairés par les récentes données scientifiques, unirent à volonté, en toutes proportions, les substances grasses naturellement neutres, sans odeur et demi-fluides ou très-faiblement consistantes, des chevaux et de l'espèce asine, avec les graisses épurées de bœuf et de mouton, trop consistantes et peu agréables lorsqu'elles sont employées seules.

Ces succès ont amené tout récemment une proposition plus radicale encore de la part d'un habile chimiste manufacturier, auteur de plusieurs autres applications de la science à l'industrie. Se rappelant à ce propos que les acides gras volatils odorants, sont la source principale des odeurs désagréables, repoussantes même, des huiles depuis longtemps extraites, ainsi que des suifs préparés pour la fabrication de la chandelle, il proposa d'imiter le procédé usuel des cuisinières, qui réussissent souvent à enlever un mauvais goût à leur friture en jetant dans celle-ci, lorsqu'elle est chaude à point (ce qui correspond à 215 ou 225 degrés du thermomètre centigrade) un oignon ou une pomme de terre ; il conseilla, pour atteindre le même but, de pratiquer une aspersion de fines gouttelettes d'eau dans la graisse à désinfecter, chauffée préalablement à cette température. Dans l'un comme dans l'autre cas, la vapeur d'eau qui se dégage en bouillonnant entraîne avec elle les acides volatils à odeur nauséabonde. Une semblable opération, transportée du laboratoire dans des usines spéciales, permettrait, d'après l'expérience faite par l'auteur, de mettre à la disposition des habitants de Paris de nouvelles substances grasses alimentaires, convenablement épurées, provenant des 15 à 16 millions de kilogrammes de suif et d'huile de colza emmagasinés à Paris, qui d'ailleurs pouvaient être remplacés avec grand profit, pour l'éclairage, par les bougies stéariques, et plus économiquement encore par les huiles de pétrole.

(A suivre.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 27 juin 1871. — Présidence de M. Wurtz.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet : 1° un rapport final de M. le docteur Legros, médecin des épidémies de l'arrondissement d'Aubusson, sur l'épidémie de variole qui a régné dans la commune de Lavoveix-les-Mines (Gironde) pendant l'année 1870. (Commission des épidémies.)

2° Un rapport final de M. le docteur Duclaux sur les épidémies qui ont régné en 1870 dans l'arrondissement de Villefranche. (Même commission.)

3° Un rapport de M. le docteur Guichard sur les épidémies qui ont régné dans le département de la Gironde pendant l'année 1869. (Même commission.)

4° Le tableau des vaccinations pratiquées en 1870 dans le département des Côtes-du-Nord. (Comm. de la vaccine.)

5° Le tableau des vaccinations pratiquées en 1870 dans le département d'Indre-et-Loire. (Même commission.)

M. le ministre de la marine et des colonies fait savoir que, par une lettre du 20 avril dernier, le gouverneur de la Martinique l'informe que l'approvisionnement de vaccin envoyé en 1870 est complétement épuisé, et il demande à l'Académie de vouloir bien faire préparer un nouvel envoi. (Même commission.)

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

1° Une lettre de M. le docteur Jeannel, qui se présente comme candidat pour la place vacante dans la section de pharmacie.

2° Une note de M. le docteur Bouchet sur le traitement de la variole. (Commission des épidémies.)

3° Une nouvelle note sur l'acide phénique, par M. le docteur Pigeon de Fourchambeaux.

M. le Président donne communication d'une lettre de M. le docteur Monoger, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Strasbourg, qui informe l'Académie de la mort de M. le professeur Stœber, membre correspondant.

M. le président donne aussi lecture d'une lettre de M. Herves de Chegoin, qui fait connaître à l'Académie la mort de M. Mége, membre correspondant.

M. Larrey présente de la part des auteurs : 1° un *Traité des fractures non consolidées*, par M. le docteur Béranger Féraud;

2° Un *Essai sur les croisements ethniques* (4e mémoire), par M. le docteur Périer.

M. Robin offre en hommage un volume qu'il vient de publier, intitulé : *Traité du microscope.*

Suite de la discussion sur l'infection purulente.

M. Jules Guérin lit la seconde partie de son étude sur l'intoxication purulente.

(1) Le tabac est le support de l'oisiveté; il permet de ne rien faire sans rien penser, et à ce point de vue il appelle l'attention des moralistes. Au point de vue médical il engourdit et affaiblit les facultés intellectuelles, diminue la mémoire, amoindrit l'énergie génitale, et j'ai vu plusieurs cas d'impuissance qui devaient lui être attribués; il trouble les fonctions digestives, est une cause très-fréquente de dyspepsie, irrite les organes respiratoires et peut en favoriser les dispositions morbides.

(2) En attendant son intervention, combien mériteraient bien de l'humanité les propriétaires qui, dans les villages où ils possèdent, feraient construire une maison satisfaisant à toutes les données d'hygiène, au prix moyen que coûtent dans la même localité des constructions absurdes ou insalubres! Des habitations établies dans ces conditions seraient comme un enseignement visible qui ferait des adeptes.

(3) Voir le dernier numéro.

FORMES ET DEGRÉS DE L'INTOXICATION PURULENTE.

§ III. — Les intoxications purulentes chroniques.

Les intoxications purulentes chroniques ne se distinguent pas seulement des intoxications aiguës par leur marche et par leur ancienneté, elles s'en distinguent encore et surtout par les causes qui les produisent et les entretiennent. Il est presque superflu d'ajouter qu'elles fournissent des indications thérapeutiques qui ne les spécialisent pas moins. A ces différents titres, il était indispensable de séparer leur étude de celle des intoxications aiguës. Cette séparation n'est pas seulement une mesure d'ordre propre à donner la plus grande régularité de forme à ce travail; elle est encore un cadre destiné à recevoir des faits nouveaux, et un texte à des observations nouvelles.

Les intoxications purulentes chroniques se subdivisent, comme les intoxications aiguës, en simples et composées. Le fait de leur chronicité implique l'existence d'éléments étiologiques persistants, dont la nature décide immédiatement de la catégorie à laquelle il faut les rapporter.

Ainsi la présence de séquestre ou d'autres corps étrangers suffit pour faire durer la suppuration d'une plaie purement physiologique d'ailleurs; celle-ci, exposée aux causes d'altérations extérieures, conservera son caractère, et le pus qu'elle fournira ne donnera lieu qu'à une intoxication chronique simple, tant qu'un ferment hétérogène ne viendra pas accroître et spécialiser son altération. Mais on voit immédiatement que le fait de la chronicité de la suppuration, quelle que soit la nature de l'élément qui l'entretient, est subordonné à la persistance, dans la plaie, de cet élément. C'est ainsi que les intoxications purulentes composées chroniques ont leur raison d'être dans le fait de l'installation permanente de l'élément étiologique qui les caractérise. Or, dans les intoxications composées aiguës, la présence du ferment spécial n'est qu'occasionnellement provoquée par le traumatisme de la plaie, et il disparaît généralement avec elle; dans l'intoxication chronique composée, au contraire, il précède la plaie dans le lieu même où elle doit siéger, et il s'y maintient: exemple, toutes les ulcérations cachectiques, les abcès scrofuleux, les tumeurs de mauvais caractère, etc., etc.

Ce préambule posé, entrons dans les applications.

A. *Intoxications chroniques simples.* — Ce sont celles, avons-nous dit, qui sont produites et entretenues par une plaie exposée, dépouillée de toute complication de mauvais caractère. Le cas le plus simple de cette catégorie serait celui où une suppuration ancienne simple, comme celle produite par un corps étranger resté longtemps au fond d'une plaie, aurait converti sa surface et ses conduits fistuleux donnant passage au pus en une sorte de surface sécrétoire, en une sorte de muqueuse passagère. Or il est beaucoup d'exemples de ces suppurations posthumes que leur ancienneté rend difficiles à supprimer d'emblée. Le pus qu'elles sécrètent, à moins qu'il n'ait perdu ses caractères de pus, pour n'être plus que du mucus, par cela même qu'il reste exposé, contracte les altérations du pus physiologique soumis au contact de l'air. Après les cas les plus simples viennent ceux qui le sont moins: ce sont ceux dans lesquels la suppuration à l'état chronique reste entretenue par la présence de corps étrangers neutres et insolubles, et n'agissant par conséquent que d'une façon mécanique, comme une sorte d'épine: le séton est l'exemple le plus simple et le mieux caractérisé de cette catégorie. Il est encore une catégorie de suppurations chroniques simples qui ont succédé à des suppurations de mauvais caractère, mais qui finissent par n'être plus que des suppurations physiologiques. Leur délimitation est assez difficile à établir et c'est plutôt idéalement qu'il faut les admettre, parce qu'il est de fait qu'à un moment donné les surfaces sécrétoires, qui ont débuté par être le siége de suppurations virulentes, se dépouillent peu à peu de ce caractère et arrivent à n'être plus qu'une sorte de muqueuses accidentelles. Enfin on peut encore ranger dans la même catégorie tous les ulcères anciens qui s'observent, surtout aux membres inférieurs, chez les sujets âgés, et dont la suppuration n'est entretenue que par une sorte de stase veineuse mécanique. On sait, en effet, que ces sortes d'ulcères se cicatrisent on ne peut plus aisément par la simple application de bandelettes de sparadrap et même par l'eau froide et le repos. On peut donc considérer ces diverses catégories de suppurations chroniques comme simples et comme donnant lieu, par leur exposition permanente au contact de l'air, à des intoxications purulentes chroniques simples.

Il est permis de se demander si du seul fait de cette *exposition* on peut conclure à l'existence d'un degré quelconque d'intoxication purulente. Cette question est subordonnée d'abord à celle de savoir si, dans ces diverses catégories de cas, l'absorption continue à s'exercer et à introduire dans le torrent circulatoire une partie quelconque des liquides de la surface sécrétante. On pourrait répondre à cette question par le principe qui permet d'affirmer dans toutes les catégories de plaies suppurantes la persistance de l'absorption. Mais on remarquera que cette affirmation du principe dans la généralité de son application a toujours été corroborée jusqu'ici par l'observation clinique. Dans tous les cas où nous avons dit l'absorption exister, nous avons cité les faits qui en révèlent l'existence et les conséquences; nous avons signalé les diverses altérations qui trahissent la présence des humeurs absorbées dans le sang. Eh bien! existe-t-il pour les cas de suppurations chroniques simples cités plus haut des indices du passage du pus dans le sang, en un mot, des preuves d'intoxication purulente simple chronique, quel qu'en soit le degré? C'est ce qu'il convient d'examiner.

Il se présente à cet égard deux catégories de faits entièrement opposés. Dans les uns, on constate qu'il peut exister et qu'il existe réellement des suppurations chroniques qui ne donnent lieu à aucune apparence de trouble dans la santé. D'autres, au contraire, offrent des indices manifestes de résorption et d'intoxication; c'est, du côté des poumons, l'impureté de l'haleine, une toux et une expectoration persistante, un peu d'oppression; du côté de la peau, c'est une suite d'éruptions anormales, de petites pustules, de furoncules ou de simples papules d'une existence presque éphémère; c'est encore une sécrétion plus prononcée des paupières, s'observant surtout après le sommeil; du côté des voies digestives, c'est une flatulence fétide, parfois des coliques, mais le plus souvent une diarrhée séreuse tout à fait exempte de douleur. Il y a aussi quelquefois des symptômes généraux: le teint du malade est terne, plombé; souvent un peu de fièvre le soir complète le tableau. Comment se rendre compte d'une telle opposition de résultats dans deux catégories de cas où la même cause semblerait commander les mêmes effets? Voici:

Que signifient d'abord les symptômes dont l'existence trahit un certain degré d'intoxication? Ces symptômes accusent un effort d'élimination par les voies pulmonaires et les voies intestinales, et même, jusqu'à un certain point, par la peau: c'est la répétition de ce fait vulgaire de l'élimination des gaz d'amphithéâtre par les intestins ou par la peau. Eh bien! ceux des sujets qui semblent réfractaires à l'absorption du pus chronique ne le sont qu'à son action. Les matières altérées entrent chez eux comme chez les autres, mais ils s'en débarrassent plus aisément; le poison ne fait que les traverser; comme dans toutes les épidémies, l'élément morbide commun traverse tous les organismes, mais n'est retenu ou ne marque son passage que dans les organismes trop faibles pour l'en expulser d'emblée.

Certaines expériences sur les animaux prêtent leur appui à cette manière de voir. Ne se rappelle-t-on pas que, lors de la discussion sur la tuberculose, plusieurs expérimentateurs ont constaté qu'un simple séton donnait fréquemment lieu à l'absorption du pus et à son transport dans les voies circulatoires jusqu'aux poumons? Le séton n'est-il pas, en effet, un type de plaie physiologique, et l'absorption du pus qu'il sécrète un exemple des plus palpables de l'intoxication purulente chronique simple?

Ce qui a fait méconnaître jusqu'ici l'existence de cet ordre d'intoxications, c'est à coup sûr l'absence complète, dans certains cas, des symptômes qui en indiquent l'existence, et dans d'autres, l'incertitude, pour ne pas dire l'insignifiance de ceux que nous venons de signaler. L'absence des premiers et l'insignifiance des seconds s'expliquent déjà, comme nous l'avons dit, par l'élimination du peu de pus absorbé. Mais il faut ajouter à cette première immunité le faible degré d'altération du pus excrété. On remarquera qu'il a cessé d'être du pus fébrile. Cet élément d'altération de la première période traumatique lui fait complétement défaut. Quand il sort de la surface sécrétante, il a donc toutes les conditions et qualités du pus physiologique, qu'il ne perd que par une stagnation prolongée à la surface de la plaie et par conséquent par une exposition prolongée de ses éléments au contact de l'air.

Sous toutes ces réserves, il est donc permis de conclure que les intoxications purulentes chroniques simples existent; et leur existence sert de point de départ à des faits beaucoup plus importants et à des conséquences beaucoup plus étendues, c'est-à-dire aux intoxications purulentes chroniques composées.

B. *Intoxications purulentes chroniques composées.* — Nous avons dit précédemment que le caractère des intoxications purulentes chroniques composées consistait dans deux conditions spéciales: la première, d'avoir été précédées, dans le siége même de la suppuration, par l'élément morbide fermentescible qui la spécialise; la seconde, d'être entretenue par la persistance de cet élément. On peut donc considérer cette catégorie d'intoxications comme semblable à la précédente, avec cette différence que le corps étranger, qui provoque et entretient la suppuration, est en même temps celui qui lui donne son cachet toxique, ou du moins qui le lui donne avec le concours de l'action de l'air; car dans ces cas, comme dans ceux où les éléments de l'air seuls agissent comme provocateurs de la fermentation putride, c'est l'oxygène qui est le premier promoteur de cette fermentation.

Mais entre ces deux catégories d'intoxications purulentes chroniques il se présente des faits qui procèdent tout à la fois de l'intoxication purulente composée aiguë et de l'intoxication chronique, et qui même, dans leur évolution, offrent successivement les conditions et les caractères appartenant aux deux catégories. Ce n'est pas seulement comme ordonnance logique des faits qu'il faut tenir compte de ces intermédiaires, mais aussi et surtout à cause des particularités pathogéniques qu'ils font surgir et des conséquences pratiques qu'ils entraînent. Quelques exemples suffiront pour montrer le bien fondé de ces distinctions.

Voici deux genres de tumeurs fort différentes: un kyste *méllicérique* et une tumeur *cancéreuse du sein*, susceptibles néanmoins par la fermentation des éléments spéciaux qui les caractérisent, de donner lieu aux accidents toxiques les plus considérables, quoique d'une nature presque opposée.

Je cite le premier d'abord, comme une des origines chroniques les plus remarquables d'intoxication purulente composée, tirant sa source d'un agrégat tout à fait insignifiant et inoffensif tant qu'il n'a pas été mis en communication avec l'air, et pouvant, dès que cette communication est établie, donner naissance aux accidents les plus formidables de l'intoxication purulente des grandes plaies. En voici deux exemples:

Il n'était bruit il y a quelques années dans le faubourg Saint-Germain que de deux catastrophes survenues chez deux dames du plus grand monde à la suite de l'enlèvement avec le bistouri de deux petites tumeurs enkystées méllicériques situées au niveau de la racine du cou. Blandin, le malheureux opérateur, perdit en quelques jours ses opérées d'un érysipèle partant de la plaie de l'opération. L'une de ces deux dames était ma cliente, et je lui avais offert de l'opérer par les caustiques. J'ai publié à cette époque, sans allusion à ces faits bien entendu, que, pour éviter, dans des cas de ce genre, les conséquences d'une résorption des liquides toxiques restés dans la plaie, il fallait se garder avec le plus grand soin d'ouvrir les kystes et, le cas échéant de leur ouverture, expulser les moindres parcelles de leur contenu et cautériser au besoin la plaie résultant de l'opération. Pourquoi ces précautions minutieuses? parce que la matière contenue dans ces sortes de kystes, exposée à l'air, contracte des propriétés toxiques d'une nature et d'une intensité tout exceptionnelles. Car ces érysipèles qui partent de la plaie sont évidemment le résultat d'une résorption d'un restant de l'humeur méllicérique.

La rapidité, la gravité et la physionomie tout exceptionnelles de ces accidents ajoutent une catégorie nouvelle à toutes celles qui témoignent de la pluralité et de la diversité des éléments toxiques de l'empoisonnement purulent. Mais à supposer qu'au lieu de ces empoisonnements aigus une suppuration chronique se soit établie, il est certain que la résorption du pus sécrété par des portions restantes du kyste et quelques parcelles de la matière enkystée entretiendrait une intoxication chronique du même caractère, quoique avec des conséquences moins immédiates.

Une tumeur cancéreuse du sein est susceptible de se présenter dans deux conditions identiques à celles que vient d'offrir la tumeur méllicérique. Enfermée sous la peau, et maintenue par conséquent à l'abri du contact de l'air, elle reste longtemps inoffensive. Qu'elle vienne à s'ulcérer, la scène change et les accidents d'intoxication purulente composée éclatent, sous la forme aiguë d'abord, puis sous la forme chronique.

Il en arrivera de même de toutes les tumeurs malignes. Toutes en effet peuvent, à la suite des opérations qu'elles motivent ou des ulcérations qu'elles provoquent, donner lieu à des intoxications purulentes aiguës et chroniques. Ces intoxications offrent cela de particulier que la récidive presque inévitable du mal est un nouveau témoignage en faveur de la doctrine, que nous soutenons, de l'absorption incessante des liquides sécrétés par la plaie et de la spécificité des agents toxiques qui les caractérise.

Il n'est besoin pour cela de graves manifestations de l'intoxication. Il n'est pas nécessaire que des accès pernicieux rendent incontestable le fait de la résorption: la récidive presque inévitable, et souvent en un point éloigné du premier siége de la tumeur, est là pour dissiper tous les doutes. On n'objectera pas, je suppose, à cette conséquence générale, le caractère spécial et spécifique de l'affection. Le témoignage que donne de la résorption fatale et incessante des liquides de la plaie la récidive de l'affection est applicable à toutes les plaies à ferments composés; elle est l'équivalent d'une expérience dans laquelle un liquide coloré ou un réactif quelconque rendrait évidente par sa présence dans le sang l'absorption des substances qui leur auraient servi de véhicule. Et quant à ce qui concerne la spécificité trop connue de leurs principes toxiques, elle ne saurait être, à cause de son évidence plus grande, une raison d'en récuser le témoignage en faveur de spécificités moins manifestes.

Mais arrivons à une catégorie de faits d'un enseignement encore plus direct et plus pratique.

Rien n'est plus commun que ces suppurations fournies par les affections tuberculeuses des os: jointures et colonne vertébrale. Dans ces affections la suppuration est susceptible d'affecter plusieurs formes très-différentes, mais qui toutes offrent le double caractère de la chronicité et de la spécificité. Un premier fait sur lequel nous avons déjà insisté à un autre point de vue, mais qu'il faut rappeler ici, c'est l'immense différence que présentent les affections tuberculeuses, suivant qu'elles sont fermées ou exposées. Dans le premier cas il est rare qu'elles soient accompagnées de troubles notables dans la santé. Le pus qu'elles fournissent à l'abri du contact de l'air conserve le caractère de bénignité du pus physiologique. Dans cette condition la fièvre n'existe pas ou elle n'apparaît qu'incidemment et d'une façon presque toujours intermittente.

Que se passe-t-il cependant par rapport à la résorption du pus et à la contamination du sang qui en résulte? Il se présente deux cas très-différents: dans le premier l'absorption ou résorption du pus en nature continue suivant la loi précédemment établie; dans le second cas, la résorption peut être interrompue en vertu d'une disposition exceptionnelle de l'abcès: c'est lorsque le pus s'accumule dans un espace celluleux à une seule loge. A mesure que sa quantité augmente, il agrandit d'autant l'espace qu'il occupe et s'enkyste. Or cette opération ne peut s'exécuter qu'à la condition de distendre et d'épaissir par leur tassement les parois celluleuses du kyste. Le résultat de cette tension et de ce tassement est que les vaisseaux absorbants cessent d'être en communication avec le pus et d'y exercer leur fonction. C'est là, au reste, le mécanisme et la statique de toutes les tumeurs enkystées, et c'est là ce qui explique l'épaississement de la matière qu'ils renferment. Certains abcès par congestion fournissent des cas de ce genre.

Mais à quelque catégorie qu'elles appartiennent, toutes les suppurations osseuses de nature tuberculeuse offrent ceci de commun que, dès qu'elles entrent en communication avec l'air, leur situation change du tout au tout, et l'organisme tout entier se met de la partie.

Ce n'est pas le lieu d'insister sur des accidents que tout le monde connaît, de rappeler que le pus, jusqu'alors d'une bonne consistance, change tout à coup, devient séreux et odorant; qu'avec ces changements locaux, de plus importants se manifestent dans tout l'organisme; que la fièvre s'allume, que le malade dépérit et que, s'il n'est pas soustrait au danger qui le menace par un traitement qui prévienne le développement du poison et son entrée incessante dans le torrent circulatoire, la mort ne tarde pas à survenir. Ce sont là toutes choses vulgaires; mais ce qui l'est moins, c'est le mécanisme qui règle l'évolution de ces événements.

Et d'abord, si la communication du foyer purulent avec l'air est directe et constante, l'altération du pus est immédiate. Faisons remarquer, cependant, que parfois les ouvertures spontanées réalisent les conditions du procédé sous-cutané, c'est-à-dire que le canal d'évacuation est étroit, allongé et sinueux; dans ces cas, surtout si l'on a soin de ne point provoquer, par une évacuation inconsidérée du pus, l'entrée de l'air qui le remplace, les choses restent comme elles étaient auparavant, c'est-à-dire que le pus ne s'altère pas et la santé se maintient. Mais ce sont là des cas rares et tout à fait exceptionnels. Supposons donc les cas les plus ordinaires. Eh bien! dans ces cas, la résorption du pus altéré continue sans interruption, et la fièvre dite *hectique* se manifeste comme un témoignage irréfragable de cette résorption et de l'intoxication de l'organisme qui en est la conséquence. Cette opinion, déjà proposée comme s'appliquant à un fait particulier, rentre ici dans un ensemble qu'il importe d'analyser dans ses moindres détails.

En même temps que le pus continue à s'altérer, et à s'altérer de plus en plus par le concours des éléments étiologiques précédemment indiqués, en même temps qu'il continue à être résorbé, il va déposer au sein de tous les organes les éléments toxiques dont il se compose. Ici, comme dans la catégorie des intoxications aiguës, quel que soit le siége de la suppuration, le liquide infecté se porte vers les voies digestives, vers les voies pulmonaires, et successivement vers presque tous les organes, et surtout vers les organes éliminateurs. C'est ainsi que l'embarras gastrique, les dérangements

d'estomac et d'intestin, les coliques, la diarrhée, attestent l'envahissement de ces parties par des ondées incessantes de pus altéré. C'est encore ainsi que la toux, la gêne de la respiration, et des accidents plus graves encore témoignent de la participation des poumons au même empoisonnement. Que l'Académie ne s'y méprenne pas, si ces accidents ont été plus ou moins aperçus, ce n'a jamais été pour les rattacher au fait général de la résorption incessante de la matière intoxiquée. Ceux qui les ont notés, et partiellement notés, ne les ont, la plupart du temps, considérés que comme des irritations disséminées, compliquant une maladie confinée à leurs yeux dans son point de départ. Ici, au contraire, c'est un fait général, une cause générale dont on signale les ramifications, et dont on montre et relie entre elles toutes les dépendances. La toux et la diarrhée, par exemple, qui sont pour nous des témoignages certains de l'envahissement simultané du poumon et de l'intestin par l'élément tuberculeux, sont considérées ailleurs comme des lésions indépendantes l'une et l'autre.

Des suppurations tuberculeuses des articulations et de la colonne vertébrale aux suppurations tuberculeuses des poumons il n'y a qu'un pas, et la seule différence que les deux ordres de faits présentent ne tient qu'à la différence des organes affectés et des fonctions qui leur sont départies.

A l'époque de la grande discussion sur la tuberculose, j'ai montré la nécessité d'établir dans l'évolution et la marche de la tuberculose du poumon deux époques essentiellement distinctes : l'époque où les tubercules à l'état cru et cachés dans la trame du poumon ne sont point encore ulcérés, et par conséquent exposés à l'air, et l'époque où cette ulcération les a mis en contact avec l'air ainsi que les cavernes qui leur succèdent. Dans le premier cas, les choses peuvent se passer à peu près comme elles se passent pour les abcès par congestion non encore ouverts. Dans le second, au contraire, elles reproduisent les conditions et les effets réalisés par les abcès ouverts et maintenus en communication avec l'air. Ici comme là, la matière tuberculeuse, fondue dans le pus des cavernes, subit les altérations que subissent les suppurations articulaires et les abcès par congestion. C'est la même révolution dans les deux cas. Hâtons-nous d'ajouter cependant que l'intoxication du pus pulmonaire, favorisée par la température, par la situation des foyers dans les profondeurs de l'organe, réalise avec une facilité et une activité beaucoup plus grandes l'intoxication de l'économie tout entière. Ici la résorption s'exerce directement sur les foyers du poison, les vaisseaux plongeant dans ces foyers y pompent le liquide sans intermédiaire et le transportent d'emblée jusqu'aux derniers confins de l'organisme. Il est à peine nécessaire de le faire remarquer, les réactions secondaires provoquées par cette facilité et cette généralité de l'empoisonnement se montrent adéquates à la cause qui les provoque et les entretient. Je m'abstiens d'en énumérer les détails. Mais ce qu'il importe de faire ressortir, c'est une conséquence singulière que j'ai signalée lors de la discussion sur la tuberculose, à savoir qu'à cette époque de grande intoxication purulente tuberculeuse, le foyer et peut-être toutes les voies excrétoires exhalent dans l'atmosphère des vapeurs tenant en suspension des parcelles du poison, de véritables miasmes qui peuvent infecter les habitations et les habitants. C'est ainsi que j'ai expliqué la contagion possible de la phthisie pulmonaire, contagion par infection. A ce point de vue, l'infection par le miasme pulmonaire n'est que la répétition et l'équivalent de l'infection miasmatique des plaies ordinaires. Est-il nécessaire d'ajouter que dans les deux cas l'origine miasmatique de l'infection ne saurait avoir un autre caractère ni une autre portée que ceux d'une origine particulière et d'une forme transitoire dans un système général impliquant d'autres origines et d'autres formes d'empoisonnement ?

Voilà donc une classe entière d'affections dans lesquelles l'intoxication purulente naît, se développe et se généralise avec tous les caractères et tous les phénomènes communs aux intoxications purulentes aiguës, mais en se spécifiant par la source dont elle procède. Ici, à moins d'une confusion systématique tout à fait arbitraire, on ne pourrait méconnaître cette spécification. Elle complète donc la série des faits où l'intoxication purulente ne saurait être ramenée à une cause unique et toujours identique.

(*A suivre.*)

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments ou autres objets).

Revue photographique des hôpitaux de Paris. Bulletin médical publié sous le patronage de l'administration de l'Assistance publique, paraissant du 1er au 5 de chaque mois. — 2e année ; numéros de juillet et août 1870. — Chaque numéro se vend séparément. — Prix : 2 fr.

Des différentes formes de l'ovarite aiguë, par le docteur Scaglia. In-8 de 116 pages. — Prix broché : 2 fr.

Thérapeutique des maladies chirurgicales des enfants, par M. Holmes, ancien chirurgien de l'hôpital des Enfants-Malades de Londres ; ouvrage traduit sur la seconde édition et annoté sous les yeux de l'auteur, par le docteur O. Larcher, ancien interne, lauréat des hôpitaux de Paris, avec 330 figures. — Paris, 1870 ; un fort volume in-8. — Prix : 15 fr.

Des rétrécissements de l'urèthre et de leur guérison radicale et instantanée par un nouveau procédé, la divulsion rétrograde, par M. le docteur Moreau Wolf, chevalier de la Légion d'honneur. In-8°. — Prix : 3 francs.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET ...

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la Gazette un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois... 8 fr. 50 c. Six mois... 16 — Un an..... 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes

SOMMAIRE. — HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. De la cérébroscopie (M. Bouchut). — Des subsistances pendant le siége de Paris (M. Payen). — Des différentes formes de l'ovarite aiguë (M. Scaglia). — ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Thèses. — Bulletin bibliographique.

Paris, le 29 juin 1871.

HOPITAL DES ENFANTS MALADES. — M. BOUCHUT.

De la Cérébroscopie (1).

Je commence à peine cette clinique que voici dans mes salles, au même instant, un grand nombre de malades sur lesquels vous pouvez deviner ce qui se passe d'anormal dans le cerveau par l'examen de l'œil à l'ophthalmoscope. Profitez de l'occasion pour vérifier et contrôler ces faits encore peu connus, afin de les répandre si leur exactitude vous est bien démontrée. En matière de science, il est souvent dangereux de croire les affirmations d'autrui sur parole. Il faut voir par soi-même et c'est ce que je vous engage à faire pour les cas suivants :

1° Chez une fille, convalescente de fièvre typhoïde, qui est devenue tuberculeuse, et qui a présenté des convulsions dont la nature a été révélée par la présence de tubercules dans la choroïde.

2° Chez une jeune fille de 2 ans ayant des symptômes douteux de méningite, et chez laquelle le diagnostic a été éclairci par la présence d'une névrite optique.

3° Chez une fille atteinte de contracture ancienne, dont la cause par tumeur cérébrale a été révélée par la découverte d'une atrophie du nerf optique.

4° Chez deux filles atteintes de crises épileptiformes, les unes symptomatiques d'une affection du cerveau en raison de l'hypérémie du nerf optique et des stases phlébo-rétiniennes, les autres sympathiques d'une névralgie brachiale.

Ce n'est pas le moment de revenir ici sur les détails théoriques qui servent de base à la loi de coïncidence que j'ai établie entre les lésions du nerf optique, de la rétine ou de la choroïde et les maladies aiguës du cerveau. J'en ai parlé trop souvent déjà pour avoir besoin d'entrer dans de grands détails à ce sujet; qu'il me suffise de vous dire que dans les maladies aiguës du cerveau et de la moelle nous voyons :

L'hypérémie optique et les stases veineuses de la rétine coïncider avec la congestion des méninges ou avec les thromboses des sinus.

La névrite optique, avec ou sans exsudats, annoncer la méningo-encéphalite.

L'œdème papillaire annoncer la compression cérébrale.

Enfin les tubercules de la choroïde révéler toujours la tuberculose des méninges ou des viscères.

Quant aux autres lésions de la rétine ou de la choroïde produites par les affections chroniques de la moelle ou du cerveau, vous les trouverez dans les différents ouvrages que j'ai publiés à cet égard.

Pour en revenir aux faits que vous avez actuellement sous les yeux et qui confirment pleinement toutes mes assertions, je vais les discuter devant vous.

OBS. I. — *Méningite. — Ophthalmoscopie. — Névrite optique.*

Une fille de 2 ans, nommée Lelong, entrée à l'hôpital le 12 juin 1871, pour une maladie aiguë datant de quatre jours.

Elle avait la fièvre, ne mangeait pas et n'avait presque pas de soif, pas de vomissements, un peu de diarrhée; le ventre était souple, faiblement ballonné. Il n'y avait pas de toux ni de râles dans la poitrine; pouls inégal, irrégulier, ralenti, 72; peau chaude, fréquents soupirs, pas de cris, de paralysie ni de convulsions.

L'enfant est très-abattue et dort presque continuellement.

A l'ophthalmoscope, je constate une disparition presque totale de la papille du nerf optique, qui est voilée par une coloration rougeâtre uniforme dont l'intensité masque ses contours.

Les veines rétiniennes sont dilatées et renferment des stases veineuses; il y a un grand nombre de capillaires nouveaux sur la papille, mais je n'aperçois pas de tubercules sur la choroïde.

L'enfant fut mis à l'usage de l'iodure de potassium, vécut 12 jours et succomba.

A l'autopsie, je trouvai une méningite de la base et de la convexité du cerveau, des granulations grises et des tubercules des méninges et du cerveau, enfin une tuberculose générale.

Dans le cerveau, la *pie-mère* est très-rouge à la convexité des hémisphères, adhérente à la substance grise, ramollie sur divers points, et traversée par des veines méningées remplies de caillots. Çà et là, le long des vaisseaux, se trouvent de nombreuses granulations grises.

Dans la scissure de Sylvius, les altérations sont peu marquées, la suppuration est faible, mais il y a de nombreuses granulations. A la base, dans l'hexagone cérébral, la pie-mère et l'arachnoïde sont épaissies par une suppuration verdâtre, gélatineuse, transparente, qui s'étend jusques autour des pédoncules du cervelet et à la face supérieure de cet organe.

Dans le cerveau, au niveau de la substance grise et sans adhérence à la pie-mère, il y a un tubercule jaune cru gros comme un pois. Il y en a deux semblables à la surface supérieure du cervelet, mais ceux-là sont visiblement adhérents à la pie-mère.

Les ventricules sont un peu dilatés et distendus par de la sérosité, qui a ramolli leurs parois.

Les poumons et la plèvre, le foie, les reins et le péritoine sont criblés de granulations grises miliaires au milieu d'une congestion plus ou moins grande des tissus.

OBS. II. — *Tubercules de la choroïde et tuberculose généralisée, suite de fièvre typhoïde.*

Une jeune fille de 8 ans, nommée Challine, entrée à l'hôpital le 2 mars 1871 pour une fièvre typhoïde adynamique, guérit assez bien au bout de deux mois, mais elle resta faible et maigre, en raison du séjour à l'hôpital et de l'alimentation insuffisante donnée par l'administration.

Au mois de mai, elle eut de nouveau de la diarrhée, toussa un peu en présentant des râles muqueux disséminés dans les deux poumons, puis elle se mit à crier sans motifs, et, au 15 juin, elle eut des convulsions. Je l'examinai alors avec l'ophthalmoscope et découvris une névrite optique double avec des tubercules de la choroïde à l'état miliaire. A gauche il y en avait trois, un recouvert par une veine rétinienne, l'autre diffus, et le troisième bien net et bien circonscrit, sous forme d'un petit point blanchâtre large de 2 à 3 millimètres. Ceux du côté droit étaient moins apparents.

Au bout de trois jours, le 18 juin, elle succomba.

A l'autopsie, nous trouvons des tubercules de la choroïde dans les deux yeux.

Les poumons étaient remplis de granulations miliaires grises demi-transparentes au milieu du parenchyme congestionné, et çà et là il y avait de petits tubercules jaunes à l'état du crudité et gros comme des noyaux de cerise.

Les ganglions bronchiques étaient tuberculeux et remplis de matière mélanique et crétacée.

La plèvre était épaissie sur quelques points, adhérente à la paroi thoracique, et là où elle était libre on trouvait des granulations miliaires tuberculeuses.

Le foie était à l'intérieur et à l'extérieur, sur le péritoine, rempli de granulations miliaires grises demi-transparentes.

Dans le cerveau, les méninges de la base, ainsi que dans la scissure de Sylvius, étaient à l'état normal, mais à la convexité la pie-mère présentait quelques granulations tuberculeuses. A la superficie de l'hémisphère droit il y avait du pus verdâtre infiltré, et si l'on coupe le cerveau, on trouve en ce point, au niveau des circonvolutions, une masse tuberculeuse dure, jaune, à l'état de crudité, large de 5 millimètres, longue de 15, entouré d'abord d'une zone de substance cérébrale molle rouge lie de vin, semée de petits points rouges, et plus loin d'une substance ramollie jaune paille clair à l'état crémeux, formant un ramollissement blanc autour d'un ramollissement rouge d'encéphalite aiguë.

(*A suivre.*)

(1) M. Bouchut a commencé son cours de clinique sur les maladies des enfants à l'hôpital de la rue de Sèvres, le mardi 13 juin 1871, et, ayant omis d'en annoncer l'ouverture, nous publions un fragment de la première leçon.

DES SUBSISTANCES PENDANT LE SIÉGE DE PARIS EN 1870

Par M. PAYEN (1).

VI

Parmi les divers autres approvisionnements réunis en vue de destinations toutes différentes de celles qu'ils reçurent alors, nous pouvons citer, comme l'un des plus curieux, le produit accumulé sous le nom d'*albumine desséchée* : ce produit est le résultat de la dessiccation, à basse température (30 à 35 degré), des blancs d'œuf qui se trouvent, par cette opération, réduits au sixième de leur poids et se présentent alors sous la forme de lamelles transparentes, jaunâtres, ressemblant à de l'écaille blonde, faciles à conserver très-longtemps sans altération et à exporter dans nos villes manu-

(1) Fin. — Voir les numéros des 23 et 25 février.

FEUILLETON

LE PROFESSEUR STŒBER

DISCOURS DE M. STOLTZ
Doyen de la Faculté de médecine de Strasbourg,
AU NOM DE LA FACULTÉ.

Messieurs,

Nous voici de nouveau réunis sur le champ de repos pour jeter un dernier regard sur la dépouille mortelle d'un de nos collègues. Au deuil universel de la patrie, viennent s'ajouter, coup sur coup, des deuils qui affectent plus particulièrement les corps constitués et les familles. La Faculté de médecine a déjà payé son tribut de bien des manières. Aujourd'hui, nous déplorons la perte d'un de ses membres les plus aimés et les plus estimés, dont la vie n'était consacrée qu'à la science et à l'humanité, qui ne s'était jamais occupé qu'à faire le bien. Laissez-moi vous rappeler en quelques mots cette vie si simple, si honorable, si laborieuse.

Le professeur Stœber naquit à Strasbourg le 13 février 1803. Il appartenait à une des familles les plus honorables du pays. Il commença ses études de médecine en 1819, et les termina en 1824 par une dissertation sur le *Delirium tremens*. Je n'ai pas besoin de dire que Stœber a fait des études consciencieuses. Son dernier acte probatoire a été considéré comme un travail hors ligne.

Immédiatement après sa réception au grade de docteur en médecine, Stœber entreprit, comme c'était en usage dans l'ancienne université de Strasbourg, des voyages à l'étranger avant de se fixer comme praticien. Il s'arrêta surtout longtemps à Berlin et à Vienne, où il fréquenta, entre autres, les leçons et les cliniques de plusieurs oculistes célèbres, notamment celles de Græfe et de Jæger, et où il prit le goût de cette spécialité, qu'il pratiqua plus tard à son tour avec tant de bonheur et de talent.

De retour à Strasbourg, Stœber commença à se livrer à la pratique de la médecine proprement dite, et, comme spécialité, de l'oculistique.

En 1829, l'agrégation fut instituée à la Faculté de médecine de Strasbourg. Les premières places furent à la nomination du ministre de l'instruction publique; mais par suite du refus d'acceptation par plusieurs médecins de l'hôpital désignés comme tels, un concours fut ouvert. Stœber y prit part, et à la suite d'une lutte savante il obtint une des places d'agrégés en médecine qui étaient à pourvoir. A cette occasion il soutint contre ses concurrents une thèse latine intitulée : *De Hydrope cerebri*.

Dans la même année, la Société de médecine de Marseille mit au concours la question importante *De l'organisation de la médecine en France*. Stœber, qui avait étudié celle de l'Allemagne, dont il avait visité plusieurs universités, se mit au nombre des concurrents, et son mémoire fut couronné. Il eut ainsi dans une même année deux satisfactions capitales, résultats de ses études et de ses réflexions.

Cependant l'ophthalmologie fut toujours son occupation de prédilection, et en peu de temps il s'était acquis une réputation de bon praticien dans cette spécialité. Après une expérience de plusieurs années, il réunit ses notes à celles faites pendant ses voyages à l'étranger, et rédigea, en 1834, un *Manuel d'ophthalmologie* ou *Traité des maladies des yeux*, qui se trouva bientôt entre les mains de tous les étudiants et de tous les praticiens du pays qui voulaient se mettre au courant des maladies dont les organes de la vision peuvent être affectés. La publication du *Manuel d'ophthalmologie* avait été précédée de leçons particulières sur cette spécialité pendant les années 1830 à 1834, et c'est sur les sollicitations des élèves qui les avaient fréquentées que le livre parut.

L'activité de notre collègue était à cette époque très-grande; pour s'en convaincre, on n'a qu'à parcourir les divers titres qu'il avait conquis et les publications qu'il avait faites.

Deux ans plus tard, en 1836, une nouvelle occasion se présenta à notre regretté confrère de s'attacher, et cette fois plus intimement, à la Faculté. La mort de Lobstein avait laissée vacante la chaire de clinique interne. Le concours était à cette époque le mode de recrutement officiel, la place fut disputée par des champions d'une grande valeur : on n'a qu'à nommer Ristelhueber, Forget, Aronssohn, Schützenberger et Stœber. Si Stœber ne fut pas vainqueur, il ne sortit pas moins de la lutte avec honneur. S'il n'a pas été aussi brillant que d'autres, il a fait preuve d'un savoir profond qui, plus tard, lui a été compté pour sa nomination à la chaire de pathologie et de thérapeutique générales.

Ce dernier enseignement, si important, ne l'a pas distrait de ses études spéciales. Déjà, avant qu'il fût nommé professeur titulaire, Stœber était chargé d'un service de clinique ophthalmologique à

facturières comme à l'étranger, pour servir à l'impression des étoffes dites *d'indienne* (1).

Faute de pouvoir réaliser cette application, l'albumine desséchée restait sans utilité dans les magasins, représentant l'albumine de près de 8 millions d'œufs employés à sa préparation, lorsque M. Barral, pensant avec raison qu'on pourrait s'en servir comme substance alimentaire, fit remarquer que l'albumine desséchée dans les conditions précitées demeure soluble : qu'ainsi dissoute dans six fois son poids d'eau elle se rapproche beaucoup du blanc d'œuf à l'état normal ; que dix grammes de ce produit, laissés douze heures en contact avec 60 grammes d'eau froide, s'y dissolvent par l'agitation, et représentent, pour diverses préparations culinaires, à peu près trois blancs d'œuf, revenant ainsi à 33 centimes, ou 11 centimes par œuf (2), ce qui laisse une large rémunération à l'industrie et un bon marché relatif au consommateur.

C'est ainsi que l'on vit encore surgir un très-grand nombre de produits alimentaires, dès longtemps accumulés dans Paris, constituant d'énormes dépôts et des approvisionnements inattendus, qui, trompant dans une heureuse direction les administrateurs de la chose publique, contribuèrent pour une large part à la durée, on pourrait presque dire au renouvellement de nos ressources alimentaires.

N'est-ce pas encore un de ces approvisionnements imprévus, ignorés même peu de jours auparavant, que ces centaines de mille kilogrammes de fécule humide, extraite dans un tout autre but des tubercules de la pomme de terre, qui, d'après une méthode nouvelle, accumulés à l'abri de la bombe dans des citernes enterrées, devaient bientôt, avec de semblables éléments amylacés, accroître les quantités de pain disponible, tandis que dans les intentions des fabricants parisiens cette abondante matière première devait être transformée en sirops pour les brasseurs, les confiseurs et les liquoristes ? Si même on introduisait dans la panification, avec huit à dix centièmes de fécule, quatre ou cinq de farines de légumineuses, non-seulement la substance amylacée se trouverait accrue, mais les matières grasses et azotées ne seraient nullement amoindries ; de telle sorte que le pain conserverait toute sa valeur nutritive.

Tel fut encore dans nos approvisionnements, le rôle de la substance amylacée la plus pure et la plus agréable au goût que l'on connaisse commercialement, sous le nom et le cachet d'origine de *tapioka* du Brésil, si grandement approvisionnée par le commerce international, que jusqu'à la fin, malgré les nombreuses demandes de cet excellent produit exotique, on le trouvait abondamment encore chez la plupart des marchands de comestibles ; il s'emploie surtout dans la confection des potages les plus délicats.

C'est aussi à la voie commerciale entre les nations que nous avons dû les abondants dépôts, non encore épuisés, des excellentes conserves de bœufs d'Australie, préparées suivant le procédé français perfectionné du célèbre inventeur Appert. C'est par la même voie du commerce national et international que nous avons reçu les approvisionnements considérables des meilleurs fromages de conserve et d'expéditions lointaines, dits *de Hollande* et *de Gruyère*, qui deux fois ont paru épuisés, et qui, destinés sans doute à reparaître à mesure que le prix s'en serait élevé, ont enfin fait leur apparition définitive par voie de réquisition.

Il est encore permis de citer, parmi les aliments toniques dont nous étions largement approvisionnés, le vin, qui suffirait avec le pain à nourrir la population et soutenir ses forces.

VII

Plusieurs industries spéciales, très-dignement représentées dans Paris, concoururent, d'une façon directe et indirecte, pour subvenir à l'alimentation parisienne. Au premier rang parmi les plus importantes, à divers points de vue, on peut citer les raffineries de sucre, qui à plusieurs époques ont doté l'industrie saccharine d'inventions et de perfectionements que toutes les nations ont adoptés, notamment l'application du charbon d'os et des filtres à noir en grains à la décoloration et à l'épuration des sirops.

L'une des principales usines où s'opère le raffinage du sucre dans Paris traite chaque jour en temps ordinaire 130,000 kilogrammes de sucre brut de betteraves et des colonies ; ses opérations méthodiques sont si bien combinées que la totalité des produits obtenus sortent de la raffinerie à l'état de sucre blanc en pains de première sorte et de sirops incristallisable dits *mélasse*.

Ces deux produits du raffinage dans Paris ont, jusqu'à la fin, abondamment pourvu la consommation directe, et alimenté en outre, une fabrication active de deux produits alimentaires salubres et économiques, qui du moins n'ont pas subi de hausse bien sensible ; ce sont : 1° le chocolat (1), aliment des plus agréables qui peut améliorer le goût et les propriétés nutritives de diverses préparations peu sapides, le riz cuit à l'eau et la farine de fève, par exemple ; 2° un autre produit qui s'emploie avec une incontestable utilité dans l'alimentation publique et dont nos marchands étaient abondamment pourvus, le pain d'épice, généralement très-apprécié pour ses qualités nutritives, organoleptiques, et son bon marché.

La mélasse de raffinage a, en outre, servi de matière première pour l'industrie nouvelle d'un raffinage spécial qui, associant la décoloration de ce sirop incristallisable avec la saccharification de la fécule amylacée (des pommes de terre), livre au commerce des sirops plus blancs et plus agréables.

C'est ainsi que les produits sucrés, directement ou indirectement obtenus du raffinage, sont venus en aide à l'industrie perfectionnée et considérablement agrandie de la fabrication des confitures, à ce point que l'une de ces fabriques, récompensée par des médailles de premier ordre aux expositions de Paris et du Havre en 1867, livre chaque année au commerce près de 2 millions de kilogrammes de confitures salubres, d'un excellent usage et d'une facile conservation. Ce sont même les approvisionnement de ces produits et de ceux d'une autre origine qui ont entretenu la consommation des confitures, devenue plus active depuis l'investissement de Paris.

La seconde source des abondants aliments sucrés de ce genre nous vint des produits préparés comme à l'ordinaire vers l'arrière-saison, en vue des réunions élégantes, bals et soirées, auxquels nous invitons avec tant de plaisir tous les ans les étrangers, empressés eux-mêmes d'accepter notre cordiale hospitalité. Or, et bien malheureusement, cette année, ni Français, ni étrangers ne devaient se rendre à de pareils raouts. Force était donc de donner une autre destination aux sucs de fruits, sirops, fruits confits ou conservés, préparés dans des vues qui ne se sont pas réalisées, tant s'en faut ! Tous ces produits, si bien préparés à Paris, ont trouvé à point leur application utile pour rendre plus variée, plus agréable et plus hygiénique la consommation du pain.

Les transformations, en particulier, des sucs et sirops de fruits donnèrent lieu à l'industrie nouvelle des gelées, dans lesquelles les sucs végétaux de fruits frais, ceux de pommes notamment, ne pouvaient nous procurer des gelées végétales : on eut recours à la gélatine animale en feuilles minces et diaphanes. Ces gelées, un peu plus nutritives sans doute, furent bien accueillies du public, celles surtout qui contenaient du jus de groseilles. Leur bas prix relatif ayant fait naître quelques soupçons, le conseil de salubrité de la Seine fut consulté ; il déclara que ces nouvelles gelées économiques étaient en général salubres et rendaient plus agréable une des formes sous lesquelles on peut consommer le pain.

VIII

Cette circonstance, toute fortuite, fut au nombre de celles qui ramenèrent l'attention générale sur le parti que l'on pourrait tirer, dans les circonstances graves où nous sommes, de la gélatine ou des tissus organiques cellulaires, tendineux ou osseux qui lui donnent naissance à l'aide d'une simple ébullition dans l'eau. A cette occasion, la question de la gélatine, qui avait autrefois occupé pendant dix années consécutives l'Académie des sciences et pendant toute sa vie un de ses membres, qui lui-même avait reçu de son père la mission de continuer cette étude, la question, dis-je, de la gélatine revint devant l'Académie des sciences, et M. Chevreul, un des membres de la commission spéciale, présenta dans plusieurs séances l'historique complet et très-intéressant de la question si longtemps débattue. (Voir *Comptes rendus de l'Académie des sciences*, 26 décembre 1870.)

Un court résumé de cet historique, mettant en évidence des faits généralement ignorés et faisant connaître des conclusions sur lesquelles physiologistes et chimistes sont actuellement d'accord, ne paraîtra pas sans doute déplacé ici.

Denis Papin, justement célèbre par ses observations sur la vapeur appliquée aux machines, démontra, de 1680 à 1682, que l'on peut extraire la gélatine des os en les soumettant, dans l'eau liquide, à une température supérieure à 100 degrés.

En 1758, Hérissant éliminait la substance calcaire des os au moyen des acides.

Changeux, vers 1775, en partant d'une proposition inexacte dans sa généralité, fit cette remarque importante, que l'on peut extraire des os préalablement réduits en poudre, par l'eau bouillante sous la simple pression atmosphérique, une *gélatine savoureuse*, sans avoir recours au digesteur de Papin.

Proust, ancien membre de l'Institut, jeta le plus grand jour sur la question en 1791 ; véritable inventeur du bouillon d'os, il en fut le juste appréciateur en montrant, après tant d'exagérations insensées, que ce liquide présente une grande infériorité si on le compare au bouillon de viande.

Cadet de Vaux, en s'appropriant plusieurs des idées trop favorables au bouillon d'os, fit cependant une expérience qui n'est pas concluante sur la propriété nutritive de la gélatine : il jeta devant un chien, d'un côté de la soupe, et tout auprès un plat rempli d'os ; ceux-ci furent seuls rongés ou dévorés, tandis que l'animal ne toucha pas à la soupe. Cadet de Vaux déclara que les chiens avaient résolu la question. Mais faisons observer que les os ne contiennent pas la gélatine *toute formée*, comme il le croyait, mais bien le tissu azoté qui la donne sous l'influence de l'eau bouillante ; de sorte qu'en définitive, c'est ce tissu que le chien mangea, et non de la gélatine.

Ce fut en effet ce tissu organisé que Darcet employa d'abord comme gélatine alimentaire ; malheureusement il donna plus tard la préférence à la solution gélatineuse, plus facile à obtenir des os par l'eau et la vapeur sous une pression plus forte que l'atmosphère, et à une température plus élevée que 100 degrés. Il est désormais bien reconnu, par les expériences des physiologistes et des chimistes qui ont eu la plus grande part à la solution du problème (MM. Chevreul, Dumas, Edwards aîné, Milne Edwards, Fremy, etc.), que le tissu organique dit *osséine* est d'autant moins nutritif qu'il a été plus complétement transformé ou désorganisé par une ébullition plus longue, et qu'on ne doit le soumettre à l'ébullition que le temps nécessaire pour l'*attendrir* et le rendre mangeable. C'est spécialement sous cette forme que l'on prépare, depuis quelque temps, plusieurs mets légèrement salés ou sucrés à l'*osséine*.

Les os simplement réduits en poudre seraient sans doute plus nutritifs encore, car ils introduiraient dans le régime alimentaire des phosphates de chaux et de magnésie, sous des formes convenables à l'assimilation de ces matières minérales, qui se trouvent souvent en proportions insuffisantes dans les aliments peu substantiels.

Nous venons de voir comment Cadet de Vaux eut recours à l'espèce canine pour résoudre une question débattue entre les hommes, et comment il accepta le jugement ainsi rendu. Si depuis lors les chiens demeurèrent en possession de se nourrir d'une grande partie des os négligés, on peut dire que ce privilége leur semble disputé aujourd'hui, en voyant les importantes applications qu'en ont faites les hommes.

Enfin, on put croire à la suppression de la race canine à Paris, lorsqu'on reconnut que cette race nous fournissait, comme dans certaines localités de la Chine, des animaux de boucherie, non des meilleurs, mais du moins de ceux dont la chair est comestible et douée de propriétés alimentaires toniques. Toujours est-il que jamais les ordonnances de police, en vue de la limitation du nombre des chiens dans la capitale, ne produisirent un aussi grand résultat.

Si quelquefois la faim est, dit-on, mauvaise conseillère, il est probable que, du moins en cette circonstance, elle aura produit ce triple effet utile, de tarir ou d'amoindrir dans sa source la cause de l'effrayante maladie de la rage, de diminuer le nombre des animaux consommateurs d'aliments utiles à l'homme, et de faire

(1) *Voir*, dans un mémoire lu à l'Académie des sciences le 9 juillet 1821, et intitulé : *De l'influence que l'eau exerce sur plusieurs substances azotées solides* (*Mémoire du Muséum*, t. XIII), le détail de toutes les expériences de l'auteur sur l'*albumine crue* et l'*albumine cuite*, pages 172 à 183 : 13,85 parties d'albumine liquide qui ont été séchées dans le vide sont redissoutes par 86,25 d'eau (page 173) et reproduisent ainsi de l'albumine liquide ou *crue* ou *incuite*. (*Note de M. Chevreul.*)

(2) Un œuf ordinaire se vendait alors au moins dix fois plus cher.

(1) Une des plus importantes et des plus estimées parmi les fabriques de chocolat est depuis fort longtemps installée au centre de Paris et n'a pas interrompu ses utiles opérations.

---

l'hôpital civil où affluaient les malades pauvres, non-seulement de Strasbourg et des environs, mais de plusieurs départements à la ronde. Aussi que de bénédictions il a recueillies de ceux auxquels il a rendu la vue, et combien son nom est connu et prononcé au loin ! J'ajouterai encore, qu'outre les soins gratuits qu'il donnait à la clinique, son cabinet de consultations était ouvert tous les jours au public, et que les mieux partagés par la fortune se rendaient en foule dans un établissement privé de la ville, où ils se faisaient soigner par lui.

Cette pratique spéciale étendue n'empêchait pas notre collègue d'être médecin attitré d'un grand nombre de familles de la ville, où il s'était fait aimer par son caractère et estimer pour son savoir.

Tant de labeur a fini par attaquer sa santé et provoquer un commencement de maladie qui a été la cause occasionnelle de sa mort prématurée. Oui, prématurée, car à son âge on est encore capable de rendre des services à l'humanité ; prématurée, parce qu'il pouvait encore être utile à la science.

J'ai montré comment Stœber est entré dans la carrière de l'enseignement tout en restant médecin pratique et spécialiste. Ce n'est ni ici le lieu ni le moment d'indiquer son activité comme auteur. Dans un autre endroit on donnera le détail de ses nombreuses publications, en en appréciant la valeur ; on indiquera les postes honorables qu'il a occupés, les distinctions qu'il a obtenues. Mais je ne puis m'abstenir de dire ce qu'il a été comme professeur.

Stœber fut chargé plusieurs fois pendant son temps d'agrégation de suppléer des titulaires empêchés, surtout à la clinique interne. Pendant ces *intérim*, il a prouvé qu'il était, non-seulement excellent praticien, mais aussi professeur instruit et capable d'enseigner. Il fut toujours suivi avec le plus grand empressement par les élèves, qui estimaient en lui surtout la sûreté du diagnostic et sa thérapeutique simple et heureuse.

Nommé professeur de pathologie et de thérapeutique générales en 1845, il fut obligé de se livrer à de nouvelles études, car il était plus praticien que théoricien, et la chaire dans laquelle il montait était une des plus difficiles à remplir. Jusque-là, elle n'avait pas existé : c'était une création nouvelle qui devait élargir notre enseignement. La pathologie et la thérapeutique générales ne sont pas plus intéressantes pour l'étudiant qui commence que faciles à exposer pour le professeur. Malgré cela, Stœber a réussi à s'attirer un nombreux auditoire par la manière dont il a présenté ces matières difficiles et l'intérêt qu'il a su y attacher. Un généralisateur, un esprit superficiel, un statisticien, y auraient trouvé l'occasion d'y briller ; Stœber s'attachait surtout à instruire et il y réussit. Les nombreuses générations d'élèves qui ont passé par notre Faculté s'en souviennent avec gratitude.

A côté de cet enseignement difficile, M. Stœber avait un enseignement accessoire facultatif, celui de l'ophthalmologie qu'il faisait à la clinique ; celle-ci était fréquentée assidûment par tous ceux qui voulaient acquérir quelques notions d'oculistique. Dans cet enseignement il intéressait et attachait au plus haut degré. Les traitements qu'il instituait et les opérations qu'il pratiquait, étaient enregistrés avec le plus grand soin.

M. Stœber a épousé, en 1831, la fille d'un des médecins praticiens les plus répandus de la ville. Il eut le malheur de perdre cette épouse après sa seconde couche. Isolé avec deux jeunes enfants, il prit le parti de se remarier et épousa en secondes noces une amie de sa femme, veuve d'un médecin militaire, dont il eut un fils qui aura un bel exemple à suivre. Veuf une seconde fois, il trouva une nouvelle consolation dans l'union du fils de sa seconde femme avec sa fille aînée. Dès lors, il devenait le chef d'une famille à laquelle il se dévoua tout entier, surtout quand il se vit renaître dans ses petits-enfants. Si sa santé n'était pas venue à décliner, il aurait eu de grandes joies de famille.

Quoique gravement indisposé avant le blocus de la ville, nous l'avons vu, pendant le bombardement, parcourir péniblement les rues pour aller visiter, au péril de sa vie, des malades retirés dans les caves, mais qui n'avaient confiance qu'en lui.

Notre collègue n'avait pas d'ennemis. Tous ceux qui l'approchaient lui vouaient une amitié sincère, tellement il était bon, complaisant et loyal. Parmi ses clients il y en avait qui l'adoraient, et tous ses collègues et tous ses confrères lui étaient franchement dévoués.

Les événements politiques, les malheurs de la guerre, sans qu'il y parût, l'avaient profondément impressionné. Il n'était pas facile de s'en apercevoir sur sa physionomie tranquille et patiente, mais il n'y a pas à douter que son émotion ne fût grande quand il vit que l'Alsace était perdue pour la France, qu'il s'agissait de se choisir une nationalité et que le corps enseignant auquel il appartenait et aux travaux duquel il comptait participer encore pendant quelque temps, était dissous. Je ne crois pas me tromper en disant que le chagrin qu'il en a éprouvé a hâté sa fin.

Repose en paix, cher collègue ; au moins tu ne verras pas la lutte que nous avons encore à soutenir. Ta mémoire nous suivra partout où la tempête nous conduira, tous tes anciens collègues la conserveront dans leur cœur.

servir ces animaux eux-mêmes à augmenter nos ressources alimentaires.

IX

On voit combien le commerce si actif et les manufacturiers si ingénieux ont apporté de ressources fécondes et variées à l'approvisionnement de la capitale; toutefois on ne saurait se dissimuler ce que le rationnement des vivres et des combustibles, au milieu d'un hiver exceptionnellement rigoureux, imposa de gêne et de souffrances à la population parisienne, se résignant sans se plaindre aux longues heures d'attente pour aller recevoir les répartitions des aliments, proportionnelles au nombre des habitants, quelle que fût leur position sociale : ce fut l'égalité complète devant les premiers besoins de la vie.

Plus d'un étranger, ami de la France, volontairement enfermé avec nous dans la capitale, a été frappé de ce spectacle grandiose que présentait une immense population agglomérée, manifestant, par son ardeur guerrière tout à coup surexcitée et par son admirable patience, la ferme volonté de résister à l'oppression, attendant avec calme et résignation l'heure de la délivrance.

DES DIFFÉRENTES FORMES DE L'OVARITE AIGUE

Par le docteur Scaglia (1).

Conclusions. — I. L'ovaire présente au moment de l'ovulation menstruelle une congestion plus ou moins vive, qui peut, par son exagération même, aboutir à l'ovarite.

II. Pendant la grossesse, l'ovaire subit une atrophie temporaire.

III. Les formes histologiques (vésicalite ou parenchymateuse, ou péritonéale) admises par certains auteurs ne sont point confirmées par l'examen des faits. On ne peut admettre comme formes anatomiques que des degrés, suivant que les lésions sont plus ou moins avancées et analogues aux degrés de la pneumonie.

IV. Au point de vue étiologique, il existe sept espèces d'ovarites : ovarites ourleuse, varioleuse, blennorrhagique, rhumatismale, traumatique, menstruelle, puerpérale.

V. Au point de vue clinique, nous admettons trois formes d'ovarites aiguës : ovarites suraiguë, aiguë, subaiguë (Tilt).

VI. La clinique ne peut résoudre le diagnostic des trois formes anatomiques admises par les auteurs : ovarites folliculeuse, parenchymateuse, péritonéale.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 27 juin 1871 (2). — Présidence de M. Wurtz.

Suite de la discussion sur l'infection purulente.

FORMES ET DEGRÉS DE L'INFECTION PURULENTE.

§ III. — Les intoxications purulentes chroniques.

M. Jules Guérin termine ainsi la lecture de la seconde partie de son étude sur l'intoxication purulente :

Il est une dernière conséquence des intoxications purulentes chroniques prolongées qui mérite d'autant plus de fixer l'attention qu'elle ne semble pas avoir été aperçue jusqu'ici : je veux parler de l'état permanent qu'elles créent au sein de l'organisme qui en a reçu longtemps les atteintes.

Il est de toute évidence que lorsque des liquides altérés entrent et se renouvellent incessamment dans l'économie, une partie s'en élimine et une partie y reste mélangée aux humeurs physiologiques. Si cette introduction continue, elle provoque de moins en moins l'antipathie des organes, la sensibilité de ces derniers s'émousse et ils finissent par s'habituer à un contact qui les mettait d'abord en insurrection. La conséquence de cet état de choses, c'est que les fonctions, continuant à s'exercer avec des matériaux ainsi adultérés, ne peuvent que changer profondément leurs produits; la trame des tissus, nourrie et renouvelée avec un sang imprégné d'éléments cacochimiques, acquiert petit à petit le caractère des matériaux qui les alimentent; en un mot, ici comme toujours, *la fonction fait l'organe*. Ce résultat n'est que la reproduction accidentelle, mais non moins certaine, du fait de la transformation graisseuse des tissus que j'ai signalée dès longtemps chez les vieillards, par suite du ralentissement et de l'insuffisance de l'hématose et d'un développement proportionnel du système veineux. Cette modification physiologique des tissus, liée au ralentissement des fonctions respiratoires et circulatoires et à la prédominance toujours croissante du sang veineux sur le sang artériel, donne donc la clef des changements qui peuvent s'opérer sous l'empire d'une altération incessamment renouvelée du sang par les éléments d'une suppuration de mauvaise nature. Le dernier mot de cette altération, c'est la cachexie : la cachexie scrofuleuse, la cachexie tuberculeuse, la cachexie herpétique, syphilique, morveuse, cancéreuse, suivant le principe spécifique qui s'est introduit et généralisé dans l'organisme. Ces diverses cachexies ne se réalisent pas d'emblée, et on peut, pour ainsi dire, assister à leur évolution par la manifestation successive des accidents qui les caractérisent : chez le scrofuleux, par la reproduction incessante d'engorgements ganglionnaires, par des suppurations intarissables, par des gonflements osseux, par des ophthalmies incoercibles; dans la cachexie tuberculeuse, qui n'est qu'une forme plus avancée de la cachexie scrofuleuse, par les localisations de l'affection dans presque tous les organes et dans presque tous les tissus; dans la cachexie herpétique, par des apparitions de dartres de toutes formes, de toutes qualités et gravité.

Pour ce qui est des cachexies syphilitiques, morveuses ou cancéreuses, il est presque superflu de s'y arrêter : c'est la maladie elle-même qui est comme fondue dans l'organisme, et dont les effets protéiformes se manifestent, sous des traits devenus vulgaires, dans tous les tissus, dans tous les organes, à toutes les surfaces et surtout à la porte de toutes les lésions. Le sang, imprégné de leurs éléments, les transporte partout avec lui et les introduit dans chacune des opérations auxquelles il participe; et ce, d'autant plus sûrement que l'air y intervient pour éveiller et féconder en quelque façon par son contact les germes incorporés à sa substance.

Ce n'est pas tout encore. La formation des cachexies consécutives aux suppurations chroniques prolongées ne s'arrête pas aux individus. Fondues dans les humeurs, infiltrées dans la constitution au point de faire partie intégrante de tout le système, elles se transmettent avec ses émanations les plus essentielles, et elles créent les cachexies héréditaires. C'est ainsi qu'elles se perpétuent de famille en famille, comme des éléments de race, avec leurs caractères, leurs types; comme la cachexie paludéenne si accusée, si généralisée, dans les populations et jusque dans les animaux de la Sologne. On pourra discuter sur la fréquence, le degré d'action de ces conséquences éloignées des intoxications purulentes chroniques, mais on n'en contestera pas la réalité.

Ces conséquences, un peu éloignées de notre étude, ont aussi leur côté pratique. Depuis que les recherches microscopiques ont eu pour effet de morceler l'examen des choses au détriment de la vue de l'ensemble, il n'est pas sans intérêt de signaler un moyen de compléter, si ce n'est de redresser le diagnostic moléculaire des produits pathologiques, par les manifestations les plus générales de leur nature. Or, lorsqu'il s'agit de diagnostiquer une tumeur ou un agrégat quelconque, donnant lieu à une suppuration chronique, il est douteux jusqu'ici que le microscope la fasse distinguer de ce qui n'est pas elle. Eh bien! les effets des résorptions purulentes chroniques sont susceptibles de pourvoir à cette insuffisance. Si les agents locaux de la suppuration sont de simples produits physiologiques, ils causeront peu de trouble dans la santé générale; si, au contraire, ils appartiennent aux affections de mauvais caractère, syphilitique ou cancéreux, par exemple, on en reconnaîtra aisément l'origine dans leurs émanations généralisées, et surtout dans l'altération profonde de la santé qu'ils ne manquent jamais de produire. C'est une sorte de grossissement, mais un grossissement d'ensemble.

§ IV. — Résumé général et conclusions.

Le moment est venu de relier entre elles toutes les conséquences à tirer des observations qui précèdent. Ceux qui ont bien voulu prendre quelque intérêt aux différents travaux que nous avons publiés dans le cours de notre carrière ont pu remarquer le soin avec lequel nous avons toujours cherché dans l'étude des causes à disposer leurs actions suivant une série que nous avons désignée sous le nom de *série étiologique* et à rapporter parallèlement aux différents termes de cette série les différents effets engendrés par chacun des termes qui le composent. Le résumé de la longue discussion à laquelle nous venons de nous livrer ne peut être que l'établissement de cette série par rapport à l'intoxication purulente considérée dans toutes ses manifestations.

Le pus, avec les différentes transformations et altérations dont il est susceptible, constitue l'élément étiologique général dont procède chacun des états particuliers, chacune des actions particulières qui se résolvent en lui. Pour l'observateur qui n'est pas prévenu des affinités qui existent entre ces différentes manifestations et transformations du même fait, les liens qui les rattachent entre eux sont plus difficiles à établir. C'est en effet une classification et coordination qui n'est pas tout à fait dans la nature et qui ne se déroule pas régulièrement dans le temps et dans l'espace, comme dans l'esprit qui les conçoit. Ce n'est donc qu'à l'aide d'une méthode très-générale, dont la puissance et la certitude résident précisément dans sa grande généralité, qu'on peut arriver à construire la série étiologique particulière des intoxications purulentes.

Il faut partir de ce fait et du principe qui en découle, que toute conception étiologique dans notre esprit est absolue : c'est l'idée d'une cause une et invariable dans ses effets. Mais la cause expérimentale est toute autre. Elle rencontre toujours et à chaque pas des conditions intrinsèques et extrinsèques qui font varier son action. Et cependant la contingence de ces conditions n'est pas aussi imprévue ni aussi variable qu'on pourrait le croire au premier abord. Elle se résume en deux termes, qui sont *ses degrés* et *ses modes* d'action : les premiers résultant de l'activité plus ou moins grande avec laquelle elle fonctionne; les seconds, des causes intercurrentes qui la compliquent et la dénaturent. Je prie l'Académie d'excuser cette digression, que je borne à ce peu de mots, et je reviens à l'objet spécial de la discussion.

Le pus considéré comme cause n'échappe donc pas à ces deux ordres de manifestations étiologiques : le degré et le mode. Ses degrés d'action consistent tout à la fois dans la somme d'intoxication, la quantité de poison qu'il renferme et la durée de l'action qu'il provoque. Ses *modes d'action* résultent au contraire des complications et transformations spécifiques qu'il subit par l'apport de nouveaux éléments étiologiques et par les combinaisons nouvelles auxquelles ces éléments peuvent donner naissances. Eh bien! cette formule se réalise on ne peut plus clairement dans les différents degrés et mode d'action du pus contaminé.

Lorsque le pus est à peine altéré et au début de son altération, il ne produit que des ébauches d'intoxication, c'est-à-dire des empreintes imperceptibles et pour ainsi dire effacées de son action. Ce ne sont, comme je l'ai dit, que des malaises, des symptômes fugaces, qui se dissipent bientôt si les premiers degrés de l'intoxication purulente n'exercent qu'une action passagère ou intermittente. Les cas de ce genre se rapportent surtout à des infections temporaires, comme celles résultant du passage d'un sujet sain dans une atmosphère contaminée.

Si les malades continuent au contraire à séjourner dans des salles infectées, l'infection de l'heure qui suit s'ajoute à celle de l'heure qui précède, et les effets non interrompus et additionnés d'une première dose de poison lui donnent l'activité d'un degré d'action plus avancé, et ainsi de suite jusqu'à son dernier d'intoxication. Est-il nécessaire de faire remarquer qu'à chacune de ces étapes de la cause correspond une forme particulière de son action; que les tendances au refroidissement acquièrent la forme et l'intensité du frisson; que l'état gastrique, la langue saburrhale, les nausées, les coliques deviennent le vomissement et la diarrhée; que la toux et l'oppression, qui trahissent d'abord une simple gêne dans l'exercice de la fonction pulmonaire, se transforment bientôt en hémoptysie et en une véritable asphyxie comme révélateurs des infarctus, des embolies et des abcès. Enfin que les troubles des sens, les maux de tête, les collapsus passagers, toutes formes diverses de l'appareil fébrile, ne sont que la traduction d'une intoxication générale à son début, dont les convulsions, le délire et la mort deviennent la dernière expression.

Que si l'expérience clinique, qui éparpille les cas particuliers, rendait, par une trop grande différence de physionomie, des cas d'intoxication purulente et une trop grande différence des altérations du pus, ce rapprochement, ce groupement et cette coordination étiologiques plus difficiles, on pourrait, par un rapprochement de ce qui se passe dans tous les cas d'intoxication aiguë et chronique, de ce qui s'observe dans la seule fièvre puerpérale, retrouver les liens moins apparents dans un ordre de faits par ceux qui se manifestent plus évidemment dans d'autres. Ainsi, quoi de plus simple et de plus évident que cette série non interrompue de degrés d'action dans les différents degrés de l'intoxication puerpérale : premier degré, lochies, fièvre de lait; au second degré, purulence fétide, prélude de la symptomatologie de la fièvre puerpérale; au troisième degré, suppression des lochies, épanchement purulent dans les trompes et dans la cavité péritonéale et aggravation des symptômes correspondants : frisson, vomissement, ballonnement du ventre; finalement la dissolution putride à son apogée : mort presque foudroyante. Dans cette affection, l'observateur peut assister à tous les degrés, à tous les développements et transformations de la cause, et réciproquement à tous les degrés, à tous les développements et à toutes les transformations des réactions qu'elle provoque. Cette lumière directe, projetée par l'évolution de l'intoxication puerpérale sur le chaos des intoxications purulentes ordinaires, fait apercevoir immédiatement, sous les diversités les plus apparentes de chaque cas particulier, mises en rapport par leurs affinités initiales et terminales, les liens cachés qui les rattachent à la même cause. Il arrive ici ce qui est arrivé à propos des parasites intestinaux dont les évolutions, fractionnées pour ainsi dire dans des individualités différentes, ont fini néanmoins par se rapprocher dans l'esprit de ceux qui ont découvert leurs affinités, pour constituer un même système organique, un ensemble, d'une unité et d'une identité aussi certaines que si l'œil avait pu en suivre tous les stades embryogéniques chez le même individu.

Relativement aux différents *modes* suivant lesquels l'intoxication purulente peut se manifester, et qui constituent ses diversités spécifiques, il résulte, avons-nous dit dans le cours de cette étude, de la participation des ferments atmosphériques, et des ferments fournis par la constitution, le tempérament, l'idiosyncrasie, les cachexies et les affections constitutionnelles de chaque individu, en un mot, de tout ce qui peut appartenir à son individualité ayant un caractère de différenciation suffisant pour diversifier spécifiquement les éléments toxiques de sa suppuration. N'oublions pas enfin la résultante de toutes ces combinaisons multipliées et en quelque façon catalysées par l'organisme, qui ne cesse jamais d'intervenir. Or, si nous voulions résumer les effets de cette diversité de modes d'action de l'intoxication purulente, comme nous avons résumé ces modes eux-mêmes, nous reproduirions les différentes catégories d'empoisonnement énumérées et analysées dans la discussion qui précède; contentons-nous d'en avoir dressé le cadre; d'en avoir rappelé les grandes coupes à travers l'immense variété et l'inextricable complexité des cas particuliers, pour conclure à la nécessité d'une pluralité spécifique des éléments toxiques qui les produisent.

Pour donner une forme plus concrète et plus explicite aux différentes parties de cette étude, je crois pouvoir la terminer par les conclusions suivantes :

1° La suppuration est le résultat de l'action organique, chimique et mécanique de l'air sur les plaies et les produits sécrétés à leur surface.

2° Le pus est un produit direct du sang modifié par un certain degré de paralysie organique des éléments nerveux et vasculaires qui le versent à la surface de la plaie. A son état de pureté, c'est un liquide physiologique susceptible de se mêler sans danger au sang, dont il n'est qu'une modification, caractérisée principalement par l'absence de la fibrine.

3° Les altérations du pus sont le produit de deux groupes d'éléments étiologiques différents : les uns, ayant agi déjà comme facteurs de la suppuration, déterminent, par la continuité de leur action, une altération chimique générale de ses produits à leur sortie des surfaces de la plaie : tels sont l'air et les différents gaz qui entrent dans sa composition normale; les autres, comme éléments d'altérations spéciales introduisant dans la composition du pus des substances hétérogènes telles que les ferments répandus dans l'air ou des éléments pathologiques fournis par l'organisme et associés aux éléments ordinaires de la suppuration des tissus; les uns et les autres amplifiés, modifiés et spécialisés par l'action réductive de l'organisme.

4° Les différentes altérations dont le pus est susceptible ont pour effet, par leur introduction incessante dans le torrent de la circulation, de déterminer une série d'altérations pathologiques qui varient aux différentes époques et avec les différents degrés et les différents modes de leur action; et cette action constitue une sorte d'empoisonnement auquel il convient de conserver le nom d'*intoxication purulente*.

5° L'intoxication purulente agit d'une manière constante et générale sur l'économie entière à la façon de tous les agents toxiques; et d'une manière spéciale, par le transport de ses éléments matériels dans les différents organes dont ils troublent les fonctions; de cette double catégorie d'accidents naît la symptomatologie générale et spéciale propre à chaque catégorie d'intoxications.

6° Les provenances diverses et le mécanisme différent des agents d'intoxication impliquent la pluralité et la diversité de nature de

(1) In-8°, prix : 2 fr.
(2) Suite. — Voir le dernier numéro.

ces agents, dans la composition desquels deux sortes d'éléments se trouvent toujours réunis : les éléments de la sécrétion physiologique des plaies et leurs éléments spécifiques, les uns et les autres combinés entre eux, et multipliés, amplifiés, modifiés et réduits par l'action spontanée de l'organisme.

7° Les intoxications purulentes peuvent être rapportées à deux grandes catégories, aux intoxications *simples* et aux intoxications *composées*, les unes et les autres pouvant se manifester sous la forme aiguë et sous la forme chronique, mais toujours et dans tous les cas soumises à la même loi d'association des éléments physiologiques et des éléments spécifiques qui y interviennent.

8° L'ensemble des cas que l'intoxication purulente est susceptible de produire peuvent être réunis, classés et coordonnés suivant une série dite *série étiologique*, comprenant tous les degrés et tous les modes de l'intoxication purulente. Les premiers (degrés) résultant de la somme d'action absolue variable en intensité et en durée de l'intoxication ; les seconds (les modes) de la connivence des éléments scientifiques qui associent leur action à celle de l'intoxication physiologique et combinent leurs éléments avec les éléments de cette dernière.

9° Les effets éloignés de tous les genres d'intoxication purulente sur l'organisme, lorsqu'ils sont longtemps entretenus et suffisamment répétés, ont pour résultat de créer des cachexies permanentes individuelles, lesquelles sont susceptibles de se transmettre héréditairement et de se perpétuer de race en race, comme des traces indélébiles de leur origine.

Dans une seconde partie de ce travail, qui en sera la partie *pratique*, comme celle-ci n'en est que la partie *théorique* ou *scientifique*, je chercherai à poser les principes et les règles à l'aide desquels il sera possible de prévenir, de neutraliser ou de combattre les différents effets de l'intoxication purulente.

(*Sera continué.*)

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1870.

204. Paulet (Félix). Étude sur l'accouchement provoqué.
205. Reverdin (Louis). Étude sur l'uréthrotomie interne.
206. Rigubert (Louis). Quelques considérations sur l'uréthrotomie interne.
207. Desjardins (Guillaume). De l'œdème scléreux et syphilitique de la vulve.
208. Ducos (Joseph). Essai sur l'action physiologique de l'ergot de seigle et son emploi dans les accouchements.
209. Soubise (Armel). Du tétanos. Pathogénie. Traitement par l'hydrate de chloral.
210. Petit. De la grossesse dans ses rapports avec le traumatisme.

M. le docteur Sichel donne ses conférences cliniques sur les maladies des yeux, les mardis, jeudis et samedis, *à une heure*, 12, rue Servandoni, près Saint-Sulpice.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments ou autres objets).

Recueil d'ophthalmologie, par M. le docteur X. Galezowski. — 1re année ; in-8, pp. 128. — Prix : 2 fr.

Des altérations de l'œil dans l'albuminurie et le diabète, par M. le docteur Mohammed Off, professeur-adjoint d'ophthalmologie à l'École de médecine du Caire. In-8° avec planches en chromolithographie. — Prix : 4 fr. 50.

Revue photographique des hôpitaux de Paris. Bulletin médical publié par A. de Montméja et Bourneville ; numéros de septembre et octobre 1870, avec 4 photographies. — Prix des deux numéros : 4 fr.

Étude sur les affections glaucomateuses de l'œil, par M. le docteur Mohammed, émir, ancien médecin de l'intendance sanitaire d'Égypte. In-8. — Prix : 4 fr.

Étude sur le diagnostic et le traitement chirurgical des étranglements internes, par M. le docteur Larguier des Bancels, ancien préparateur du cours d'anatomie chirurgicale de l'amphithéâtre des hôpitaux. In-8°. — Prix : 3 francs.

De la transfusion du sang défibriné, nouveau procédé pratique, par le docteur De Belina, ancien professeur agrégé à la Faculté de Heidelberg. In-8. — Prix : 2 fr.

Des hémorrhagies rétiniennes, par M. le docteur E. Larrieu, chef de clinique ophthalmologique du docteur Sichel. In-8°. — Prix : 2 fr. 50.

Opérations préliminaires à l'extirpation des tumeurs : écrasement linéaire, galvano-caustique de leur combinaison, par M. le docteur Th. Raymond, ancien interne des hôpitaux de Paris. In-8°. — Prix : 2 francs.

Traitement du cancer du col de l'utérus par la galvano-caustique thermique, par M. le docteur Amussat fils ; broch. in-8. — Prix : 2 fr.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois.. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 30 juin 1871.

POURRITURE D'HOPITAL

TRAITEMENT DE CETTE AFFECTION PAR LE CAMPHRE EN POUDRE

A M. le Dr E. Le Sourd, directeur de la GAZETTE DES HÔPITAUX.

Monsieur le Directeur,

Tout d'abord, deux prières à MM. les chirurgiens de Paris : l'une de ne pas voir en moi un disciple de Raspail, honneur que je suis loin de mériter, n'ayant jamais fumé la moindre cigarette de camphre ; l'autre prière est de ne pas repousser d'emblée une innovation par cela seul qu'elle vient de province ; si l'appui déjà prêté par l'Académie des sciences à mes communications sur ce sujet (voir les *Comptes rendus*) ne devait pas me garantir contre ce péché traditionnel, peut-être un simple coup d'œil sur les propositions suivantes me vaudra-t-il un meilleur accueil.

1° La pourriture d'hôpital étant une destruction particulière du tissu cellulo-graisseux sous-cutané et inter-musculaire, forcément la matière détruite, dite *matière pulpeuse*, contient *beaucoup de graisse*.

2° Cela posé, il convient de noter une particularité physico-chimique de l'action du camphre sur les graisses. Le camphre a la propriété de se dissoudre dans les huiles, et si on mélange de la poudre de camphre avec de la graisse, celle-ci *se liquéfie à une température tant soit peu élevée ;* c'est ainsi qu'en été, les pharmaciens, voulant conserver la pommade camphrée, se dépêchent de la descendre dans la cave, tandis que l'axonge pure est laissée dans les magasins ordinaires.

3° Partant de là, si, dans la pourriture d'hôpital, on saupoudre de poudre de camphre la matière pulpeuse si riche en graisse, forcément la matière pulpeuse se liquéfie à la température + 37 du corps humain, et, devenue fluide, elle s'écoule, de sorte que l'on arrive rapidement sur le fond vivant des tissus, la poudre ayant été employée toutefois en quantité suffisante.

4° Traiter la pourriture d'hôpital avec le camphre en poudre, c'est donc par le fait la traiter avec *l'huile camphrée*, à la différence près qu'ici l'huile se trouvera prise dans les plaies mêmes des sujets atteints.

5° Le phénomène physico-chimique étant un fait constant, je dis que la guérison aura lieu dans tous les cas, sans exception aucune ; arrivera-t-il qu'elle se fasse attendre, c'est qu'il y aura des obstacles provenant soit de particularités anatomiques des régions atteintes (présence d'aponévroses ou de fascia superficialis), soit de complications morbides existant concomitamment (inflammation, hémorrhagie, érysipèle, infection purulente), toutes conditions particulières, indépendantes et auxquelles il faudra remédier simultanément.

La question étant posée ainsi, peut-être les faits que je vais relater perdront-ils tout caractère merveilleux. A bientôt mes prochaines.

Veuillez agréer, monsieur le Directeur, l'expression de mes sentiments dévoués.

A. NETTER.
Médecin principal à Rennes.

P. S. — Les moyens employés jusqu'ici contre la pourriture d'hôpital causant des douleurs excessives, j'adjure les autres journaux de médecine de reproduire cette première lettre, mais cette première seulement, les suivantes étant réservées.

A. N.

(*A suivre.*)

HOPITAL DES ENFANT-SMALADES. — M. BOUCHUT.

De la cérébroscopie (1).

OBS. III. — *Tubercules du cerveau et du cervelet. — Ophthalmoscopie. — Hydrocéphalie chronique. — Atrophie de la papille optique.*

Une fille nommée Sallée, âgée de 3 ans, fut amenée à l'hôpital, le 13 juin 1871, pour une maladie durant depuis plusieurs mois, et caractérisée par de la dyspepsie, des vomissements, des alternatives de constipation et de diarrhée. Elle avait en même temps de l'hébétude, de l'amaurose, et offrait une perte incomplète de l'intelligence, avec contracture des extrémités et paralysie commençante des membres. Elle était dans un état de maigreur extrême, ne voulant plus manger, et dans un état voisin de la mort.

A l'ophthalmoscope, je constatai une atrophie des deux nerfs optiques, qui étaient blancs, brillants, et d'apparence aplatie. Les artères étaient invisibles et les veines rétiniennes très-minces.

L'enfant succomba 68 heures après son entrée.

Je trouvai un tubercule du cervelet gros comme un œuf de poule, ramolli au centre et formé à la périphérie de matière verdâtre dure, et au centre de matière caséeuse.

Deux autres tubercules, gros comme des noix, également ramollis, formant des excavations remplies de matière caséeuse, existaient à la superficie de l'hémisphère cérébral droit.

La substance cérébrale ne paraissait pas altérée.

Les ventricules latéraux étaient énormément dilatés, et ils étaient distendus par une énorme quantité de sérosité transparente.

Les parois étaient tapissées d'un grand nombre de petites veines capillaires.

Les méninges de la convexité et de la base étaient diaphanes, parfaitement transparentes et dans leur état naturel.

Nulle part, dans les scissures ni ailleurs, il n'y avait de granulations miliaires transparentes.

Les poumons, le foie, la rate étaient sains et sans tubercules.

Dans le premier fait, qui est une méningite aiguë, la lésion du nerf optique est tout ce qu'il y a de plus évident. Elle caractérise l'inflammation aiguë des méninges. C'est la névrite optique se produisant sous les yeux du médecin, commençant par une faible rougeur de la papille avec engorgement de veines et apparition des veinules habituellement peu visibles ; puis la papille sembla s'aplatir, sa rougeur devint plus vive, et c'est à ce point qu'elle se confondit presque avec celle de la choroïde, et la papille, diffuse, perdit toute la netteté de son contour. On la distinguait à peine, et chez cette enfant on n'en trouvait la place qu'en cherchant le point d'émergence des veines rétiniennes.

Il y eut à la fin des thromboses dans les veines, mais aucune exsudation et pas d'hémorrhagie rétinienne.

Comme vous avez pu le voir, chez la malade les symptômes étaient douteux et ce fut l'ophthalmoscope qui permit d'établir le diagnostic. L'enfant n'avait eu ni vomissement ni constipation ; elle n'avait point mal à la tête ; elle avait un peu de somnolence, des soupirs et de la fièvre avec intermittences du pouls. Je n'eusse pas voulu me prononcer d'après ce trop petit nombre de caractères, mais dès que je pus constater les signes de la névrite optique, et que, d'un jour à l'autre, je vis ces signes s'accuser davantage, je vous déclarai sans hésitation que nous avions affaire à une méningite, et l'événement m'a donné raison. Dans ce cas, l'ophthalmoscope a été le moyen décisif de ma détermination, et sans son secours le diagnostic restait incertain quelques jours de plus.

Dans le second fait, le secours donné au diagnostic n'est pas moins évident et important.

L'enfant, guérie d'une fièvre typhoïde, restait amaigrie et faible par une prolongation exagérée de la diarrhée. En raison de sa maigreur et de la toux, on pouvait craindre une tuberculose générale, une granulie, comme dirait Empis, mais l'auscultation ne fournissait aucun signe qui pût permettre d'affirmer la présence des tubercules du poumon.

Elle dépérissait de plus en plus, et elle approchait évidemment de sa fin, lorsqu'elle se mit à crier continuellement et qu'elle eut une convulsion. A ce moment je crus d'abord à quelque convulsion ultime d'agonie par une thrombose des sinus de la dure-mère, et je voulus m'en assurer en recherchant les signes qui auraient pu me la révéler. Quelle ne fut pas ma surprise lorsque, au lieu des signes névro-rétiniens indiquant une gêne circulatoire cérébrale, je trouvai des tubercules de la choroïde. Je dus changer le diagnostic et conclure autrement. La découverte ophthalmoscopique indiquait qu'il y avait des granulations méningées. En effet, lorsque avec des symptômes cérébraux subits on trouve des tubercules de la choroïde, il n'y a pas à douter que des produits tuberculeux se trouvent dans le cerveau. Le fait a été vérifié par l'autopsie.

(1) Fin. — Voir le dernier numéro.

FEUILLETON

ÉTUDE MÉDICALE
SUR
LA MORT DE CHARLES IX

Par le docteur A. CORLIEU,
Lauréat de l'Académie de médecine.

I

En parcourant dernièrement, au Musée du Louvre, les salles de sculpture de la Renaissance, je me suis arrêté tout machinalement devant un buste dû au ciseau de Germain Pilon et portant le n° 130. Non pas précisément que ce buste fût un chef-d'œuvre de notre sculpteur, non pas que le personnage qu'il représentait me fût bien sympathique ; mais la guerre civile que nous déplorions réveilla en moi le souvenir des guerres de religion, et le buste devant lequel j'étais arrêté était celui de Charles IX, l'un des auteurs de la Saint-Barthélemy.

Puis, je me suis reporté par la pensée à ce temps déjà bien éloigné où, assis sur les bancs du collége, j'entendais notre professeur d'histoire nous raconter que Charles IX était mort dans des convulsions, rendant le sang par la peau et en proie à des visions effrayantes.

Notre professeur était un habile homme, savant en histoire ; mais il suivait les errements de tout le monde relativement à la fin prématurée de Charles IX.

Tâchons d'extraire la vérité d'après les médecins et les chroniqueurs du temps.

II

Charles IX était le deuxième fils de Henri II et de Catherine de Médicis ; né le 2 mai 1550, il succéda à son frère aîné François II, le 5 décembre 1560, à l'âge de dix ans.

Son éducation fut cultivée (1), et l'on sait qu'il aimait les arts, la musique et tournait le vers français avec assez d'habileté. De plus on lui avait donné le goût des exercices du corps : il était bon joueur au ballon, élégant danseur et chasseur excellent. Il n'était pas étranger aux travaux manuels, battait l'enclume et fabriquait des armes, « ce qui le rendait moins sujet aux femmes, » dit de Thou — qui prétend qu'il n'en a jamais aimé qu'une seule en sa vie, Marie Touchet, sa maîtresse. D'Aubigné prétend au contraire qu'il « étoit acharné à toutes sortes d'amours ». On voit qu'en cela de Thou n'est pas d'accord avec les autres historiens qui accusent Charles IX de s'être « fait un jeu de corrompre les femmes et les filles. »

Il était sobre, ne buvait presque pas de vin, mangeait peu, ne dormait guère : depuis la Saint-Barthélemy surtout, son sommeil était souvent troublé par des rêves et des visions pénibles.

Mais sous le rapport moral, son éducation laissait beaucoup à désirer. Le jeune prince était cruel ; dès son enfance il avait assisté au carnage des bêtes fauves, et cette vue, loin de lui déplaire, paraissait même avoir pour lui beaucoup d'attraits. « Jurer, se parjurer, blasphémer le nom de Dieu, déguiser sa foi, sa religion..., voilà ce qu'on lui a enseigné de bonne heure comme un jeu » (2).

Du reste, Charles IX ne faisait en cela que suivre les tristes habitudes de la cour, dont les mœurs, à cette époque, étaient très-relâchées.

Quant au physique, si l'on contemple attentivement le buste de Charles IX, fait en 1568, quand le prince avait dix-huit ans ; si l'on cherche à reconnaître s'il n'existe pas déjà quelque trace physiognomonique de maladie thoracique, on ne constate rien. Le corps semble un peu voûté, la tête est légèrement inclinée à gauche ; l'embonpoint est normal, le visage est ovale, le nez fort et un peu pointu, le sillon naso-labial peu marqué ; les buccinateurs sont développés, l'orbiculaire de la lèvre supérieure est proéminent, peut-être à cause de l'exercice violent de ces muscles dans l'action de sonner de la trompe, ce que le jeune roi faisait souvent et avec assez d'habileté. Les lèvres sont pincées ; les cheveux sont courts, assez abondants ; le visage est encore imberbe. L'ensemble de la physionomie a quelque chose de lymphatique, et l'on éprouve en la contemplant un sentiment glacial tout particulier, sans doute en se rappelant les actes du règne de Charles IX. La tête est large sur les côtés, indice de la destructivité, selon les phrénologistes ; les lèvres pincées, comme celles de Robespierre, indiquent une cruauté inexorable. De Thou trouvait au roi la taille belle, le regard fier, le visage pâle et plombé, le corps bien proportionné.

Comme antécédents de famille, rappelons que Charles IX est petit-fils de François Ier, qui fut affecté de syphilis fort mal traitée. Il n'y a rien à noter du côté de son père Henri II, mort accidentellement à 41 ans : seulement n'oublions pas que Henri II eut une vie très-licencieuse et pleine d'excès. Quant à sa mère Catherine de Médicis, elle mourut à l'âge de 70 ans. Son frère aîné, François II, mourut dans sa dix-septième année, après vingt jours de maladie, d'un abcès froid dans l'oreille gauche (1).

(1) Son précepteur était Amyot ; son gouverneur M. de Sipierre, homme de mœurs pures ; à la mort de Sipierre, ce fut le maréchal de Retz, de mœurs légères.

(2) De Thou, liv. 52.

(1) Le dimanche 15 novembre 1560, pendant les vêpres, François II eut

Dans le troisième fait, il s'agit d'une enfant amenée sans qu'on puisse obtenir de renseignements sur elle. Elle est malade depuis longtemps, paraît dénuée d'intelligence et offre de la contracture des doigts avec faiblesse des membres. Il était évident qu'elle avait une affection cérébrale. Mais que pouvait-elle avoir? En regardant à l'ophthalmoscope je vis une atrophie du nerf optique sans dilatation des veines et sans aucune de ces thromboses qui révèlent un obstacle à la circulation méningée. C'était une tumeur placée auprès de la racine des nerfs optiques et à la base du cerveau, tumeur que, en raison de l'âge, je supposai être de nature tuberculeuse.

L'autopsie, comme vous l'avez vu, a permis de vérifier cette hypothèse, car l'enfant avait dans le cervelet un tubercule gros comme le poing, ramolli au centre et formant une caverne énorme comme on n'en voit jamais dans l'encéphale.

Les autres faits sont relatifs à deux enfants qui ont des crises épileptiformes assez fréquentes. En pareil cas, il faut déterminer la cause des convulsions, et savoir si elles ont pour origine une action réflexe sympathique ou une lésion matérielle des méninges et du cerveau. Ici encore l'ophthalmoscope peut rendre quelques services. En effet, l'une des malades que vous avez examiné ne présente rien dans le fond de l'œil, et elle a une névralgie du bras qui est peut-être un *aura* produisant par sympathie les crises épileptiformes. L'autre, au contraire, a une telle hypérémie de la papille, qu'il m'est impossible de ne pas admettre qu'elle a une hypérémie permanente semblable des méninges, et que c'est à cet état organique que sont dus les accidents épileptiques. Toutefois, comme il y a dans ces deux derniers faits des choses obscures qu'il m'importe d'étudier et sur lesquelles je ne veux point encore m'expliquer, je vous les signale plutôt comme des sujets à l'étude que comme des observations indiscutables. Je vous en reparlerai lorsque par nos recherches cliniques je serai fixé à leur égard.

De tout ce que vous venez de voir avec moi, et comme moi, vous pouvez conclure que dans les maladies aiguës et chroniques du cerveau, il y a concurremment des lésions du nerf optique de la rétine et de la choroïde.

Que l'on peut remonter de ces lésions du fond de l'œil aux lésions du cerveau ou de la moelle et utiliser les premières pour le diagnostic des autres dans les cas difficiles.

C'est là tout ce que je me proposais pour la clinique d'aujourd'hui. Peu à peu vous pourrez apprécier la fréquence relative de ces deux ordres de phénomènes, et quand vous aurez pu déterminer que leur corrélation est presque constante, vous comprendrez pourquoi j'ai dit: qu'à travers l'œil on pouvait voir dans le cerveau.

DOCUMENTS

POUR SERVIR A L'HISTOIRE DU MOUVEMENT SCIENTIFIQUE PENDANT LE SIÉGE DE PARIS (2).

5 DÉCEMBRE.

X. **Académie des Sciences.** — L'Académie tient séance.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 5 décembre 1870.—Présidence de M. LIOUVILLE.

MÉMOIRES ET COMMUNICATIONS DES MEMBRES ET DES CORRESPONDANTS DE L'ACADÉMIE.

Physiologie appliquée à l'hygiène. — M. MILNE EDWARDS présent une *Note sur les propriétés nutritives des substances organiques tirées des os et sur la composition des rations alimentaires susceptibles d'entretenir le corps humain dans son état normal.* — La question, en réalité fort simple, de la valeur nutritive des matières organiques contenues dans les os est une de celles qui de nos jours ont donné lieu aux discussions scientifiques les plus passionnées et les plus confuses. L'Académie eut souvent à s'en occuper il y a environ trente ans, et à cette époque les jugements qu'on en porta étaient des plus contradictoires; mais aujourd'hui la plupart des physiologistes la considèrent comme résolue. Je partage leur opinion, et, dans un volume publié en 1868, j'ai exposé les faits sur lesquels ma conviction repose. Il est donc probable que je ne serais pas revenu sur ce débat dans le moment actuel, si, à l'occasion des communications intéressantes de M. Dumas (1) et de M. Fremy (2) sur l'emploi du tissu organique des os dans l'alimentation des habitants de Paris, je n'avais vu revivre dans le public d'anciens préjugés et des idées scientifiques qui me paraissent en désaccord avec les principes de la physiologie moderne; or ces préjugés et ces erreurs, à l'appui desquels on invoque des autorités scientifiques considérables, me semblent pouvoir nuire à une chose utile, et par conséquent j'ai pensé qu'il serait peut-être bon de dire ce qui me paraît être la vérité. J'ai pensé aussi qu'il était de mon devoir de remettre en lumière ce que mon frère William Edwards avait fait pour établir cette vérité et de montrer l'injustice du jugement léger et dédaigneux que M. Magendie, parlant au nom d'une commission académique, porta sur les recherches de cet expérimentateur sagace à une époque où celui-ci était trop près de la mort pour pouvoir répondre à des critiques.

On sait qu'en 1812 D'Arcet, s'inspirant peut-être d'une pensée émise vers la fin du XVIIe siècle par un médecin français, Denis Papin, chercha à utiliser pour l'alimentation des classes indigentes la substance organique qui forme la base des os, et qui était désignée alors sous le nom de gélatine, parce qu'on la confondait avec la matière produite par ce tissu sous l'influence prolongée de l'eau très-chaude. Dans ses premiers essais, D'Arcet fit usage du parenchyme osseux débarrassé des matières calcaires par l'action de l'acide chlorhydrique et il l'associa à d'autres substances alimentaires pour la préparation des soupes dites économiques. Les résultats obtenus de la sorte furent jugés si favorablement par un grand nombre d'hommes compétents, que bientôt l'emploi de la gélatine devint usuel dans la plupart de nos grands hôpitaux, et, afin d'obtenir cette substance animale à bas prix, on substitua à l'attaque des os par l'acide chlorhydrique la cuisson à haute température dans de l'eau soumise à une pression considérable. Cette pratique dura fort longtemps, et, excité par ses premiers succès, D'Arcet se laissa entraîner sur une pente où les novateurs glissent souvent, et il tomba dans des exagérations que les hommes de science ne pouvaient accepter. Il vanta outre mesure les qualités alimentaires du bouillon à la gélatine, et en même temps les établissements hospitaliers portèrent souvent dans la préparation culinaire de ce mets une négligence coupable. Il en résulta que bientôt l'usage de cet aliment donna lieu à des plaintes nombreuses, et, en 1831, Magendie, Récamier, Dupuytren et plusieurs autres médecins ou chirurgiens de l'Hôtel-Dieu de Paris crurent devoir en proscrire l'usage pour les malades confiés à leurs soins. Vers la même époque, M. le docteur Donné, se fondant sur quelques expériences qui lui étaient personnelles, révoqua en doute la propriété nutritive de la gélatine; plusieurs autres médecins ou chimistes, allant même beaucoup plus loin, soutinrent énergiquement que cette substance, loin d'être alimentaire, était nuisible à la santé, et l'un d'eux invoqua l'intervention du gouvernement pour en faire prohiber l'emploi. La question d'hygiène publique posée de la sorte fut portée devant l'Académie et renvoyée à l'examen d'une commission, qui chargea l'un de ses membres, M. Magendie, de faire une nouvelle étude de la gélatine considérée comme aliment. Ce physiologiste entreprit alors une série d'expériences qu'il prolongea pendant dix ans, et il en exposa les résultats dans un rapport présenté à l'Académie en août 1841, travail dont la lecture produisit une impression très-défavorable à l'emploi alimentaire des substances organiques extraites des os, mais dont les bases me semblent peu solides.

En effet, la méthode expérimentale adoptée par M. Magendie me paraît mal choisie. Au lieu de faire usage de la balance, instrument dont l'emploi est des plus utiles dans les investigations de cet ordre, il se contenta de chercher si des chiens retenus en captivité, condamnés à un régime rigoureusement uniforme et ne recevant pour chaque repas que la substance dont il se proposait d'apprécier les quantités nutritives, continueraient à vivre comme s'ils étaient nourris de la manière ordinaire; et lorsqu'il voyait ces animaux éprouver à la longue un invincible dégoût pour l'aliment unique qu'on leur présentait, et finir par mourir d'inanition à côté d'un mets dont parfois ils avaient mangé d'abord avec avidité, il en concluait que la matière soumise à cette singulière épreuve n'était pas nourrissante.

Si M. Magendie s'était souvenu d'un certain conte de Lafontaine, où le *Pâté d'anguilles* joue un grand rôle, il me paraît probable que le vice de cette méthode expérimentale ne lui aurait pas échappé. Quoi qu'il en soit à cet égard, ayant constaté que les chiens à qui l'on fournissait, d'une manière continue, pour unique aliment de la gélatine, soit seule, soit mêlée à des condiments propres à rendre cette matière insipide agréable au goût, ne tardaient pas à dépérir et mouraient d'inanition au bout de quelques semaines, il se crut autorisé à déclarer que la gélatine dite *alimentaire* n'a pas plus de pouvoir nutritif que n'en possède l'eau pure.

Il est aussi à noter que M. Magendie obtint des résultats analogues en expérimentant de la même façon sur l'albumine et sur la fibrine, substances dont personne n'oserait révoquer en doute l'utilité dans l'alimentation. Mais ce fait n'exerça aucune influence sur son opinion touchant la valeur de ses expériences sur la gélatine, et il ressort évidemment de l'ensemble de son rapport que, dans son esprit, l'emploi de cette substance était condamné d'une manière absolue et irrévocable.

Cependant, si M. Magendie n'avait pas refusé de tenir compte des faits constatés expérimentalement par mon frère, il aurait été obligé de reconnaître que la gélatine bien préparée, tout en n'ayant pas une puissance alimentaire à beaucoup près aussi grande que la fibrine, l'albumine ou le caséum, est susceptible de contribuer très-utilement à l'entretien du travail nutritif, et ne devait pas être rayée de la liste des substances applicables à l'alimentation de l'homme, du chien ou de tout autre animal omnivore ou carnassier.

En effet, les expériences de William Edwards et de Balzac (1), constituées d'une manière rigoureusement comparative, et rendues précises par l'emploi judicieux de la balance, avaient prouvé :

1° Que des chiens soumis au régime du pain et de l'eau pendant un mois environ subissaient des pertes de poids très-considérables;

2° Que ces mêmes animaux, nourris avec le même pain trempé dans de l'eau, mais associé à une certaine quantité de gélatine dite alimentaire, résistaient beaucoup mieux aux effets de ce régime insuffisant, et à la fin de chaque épreuve, dont la durée variait entre 21 et 86 jours, avaient en général augmenté de poids; mais cette augmentation n'était ni régulière, ni aussi grande que celle produite normalement par le régime ordinaire et également abondant; enfin qu'à la longue les rations composées de la sorte devenaient à leur tour insuffisantes pour l'entretien de la vie;

3° Qu'il suffisait d'ajouter au mélange de pain, de gélatine et d'eau une quantité très-minime d'un bouillon ordinaire sapide et aromatique, pour obtenir une augmentation régulière du poids du corps, ainsi que tous les autres effets caractéristiques d'une bonne alimentation.

Aucun fait consigné dans le rapport de M. Magendie n'est venu ni contredire ni même modifier les conclusions qui ressortent nettement de ces expériences, bien conçues et bien dirigées. Les recherches, entreprises plus récemment sur le même sujet par d'autres physiologistes, corroborent ces conclusions, et, dans l'état actuel de la science, il me semble impossible de méconnaître l'aptitude de la gélatine à fournir un contingent utile pour l'alimentation soit de l'homme, soit des animaux, sur lesquels les expériences dont je viens de parler ont été faites.

Je partage donc l'opinion de M. Dumas et de M. Fremy touchant l'utilité du tissu organique des os pour l'alimentation de la popula-

(2) Suite. — Voir l'avant-dernier numéro.

(1) Voyez les *Comptes rendus*, séances du 10 octobre (page 485), du 31 octobre (p. 565) et du 28 novembre (p. 755).

(2) Voyez les *Comptes rendus*, séances du 31 octobre (p. 559) et du 28 novembre (p. 747 et 756).

(1) « Recherches expérimentales sur l'emploi de la gélatine comme substance alimentaire » (*Archives générales de médecine*, 2e série, t. VII, p. 272; 1835).

Voilà tout ce que nous pouvons savoir sur les antécédents de Charles IX. Nous ne dirons rien de la fameuse saignée faite par Portal, saignée qui fut suivie de symptômes effrayants, et dont Ambroise Paré contribua à arrêter les effets, qui d'ailleurs n'ont eu aucune influence sur sa santé. C'est à cette cure qu'on attribue généralement l'attachement du roi pour son chirurgien. Mais telle n'est pas l'opinion de Brantôme : pour lui l'attachement du prince a une autre source. Il prétend que Charles IX a été affecté d'une maladie vénérienne pour laquelle, au temps de la Saint-Barthélemy, il recevait des soins d'Ambroise Paré, et que ce fut l'une des raisons pour lesquelles le chirurgien échappa au massacre (1).

Notre professeur d'histoire ne nous avait pas dit cela et pour cause assurément.

Que Charles IX ait eu une maladie vénérienne,—la syphilis, peut-être, — nous ne saurions le contester, et l'histoire nous a prouvé que

... La garde qui veille aux barrières du Louvre
N'en défend pas nos rois.

D'ailleurs c'est dans les choses possibles ; la vie licencieuse de la cour nous autorise à le croire, bien que de Thou se fasse pour ainsi dire garant de la bonne conduite du roi. Mais Brantôme va peut-être un peu loin quand il dit que c'est cette maladie vénérienne qui a conduit le roi au tombeau. Elle aurait pu y contribuer, mais indirectement.

Passons sur la Saint-Barthélemy, trop connue pour nous y arrêter. Le soir et le lendemain de cet horrible massacre, Charles IX fit mander Ambroise Paré. Après l'état de surexcitation dans lequel le roi s'était trouvé pendant deux jours, il tomba dans l'affaissement, eut des remords, la fièvre, des hallucinations. On en aurait à moins. « Ambroise, dit-il, je ne sçay ce qui m'est survenu depuis « deux ou trois jours, mais je me trouve l'esprit et le corps gran- « dement esmeus, voire tout ainsy que si j'avois la fiebvre, me « semblant à tout moment aussy bien veillant que dormant, que « ces corps massacrez se présentent à moy, les faces hydeuses et « couvertes de sang (1). »

Cet état ne dura pas. On conseilla au roi de chercher des distractions dans la chasse à laquelle il se livra avec plus d'ardeur qu'auparavant.

Ainsi, remords, débauches, emportements violents, courses forcenées à cheval, matinées entières passées à sonner du cor, excès de chasse, et par conséquent alternatives de chaud et de froid, toutes ces causes jointes aux antécédents de famille, altérèrent la santé du jeune roi. Il y en avait assez là pour développer quelque germe de phthisie ou tout au moins de maladie des poumons ou de leurs enveloppes.

Voilà pour les causes physiologiques, physiques, et psychiques ou morales.

III

Charles IX était en outre sujet à des hémoptysies fréquentes qui le reprirent vers Noël 1573 (2). D'après les mémoires de Marguerite de Valois, sa sœur, la dernière maladie de Charles IX commença cette même année, à l'époque où Henri partit pour la Pologne.

Le 28 septembre 1573, il était à Villers-Cotterets, et avait voulu conduire son frère jusqu'à la frontière de France, mais il tomba malade à Vitry. « Le Roy, dit Cheverny, avoit une « maladie des poulmons qui luy occasionnoit souvent des accidens « périlleux. » — Il commença, dit D'Aubigné, « à se trouver mal « d'une fiebvre lente qui croissoit tous les jours, ce qui donna de « quoy deviser à toutes sortes de gens, accordans à cette maladie « les menées de la Reyne-mère, pour prolonger le partement du « Roy de Poulogne jusques après l'hyver. »

De Vitry, Charles IX retourna à Saint-Germain. Les crachements de sang étaient plus abondants et plus fréquents. Quelques-uns des médecins du roi s'en inquiétèrent.

Vers les jours gras— du 21 au 23 février 1574 — il y eut un complot contre lui. Il était question de tentatives d'empoisonnement et de menées sourdes dirigées par des partisans du roi de Pologne et par son beau-frère Henri (IV) de Navarre, et auxquelles on prétendait que Catherine n'était pas étrangère. Tous ces bruits qui parvinrent jusqu'au roi le mirent dans de grands accès de colère et le déterminèrent à quitter Saint-Germain pour se rendre à Vincennes. Il se fit conduire en litière de Saint-Germain au faubourg Saint-Honoré chez le maréchal de Retz, où il logea, puis de là à Vincennes où il menait une vie tranquille et calme, ne se levait plus, ce qui n'empêcha pas les hémoptysies de revenir de temps en temps.

(A suivre.)

une syncope, et ressentit de violentes douleurs dans l'oreille gauche où il avait un abcès invétéré, sans doute un abcès froid. La fièvre se déclara. Du 15 au 25 novembre, même état ou à peu près, sans aggravation notable. A partir du 25 novembre, le mal fit des progrès et le 5 décembre François II expirait.

(1) Brantôme, VIII, pag. 204. Ed. 1787.

(1) Sully, *Coll. des Mém.* 1 vol., 2e sér., p. 245.

(2) Cheverny. *Mém. Ed. Pant. litt.*, p. 233.

tion de Paris, aujourd'hui que, par suite de la présence de l'ennemi autour de nos murs, les autres aliments azotés ont cessé d'être aussi abondants que d'ordinaire dans l'intérieur de cette grande ville. J'ajouterai même que la substance désignée sous le nom d'*osséine* par M. Fremy me paraît être, pour nous, un aliment très-supérieur à la gélatine que cette substance est susceptible de fournir par la coction, et que D'Arcet employait pour la préparation des soupes dites économiques; mais pour motiver cette manière de voir, qui s'accorde très-bien avec divers faits observés par M. Magendie, et pour rappeler les principes physiologiques qui me paraissent devoir nous guider dans la composition de nos rations d'entretien, je crois nécessaire de présenter quelques considérations générales sur la nature du travail nutritif auquel il s'agit de satisfaire.

La nutrition des êtres animés est un phénomène très-complexe, et pour résoudre nettement quelques-unes des questions dont le public s'occupe beaucoup aujourd'hui, il me semble utile d'analyser le problème physiologique que l'on a besoin de résoudre. Si je ne craignais d'abuser de l'attention que l'Académie m'accorde, j'aimerais à développer ce sujet un peu longuement, mais en ce moment je veux être bref et je ne toucherai que quelques-uns des points les plus importants.

Pour satisfaire aux besoins de la nutrition, il faut :

1° Que l'économie animale trouve dans la ration alimentaire de chaque jour, ou d'une série peu nombreuse de jours, l'équivalent de tout ce que l'organisme perd nécessairement pendant ce laps de temps, ainsi que la matière propre à la constitution des tissus nouveaux en voie de formation pendant la période de croissance;

2° Que cette ration soit apte à provoquer le travail digestif qui est indispensable pour que la plupart des aliments soient rendus absorbables et propres à remplir dans le sang leur rôle physiologique;

3° Que les aliments employés de la sorte puissent arriver dans le torrent de la circulation avec une certaine rapidité, et qu'à raison de la quantité ou des qualités des matières qu'ils fournissent ainsi au sang l'organisme n'en reçoive rien qui puisse nuire à l'accomplissement normal des fonctions et à l'équilibre physiologique. En effet, la ration peut pécher par excès aussi bien que par défaut; dans les circonstances ordinaires, il entre dans l'économie animale beaucoup de choses inutiles, et telle substance qui est indispensable dans une certaine proportion peut devenir nuisible quand cette proportion est dépassée. Or, dans un régime hygiénique, il convient de n'employer que ce qui est utile et d'éviter toute dépense superflue des forces physiologiques aussi bien que tout gaspillage des ressources alimentaires dont la société dispose.

Des expériences variées et des calculs dont il serait trop long de rendre compte ici, mais dont j'ai discuté ailleurs la portée (1), établissent que, terme moyen, un homme adulte dépense dans les vingt-quatre heures, tant par les voies respiratoires et urinaires que par les autres appareils excréteurs, environ 230 grammes de carbone et 21 grammes d'azote, indépendamment de l'hydrogène et de plusieurs autres matières minérales contenues en plus ou moins grande quantité dans ses évacuations. Cette dépense continue lors même que l'homme ne reçoit du dehors aucun aliment, mais alors il vit aux dépens de sa propre substance; le poids de son corps diminue, ses forces s'abaissent, et lorsqu'il a atteint un certain degré d'affaiblissement, il meurt d'inanition.

Le même résultat se produit, mais avec plus ou moins de lenteur, lorsque l'alimentation est insuffisante. Pour que le corps de l'homme adulte conserve son poids et son aptitude à développer de la force, il faut que le fluide nourricier, c'est-à-dire le sang, reçoive journellement les quantités d'azote et de carbone que je viens d'indiquer.

Il faut aussi, pour que ce carbone et cet azote soient utilisables dans l'économie animale, qu'ils soient associés à d'autres principes et qu'ils constituent avec ceux-ci des composés chimiques peu stables, combustibles et identiques ou analogues aux principes immédiats qui forment la substance des tissus organisés, et qui, dans la nature, ne se trouvent que dans les corps vivants.

On comprend donc facilement que la ration d'entretien ne puisse être composée uniquement de fécule, de matières grasses ou d'autres substances qui, tout en contenant à l'état chimique voulu beaucoup de carbone, ne renferment pas d'azote. Sous l'influence d'un régime non azoté, l'élimination physiologique de l'azote continue, comme dans les cas d'abstinence complète, et ce travail excréteur est entretenu par la substance constitutive du corps vivant, qui se dédruit plus ou moins rapidement.

Les aliments azotés, tels que la fibrine, l'albumine, le caséum et le gluten, contiennent à la fois, comme chacun le sait, de l'azote, du carbone, de l'hydrogène, etc. Ils seraient donc susceptibles de fournir, tout en étant seuls, des rations qui rempliraient les conditions que je viens d'indiquer; mais une ration composée de la sorte ne pourrait introduire dans le sang la quantité de carbone indispensable, qu'en y versant en même temps un grand excès d'azote. Or l'entretien de la combustion respiratoire par des substances de ce genre entraîne une production d'urée, d'acide urique ou d'autres substances azotées fixes, en trop grande abondance pour que l'homme puisse s'en débarrasser facilement par la sécrétion rénale, et l'accumulation de ces matières dans son organisme est une cause de trouble (2).

Voilà une des raisons pour lesquelles l'homme et la plupart des animaux, qui sous ce rapport nous ressemblent le plus, ne sauraient vivre longtemps de fibrine, d'albumine ou de gélatine seulement, et qu'il est nécessaire d'associer à ces substances des matières riches en carbone, telles que la fécule, le sucre ou les graisses, et cela en proportion considérable (1).

Les aliments les plus riches en carbone et en hydrogène, et capables par conséquent de remplir avec le plus de puissance le rôle de combustibles physiologiques, sont les corps gras neutres. Par conséquent, une ration composée uniquement de matières albuminoïdes et de graisse mélangées en proportions convenables contiendrait, sous le plus petit volume possible, un aliment complet, pourvu toutefois que les parois de la cavité digestive fussent aptes à absorber les graisses avec assez d'activité pour verser dans le sang, en un espace de temps donné, une quantité de ces substances contenant la dose de carbone voulue pour l'entretien de la combustion respiratoire. Mais on sait que, pour certains animaux, et probablement il en est de même pour l'homme, cette absorption se fait avec trop de lenteur pour pouvoir satisfaire aux besoins de l'organisme (2), et il en résulte que les conditions dont je viens de parler ne sont remplies que par l'association de principes organiques azotés, de matières grasses et de substances d'un autre ordre fournissant aussi beaucoup de carbone, mais dont l'absorption est plus rapide, le sucre, par exemple (3). Longtemps avant d'avoir la théorie de ces phénomènes de nutrition, on avait constaté l'utilité de ces mélanges, analogues à l'association dont le lait nous offre un exemple. Prout les a signalés à l'attention des physiologistes comme étant nécessaires à la constitution d'un aliment complet.

Lorsqu'on cherche à bien préciser les qualités dont la réunion est nécessaire pour que la ration d'entretien réponde aux besoins de l'économie animale, il importe également de tenir grand compte de la nature du travail digestif. On sait que la plupart des matières alimentaires, pour devenir aptes à traverser les parois du tube digestif et passer de là dans le torrent de la circulation, doivent être désagrégées ou rendues solubles par l'action du suc gastrique chargé de pepsine, du suc pancréatique et d'autres humeurs du même ordre; mais que la sécrétion de ces liquides digestifs ne se fait pas d'une manière continue et ne s'effectue que sous l'influence de certains stimulants. Ainsi, l'estomac au repos n'est pas apte à digérer. Dans l'intervalle des repas, ce viscère ne renferme pas en quantité notable le suc pepsique, qui seul peut opérer la digestion de la viande, et ce suc n'est versé dans son intérieur que lorsque le travail sécrétoire a été réveillé dans les glandules pepsiques, soit directement par la présence de corps solides ou d'autres stimulants dans l'estomac lui-même, soit indirectement par le contact de matières sapides sur l'organe du goût, ou même par l'excitation que déterminent certains aromes des organes de l'olfaction. La sécrétion du suc pancréatique est placée sous l'influence d'actions nerveuses réflexes analogues, et il en est encore de même pour la sécrétion salivaire. Par conséquent, il ne suffit pas que la ration alimentaire renferme la somme de matières combustibles et plastiques nécessaire à l'entretien du travail nutritif, et que les aliments soient digestibles, il faut aussi qu'à raison de leurs propriétés physiques ou physiologiques ils soient aptes à provoquer l'action des organes sécréteurs dont je viens de parler, ou bien que ces aliments soient accompagnés de substances alimentaires aptes à produire les mêmes effets. Cela nous explique comment un aliment insipide et à l'état liquide peut dans certains cas ne pas être digéré, et devenir même une cause de trouble dans l'économie animale, tandis qu'à l'état solide ou convenablement assaisonnée, la même substance peut jouer un rôle utile dans la nutrition.

J'insiste sur ces faits non-seulement parce qu'ils jettent beaucoup de lumière sur le rôle physiologique des condiments (4), mais aussi parce qu'ils sont directement applicables à l'une des questions soulevées par M. Fremy. Dans la plupart des essais tentés jusqu'ici pour l'utilisation du tissu organique des os dans le régime alimentaire de l'homme, cette substance avait été préalablement transformée en gélatine et était administrée soit à l'état de dissolution dans l'eau, soit sous la forme d'une gelée très-facile à liquéfier. M. Fremy, au contraire, préconise un mode de préparation qui conserve au tissu en question son état solide, et qui par cela même le rend plus apte à provoquer le travail sécrétoire indispensable à l'utilisation de tout aliment de cet ordre. Par conséquent je vois là un progrès notable.

» Les expériences de mon frère prouvent que la gélatine obtenue par les procédés communément employés pour la fabrication de la colle forte ne jouit pas des propriétés nutritives de la gélatine dite alimentaire préparée à basse température, en traitant les os par l'acide chlorhydrique, lors même que cette dernière substance est administrée en dissolution dans l'eau, et il me paraît très-probable que le tissu organique des os qui n'a pas été transformé en gélatine, et qui constitue l'aliment appelé *osséine* par M. Fremy, est plus nutritif que l'une et l'autre de ces substances. Mais je ne m'arrêterai pas sur cette question, car les expériences directes nous manquent pour la trancher (5), et l'histoire chimique des matières organisées est encore si obscure et si incertaine, que la physiologie ne peut s'en servir qu'avec beaucoup de réserve.

» Il est un autre point sur lequel je demanderai la permission d'appeler aussi l'attention de l'Académie. De tout temps, on a reconnu les avantages de la variété dans le régime alimentaire de l'homme, mais je ne pense pas qu'on se soit rendu suffisamment compte des causes dont ces avantages dépendent. Il est évident que, dans le cas où la ration d'un jour est insuffisante à certains égards, il sera utile de la changer le lendemain si, en agissant ainsi, on fournit à l'organisme ce qui lui manquait la veille, et que, de la sorte, à l'aide d'une certaine rotation, des rations toujours incomplètes quand on les considère isolément, peuvent constituer un régime satisfaisant. Mais lorsque toutes les rations sont calculées de façon à répondre aux besoins du travail nutritif, on ne voit pas bien au premier abord pourquoi il est utile de les varier. On conçoit cependant qu'il puisse en être ainsi lorsqu'on se rappelle, d'une part, le rôle des stimulants dont je viens de parler, et, d'autre part, les effets bien connus de l'habitude sur la vivacité des sensations (1). Il y a aussi beaucoup de raisons de croire que la rapidité avec laquelle une substance déterminée est absorbée varie avec la proportion de cette même matière préexistante dans les liquides de l'organisme, de sorte que, chez un individu dont le sang est déjà riche en matières grasses par exemple, l'introduction de nouvelles quantités de graisse dans le torrent de la circulation ne se ferait pas aussi facilement que si le fluide nourricier de ce même individu n'en était que peu chargé, mais que cette circonstance n'aurait que peu d'influence sur l'absorption d'une substance de nature différente, de sucre ou de l'albumine par exemple, et cela contribuerait à nous expliquer les effets utiles de la variété dans l'alimentation.

Je ne pousserai pas plus loin ces considérations sur l'histoire physiologique de la nutrition, mais il m'a semblé que, dans le moment actuel, où l'attention est souvent appelée sur des questions de régime alimentaire, il pourrait être utile d'exposer brièvement quelques unes des bases sur lesquelles nos raisonnements à ce sujet me paraissent devoir reposer.

Chimie industrielle. — M. CHEVREUL présente les *Observations suivantes relatives à un passage de la Communication récente de M. Fremy sur l'*EMPLOI DE L'OSSÉINE DANS L'ALIMENTATION.

Si, dans la séance dernière, j'avais entendu les paroles de M. Fremy que je lis dans le *Compte rendu* de cette séance, j'aurais demandé une explication, non sur des opinions scientifiques, non pour discuter avec lui si la Commission de la gélatine avait tort ou raison dans ses conclusions. Je respecte toute opinion consciencieuse quelle qu'elle soit, et j'aime l'économie du temps; mais la liberté doit être entière en toute discussion scientifique, et ceux qui y prennent part ont le droit de citer, à l'appui de leurs opinions respectives, tous les faits scientifiques du ressort du débat qu'ils jugent favorables à leur thèse. Telle est la discussion que je qualifie d'essentiellement *académique*. Mais en combattant quelques-unes des conclusions d'une Commission de l'Académie, dire que l'auteur d'une découverte a été méconnu durant sa vie, que cet auteur est mort de chagrin après des luttes pénibles, soutenues dans un but philanthropique; parler ensuite de sa respectable veuve, dont personne n'avait dit un mot, c'est faire sortir le débat du domaine de la science, pour le porter sur les personnes. Alors la liberté de la discussion est compromise, et je le sais si bien qu'aujourd'hui même je comptais prendre la parole après M. Payen, pour résumer rapidement quelques faits saillants de l'histoire des travaux relatifs à la gélatine, et j'ai ajourné mon projet, après la lecture des phrases de M. Fremy que j'ai rappelées. Sentant le besoin de connaître, avant toute Communication à l'Académie, le sens qu'il y attache, je demande donc à M. Fremy s'il a fait allusion à un passé qui me concerne, et que je vais rappeler, afin qu'il réponde d'une manière catégorique à la question que je me permets de lui adresser, et qui émane du sentiment de la liberté scientifique.

Le Rapport de M. Magendie, fait le 2 août 1841, constate qu'en 1832 je faisais partie de la Commission dite *de la gélatine*, et en outre que la Commission présenta alors, « par l'organe de M. Che-
» vreul, un Rapport sur la confection et les propriétés du bouillon
» de la Compagnie hollandaise. Ce Rapport, l'Académie ne l'a pas
» jugé sans importance, puisqu'elle en a ordonné l'impression (2). »

Plus loin on lit :

« Comme on se proposait de comparer, dans les expériences phy-
» siologiques, le bouillon de l'hôpital Saint-Louis à celui de la Com-
» pagnie hollandaise, on a exécuté quelques nouvelles expériences
» chimiques sur ce dernier, qui n'ont fait que confirmer l'analyse
» faite avec tant de soins par M. Chevreul (3). »

Comment arriva-t-il que le chimiste rapporteur de la première commission, dont la seconde n'était pas mécontente d'après les citations précédentes, s'est trouvé en dehors de la seconde commission?

Un des motifs était certainement que la seconde commission avait perdu M. Dupuytren; et l'Académie doit savoir que, si je fus le rapporteur de la première, c'est à la sollicitation la plus pressante de la part du grand chirurgien.

Le second motif est que, la question du bouillon de gélatine résolue en faveur de son bon usage, il devenait le bouillon des grands établissements publics au détriment du bouillon de viande.

Le rapport sur le bouillon de la Compagnie hollandaise ne pouvait avoir l'approbation des partisans du bouillon de gélatine, aus[si] imagina-t-on un incident qu'il ne m'appartient pas de qualifier, e[t] sur lequel j'ai gardé un silence absolu depuis 1834. Mais en ce mo[-]ment même que j'en ai la preuve écrite entre les mains, q[ue] M. Fremy dise un mot et je donnerai lecture à l'Académie [...]

(1) *Voir* mes *Leçons sur la physiologie et l'anatomie comparées de l'homme et des animaux*, t. VIII, p. 170 et suiv.

(2) Ainsi la viande de boucherie à l'état humide ne renferme qu'environ 11 pour 100 de carbone, et 3 pour 100 d'azote. Un homme dont la ration quotidienne serait composée uniquement de cette substance, et qui aurait besoin d'introduire journellement dans son organisme 230 grammes de carbone et 21 grammes d'azote, trouverait la quantité voulue de ce dernier élément dans une ration de 700 grammes; mais ce poids de viande ne lui fournirait que 71 grammes de carbone, et, pour obtenir de cet élément les 230 grammes voulus, il lui en faudrait plus de 2 kilogrammes, ration qui introduirait dans l'économie une énorme quantité d'azote.

Pour le chien, l'excrétion des produits azotés du travail nutritif est plus facile, et la vie peut être entretenue pendant fort longtemps à l'aide d'un régime composé uniquement de viande.

(1) Le pain est un aliment complexe de ce genre, car il contient du gluten qui est un principe azoté, et de la fécule, qui est une matière très-riche en carbone; mais il n'est pas assez riche en azote pour constituer seul une ration d'entretien, car, pour obtenir 21 grammes d'azote, il faudrait employer environ 2 kilogrammes, quantité qui introduirait dans l'organisme beaucoup de carbone inutile, et serait en général difficile à digérer.

(2) Les dissolutions gélatineuses sont aussi des aliments dont l'absorption ne se fait que très-lentement, et c'est en partie à raison de cette circonstance que ces substances ne sauraient constituer à elles seules une ration d'entretien.

(3) Ainsi, un aliment qui, sous un très-petit volume, est très-nourrissant et d'une digestion facile, est de la viande contenant un peu de graisse et pilée avec du sucre. A défaut de lait, ce mets peut être très-utile pour l'alimentation des jeunes enfants dont l'estomac est délicat.

(4) Dans une précédente séance, j'ai eu l'occasion de dire quelques mots du rôle des condiments dans le travail de la digestion (séance du 28 septembre, page 451).

(5) Cette opinion, professée depuis longtemps par M. Dumas (*Traité de Chimie*, t. VII, p. 509, 1844), est corroborée par quelques-uns des faits consignés par Magendie dans son Rapport sur la gélatine; mais les expériences de ce physiologiste sur ce point ne sont pas présentées avec les détails nécessaires pour que la discussion en soit utile ici.

(1) Un aliment qui cesserait de stimuler l'estomac de façon à pro[vo-]quer les actions nerveuses réflexes nécessaires pour mettre en jeu les [or-]ganes sécréteurs du suc gastrique, du suc pancréatique, etc., deviend[rait] par cela même, indigeste, chargerait inutilement le viscère qui le conti[ent] et déterminerait, soit le vomissement, soit des déjections alvines a[nor-]males. Or, chacun sait que les aliments qui ont donné lieu à des a[cci-]dents de ce genre inspirent souvent, pendant fort longtemps, un dé[goût] insurmontable. Il n'en faut pas conclure que ces substances ont p[erdu] leurs puissances nutritives et sont devenues impuissantes à conco[urir] à la nutrition des personnes qui ne sont pas placées dans les mêmes [con-]ditions physiologiques.

(2) Note, t. XIII, p. 237.

(3) Note, t. XIII, p. 263.

lettres datées du 8, du 9 et du 11 septembre 1834 ; elles montreront à mes confrères si je suis passible de quelques reproches dans « les luttes pénibles que M. D'Arcet a soutenues et qui ont abrégé son existence », dit M. Frémy. A la suite de l'incident, je ne dis pas l'honneur, mais la délicatesse d'un homme bien élevé ne me permettait pas de rester davantage dans cette commission. Ma retraite n'eut pas, à ce qu'il paraît, le résultat que s'en étaient promis ceux qui l'avaient occasionnée.

Maintenant, M. Fremy a-t-il fait allusion à l'incident que je rappelle?

Telle est ma question.

M. FREMY. L'Académie vient d'entendre la question qui m'a été faite, à deux reprises différentes, par notre honorable confrère M. Chevreul.

Il me demande de déclarer, par oui ou par non, si je le comprends dans les reproches que j'ai adressés aux adversaires de M. D'Arcet.

Comme dans mes communications sur l'osséine je n'ai pas prononcé une seule fois le nom de M. Chevreul, et que notre savant confrère a donné sa démission de membre de la commission de la gélatine, j'ai été fort surpris de la question qu'il m'a adressée; je déclare donc que je n'ai rien à lui répondre.

Notre vénérable doyen de la section de chimie me permettra seulement de lui rappeler que, dans toutes les circonstances, j'ai professé pour lui une déférence profonde. J'espérais que ces sentiments, dont il ne peut pas douter, me préserveraient de la vive interpellation que l'Académie a entendue.

Je me contenterai de dire ici, d'une manière générale, que mes reproches s'adressaient à tous ceux qui n'ont pas rendu justice aux travaux que M. D'Arcet a poursuivis pendant trente années dans l'intérêt des classes pauvres et qui se résument dans l'affirmation suivante :

« La gélatine bien préparée peut être employée utilement dans le bouillon. »

Du reste, les chagrins que M. D'Arcet a éprouvés sont rappelés dans la lettre si touchante et si triste que vient de m'adresser sa fille, et que je demande à l'Académie la permission de lui lire, parce qu'elle fait comprendre le sentiment qui me porte à rappeler ici les titres de M. D'Arcet à la reconnaissance publique.

« Monsieur,

« Je suis bien touchée et bien heureuse de la justice rendue par vous à la mémoire de mon digne père, à ses efforts incessants, à sa conviction inébranlable que la gélatine était nutritive; il est mort très-malheureux de cette lutte, aussi douloureuse pour lui qu'elle était désintéressée, mais persuadé que la vérité serait reconnue enfin et après lui. »

(*Madame Lecoêntre, née D'Arcet.*)

Effectivement, la vérité s'est fait jour et j'ai été heureux de rendre hommage aux travaux si utiles de M. D'Arcet, lorsque j'ai proposé « de faire entrer l'osséine dans l'alimentation, de la faire cuire dans de l'eau aromatisée, d'employer le bouillon gélatineux pour faire de la soupe, et de consommer l'osséine cuite comme un aliment solide. »

Que ceux qui, aujourd'hui comme il y a trente ans, critiquent l'emploi alimentaire des tissus gélatineux, songent aux circonstances graves que nous traversons, et qu'ils redoutent de prendre la responsabilité d'une opposition qui pourrait être funeste à la population parisienne.

Comme il s'agit de combattre des préjugés fâcheux, qui frappent encore aujourd'hui une substance alimentaire utile, il est de mon devoir de signaler les faits principaux qui établissent le pouvoir nutritif des corps gélatineux.

Je dirai d'abord que j'ai été très-heureux d'entendre notre honorable président, qui est venu apporter l'autorité du nom d'Arago dans la question de la gélatine, en rappelant que les indigents de la ville de Metz acceptaient dans leur alimentation la gélatine sans répugnance, et qu'ils étaient très-fâchés qu'on pensât à la leur supprimer.

Je tiens, en outre, à faire connaître à l'Académie une adhésion à laquelle j'attache une grande valeur, parce qu'elle émane de M. le général de division Susane, qui a étudié depuis longtemps l'emploi alimentaire des tissus gélatineux pour les classes pauvres, qui a constaté leurs bons effets et qui aujourd'hui pourrait les faire entrer utilement dans la nourriture de nos soldats.

L'Académie connaîtra l'opinion du général Susane sur la gélatine, si elle veut bien me permettre de reproduire ici quelques phrases d'une brochure intéressante que le général publiait à Metz en 1856, et qui, hélas ! peuvent s'appliquer en ce moment à Paris :

« Rappelons-nous, et ceci n'est pas de la science, mais de l'histoire, qu'on a vu des garnisons sauvées par la gélatine ; des soldats qui, après avoir mangé la chair des derniers animaux et celle de leurs chevaux, ont dû ensuite en dévorer la peau, les os et les sabots, puis les harnais, et jusqu'aux semelles de leurs propres bottes, et que, par ce moyen, ils ont prolongé assez leur vie pour voir venir le jour de leur délivrance.

« N'exagérons donc rien et gardons-nous de patronner, par l'adhésion du silence, des opinions qui pourraient entretenir ou faire naître les plus funestes préventions. »

Le général Susane parle aussi, dans sa brochure, de l'emploi direct des os pulvérisés, pendant le siége de Paris par Henri IV.

Aujourd'hui la population de Paris n'en est pas réduite, comme en 1850, à porter sous la meule le tissu osseux pour en faire une sorte de farine, car la chimie lui donne en ce moment une substance alimentaire extraite des os, l'osséine, qui peut fournir à la fois du bouillon et un aliment solide.

(*A suivre.*)

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

Le journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnem...
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :

Trois mois.. .	8 fr. 50 c.	
Six mois. . .	16	—
Un an.	30	—

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

SOMMAIRE. — REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE. Empyème traumatique. Indications. — De la pourriture d'hôpital; traitement par le camphre en poudre (M. Netter). — Documents pour servir à l'histoire du mouvement scientifique pendant le siége de Paris. — Nouvelles. — Feuilleton. — Bulletin bibliographique.

Paris, le 1er juillet 1871.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Empyème traumatique. — Indications.

Les blessures par armes à feu ont été dans ces derniers temps si nombreuses, qu'il est utile d'étudier un peu longuement les indications opératoires auxquelles elles peuvent donner lieu.

Aujourd'hui nous dirons quelques mots d'un jeune homme qui se trouve couché dans les salles de M. Richet, à la Clinique, et qui, le 25 mai, a eu le poumon gauche traversé par une balle dans son tiers supérieur. Il était penché en avant alors qu'il reçut cette blessure. La balle, pénétrant obliquement d'avant en arrière et de haut en bas, est entrée à un travers de doigt audessus de la clavicule, près du bord externe du muscle sterno-cleido-mastoïdien, et est ressortie près du bord sternal de l'omoplate, en fracturant la quatrième côte.

Dans ce trajet, elle devait nécessairement rencontrer quelque branche nerveuse; mais nous n'en parlerons pas ici, devant prochainement publier une leçon clinique de M. le professeur Richet sur les lésions nerveuses constatées chez notre malade.

Les deux plaies sont restées béantes; l'air sort en sifflant par l'une et par l'autre dans les efforts d'expiration. Un vaste épanchement purulent a rempli la plèvre, et après qu'on l'eut évacué à l'aide d'un trocart et d'un appareil faisant le vide, il s'est rapidement reproduit.

En cas pareil on peut se poser deux questions :

1° Le chirurgien doit-il intervenir?

2° Et, s'il intervient, quel est le mode d'opérer qui doit avoir ses préférences?

Sur la première question il ne peut guère rester de doute, du moment où les plaies résultant de la blessure sont situées trop haut pour donner facilement issue au pus.

On ne peut laisser le pus croupir dans cette cavité où l'air pénètre librement, sans exposer le malade à tous les accidents de l'infection putride et de la résorption purulente.

Il faut donc permettre à la plèvre de se vider, au moins à de certains intervalles, du pus qui tend à s'y décomposer.

Il faut agir comme on agirait si, au lieu d'empyème purulent, on avait affaire à un vaste abcès dont les parois ne pourraient se rapprocher et dont les ouvertures ne seraient pas sur un point déclive.

En effet, l'empyème purulent finit par devenir complétement comparable à un abcès ordinaire. C'est un point que notre ami, M. le docteur Baccelli, professeur de clinique à la Faculté de Rome, a parfaitement fait ressortir.

Sous l'influence de la suppuration qui se continue, la surface pleurale et celle des pseudo-membranes déjà formées se recouvrent de granulations qui font complétement disparaître le caractère de séreuse.

C'est une cavité qui se comblera par un travail semblable à celui qui préside à toute cicatrisation de cavités suppurantes. Les conditions étant les mêmes, les indications le sont aussi.

Il faudra donc faciliter la sortie du pus, et nous en arrivons à la seconde question :

« Quel sera le mode d'opérer qu'il faudra choisir? »

Parmi les divers procédés de thoracentèse, il faut, bien entendu, dans le cas qui nous occupe, écarter préalablement tous ceux dont le résultat serait momentané.

Ainsi les canules montées sur des aspirateurs pneumatiques, soit que leur calibre fût très-fin, comme dans l'appareil Dieulafoy, soit qu'il fût plus considérable, comme dans l'appareil que M. Richet a fait construire d'après les mêmes principes, toutes ces canules destinées à amener une évacuation et qu'on retire aussitôt après, seraient d'un emploi illusoire lorsqu'il s'agit de pus qui doit se reproduire.

Il faudrait chaque jour faire une nouvelle plaie pour extraire le pus sécrété dans les vingt-quatre heures, et bien que ces plaies de trocart soient très-petites, elles ne sont pas pourtant sans quelque inconvénient. Elles peuvent devenir le point de départ d'un érysipèle, ainsi qu'on l'a craint un instant chez le malade de M. Richet; et en outre, chez des sujets très-affaiblis, comme le sont souvent les pleurétiques surtout en cas d'empyème, alors que le système nerveux a pour ainsi dire perdu son équilibre, elles deviennent parfois le point de départ de névralgies intercostales fort douloureuses. J'en ai vu déjà assez d'exemples pour redouter un peu de multiplier trop les ponctions du thorax, même dans le cas de pleurésie chronique sans purulence, même avec les tubes presque capillaires de l'aspirateur Dieulafoy.

D'ailleurs un des grands avantages des aspirateurs, celui d'empêcher l'entrée de l'air dans la cavité de la plèvre, cet avantage ne se rencontre plus chez notre blessé, puisque, sans compter les plaies pulmonaires toujours ouvertes, deux plaies extérieures donnent à l'air un plein accès. Peut-être même alors le jeu de cet aspirateur est-il plutôt nuisible, puisque par la tendance au vide il force cet air extérieur à venir lécher à plein courant toute la surface suppurante. Les germes morbides, les ferments microscopiques que cet air peut contenir en suspension doivent être introduits de cette manière en plus grande quantité que s'il pénétrait seulement entre les bords des plaies pour aller remplacer un pus qui coulerait de lui-même.

En effet, dans l'empyème chronique, on ne peut pas espérer l'effacement subit de la cavité suppurante par rapprochement de ses parois.

Le poumon, retenu par des fausses membranes et le tissu de granulations qui le recouvrent ne peut se dilater que dans une étroite limite, et les côtes ne s'affaissent, surtout chez les adultes, qu'avec une extrême lenteur.

Aussi, sitôt qu'il s'agissait d'empyème, même lorsque aucune plaie ne compliquait la question, Trousseau renonçait-il à la thoracentèse pratiquée suivant sa méthode, avec le trocart et la canule munie de baudruche de Reybaud. Il conseillait en pareil cas une opération plus radicale, dans laquelle on cessât de se préoccuper de la pénétration éventuelle de l'air.

On avait alors seulement le choix entre deux méthodes :

1° L'établissement d'une fistule étroite sur un point déclive, soit par l'introduction d'une canule à demeure avec ou sans perforation d'une côte, soit par tout autre procédé.

2° L'ouverture très-large de la cavité de la plèvre également sur un point déclive, le long d'un des derniers espaces intercostaux.

Cette dernière méthode, que Trousseau semblait préférer, a été appliquée par M. Baccelli dans un certain nombre d'empyèmes chroniques avec le succès le plus complet.

Le professeur de Rome a montré combien les objections qu'on fait souvent encore contre l'opération de l'empyème ainsi pratiquée méritaient peu qu'on s'y arrêtât, étant exclusivement fondées sur des vues théoriques que la pratique ne confirmait nullement.

On avait craint qu'une large ouverture de la cavité pleurale, en mettant l'air en plein rapport avec la séreuse, eût pour résultat une modification funeste de cette séreuse, et par suite la mort dans un laps de temps très-court, peut-être quelques heures à peine.

J'ai vu plusieurs fois pratiquer l'empyème par de très-larges incisions, comme le veut M. Baccelli, une fois entre autres dans le service de M. Reynaud, à l'Hôtel-Dieu, et je dois dire que les malades, déjà très-affaiblis, digérant mal, sans appétence, atteints même de fièvre, de sueurs ou de diarrhée hectiques, loin de mourir dans les premières heures de l'opération, en ont paru très-soulagés d'abord : l'appétit et les forces revenaient un peu, et, dans les cas les plus défavorables, cette amélioration s'est maintenue quelques jours. Chez les uns, on a pratiqué des lavages soit à l'eau simple, soit à la teinture d'iode; chez d'autres, on s'est borné à laisser couler le pus : et le bénéfice a été à peu de chose près le même chez les uns et les autres. Dans les hôpitaux de Paris, malheureusement, je ne crois pas avoir vu aucun succès complet. Les opérés sont morts plus ou moins tard, après des semaines ou des mois, quelquefois alors que la cavité était très-réduite et qu'on s'attendait à la guérison définitive.

Pourtant ce que j'ai vu suffit, avec les faits de M. Baccelli et de bien d'autres, pour démontrer que les très-larges incisions dans les cas d'empyème chronique ont beaucoup moins d'inconvénients qu'on ne le suppose généralement encore.

Je crois donc qu'à défaut de toute autre méthode on pourrait employer celle-ci chez le malade de M. Richet.

Mais M. Richet préfère le drainage, et je suis un peu de son avis.

D'abord l'introduction d'un drain dans la poitrine est d'un appareil bien moins effrayant pour le malade. Une large inci-

FEUILLETON

ÉTUDE MÉDICALE

SUR

LA MORT DE CHARLES IX

Par le docteur A. CORLIEU,
Lauréat de l'Académie de médecine (1).

Vers le mois de *mai* 1574, il garda le lit, recevant des soins de Jean Marillac. Il avait une fièvre continue, la respiration gênée, une expectoration sanguinolente, les yeux caves, la face livide, les pommettes rouges, les lèvres brûlantes, une soif ardente (2). De continue, la fièvre devint tierce, quarte, puis erratique avec frissons.

Le médecin n'y reconnut rien. « Tant y a que les médecins y perdirent leur latin, d'autant qu'ils ne purent jamais bien cognoistre « sa maladie, car il luy subvint une fiebvre erratique qui tantost « estoit quarte, tantost continue, et pensoit M. Mazille, son premier « médecin, qu'il se porteroit de bien en mieulx, ainsy que la fiebvre diminueroit..... (3) »

Les frissons, les accès fébriles indiquaient assez la formation de la collection purulente. Dans l'ignorance où l'on était de la nature de la maladie, le traitement a dû être bien insignifiant. Brantôme, cet indiscret courtisan, nous raconte que, malgré sa maladie, le roi eut des rapports avec sa femme, ce qui hâta la terminaison. « Aulcuns ont voulu « dire que durant sa maladie, il s'échappa après la reyne sa femme « et s'y eschauffa tant qu'il en abbrégea ses jours; ce qui a donné « subjet de dire que Vénus l'avoit faict mourir avec Diane. Ce que « je n'ay sceu croire (1). »

Le 26 *mai*, le roi était toujours alité et le mieux ne se faisait pas sentir. Il fit demander le comte de Cheverny, un de ses officiers, pour s'entretenir avec lui des affaires de l'Etat. « Pendant les der« niers jours de sa vie, le roy, dit-il, me faisant un jour cet hon« neur de me parler dans son lict et voyant que malaysément il « respiroit et prenoit son vent, je jugeay et apperceus qu'il estoit « fort proche de sa mort, veu les advis particuliers que j'avois à « toute heure de sa disposition (2). »

Cheverny fut inquiet de l'état dans lequel il trouva le roi et il en fit part à la reine mère, Catherine de Médicis, à cause surtout de l'absence de son troisième fils, Henri, qui était en Pologne. Catherine, fort confiante en ce que disaient les médecins, ne voyait pas la gravité de la position du roi. Cependant, d'après les instances de Cheverny, elle demanda qu'une consultation eût lieu le lendemain, 27 *mai*, — consultation qui se fit en présence du chancelier de Birague, et des conseillers de Morvilliers et de Limoges; Cheverny par discrétion refusa d'y assister.

Dans cette consultation, on établit que la maladie du roi était une simple fièvre tierce, sans aucun danger. Ainsi, ni l'expectoration, ni les hémoptysies, ni la dyspnée, ni les suffocations n'éveillèrent l'attention des consultants sur l'état des organes thoraciques, et pourtant on savait que le roi toussait souvent. On avait l'esprit tourné d'un autre côté.

Le vendredi 28 *mai*, « sur les deux heures après midy, le Roy « ayant faict appeler Mazille, son premier médecin, et se plaignant « de grandes douleurs qu'il souffroit, luy demanda s'il n'estoit pas « possible que luy, et tant d'autres grands médecins qu'il y avoit « en son royaume, luy pussent donner quelque allégement en son « mal, car je suis, dit-il, horriblement et cruellement tour« menté (1). » Mazille répondit que les médecins avaient fait tout ce qui dépendait de leur art, que toute la Faculté s'était réunie la veille pour y porter remède, qu'il fallait attendre et s'en rapporter à Dieu.

Le 29 *mai*, au matin, il y eut un peu d'amélioration; car Brantôme rapporte « que le jour avant sa mort, il se portoit très-bien; « nous croyons (sic) tous, dit-il, qu'il s'en alloit guéry. » Charles IX s'occupa des affaires de l'Etat, de la Régence, etc.

La nuit du 29 *au* 30 *mai*, le roi fait appeler de nouveau Mazille à cause des douleurs qu'il éprouvait. Aucun auteur contemporain, si ce n'est d'Aubigné, ne parle des hémorrhagies cutanées qui auraient été le prélude, sinon la cause, de la mort de Charles IX. « Aux ex« trêmes douleurs, dit d'Aubigné (2), il sortait du sang par les

(1) Fin. — Voir le dernier numéro.
(2) D'Aubigné, *Hist. univ.*
(3) Brantôme. *Vie des grands capitaines*. Ed. Panth. litt., p. 564.

(1) Daprès Sauval, qui avait entre les mains un excellent manuscrit de Brantôme, les quatre mots : *la Reyne sa femme* auraient été mis par un éditeur, à la place des trois initiales L. R. M. (la Reine Margot), car le bruit courait que Charles IX avait des rapports incestueux avec sa sœur Marguerite de Valois. — V. Pierre Dufour, *Hist. de la Prostitution*, t. V, p. 354.
(2) Cheverny, *Mémoires*, Ed. Panth. litt., p. 232.

(1) L'Estoile. Ed. Petitot, t. XLV, 1re sér., p. 86.
(2) D'Aubigné, *ouv. cit.*

sion, une plaie de plusieurs travers de doigt pourrait affecter le moral bien davantage.

Ensuite au point de vue du pansement, la présence d'un tube à drainage ne gêne en rien les injections médicamenteuses qui peuvent devenir utiles, et elle met toujours un peu obstacle au libre passage des ferments contenus dans l'air.

En outre, en réglant l'écoulement du pus, en le rendant lent et graduel, le drain favorise peut-être plus l'affaissement progressif des côtes, que la large ouverture qui permettrait trop bien à la paroi costale de *faire soufflet*, pour ainsi dire, par un redressement en masse que faciliterait l'incision des muscles sur une grande étendue dans un des derniers espaces intercostaux.

Enfin, et c'est ce qui nous décide, M. Richet a eu souvent l'occasion d'employer la méthode du drainage dans des empyèmes chroniques, et elle lui a réussi infiniment mieux que toute autre.

Nous rendrons compte des résultats de cette opération chez ce jeune blessé, qui avant qu'elle ne fut faite, avait déjà la plèvre remplie d'un pus fétide.

Dr Victor Révillout.

POURRITURE D'HOPITAL

TRAITEMENT DE CETTE AFFECTION PAR LE CAMPHRE EN POUDRE (1).

II

Dans le courant d'octobre, à Rennes, je m'occupais, selon mes habitudes et aptitudes, du traitement des maladies internes, quand le chirurgien de l'établissement, M. Aubry, ancien professeur de l'école de la ville, membre de la Société de chirurgie de Paris, m'appela en consultation pour un cas de pourriture d'hôpital. J'ai employé, me dit-il, les moyens ordinaires, et le sujet va de mal en pis. Il ne me reste qu'à recourir au fer rouge; mais la plaie étant située à la partie antérieure de la cuisse et se trouvant creusée jusqu'à l'artère, je crains d'intéresser ce vaisseau. Ne m'étant jamais occupé de la question, du moins au point de vue chirurgical, je me rendis à contre-cœur à la consultation, ne pensant pas pouvoir émettre un avis utile. Cependant, à la vue de la plaie, je fus frappé de sa couleur *grisâtre*, qui me rappela incontinent une toute autre affection, *le phagédénisme des chancres*. Il y a environ sept ans, à Strasbourg, j'ai été chargé temporairement du service des vénériens, et c'est là que j'ai vu cette autre maladie qui cédait admirablement au camphre en poudre. J'avais demandé à mon prédécesseur dans le service, M. Leuret, aujourd'hui en retraite à Strasbourg, ce qu'il faisait en semblable occurrence, et c'est lui qui m'a indiqué ce remède contre le phagédénisme des chancres, moyen empirique et dont je ne connaissais nullement alors le mode d'action. Pour en revenir au cas de pourriture d'hôpital, maintenant offert, et eu égard au danger de l'application du fer rouge, je propose à M. Aubry d'employer ici aussi le camphre en poudre. Or, la guérison s'ensuivit ici avec une telle rapidité, que nous en fûmes tous émerveillés. Si je n'avais pas vu moi-même le fait, disait M. Aubry, je ne l'aurais pas cru possible. Voici au surplus l'observation même rédigée par mon honoré confrère :

Le nommé Grosse (Pierre), âgé de 24 ans, brigadier au 10e d'artillerie, fut atteint, à la bataille de Sedan, d'un éclat d'obus qui produisit, à la face externe de la cuisse gauche, une plaie de 1 centimètre et demi de diamètre environ. Évacué à Cambrai, il fut quelques jours après transféré à Rouen, où on lui pratiqua sur la face interne de la cuisse une ouverture pour extraire le projectile. De là il fut transporté, le 23 septembre, à l'hôpital militaire de Rennes; pendant les deux premières semaines, les deux plaies présentèrent un très-bon aspect; déjà même l'ouverture d'entrée était fermée et l'ouverture de sortie, de 3 centimètres de diamètre environ, commençait à se cicatriser, lorsque survint la pourriture d'hôpital, par suite d'encombrement, les exigences du service ayant forcé de placer dans la salle un grand nombre de fiévreux; alors la plaie s'agrandit par une sorte d'ulcération gangréneuse, et ce fut sans succès qu'on dirigea contre cette complication l'emploi des moyens suivants : pansement trois fois par jour avec charpie imbibée d'alcool phéniqué; lavage minutieux de la plaie à chaque pansement; un peu plus tard, cautérisation quotidienne de la plaie avec la solution titrée de perchlorure de fer; enfin pansement avec cette même solution d'après la méthode du docteur Salleron; à l'intérieur, emploi des toniques sous toutes les formes.

Malgré l'emploi de ces moyens, les choses empiraient, et le chef de service se proposait de recourir à la cautérisation au fer rouge. Appelé à donner son avis, M. le médecin principal proposa alors l'emploi du camphre en nature comme mode de pansement; dès le lendemain, une amélioration sensible était survenue; le troisième ou le quatrième jour, la plaie avait perdu tout aspect phagédénique, les bourgeons de bonne nature s'étaient développés, les douleurs avaient disparu, et aujourd'hui, 2 novembre, il ne paraît aucune trace de pourriture; les deux plaies semblent être en voie de cicatrisation.

Telle est la première observation, celle-ci fournie par M. Aubry; on y voit :

1° Que le camphre en poudre a réussi après échecs des autres remèdes;

2° Que dès le lendemain de la première application une amélioration sensible a été observée, effet immédiat que nous aurons l'occasion de constater dans mainte observation. Quant au mode d'action du camphre portant sur la liquéfaction de la matière pulpeuse, c'est dans une autre observation que se révèlera ce mécanisme;

3° Je ne suis pas le premier à signaler un rapport entre la pourriture d'hôpital et le phagédénisme des chancres. C'est ainsi que M. Salleron a employé le perchlorure de fer dans l'une et l'autre affection, parce que, dit-il, *elles offrent entre elles une grande ressemblance*. Et en effet, dans les deux affections, l'extension destructive de l'ulcère peut intéresser les parties seulement à la surface, horizontalement (*forme serpigineuse*), ou bien au contraire les affecter dans la profondeur (forme dite *térébrante*).

D'autre part, dans l'une comme dans l'autre affection, l'ulcère peut ou rester atonique ou bien se compliquer d'inflammation amenant partiellement des escarres noires; bords livides, décollés, sérosités infiltrant les tissus, tout cela a aussi été noté des deux côtés. Cependant, quand j'ai été appelé auprès du blessé de M. Aubry, ce qui m'a frappé tout aussitôt au point de vue de la ressemblance avec le phagédénisme des chancres, c'est la *couleur de la matière pulpeuse*, couleur d'un *gris particulier*. Que signifie une ressemblance portant sur tant de points? Est-ce qu'il y a identité de cause et de nature? Assurément non.

La pourriture d'hôpital est une maladie contagieuse, et le phagédénisme des chancres (Cullerier) ne se reproduit pas par l'inoculation. Au surplus, s'il y avait identité de cause et de nature entre les deux états morbides, les chirurgiens des hôpitaux rencontreraient la pourriture d'hôpital aussi fréquemment que le phagédénisme des chancres, tandis qu'ils peuvent arriver au terme de leur carrière sans avoir jamais vu l'accident survenant chez les blessés. Donc la ressemblance se trouve seulement porter sur les altérations anatomiques, abstraction faite de cause et de nature, ressemblance uniquement d'aspect et de forme, analogue à celle qui existe, exemple saisissant, entre les pustules vaccinales et les pustules stibiées, nonobstant les différences, ici aussi, de cause et de nature.

J'ai dû entrer dans ces considérations pour les motifs que voici : la pourriture d'hôpital et le phagédénisme des chancres s'améliorant avec la même rapidité sous l'influence de la poudre de camphre, et les deux maladies tenant à des causes différentes, il ne faut pas tout de suite croire à une action fermenticide du remède, idée préconçue qui pourrait obscurcir l'observation ultérieure, mais se demander si dans les deux cas le mode d'agir du camphre ne consisterait pas uniquement dans la modification anatomique signalée, à savoir la liquéfaction de la graisse à la température + 37 du corps.

A. Netter.

(1) Suite. — Voir le dernier numéro.

DOCUMENTS

POUR SERVIR A L'HISTOIRE DU MOUVEMENT SCIENTIFIQUE PENDANT LE SIÉGE DE PARIS (1).

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 5 décembre 1870. — Présidence de M. Liouville.

MÉMOIRES ET COMMUNICATIONS DES MEMBRES ET CORRESPONDANTS DE L'ACADÉMIE.

(Suite)

MÉMOIRES PRÉSENTÉS

Physiologie. — M. Ch. Gazeau présente des *Recherches expérimentales sur la propiété alimentaire de la coca*.

Les feuilles de coca ont, dans l'Amérique du Sud, la réputation de permettre de se passer, pendant plusieurs jours, de nourriture, et cela sans déperdition aucune des forces et sans que la sensation de la faim se fasse sentir.

J'ai constaté moi-même cette propriété alimentaire de la coca, à la dose de 20 à 30 grammes par jour. M'étant mis à la diète pendant deux jours et demi, je fus fort surpris de ne pas voir les effets de ce régime se faire sentir : le second jour je travaillai avec autant de facilité que de coutume; le troisième jour de diète, je pus attendre mon repas de midi sans plus d'impatience que d'habitude.

Beaucoup d'hypothèses ont été émises pour expliquer le mode d'action de la coca. Dans ces dernières années, on admettait généralement qu'elle devait diminuer les produits de désassimilation en enrayant le mouvement de dénutrition; et cette explication paraissait fort satisfaisante *à priori*. Je suis le premier qui ait cherché à éclaircir cette intéressante question par l'expérimentation : dans ce but, je me condamnai pendant deux mois à un régime identique, avec ou sans feuille américaine. Pendant ce temps, je recueillis et analysai scrupuleusement mes urines, surtout au point de vue de l'urée. L'élimination de cette substance a toujours augmenté sous l'influence de la coca : de 11 pour 100, quand elle était prise à la dose de 10 grammes par jour, en poudre; de 16 et de 24 pour 100, à la dose de 20 grammes. Cette même dose éleva pendant une semaine ma température, de 0°,32 ; le nombre de mes pulsations artérielles de 11, 22 pulsations; le nombre de mes mouvements respiratoires de 4, 6. Le sphygmographe resta muet sous son influence. La coca augmente les sécrétions salivaire et intestinale. A la dose de 10 à 20 grammes, elle accroît constamment le poids de l'urine de 400 grammes par vingt-quatre heures.

La coca augmente donc l'urée, contrairement à l'hypothèse généralement admise. Or, cette augmentation de l'urée, indiquant toujours un accroissement d'activité dans la métamorphose des éléments azotés, explique l'exaltation de la vie, l'augmentation de l'énergie musculaire chez l'homme qui use de la coca tout en se nourrissant comme d'habitude.

Cette substance permet encore à ceux qui sont à la diète, et mieux au régime de l'alimentation insuffisante, de travailler énergiquement pendant plusieurs jours. En effet, le mouvement de nutrition étant accéléré, les combustions organiques étant augmentées, on consomme plus; et, partant, on en retire pendant ce temps les avantages qui sont une augmentation du travail mécanique de la machine humaine. Mais cette consommation exagérée, cette dépense inusitée, qui n'est pas compensée plus tard par une quantité suffisante d'aliments, se fait aux dépens des tissus : l'homme se mange lui-même, il devient *autophage*, et le passif se découvrirait

(1) Suite. — Voir le dernier numéro.

« pores de la peau de ce prince, presque en tous endroits. » Si ce phénomène eut existé, comment expliquer le silence des historiens contemporains à ce sujet? Comment aussi expliquer que les médecins n'eussent vu dans la maladie qu'une fièvre qui devait guérir après une crise? Comment expliquer les paroles rassurantes du médecin Mazille à la reine mère Catherine? Et d'ailleurs les hémorrhagies cutanées sont un phénomène trop rare pour ne pas attirer toute l'attention des médecins, et cela d'une façon toute spéciale.

Mazille ne trouva pas la situation du roi plus grave; il l'exhorta à la patience, à avoir confiance en Dieu, lui recommanda le repos. Il fit retirer tout le monde de la chambre du malade, à l'exception de La Tour, de Saint-Prix et de la nourrice. Le rôle de la femme de Charles IX, Elisabeth ou Isabelle d'Autriche, est bien effacé dans toute cette maladie. Brantôme seulement, qui estime beaucoup la jeune reine, nous la fait intervenir d'une façon assez singulière. Cependant dans son livre « *Des grandes Dames* » il lui consacre un chapitre fort élogieux, dans lequel il nous la représente comme une épouse modèle, malgré les fautes et les torts de son royal époux. Il paraît qu'à la cour l'étiquette ne laisse point place aux sentiments.

La seule personne qui resta la nuit avec La Tour et Saint-Prix était, comme nous venons de le voir, la nourrice du roi, qu'il aimait beaucoup, bien qu'elle fût huguenote.

« Comme elle se fust mise sur un coffre et commençoit à sommeiller, elle entendit le roy se plaindre, pleurer et soupirer; elle « approche tout doucement du lict et, tirant la custode (rideau), le « roy commença à lui dire, jetant un grand soupir et larmoyant si « fort que les sanglots luy interrompoient la parole : Ah! ma nour- « rice! ma mie! ma nourrice! que de sang et de meurtres! Ah! « que j'ay suivy un méchant conseil! Oh! mon Dieu! pardonne- « les moy et me fais miséricorde, s'il te plaist! je ne sçay où j'en « suis, tant ils me rendent perplexe et agité. Que deviendra tout « ceci? que ferai-je? je suis perdu, je le vois bien! » (1)

La nourrice le rassura par quelques paroles consolantes, lui donna un nouveau mouchoir, car le sien était tout mouillé de ses larmes, ferma le rideau et le laissa reposer.

Le 30 *mai*, dimanche de la Pentecôte, le médecin assure encore Catherine que le roi guérira, qu'il n'y a qu'une crise; et cependant Charles IX venait de signer l'ordonnance conférant la régence à sa mère Catherine. Deux heures après la visite du médecin, la reine mère s'était rendue à la messe du château de Vincennes; mais le médecin vint la prévenir pendant l'office que le roi était très-mal (2).

Vers midi, vomissements et frissons. « Lors il rentra de rechef « en ces accez de vomissements et frissons, et de plus en plus se « sentant abbaisser et diminuer ses forces, pria qu'on ne luy « parlast plus que de prières et oraisons... » (3)

L'agonie commença aussitôt et la mort arriva vers trois heures et demie de l'après-midi, Charles IX étant âgé de 24 ans moins vingt-huit jours.

« Le jour en suivant, son corps fut ouvert en la présence des « magistrats, et n'y ayant esté trouvé en dedans aucune meurtris- « sure ny tache, cela osta publiquement l'opinion que l'on avoit « de la poison... M. de Strozze et moy en demandasmes advis à « maistre Ambroise Paré, son premier chirurgien. Il nous dit en « passant et sans long propos qu'il estoit mort pour avoir trop sonné « de la trompe, à la chasse au cerf qui luy avoit tout gasté son « pauvre corps et ne nous en dit pas plus. » (1)

L'opération de l'autopsie et de l'embaumement se faisait avec une imposante gravité et d'après un cérémonial obligé.

Le roi étant mort, le premier médecin et le premier chirurgien, assistés des médecins et chirurgiens ordinaires, se trouvent à l'ouverture du corps, ainsi que le grand chambellan, le premier gentilhomme de la chambre, le maître de la garde-robe, accompagnés des premiers valets de chambre et des valets de la garde-robe. Le corps est posé sur une table, couvert d'un grand linceul, et le premier médecin commande aux chirurgiens d'en faire l'ouverture. On dresse procès-verbal et le corps est embaumé par les chirurgiens, puis moulé et exposé dans une chapelle ardente.

Nous trouvons, dans les œuvres de Guillemeau, le procès-verbal en latin de l'autopsie de Charles IX, ce qui complète l'histoire de la maladie. En voici la traduction :

« L'an 1574, la veille des calendes de juin (2), à quatre heures de l'après-midi, fut faite l'ouverture du corps de Charles IX, roi de France très-chrétien.

On aperçut et observa ce qui suit :

Tout le parenchyme du foie se trouve exsangue et desséché, et les extrémités de ses lobes vers leurs parties concaves sont noirâtres.

La vésicule du fiel est vide, affaissée sur elle-même et un peu noirâtre.

(1) L'Estoile, *ouv. cit.*
(2) Cheverny. — Dans ses *Mémoires*, Cheverny cite toujours Marillac comme médecin du roi, et jamais Mazille. Y a-t-il erreur de typographie?
(3) Le vray discours ou derniers propos de Charles IX, p. 13-14.

(1) Brantôme, p. 565.
(2) Le jour des Calendes étant le 1er du mois, la veille des calendes de juin est le 31 mai.

à la longue dans son économie, par un amaigrissement qui serait une suite infaillible de ce mode exclusif d'alimentation. J'ai toujours perdu de mon poids dans les semaines de mon régime identique pendant lesquelles je prenais la coca : les expériences sur les animaux le démontrent encore.

J'ai fait aussi quelques expériences dans le but d'expliquer l'absence de sensation de faim pendant l'alimentation insuffisante et même la diète avec la coca. Ses effets sur la bouche, l'estomac, l'intestin se résument ainsi : excitation légère des muqueuses, augmentation des sécrétions, anesthésie. Cette action anesthésique si puissante de la coca sur l'estomac explique l'absence de douleur à l'épigastre pendant la diète.

J'ai constaté qu'une chique moyenne de coca amène dans l'estomac de 27 à 42 grammes de salive, suivant la substance adjuvante employée : ce qui, pour vingt chiques en quinze heures, donne de 540 à 1240 grammes de liquide ; celui-ci, en distendant les parois du viscère, en empêche le contact et diminue ainsi la sensation de la faim.

La coca étant une substance puissamment digestive, favorise l'absorption et l'assimilation de la nourriture insuffisante ; c'est une compensation.

Enfin, sous l'influence de la coca, l'homme se mange lui-même ; mais il mange. Telles sont, suivant nous, les principales raisons qui expliquent l'absence de sensation de faim quand on est soumis à la diète et que l'on chique la feuille si chère aux Américains du Sud.

Les bulletins militaires des guerres de l'Amérique méridionale signalent souvent et toujours avec les plus grands éloges l'emploi de la coca soit en campagne, soit pendant les siéges. L'État dans lequel se trouve la capitale de la France ne pourrait-il pas faire songer à utiliser en ce moment la quantité de feuilles de coca qui s'y trouve? (Comm. MM. Chevreul, Dumas, Roulin.)

M. Roulin fait remarquer que ce que rapporte M. Gazeau des heureux effets attribués à la *coca* par les bulletins militaires des dernières guerres américaines, n'a rien qui puisse surprendre les personnes un peu versées dans l'histoire de la conquête du Nouveau-Monde, puisque les écrivains qui nous ont fourni les premiers renseignements sur ce vaste pays et sur ses habitants mentionnent tous au nombre de leurs habitudes les plus étranges, celle de mâcher continuellement une feuille qu'ils n'avalent point, et qui cependant est pour eux un remède contre la faim et la soif. Est-ce de la part de ces gens une pure illusion? Nos historiens, pour la plupart, ne semblent pas disposés à le croire. L'un d'eux, il est vrai, et justement celui dont l'ouvrage a été le plus répandu, craignant sans doute de paraître trop crédule, ne répète qu'avec un ton de doute ce qu'il a entendu dire à cet égard (1); mais rien de pareil ne se montre chez ceux qui ont fait une longue résidence dans le pays et parlent soit d'après des témoignages parfaitement dignes de confiance, soit d'après leurs propres observations, tels sont Oviedo, Cieça de Leon, Garcilasso de la Vega, Acosta, le P. Simon et bien d'autres que je pourrais nommer (2). Le champ d'observations était, au moment de l'arrivée des Espagnols, beaucoup plus vaste qu'il ne le fut peu après, puisqu'il s'étendait de l'ouest à l'est, depuis l'État de Nicaragua, où la plante, comme nous l'apprend Oviedo (liv. VI, ch. xx), était connue sous le nom de *yaat*, qu'elle perdait en approchant de la Magdalena pour prendre celui de *hayo* qu'elle conservait jusqu'au delà des bouches de l'Orénoque, tandis que du nord au sud on pouvait la suivre tout le long de la Cordillère des Andes et du littoral de l'océan Pacifique jusqu'aux dernières limites du Pérou. Si l'habitude de mâcher la coca a disparu dans la plupart des provinces comprises dans ce vaste pourtour, il ne faut pas l'attribuer, comme on pourrait être tenté de le faire, à l'extinction de la population indigène, qui n'a été totale que pour les tribus peu nombreuses, ni moins encore à un esprit d'inconstance dont les Indiens ont été accusés un peu légèrement, mais à ce que cette pratique si singulière, se liant presque partout à des idées superstitieuses, a été vigoureusement attaquée par le chargé espagnol, qui n'est pas cependant arrivé sans beaucoup de peine à y mettre fin. Ainsi quand, en 1741, Nic. de la Rosa dédiait à l'évêque de Santa-Martha sa *Floresta*, où il ne s'occupait que d'un seul diocèse, l'habitude régnait encore parmi les Indiens soumis habitant les pentes du *Nevado* de Sainte-Marthe; elle n'est plus de nos jours parmi eux, mais on la retrouve encore chez leurs voisins les *Guajiros* qui, il est vrai, ont trouvé le moyen de conserver jusqu'à ce moment leur indépendance. A l'autre extrémité du périmètre que nous venons d'indiquer, au Pérou, elle est encore en vigueur, mais là on a jugé indispensable de la respecter, reconnaissant qu'elle contribue à entretenir les forces des indigènes employés à d'assez pénibles travaux dont profitent surtout les habitants de race blanche. Dans ce pays, d'ailleurs, les ecclésiastiques n'ont pas cru de leur devoir de combattre un usage qui n'avait aucun rapport bien apparent avec l'ancienne religion, sorte de sabéisme fort éloigné des superstitions grossières entrenues chez les populations situées plus au nord par leurs *piaches*, prêtres ou sorciers qu'on peut, jusqu'à un certain point, assimiler aux chamans du nord de l'Asie. Dans une région intermédiaire, dans le royaume de Bogota, la religion, qui consistait aussi dans le culte des astres, avait certaines prescriptions relatives à la coca qui portait dans ce pays, comme dans ceux qui sont situés sur les bords de l'Atlantique, le nom de *hayo* ou *jayo* (1); le nom de *coca* ou *cuca*, comme l'écrit Garcilasso, est péruvien. Le premier tiers de chaque lunaison était presque exclusivement le temps où les hommes étaient autorisés à faire usage de la coca, et pendant cette décade tout commerce avec les femmes leur était interdit; ils devaient même coucher dans des pièces séparées, c'est du moins ce que rapporte Oviedo, qui tenait ses renseignements de la bouche du conquérant de la Nouvelle-Grenade, Alonzo Ximenès de Quesada, ayant eu, en sa qualité d'historiographe des Indes, communication des mémoires que celui-ci avait écrits sur les lieux mêmes.

Au Pérou, la consommation de la feuille de coca était telle, que le P. Joseph Acosta, qui fit paraître en 1590 son *Histoire naturelle et morale des Indes*, nous apprend (livr. IV, chap. xxii, p. 252) qu'à l'époque où il écrivait, le commerce de ces feuilles montait chaque année, pour le seul canton minier de Potosi, à un demi-million de piastres (2). C'est, ajoute-t-il, un commerce très-profitable pour les blancs qui l'achètent des cultivateurs et la revendent aux Indiens. Beaucoup de gens graves, dit-il un peu plus loin, ne veulent voir là qu'une superstition, et regardent comme imaginaires les effets qu'on lui attribue. Pour moi, je ne puis admettre que ce soit pure imagination, quand je vois les indiens, avec une poignée de coca, et souvent sans rien manger, faire en un seul jour une route qui d'ordinaire en exige le double. La sauce à laquelle ils la mangent est bien digne d'un si étrange mets. J'en ai goûté et trouvé que le tout a le goût de sumac. Cette sauce consiste en poudre d'os broyés ou de chaux, suivant d'autres personnes; tant est que ce ragoût leur plaît et qu'ils donnent sans regret l'argent qu'on leur en demande.

Acosta est, remarquons-le, le seul qui parle d'os broyés. L'emploi de la chaux, s'il n'est pas universel, est du moins beaucoup plus général, et il est mentionné expressément par Oviedo, qui dit au livre XXIV, chap. xii (édition de Madrid, 1851-55, t. II, p. 254): « Les Indiens, qui ont continuellement cette feuille à la bouche, portent, pendue au côté, une petite calebasse pleine de chaux faite de coquillages brûlés et sucent fréquemment cette chaux. »

La Rosa est beaucoup plus explicite, et, en parlant des Indiens Aruacos, que, par suite d'une idée bizarre sur l'étymologie du nom, il désigne sous le nom d'Aurohuacos, il nous dit : « Tous ont la mauvaise habitude de mâcher le *jayo*, et pour cela ils portent constamment à la ceinture le *poporo*, petite calebasse offrant une gorge produite artificiellement au moyen d'un lien circulaire placé autour du fruit lorsqu'il était encore tendre. Cette calebasse est remplie de chaux très-blanche faite avec des coquillages de mer brûlés; elle est bouchée par un bâtonnet dont ils appliquent la pointe chargée de chaux sur le bout de la langue ou sur les lèvres... »

Le P. Simon indique aussi, quoique très-brièvement, l'usage de la chaux. On retrouverait peut-être difficilement dans son livre, qui n'a point de table, les passages où il a dû donner des détails à ce sujet; mais dans un *Index* placé à la fin du volume et contenant seulement l'explication des mots nouveaux qui y sont employés, on lit le passage suivant, dont la dernière phrase fait comprendre pourquoi dans cet ouvrage, quoique antérieur d'un siècle environ à celui que je viens de citer, on ne doit pas s'attendre à trouver d'informations bien précises sur le sujet qui nous occupe. Le passage est assez court pour que je puisse ici le reproduire en entier :

« Hayo. — C'est une feuille qui a quelque ressemblance avec celle du lentisque : au Pérou, où la plante est connue sous le nom de *coca*, elle est l'objet d'une importante culture et d'un commerce très-avantageux pour les Espagnols, qui la revendent aux Indiens; ceux-ci la mâchent avec de la chaux, et disent qu'elle leur donne des forces; mais c'est peut-être moins pour cela qu'ils la recherchent que dans une vue de superstition, car ils s'en servent pour entrer en communication avec le démon. »

Cette idée n'était pas née à Bogota, mais y avait été apportée par des ecclésiastiques qui, presque tous, avaient auparavant séjourné parmi les peuplades établies sur les bords de l'Atlantique, où, en effet les piaches, qui avaient la prétention d'entrer en conversation avec leurs dieux (les démons des Espagnols), et qui n'étaient pas de purs imposteurs, doublaient, quand ils étaient appelés à faire quelque prédiction, la dose du hayo, lui associant même d'ordinaire quelque narcotique, le plus souvent celui que fournit une belle espèce de datura; ils se mettaient ainsi dans un état de surexcitation, une sorte d'ivresse où les rêves confus qu'amenait cette intoxication étaient interprétés par eux comme des révélations.

Prise à part de toute idée de divination, et seulement dans le but de soutenir les forces, la coca avait réellement et a un effet très-utile. On vient de voir que pour les Indiens, ayant à faire dans l'espace d'un jour ou deux un trajet double de l'ordinaire, elle réussit très-bien, et c'est là un fait comparable de tout point à celui dont il est fait mention dans les bulletins militaires dont parle M. Gazeau. Ainsi nous sommes très-suffisamment autorisés à croire qu'au moyen de la mastication de la coca un homme peut, malgré une alimentation insuffisante ou nulle, conserver presque entièrement, pendant un jour ou deux, sa forme musculaire; c'est là, à coup sûr, un résultat de grande importance, même quand il serait constaté que pendant tout ce temps le mangeur a dû se nourrir de sa propre substance. Cette explication d'ailleurs ne suffirait plus pour le cas d'un usage journalier continué de longues années, comme on peut l'observer chez les Indiens employés dans les mines. Ici les aliments ne manquent pas, et l'utilité de la coca consiste, suivant moi, à faire cesser la sensation de fatigue que ressentent des hommes à qui l'on n'accorde pas le temps nécessaire de repos dans le cours de la tâche qui leur est imposée; elle me paraît exercer ici une action comparable à celle du vin pris à dose modérée, action connue de toute antiquité. Chacun sait que, outre les alcooliques, des excitants empruntés au règne végétal ont été, sur différents points du globe et sous diverses formes, employés dans un but presque semblable. Parmi les plantes comprises dans cette catégorie, celle qui nous occupe, l'*Erythroxylon coca*, demeure à peu près isolée; mais il n'en est pas de même de la plupart des autres, et nous voyons des espèces congénères, naissant d'ailleurs dans des pays séparés par de très-grandes distances, employées par les indigènes pour obtenir des effets du même genre. C'est ainsi que la *Cassina*, qui, d'après ce que nous apprend Marc Lescarbot (Paris, 1609), était bue en abondance par les guerriers floridiens dans les quelques jours qui précédaient une expédition guerrière, s'obtenait de l'*Ilex vomitoria*, plante très-voisine de celle qui sert pour le *maté* des habitants du

(1) « Une de leurs principales cultures, dit-il en parlant des Péruviens, est celle de la coca, plante herbacée qu'ils estiment à tant que l'or, et qui ne leur semble guère moins indispensable que le pain. Elle exige un climat très-chaud. Les indigènes en ont continuellement dans la bouche, et elle éloigne d'eux, à les en croire, la faim et la soif, chose prodigieuse si elle est vraie. » (*Hist. de las Indias*, chap. clxxxiii.)

Gomara ne s'aperçoit pas ici qu'il a déjà parlé de cette plante sous le nom d'*Hay*, à l'occasion de la province de Cumana (*Hist.*, chap lxxix), et même d'une manière plus complète, car il n'a pas oublié l'addition de la chaux; seulement il croit que cette mastication n'a pas d'autre objet que de noircir les dents, prenant ainsi pour le but un effet accessoire et non cherché.

(2) Oviedo, *Hist. gen. y nat. de las Indias*, lib. XXIV, cap. xii. — Cieça de Léon, cap. xcvi. — Acosta, *Hist. nat. y moral de las Ind.*, lib. IV, cap. xxii. — Simon, *Notic. hist. de la conq. de Tierra-Firme : Indice.*

(1) Les deux noms assez différents à l'œil le sont très-peu pour l'oreille.

(2) Une pareille somme suppose un nombre prodigieux de consommateurs, ce qui ne peut manquer de surprendre quand on sait que, jusqu'à la fin de l'empire des Incas, l'usage de la coca était interdit à toute personne qui n'appartenait pas à la famille royale; la famille, il est vrai s'était fort accrue depuis le temps de Manco Capac; mais elle ne formait toujours qu'une bien faible partie de la population totale, de sorte qu'on est porté à supposer que, même avant l'arrivée de Pizarre, beaucoup de plébéiens usaient en cachette de la feuille qu'avaient prétendu se réserver les grands; elle était d'ailleurs précieuse aux yeux de tous, puisqu'elle figurait en première ligne parmi les offrandes que l'on faisait aux dieux.

La rate est sans altération.

Il en est de même de l'estomac, dont le pylore est dans toute son intégrité.

L'intestin colon est teint de jaune et d'ailleurs dans son état naturel.

L'épiploon est d'une mauvaise couleur, desséché, brisé en partie et sans trace de graisse.

Les deux reins, la vessie et les uretères sont sains.

Le cœur est flasque et comme tabide : le péricarde ne contient pas de sérosité.

Le poumon gauche est tellement adhérent aux côtes jusqu'aux clavicules, qu'on ne peut l'en détacher sans le rompre et le déchirer: sa substance est toute pourrie. Dans l'intérieur du parenchyme, il s'est formé une vomique dont la rupture fournit un amas de pus de très-mauvaise odeur, et en telle quantité qu'il regorgeait par la trachée-artère et avait intercepté la respiration, d'où la mort soudaine du monarque.

Le poumon droit est sans adhérence, plus volumineux qu'à l'état normal et rempli dans sa partie supérieure de mucosités écumeuses qui tenaient beaucoup de la purulence.

Le cerveau est parfaitement sain.

Ont signé : *Médecins présents* : Mazille, Vaterre, Alexis Gaudin, Vigor, Lefevre, S.-Pont, Pietré, Brigard, Lafille, Duret.

Chirurgiens ayant pratiqué l'embaumement : Paré, D'Amboise, Dubois, Portal, Eustache, Dionneau, Lambert, Cointrel, Guillemeau (1). »

(1) Guillemeau. *Œuvres de Chirurgie*, éd. de Rouen, 1647.

Disons en passant que, à part Duret comme médecin, Ambroise Paré et Guillemeau comme chirurgiens, ces dix-neuf médecins et chirurgiens royaux ne nous sont guère connus, même de nom. On voit qu'à cette époque comme aujourd'hui, il y avait place à la faveur.

Quant à Portal, il n'a rien de commun que le nom avec le fondateur de l'Académie de médecine. Il ne nous est connu que par la fameuse saignée faite à Charles IX, qui était bon prince au demeurant : car aujourd'hui il est peu de médecins qui ne seraient évincés d'une maison pour une petite opération aussi malheureuse.

IV

D'après les symptômes observés, d'après l'autopsie, quoique incomplète, nous pouvons établir que Charles IX a succombé à une *maladie des organes pulmonaires*, en partie méconnue par les médecins qui lui donnaient des soins. A gauche, il y avait pneumonie tuberculeuse du sommet avec pleurésie consécutive, collection purulente considérable résultant de la fonte des lobules, ayant comprimé la trachée-artère, les ganglions bronchiques et ayant ainsi occasionné les accès de dyspnée et de suffocation. La présence de la collection purulente explique les accès de fièvre pseudo-intermittente, puis la fièvre hectique.

A droite, la phthisie était moins avancée; les tubercules étaient ramollis dans le sommet du poumon, mais il n'y avait pas de pleurésie. L'augmentation du volume du poumon droit est un des signes de la pneumonie au second degré, pneumonie qui est secondaire à la présence des tubercules.

Quant à *l'état du foie*, le rapport est trop laconique pour satisfaire un médecin quelque peu anatomiste. Cependant on semble autorisé à y voir une des variétés de la dégénérescence amyloïde qu'on rencontre assez fréquemment dans la phthisie pulmonaire. — Y avait-il des traces de syphilis tertiaire dont un contemporain accusait le roi d'être infecté? Nous ne le pensons pas, car le rapport ne signale ni les dépressions, ni les cicatrices caractéristiques. A cette époque on ignorait cette lésion anatomo-pathologique; mais on l'aurait sans doute signalée, sans en comprendre la signification. Que le roi ait eu la syphilis, nous ne le nions pas; mais la suite de la maladie et l'autopsie n'ont rien révélé à ce sujet.

Quant à la *sueur de sang* signalée par d'Aubigné seul, et passée sous silence par tous les médecins et les historiens du temps, nous croyons qu'elle doit se réduire à un *purpura hemorrhagica*. Non pas que les sueurs de sang ou *hématidroses* ne soient pas une affection qu'on observe quelquefois, affection rare, il est vrai, qu'on doit rapporter aux sécrétions morbides et placer, dans les cadres nosologiques, à côté des hydropisies, des flux muqueux, etc.; mais si l'on considère que Charles IX était malade depuis huit grands mois, qu'il y avait de grands désordres dans les organes pulmonaires; si l'on songe à l'influence de la respiration sur la circulation cardiaque et hépatique; si d'un autre côté on se reporte à l'état de flaccidité, de vacuité dans lequel était le cœur et à l'état exsangue du foie, on ne tardera pas à être convaincu qu'il y avait anémie profonde et que ces prétendues sueurs de sang, ne doivent être que des taches de *purpura*, qui n'ont été qu'un épiphénomène et n'ont nullement occasionné la mort du roi.

Paraguay, l'*Ilex paraguariensis*, la *catha* des Arabes, ou *Celastrus edulis*, dont les jeunes pousses, mangées fraîches, produisent également, ainsi que l'atteste Botta (*Arch. du Mus.*, t. II), une excitation agréable et qui persiste quelques heures, appartient, de même que les deux plantes dont il vient d'être question, à la famille des Rhamnées.

Je pourrais, si cette note n'était déjà bien longue, ajouter quelques mots concernant la chaux que l'on associe à la coca comme on l'associe à la noix d'arec dans le *bétel*; cette addition, qui détermine un surcroît d'activité des glandes salivaires, me paraît agir dans le même but. Suivant moi, cette salivation plus abondante, qui se produit comme dans la manducation ordinaire, concourt à produire un effet de même nature que celui qui résulte de l'ingestion des aliments dans l'estomac, c'est-à-dire qu'elle tend, quoique pour une moindre part, à relever les forces de l'individu avant que la réparation qui s'opérera par suite de la digestion de ces aliments ait commencé à s'accomplir.

Puisque j'ai parlé du bétel, qui doit son nom à la feuille dont on enveloppe la chaux et la noix, à la feuille du *Piper betel*, je ferai remarquer que c'est aussi une pipéracée, le *Piper methysticum*, dont la racine sert à préparer la *kava*, boisson excitante en usage dans toute l'Océanie. »

M. ROSTAING adresse une note relative à la préparation de toiles et de papiers au tannin et à l'acide benzoïque, pour les pansements rapides sans linge. (Renvoi à la section de médecine et de chirurgie.)

M. CH. TELLIER adresse une note relative à deux procédés pour la conservation de la viande. Le premier consiste dans l'emploi du froid; le second est fondé sur la dessiccation rationnelle de la viande dans le vide. (Renvoi à la commission nommée pour les questions relatives à l'alimentation.)

M. CH. TELLIER adresse une nouvelle note relative à l'emploi du froid pour les amputations. (Renvoi à la commission précédemment nommée.)

(*Sera continué.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté du chef du pouvoir exécutif, en date du 24 juin 1871, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur:

Au grade de commandeur : MM. Brault et Marmy, médecins principaux de 1re classe.

Au grade d'officier : MM. Ridreau et Lapeyre, médecins-majors de 1re classe; Hanse, Potier-Duplessy, Meurs, Corne et Paulet, médecins principaux de 2e classe; Eynaud et Galand, médecins-majors de 2e classe.

Au grade de chevalier : MM. Judée, Waterloot, Bouland et Delarge, médecins-majors de 2e classe; Sénut, Michel, Faucon, Bablon, aides-majors de 1re classe; Nogier, Papillon, Dormier, Laurent, Babaud, Mabbour, Dengler(Jacques), Czernicki, aides-majors de 2e classe; Rebuffat et Marcailhon, pharmaciens-majors de 2e classe, et Saintives, aide-vétérinaire.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. Joulin, agrégé près la Faculté de médecine de Paris, est chargé, pendant le second semestre de l'année scolaire 1870-1871, du cours des élèves sages-femmes à l'hôpital des Cliniques de ladite Faculté.

— *École de pharmacie de Paris.* — M. Lecanu, professeur de pharmacie à l'école supérieure de pharmacie de Paris, est autorisé à se faire suppléer, jusqu'à la fin de l'année classique 1870-71, par M. Baudrimont, agrégé près ledit établissement.

— M. le docteur Fano, professeur agrégé libre à la Faculté de médecine de Paris, a repris ses conférences sur l'*oculistique* et la *chirurgie*, à sa clinique particulière, rue Séguier, 14, tous les jours à midi.

— M. Marc Raffin, 5, rue de Rougemont, offre, en province, une excellente position à un docteur, ancien interne des hôpitaux. — S'adresser à lui directement.

— L'Établissement d'hydrothérapie d'Auxerre à vendre, par suite du décès du docteur Fontaine, directeur de l'Établissement.

S'adresser à Mme Ve Fontaine, rue Française, 4, Auxerre.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments ou autres objets).

Des altérations de l'œil dans l'albuminurie et le diabète, par M. le docteur MOHAMMED OFF, professeur-adjoint d'ophthalmologie à l'École de médecine du Caire. In-8° avec planches en chromolithographie. — Prix : 4 fr. 50.

Revue photographique des hôpitaux de Paris. Bulletin médical publié par A. de Montméja et Bourneville; numéros de septembre et octobre 1870, avec 4 photographies. — Prix des deux numéros : 4 fr.

Étude sur les affections glaucomateuses de l'œil, par M. le docteur MOHAMMED, émir, ancien médecin de l'intendance sanitaire d'Égypte. In-8. — Prix : 4 fr.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

SOMMAIRE. — Pourriture d'hôpital; traitement de cette affection par le camphre en poudre (M. Netter). — Documents pour servir à l'histoire du mouvement scientifique pendant le siége de Paris. — Nouvelles. — Bulletin bibliographique.

Paris, le 3 juillet 1871.

POURRITURE D'HOPITAL

TRAITEMENT DE CETTE AFFECTION PAR LE CAMPHRE EN POUDRE (1)

III

Chargé pendant la guerre de missions médicales dans diverses localités de la Bretagne, l'une d'elles m'amène, dans les premiers jours de novembre, à Saint-Malo. A l'hôpital, on me montra un vénérien qui avait un affreux ulcère à la partie supérieure de la cuisse droite, à la face interne, tout en haut, juste dans l'interstice de la cuisse et des bourses qu'il fallait écarter pour l'examen. Il y avait là un trou profond, rempli d'une matière grisâtre; c'était hideux. Naturellement je fis part au médecin, M. le docteur Saurre, des succès que j'avais obtenus avec la poudre de camphre et dans le phagédénisme des chancres, et tout récemment à Rennes, dans le fait relaté de pourriture d'hôpital. Mon confrère me promit d'employer le remède.

A une quinzaine de jours de là, le 23 du même mois, je reviens à Saint-Malo, et je trouve le malade dans un état désespéré, l'ulcère ayant pris des proportions énormes et la cachexie étant arrivée au marasme. Je m'enquis de ce qui avait été fait et voici qu'au lieu de camphre pur on avait employé une poudre complexe de camphre, de quinquina et de charbon, sans compter toutes sortes d'autres additions. Ce n'est pas cela, dis-je à M. Léon Vaillant, chargé présentement et depuis quelques jours seulement du service; il faut du camphre pur, rien que de la poudre de camphre. Mon nouveau confrère en bourra dès lors l'énorme trou. Nous étions au 24 novembre, et le mois n'était pas écoulé que déjà une amélioration était constatée, prélude d'une guérison ultérieure.

Voici l'observation fournie par M. Léon Vaillant, et que je ferai suivre de quelques remarques.

Ulcère phagédénique étendu, — traitement par le camphre.

Le nommé C... (Léopold), soldat au 1er régiment de ligne, âgé de 28 ans, a été atteint vers la fin d'août 1870, d'un chancre pour lequel il entra à l'hôpital des Invalides, à Paris. Evacué immédiatement sur l'hôpital militaire de Rennes, il était envoyé au bout de peu de jours à l'Hôtel-Dieu de Saint Malo où il entra le 18 septembre.

Le 11 novembre, époque à laquelle le service de chirurgie à ce dernier hôpital me fut confié, on peut constater que le chancre siégeait sur le frein du prépuce; il a dû prendre rapidement, au dire du malade, le caractère phagédénique; le traitement institué par le docteur Bottrel, à la fin de septembre, a consisté en deux cautérisations à la pâte de Vienne, l'application de jus de citron et plus tard le pansement simple au vin aromatique. Ces moyens amenèrent la guérison locale ; toutefois la position de l'ouverture efférente de l'urèthre se trouva modifiée, le méat urinaire étant remplacé maintenant par une perforation à la base et à la partie inférieure du gland, véritable hypospadias.

En outre, à Rennes d'abord, puis à Saint-Malo, des préparations mercurielles, la liqueur de van Swieten probablement, ont été administrées, mais il est impossible de pouvoir préciser ni les doses, ni le temps pendant lequel a duré ce traitement. Aujourd'hui ce malade est amaigri, une syphilide squammeuse couvre tout le corps, abondante surtout sur la face et les membres, la langue est sèche, l'appétit faible, tout indique un état cachectique voisin du marasme. Les désordres locaux du côté de la verge ont cessé, mais sur le côté interne et supérieur de la cuisse droite, vers le point où pouvait exister un contact avec le chancre primitif, on voit une ulcération du diamètre d'une pièce de deux francs environ; cette ulcération, suivant le récit du malade, est apparue vers la fin d'octobre; elle était alors beaucoup plus petite et avait été pansée au vin aromatique, ce qui ne put enrayer ses progrès; elle est couverte d'un enduit grisâtre très-adhérent.

Tel est l'historique de cette maladie suivant les renseignements qui ont pu être recueillis par l'interne de service, M. Pouget, et moi-même.

Le traitement institué par M. le docteur Saurre, qui m'avait précédé dans le service est continué : pansement de l'ulcère au camphre, à la poudre de quinquina et l'alcool, appliqués dans l'ordre indiqué, 30 grammes de sirop d'iodure de fer, la demi-portion d'aliment et le quart de vin. L'état général avait fait suspendre toute médication spécifique.

Le 13 *novembre*, la plaie de la cuisse ayant fait de nouveaux progrès, on essaye de la pommade au précipité blanc, et, *jusqu'au* 22, ce traitement alterne irrégulièrement avec le pansement au quinquina.

A cette époque (22 novembre), l'état du malade est devenu de plus en plus mauvais, le sirop d'iodure de fer mal toléré, et je le remplace par une cuillerée (50 grammes) d'iodure de potassium. L'appétit est nul, l'abattement moral très-grand. La plaie de la cuisse a pris des proportions énormes, elle a plus de la largeur de la main ; chaque jour on enlève des fragments de tissus gangrenés, le fond est toujours grisâtre, sanieux, la perte de substance considérable. Je songe à pratiquer une cautérisation au nitrate acide de mercure, lorsque M. Netter me conseille le pansement au camphre exclusivement, comme lui ayant réussi dans un cas analogue. La plaie, nettoyée avec grand soin, est alors littéralement bourrée de camphre, matin et soir, sans autre changement dans le régime.

Le 24, pour mettre le malade dans des conditions d'aération plus convenables, on le change de salle, la pièce dans laquelle il se trouvait étant humide et sombre. Le traitement au camphre est continué, la dose d'iodure de potassium est portée à 1 gramme.

Cependant la plaie ne cesse de s'accroître. Elle a pris la forme d'un triangle dont la base large de 8 à 9 centimètres s'étend le long de l'arcade ischio-pubienne, depuis le point d'insertion du droit interne jusqu'à la hauteur de la tubérosité ischiatique en suivant le pli qui limite en haut la face interne de la cuisse et la sépare des bourses et du périnée ; le sommet du triangle atteint au moins la partie moyenne de la cuisse; le bord antérieur est formé par le droit interne, le bord postérieur est irrégulier. Dans la vaste dénudation ainsi produite, on aperçoit les muscles à nu, la partie inférieure du grand fessier se voit sur une hauteur d'environ 4 centimètres, et les muscles de la partie interne de la cuisse en arrière du droit interne sur une longueur de près de 15 centimètres. Le tissu cellulaire sphacélé est toujours enlevé en grande abondance; dans le vide laissé au-dessous du grand fessier entre autres, je retire une masse cellulo-graisseuse du volume d'un œuf de poule ; les bords de la plaie sont taillés à pic, la peau est décollée sur un grand nombre de points.

Vers les derniers jours de novembre, on remarque sur certains points de la plaie que les parties paraissaient prendre meilleur aspect; la couleur grise fait place à une teinte rouge ; le tissu cellulaire ne se détache plus comme précédemment. Le malade témoigne du goût pour certains aliments, les œufs en particulier, et son état général se ressent promptement de ces bonnes dispositions. La plaie ne tarde pas, *au commencement de décembre*, à devenir rouge *sur toute son étendue* ; les bords s'affaissent peu à peu, et depuis cette époque l'ulcère a rapidement et régulièrement marché vers sa guérison.

Le traitement pendant tout ce temps n'a cessé d'être le même, c'est-à-dire que l'on a toujours pansé la plaie au camphre exclusivement; à l'intérieur le vin de quinquina a été continué, la dose d'iodure de potassium portée à 1 gramme 50 le 4 décembre ; on a de plus cherché à nourrir le malade aussi fortement que possible ; le 5 décembre il prenait la demi-portion et le 17 les trois quarts.

Aujourd'hui l'état de la plaie ne laisse rien à désirer, elle n'occupe plus que la partie qui formait primitivement la base du triangle, mais sa hauteur est seulement de trois centimètres, dans le point le plus large, sa longueur de cinq centimètres environ, les bords en sont aplatis, les bourgeons charnus de bonne nature qui la remplissent en dépassent un peu le niveau. L'état général est aussi beaucoup plus satisfaisant; la syphilide seule persiste et je compte la combattre par un traitement mercuriel suivi, maintenant que l'état des fonctions paraît le permettre.

Signée : LÉON VAILLANT.

Saint-Malo le 10 Janvier 1871

REMARQUES. — 1° Cette observation prouve tout d'abord qu'il faut bien se garder de compliquer l'application du camphre d'autres agents locaux ; avis à ceux qui ont procédé de cette façon, et il y en a plusieurs.

2° L'effet a ici encore été immédiat, puisque l'amélioration a été constatée vers la fin de novembre, peu de temps conséquemment après le 24, jour où pour la première fois on avait employé le camphre pur.

3° Dans l'observation relatée, il semblerait que pendant les deux ou trois premiers jours de l'application du camphre le mal a progressé, pour ne céder qu'ensuite. Voici sans doute l'explication de cette contradiction insignifiante, du reste, pour la pratique.

Quand la pourriture n'a pas encore été traitée soit par le camphre, soit par tout autre remède, il est impossible de savoir d'abord jusqu'où s'étendent les ravages, la matière pulpeuse fournie par la destruction des tissus masquant les choses. Or, le camphre ayant la propriété de liquéfier la matière pulpeuse et d'en déterminer ainsi l'écoulement, il s'ensuit nécessairement que la plaie pourra être mesurée alors seulement dans toutes ses dimensions, et si celles-ci apparaissent d'un jour à l'autre considérables, on peut prendre le change et croire à un progrès du mal, tandis qu'il y a seulement un nettoyage rendant toutes choses visibles. Relisez l'observation et vous verrez que, dans les premiers jours du traitement, la matière pulpeuse a perdu sa consistance, si bien que le chirurgien a pu d'un coup extraire de la profondeur une masse cellulo-graisseuse du volume d'un œuf de poule, et c'est alors seulement que là les muscles ont pu devenir visibles.

4° Enfin, cette observation prouve à elle seule la grande ressemblance anatomo-pathologique qui existe entre la pourriture d'hôpital et le phagédénisme des chancres, au point que l'on est réduit à se demander ce qu'il en a été ici.

A. NETTER.

(1) Suite. — Voir les numéros des 2 et 4 mars 1871.

DOCUMENTS

POUR SERVIR A L'HISTOIRE DU MOUVEMENT SCIENTIFIQUE PENDANT LE SIÉGE DE PARIS (1).

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 5 décembre 1870.—Présidence de M. LIOUVILLE.

(Suite et fin.)

Chimie industrielle. — M. ALF. RICHE présente une *Note sur la préparation de l'osséine et de la gélatine.*

Depuis le jour où M. Dumas a entretenu l'Académie de l'utilité que présenterait, au point de vue de l'alimentation, le parenchyme des os, et où il conseillait d'en entreprendre en grand la préparation, il s'est ouvert trois usines pour la fabrication de cette matière, avec les os de bœuf, de mouton et de cheval. J'ai pensé qu'il ne serait peut-être pas inutile de publier quelques expériences que j'ai faites sur l'osséine qu'on trouve dans le commerce, parce qu'elles répondent à des questions que M. Fremy a posées dans ses intéressantes Communications sur ce sujet.

Il me paraît indispensable de renoncer, une fois l'acidulation des os terminée, à traiter le parenchyme par la chaux, comme cela se pratique dans certaines fabriques, parce qu'il reste, dans l'osséine, de la chaux solide qui n'est pas enlevée ensuite par le lavage à l'eau, en raison de la faible solubilité de cet alcali. En effet, M. Fremy ayant bien voulu me remettre une certaine quantité d'osséine préparée et purifiée par cette méthode, j'ai reconnu que, jetée dans l'eau froide, elle donne au bout de peu de temps un liquide qui bleuit le tournesol, et que si, après avoir enlevé cette eau, on fait cuire l'osséine, on obtient un bouillon gélatineux fortement alcalin.

Ce premier essai m'a expliqué pourquoi je trouvais à la gélatine préparée avec cette matière une saveur âcre, tandis que l'osséine obtenue à Javel par M. Léon Thomas n'offre rien de semblable.

J'ai soumis au grillage des poids égaux d'osséine purifiée au carbonate de soude et à la chaux. Tandis que la première ne donne que 6 à 8 millièmes d'un minéral qui est insoluble dans l'eau, la seconde fournit jusqu'à 5 pour 100 d'une substance dont la chaux libre constitue une partie notable. Cette différence m'a fait comprendre comment il se fait que l'osséine de M. Thomas s'attaque rapidement par l'eau, et que l'osséine de M. Bonneville résiste longtemps à son action.

Dans une réunion de la Société Chimique, on a objecté, contre l'emploi de l'osséine, que cette matière renferme du phosphate de chaux à haute dose, lequel pourrait ne pas être sans inconvénient. L'analyse précédente, en montrant que l'osséine bien préparée ne contient que quelques millièmes de phosphates, répond à cette objection. Si du phosphate de chaux, à dose minime, peut être considéré comme sans danger ou même comme utile à l'économie, il ne saurait en être de même pour les quantités de chaux libre signalées plus haut. C'est pourquoi l'on doit, d'une part, renoncer à la purification par la chaux telle qu'on l'exécute dans certaines fabriques, et, d'autre part, débarrasser de cette chaux l'osséine préparée par ce moyen, qui est la plus commune aujourd'hui. On y arrivera facilement en remplaçant la macération à l'eau froide par une macération avec de l'eau vinaigrée, que l'on fera suivre, après un contact de huit à dix heures, par cinq ou six lavages à l'eau pure. Comme le public ne peut pas distinguer, à l'aspect, cette osséine calcaire de l'osséine ordinaire, le mieux serait de faire toujours cette préparation préalable qui est peu dispendieuse et d'une exécution très-simple.

La recommandation d'employer à la fabrication de l'osséine les os durs est excellente. Néanmoins, ils offrent l'inconvénient d'exiger un sciage préalable, c'est-à-dire l'emploi d'une force motrice dont on doit être avare en ce moment. S'ils ne sont pas réduits en lames, la surface est désagrégée avant que l'acide ait pénétré dans le centre, et il faut forcer la dose d'acide, surtout par les temps froids : toutes choses qui augmentent les frais et diminuent le rendement.

(1) Suite. — Voir le dernier numéro.

La pratique a montré que les os de tête, les côtes, les vertèbres, les cornillons se prêtent aisément à la fabrication. Il faut, il est vrai, les dégraisser avec soin, mais aujourd'hui que les graisses de bouche sont rares, divers industriels, et notamment MM. Arlot et Cie, traitent préalablement tous les os pour en retirer les corps gras. Ceux-ci se vendent depuis plus d'un mois aux halles, soit à l'état de liberté, soit associés les uns aux autres; car on a observé que les graisses de cheval, mêlées aux graisses de bœuf et de mouton, ont le double avantage de rendre celles-ci plus fluides, et de leur communiquer une odeur douce qui a quelque analogie avec celle de la graisse d'oie.

M. Payen, dans une Communication très-intéressante au Conseil de Salubrité a fait justice de cette opinion qui s'était répandue, que les os de cheval ne se prêtent pas à l'extraction de la gélatine; M. Thomas et M. Duchêne en fabriquent de grandes quantités depuis une quinzaine de jours et n'ont rien observé qui justifie cette assertion.

Chimie industrielle. — M. J. CASTHELAZ par l'intermédiaire de M. Balard présente une *Note sur un procédé de purification des suifs bruts du commerce.*

L'intérêt que présentent dans ce moment les questions relatives à l'alimentation me déterminent à soumettre à l'Académie un procédé économique pour la purification des suifs bruts du commerce.

Les suifs, dit de cretons, provenant de la fusion des suifs en branches, contiennent des produits de fermentation et de décomposition de matières animales mal séparées lors de la fabrication, de l'acide hircique et des produits d'oxydation des corps gras entrant dans leur composition.

Les suifs, dits à l'acide, obtenus en traitant les suifs en branches par l'acide sulfurique, pour décomposer les matières animales étrangères, contiennent des acides sulfogras, des acides gras et, comme les précédents, des produits de décomposition ou d'oxydation des corps gras.

L'odeur infecte qui accompagne toujours les suifs de commerce, variable suivant leur provenance, leur âge, ou les soins de fabrication, les rend impropres à l'alimentation. Les acides minéraux ou organiques étrangers, les acides sulfogras et gras, les corps gras oxydés que contiennent toujours les suifs en rendent l'emploi répugnant et même nuisible. Dans ces conditions, en raison du siége, en présence des quantités considérables de suifs qui se trouvent dans Paris, il devenait intéressant d'en extraire la partie saine, c'est-à-dire les corps gras non altérés, pour les utiliser à l'alimentation si le besoin s'en fait sentir.

Après des essais infructueux, en suivant, il est vrai, les voies tracées déjà, lavages à l'eau, traitements à l'acide sulfurique, au bichromate de potasse, au chlore même (utilisé bien à tort, puisqu'il donne facilement naissance à des produits gras chlorés), fusion, ébullition, filtration, etc., je suis arrivé à un procédé plus rationnel, économique en même temps qu'industriel. Il est fondé sur la saturation ou la dissolution des acides minéraux ou organiques étrangers, des acides sulfogras ou gras par le carbonate ou bicarbonate de soude et sur l'émulsion des corps gras oxydés qui est plus facile et plus persistante que celle des corps gras neutres.

Ce procédé consiste à émulsionner les suifs dans une solution faible de cristaux de soude, à séparer par l'eau, à laver les corps gras et à répéter deux ou trois fois cette opération suivant la qualité et l'analyse des suifs mis en travail.

Le premier traitement se fait ainsi : prendre 100 parties de suif brut, 100 parties d'eau à l'ébullition, de manière à obtenir la liquéfaction du suif; verser 4 parties de carbonate de soude cristallisé, dissous dans 20 parties d'eau; opérer à une température supérieure au point de fusion du suif; agiter jusqu'à émulsion complète; porter à l'ébullition. On ajoute 400 parties d'eau en continuant l'agitation. On laisse déposer; on siphone les eaux qui se trouvent à la partie inférieure du vase; on recueille les corps gras qui surnagent : comme ils contiennent encore du carbonate sodique, on ajoute 100 parties d'eau; on les émulsionne de nouveau et on les relave avec 400 parties d'eau à l'ébullition. Les meilleurs suifs doivent être traités ainsi deux fois au moins, et la plupart des suifs du commerce trois fois.

Pour les seconds traitements, les proportions du carbonate de soude employé varient de 4 à 2 pour 100; pour les troisièmes, elles sont moindres et varient de 3 à 2 pour 100.

L'opération se continue, soit par un simple lavage à l'eau, soit par un lavage avec de l'eau contenant 1 pour 100 d'acide chlorhydrique et un nouveau lavage pour enlever les dernières traces de sel sodique ou d'acide.

Tous les lavages doivent être faits à l'eau chaude, et les liquides maintenus à l'ébullition pendant un quart d'heure ou une demi-heure. Cette ébullition est utile pour entraîner certains produits volatils acides, salins ou basiques. Les eaux du premier traitement entraînent la majeure partie des acides étrangers, des acides sulfogras et gras; il est facile de s'en convaincre en saturant le sel sodique par quelques gouttes d'acide sulfurique; il se dégage une odeur très-désagréable d'acide hircique, de graisses rances, tout à fait caractéristique.

L'application industrielle de ce procédé est très-simple : des cuves en bois munies d'agitateurs mécaniques et chauffées par un barbotage de vapeur, suffisent pour ces traitements. Les précautions à prendre sont les suivantes :

Pour éviter les sels gras calcaires, il vaut mieux employer de l'eau distillée provenant des générateurs ou des vapeurs perdues; à défaut, des eaux dont on a précipité les sels de chaux par le carbonate de soude.

Il faut réunir les eaux de réaction des cristaux de soude sur les suifs, les saturer par l'acide chlorhydrique ou sulfurique, et recueillir ainsi les acides gras dissous ou les corps gras entraînés. Ces produits peuvent servir soit pour la savonnerie, soit pour la fabrication de l'acide stéarique.

Les pertes sont insignifiantes, puisque les suifs ont été dédoublés en acides gras de qualité inférieure, très-odorants, mais utilisables, et en corps gras neutres assez purs pour être admis dans l'alimentation.

Les corps gras ainsi purifiés ont perdu l'odeur rance et désagréable du suif, et s'ils conservent encore une légère odeur de graisse, cette odeur disparaît à la cuisson. La meilleure manière de les employer, c'est de les utiliser en friture pour pommes de terre, beef-steaks, horse-steaks ou autres viandes ou aliments cuits à la poêle.

Bien des suifs simplement chauffés et fondus, contenant des acides gras libres ou d'autres impuretés, sont vendus à prix élevé sous le nom de graisses de bœuf. Si les acides gras les rendent nuisibles, il importe d'en reconnaître facilement la qualité, et, en suivant un procédé d'essai conforme à mon mode de purification arrêté au premier traitement, l'examen seul des eaux peut donner en peu d'instants une indication suffisante de la qualité de ces graisses.

M. BUSSY, à l'occasion de la communication qui précède, croit devoir rappeler que depuis longtemps M. Evrard, chimiste à Douai, a proposé d'employer les solutions alcalines faibles à la purification du suif. Une fonderie de suif en branches a fonctionné d'après ce procédé pendant plusieurs années, à Paris, et produisait un suif d'une blancheur et d'une pureté exceptionnelles, dépourvu de l'odeur que répand le suif préparé par les moyens ordinaires.

M. PAYEN cite, à l'appui des indications données par M. Bussy, les faits dont il a été lui-même témoin, et qui établissent clairement les droits de priorité de M. Evrard sur le procédé d'épuration des suifs dont il vient d'être question.

Cet habile et inventif chimiste, manufacturier dans l'usine qu'il avait fondée à Douai, et dont M. Payen a suivi avec intérêt, pendant toute une journée, les opérations parfaitement combinées, s'était proposé le double but qu'il eut atteindre d'extraire directement les matières grasses, tout en les épurant, des tissus adipeux des bœufs et des moutons.

Ces tissus bruts, dit *suif en branches*, tels qu'ils arrivaient des abattoirs, étaient placés dans une chaudière à double fond troué, à demi pleine d'une faible solution aqueuse de soude caustique.

Le degré du liquide alcalin était réglé de telle façon que la partie la moins résistante des membranes adipeuses se trouvait seule attaquée, ces membranes ainsi criblées de minimes ouvertures devenaient perméables; dès lors en exerçant, par un simple mécanisme et à l'aide d'un deuxième faux-fond mobile troué, une pression graduée convenablement, on facilitait l'issue de la matière grasse fluide au travers des membranes; amenant le liquide gras surnageant au niveau d'un robinet spécial, la décantation s'effectuait très-facilement dans une troisième chaudière inférieure de dépôt.

Quant au liquide alcalin contenant la portion des substances azotées dissoutes, l'inventeur se proposait de les utiliser en irrigations fécondentes; mais d'abord, afin de démontrer par le fait même que son procédé épurait réellement les matières grasses, il effectuait la saturation de la solution alcaline, et parvenait ainsi sans peine à mettre en liberté des acides gras, fixes et volatils qui, soigneusement recueillis, offraient des produits odorants rappelant l'odeur spéciale des suifs de bœufs ou de moutons, suivant que les tissus adipeux traités provenaient de l'une ou de l'autre de ces espèces animales : ces acides gras étaient utilisés dans la fabrication des savons communs.

Les matières grasses ainsi épurées pouvaient dès lors être substituées pour divers usages économiques, soit de la pharmacie ou de la parfumerie, à la graisse de veau naturellement exempte d'odeur désagréable, et à laquelle, jusqu'à un certain point, elle était comparable.

M. Payen ajoute, en terminant, que le procédé de M. Evrard se trouve décrit dans plusieurs éditions de la *Chimie industrielle*, notamment dans la cinquième.

M. BALARD, en remerciant MM. Bussy et Payen de leurs observations, répond que le procédé de M. Evrard, qu'il regrette de ne plus voir employer aujourd'hui comme il l'a été dans le temps, lui était bien connu; mais que le traitement par les alcalis caustiques imaginé par cet industriel avait surtout en vue l'action de cet agent sur la membrane, de manière à rendre l'écoulement du suif plus facile. C'était, en réalité, un procédé perfectionné de fonte de suif, et l'on peut dire qu'il donnait ce produit d'une qualité meilleure par *surérogation*. La méthode que conseille M. Casthelaz en se contentant de carbonate de soude, au lieu de soude caustique, pour l'épuration d'un suif déjà extrait, conservé depuis longtemps, et altéré dans son odeur et son goût par tant de causes, lui paraît être peu distincte dans son mode d'exécution et dans son but, de celle de M. Evrard. Dans tous les cas, il importe de rappeler tout ce qui concerne ces questions, au moment où des quantités considérables de ces suifs, extraits depuis longtemps et destinés à d'autres usages, peuvent devenir nécessaires pour l'usage culinaire, et augmenter ainsi nos ressources en une nature d'aliment qui peut en faire consommer d'autres existant à Paris en plus grande abondance.

La séance est levée à quatre heures et demie.

XI. **Les femmes pendant le siége de Paris.** — C'est un éloge à faire des Parisiens, qu'ils remplissent leurs devoirs patriotiques simplement, sans emphase. Aucun d'eux ne se dit qu'il est un héros et n'est à lui-même un objet d'admiration parce qu'il passe des nuits aux remparts, ou, s'il fait partie des compagnies de guerre, aux avant-postes, par la gelée ou la neige, ou parce que, lui qu'on disait Athénien, il se réduit maintenant, ou peu s'en faut, au brouet noir des Spartiates. Chacun se conforme de son mieux à son sort d'assiégé et accepte délibérément les fatigues et les sacrifices imposés par le siége. Nous avons plaisir à le constater, parce que la simplicité dans l'accomplissement du devoir est le signe le plus certain des mâles résolutions.

Ajoutons qu'il y a toute une moitié de la population parisienne dont on peut faire tout particulièrement cet éloge, qu'elle accomplit son devoir simplement. Nous voulons parler des femmes. Beaucoup d'entre elles ont refusé de quitter leurs maris et ont préféré braver avec eux les rigueurs et les périls du siége, se contentant d'envoyer leurs enfants en province ou à l'étranger, et sacrifiant ainsi leur tendresse de mères à leurs devoirs d'épouses et de citoyennes. Ah! ce ne sont pas des bouches inutiles. D'abord on n'en rencontre pas qui ne soient patriotes et prêtes aux sacrifices en vue de la défense. Elles soutiennent donc notre patriotisme et le rendent plus facile en s'y associant. Et puis elles se réunissent et mettent leur activité en commun pour fonder, alimenter des œuvres de bienfaisance, ambulances, fourneaux économiques, ateliers de travail, etc., sans compter que chacune en particulier vient en aide aux misères privées qu'elle découvre autour d'elle. Combien n'en pourrait-on citer qui y déploient un zèle inépuisable! Elles font beaucoup de besogne et peu de bruit. Mais il faut surtout rendre justice aux femmes du peuple et à toutes les femmes qui, par suite du siége, n'ont plus guère leurs moyens d'existence habituels. Plus malheureuses en général que les hommes, supportant des privations plus grandes, n'ayant pas, comme eux, pour se distraire, les occupations militaires ou politiques, exposées à la faim et au froid, qui les entend se plaindre? Nous les avons vues se morfondre en des stations interminables à la porte des bouchers; nous les voyons chercher partout du travail, accepter avec joie et reconnaissance le peu qu'elles en trouvent, quand elles en trouvent, pour un salaire bien léger qui leur profitera moins à elles-mêmes qu'aux enfants qui sont au logis. Si elles ne trouvent pas de travail, elles ne se lassent pas d'en aller chercher de nouveau le lendemain. Elles souffrent avec patience, et souffriront encore sans désirer que la capitulation de Paris mette fin à leurs misères. Si donc les Parisiens méritent d'être loués, d'autre part les Parisiennes de toute classe, par le patriotisme, l'activité bienfaisante ou la résignation courageuse, aussi bien que par l'intelligence et les qualités délicates, se montrent dignes du beau nom de Françaises. EUG. YUNG. (*Débats.*)

XII. **Académie de médecine.** — L'Académie tient séance.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 6 décembre 1870. — Présidence de M. DENONVILLIERS.

CORRESPONDANCE.

La correspondance comprend une lettre de MM. Tarnier et Byasson, accompagnant l'envoi d'un pli cacheté relatif à un nouveau procédé de conservation du pain. — Le dépôt du pli est accepté.

PRÉSENTATIONS.

M. REGNAULT présente, au nom de M. Soubeyran, un ouvrage sur les produits de la matière médicale dans les différents pays du globe.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur l'action physiologique et les effets thérapeutiques des préparations arsenicales.

DISCUSSION.

M. BÉHIER. Messieurs, j'ai presque honte de prendre la parole aujourd'hui et de chercher à fixer l'attention de l'Académie dans un moment où les préoccupations les plus graves obsèdent nos esprits, dans un moment où le cœur de tout un chacun bat des espérances les plus patriotiques. Nous ne sommes pas dans une de ces situations où l'on puisse dire : *cedant arma scientiæ*, et la question de l'action thérapeutique de l'arsenic est bien petite si on la compare aux questions qui se traitent à coups de canon. Heureusement, les termes qu'elle comporte, les arguments qu'elle voit développer coûtent moins de sang et de larmes.

Eh bien, si petite que soit cette question de l'arsenic, ce n'est pas d'elle, à vrai dire, que je veux entretenir la Compagnie aujourd'hui. Je ne pourrais rien apporter de plus que ce qui a été dit, et je n'ai pas sur ce sujet d'études spéciales à communiquer à l'Académie.

Non! je veux seulement vous demander la permission d'examiner quelques-unes des assertions émises, quelques-unes des doctrines énoncées dans la discussion, et voir si les faits avancés comme soutiens de ces assertions et de ces doctrines générales servent et consolident bien les propositions qu'on s'est chargé de les étayer.

Mon savant collègue et ami M. Sée, dans ses arguments, a, chemin faisant, parlé de ce qu'il appelle la clinique avec un certain degré d'estime... restreinte; il a un peu malmené ceux qu'il a appelés des cliniciens, et cela au nom d'une méthode peu endurante, paraît-il, qu'il a désignée sous le nom de l'expérimentation.

Je ne me souviens plus du nom de celui qui a dit que les mots sont faits pour représenter les idées; mais assurément cet aphorisme (comme beaucoup d'autres aphorismes, même ceux qui sont abrités sous le nom d'Hippocrate) n'est pas d'une vérité absolue, car, à n'en pas douter, le mot clinique n'a pas pour tout le monde la même signification, et je ne crois pas avoir sur la chose qu'il représente la même manière de voir que celle, par exemple, que semble avoir adoptée mon excellent ami M. Sée. La différence serait peut-être plus apparente que réelle si nous nous trouvions tous deux chacun d'un côté du lit d'un même malade; car, sur ce terrain pratique, bien des nuances disparaissent, bien des dissemblances s'effacent; mais, à ne prendre que son argumentation, il y a des divergences d'opinion que je crois devoir faire ressortir. Bien entendu, nous sommes tous deux parfaitement libres dans nos manières de voir, et, bien entendu aussi, rien dans cette discussion ne s'adressera à sa personne, que j'ai en grande considération et amitié. Dans la science, il ne doit jamais y avoir en cause que les idées, qui doivent toujours rester impersonnelles.

Pour établir d'une façon plus nette et plus précise la différence de nos manières de voir sur la façon dont il faut envisager la clinique, et, pour apprécier plus rigoureusement la valeur des reproches qu'il a adressés à ceux qu'il appelle les cliniciens, il me permettra d'examiner à titre d'exemples quelques passages de ses deux discours; ce procédé rendra la discussion moins vague et plus restreinte.

« On a discuté (a-t-il dit dans sa réponse à notre savant collègue M. Gubler), on a discuté la question de savoir si l'arsenic est un excitant ou un hyposthénisant, et l'on a invoqué les faits d'observation clinique contre les faits d'expérimentation. En vérité, quand on voit des cliniciens de la valeur de Trousseau et de Graves conclure à l'action excitante de l'arsenic d'après l'augmentation de la coloration de la peau du visage, tandis que le thermomètre placé sous l'aisselle et introduit dans le rectum montre une diminution de la température normale, on se demande si les prétentions de la clinique à l'infaillibilité sont bien fondées et si, dans l'espèce, l'analyse chimique n'est pas plus dans le vrai en expliquant le fait de la

diminution de la température animale par la diminution des combustions organiques. »

D'abord, que mon honorable collègue me permette de le confesser, je n'ai pu trouver le passage de Graves dans lequel il signale parmi les effets de l'administration de l'arsenic la rougeur de la face. Il indique, à propos de l'emploi de l'arsenic comme moyen de traitement du psoriasis, la lourdeur de tête et des troubles du côté de l'estomac parmi les conséquences de l'excès d'action de ce médicament; mais de la rougeur de la face il n'en dit rien. Cela, au reste, a peu d'importance; mais Trousseau, voire même Graves, quand ils ont donné la rougeur de la face comme un signe d'excitation, n'auraient, à vrai dire, fait autre chose qu'appliquer aux faits observés la physiologie ayant cours au moment où ils écrivaient. A ce moment, qui disait activité circulatoire disait excitation; les deux termes étaient tout à fait corrélatifs. Qui sait? on trouverait même peut-être encore des gens qui diraient que l'activité circulatoire est réellement le premier terme de l'excitation; mais ce sont peut-être des entêtés : nous allons voir.

Cette rougeur de la face est un fait que l'observation clinique a permis de constater. Je pourrais bien, en cherchant dans ma mémoire, trouver des exemples dans lesquels une rougeur très-vive a été causée sur les membres inférieurs aussi bien que sur les membres supérieurs par l'administration des préparations arsénicales. Telles sont des observations de pityriasis rubra généralisé dans lesquelles l'usage de ces préparations a été suivi d'une exagération de rougeur universelle; mais je laisse ce point de constestation, et j'accepte que la rougeur soit limitée aux membres supérieurs. M. Sée est ici d'accord avec les cliniciens; mais vienne l'explication, alors la difficulté commence, parce qu'il n'y a pas, à vrai dire, d'explication véritablement explicative.

Le thermomètre, dit M. Sée, placé dans l'aisselle ou dans le rectum, marque un abaissement de température; donc il n'y a pas excitation. S'il est bien établi, ce fait de l'abaissement de la température rectale peut être accepté comme fait; mais prouve-t-il que la rougeur de la face ne soit pas le fait d'une excitation localisée? Non, assurément! D'abord elle peut être localisée, et la chose est simple, car M. Cl. Bernard nous a clairement démontré que les divers départements vasculaires pouvaient être individuellement modifiés. M. Sée lui-même nous a montré que cela pouvait être ainsi et que certains autres médicaments exerçaient aussi une action élective sur certains départements de vaisseaux. Maintenant, est-ce de l'excitation, c'est-à-dire une augmentation de tonicité prouvée par une contractilité exagérée? Comment ne le croirais-je pas quand je vois notre savant collègue nous montrer parmi les causes de cette action de l'arsenic sur les vaisseaux des parties supérieures que les capillaires « des parties supérieures du corps, particulièrement de la face et du cerveau, possèdent une structure musculaire plus parfaite que ceux des parties inférieures; ils jouissent de plus de contractilité.... » Rien donc n'est plus simple que de croire que cette rougeur de la face est le résultat d'une excitation, et Trousseau, voire même Graves, n'étaient pas si coupables; car s'il peut, comme le prouvent les citations ci-dessus empruntées à M. Sée, exister une rougeur localisée, cette rougeur peut être le résultat d'une contractilité exagérée. Or, ces phénomènes ainsi localisés peuvent bien exister sans influencer le thermomètre placé dans le rectum, car ce thermomètre ne traduit que la généralisation des phénomènes d'excitation qui constituent, entre autres choses, la fièvre. Quant à admettre que la rougeur qui est observée soit le résultat d'une dilatation liée à une contraction active, je ne crois pas qu'on puisse accepter que tel est en effet le mécanisme de cette dilatation, et MM. Legros et Onimus n'ont pas établi des faits semblables dans leur travail. Ils ont voulu surtout prouver que les artérioles sont douées d'un mouvement de contractilité péristaltique qui fait cheminer le sang et les distend de proche en proche; mais M. Schiff seul a admis une dilatation active que l'on s'accorde à rejeter. Les opinions de MM. Legros et Onimus n'ont donc pas été soutenues pour interpréter des faits analogues à celui qui est en litige en ce moment.

Quant à moi, je me borne, en présence de l'effet de l'arsenic, à dire que, sous l'influence de cet agent, il se produit une rougeur de la face, indice d'un abord plus considérable du sang vers ces parties. Sans rien nier d'ailleurs pour l'avenir, je m'arrête là. Et si je m'arrête ainsi ce n'est pas par paresse d'esprit, je vous assure, c'est que bien sincèrement je ne vois rien de bien établi au delà du seul fait, rien de précis et de rigoureux, rien de démontré quant aux explications qu'on présente.

Et puis, quand je me dis qu'il y a un afflux plus considérable du sang vers ces parties, je ne puis m'empêcher de faire un retour sur moi-même et de me dire à part moi ce que je peux bien vous dire tout haut : S'il y abord plus considérable du sang dans un aussi grand département vasculaire, je me sens invinciblement porté à admettre que dans toute cette étendue de l'économie les actions organiques doivent être plus vives et notablement exagérées, car M. Claude Bernard nous a appris, dans sa belle expérience sur la glande sublinguale, que la dilatation des vaisseaux d'une partie était un fait corrélatif avec l'activité fonctionnelle de cette partie. Alors je me sens gêné pour accepter que l'arsenic ait les propriétés désoxydantes que lui assigne notre savant collègue de par le thermomètre, quand en même temps cette substance a pour effet de produire la dilatation et l'afflux sanguin dans un grand département vasculaire, dilatation et afflux qui doivent avoir pour effet une exagération des combustions organiques. Ainsi placé entre deux assertions opposées, formulées toutes deux au nom de l'expérimentation, je me trouve dans un grand embarras, dans une incertitude considérable, et je ne me crois pas très-coupable, sous le coup de cette incertitude, de penser que si l'infaillibilité de la clinique (infaillibilité qui n'a été proclamée ni *urbi* ni *orbi*) n'est pas bien établie, celle de l'expérimentation, non, je veux dire celle des expérimentateurs, ne l'est guère non plus. Aussi je demande à mon excellent collègue la permission d'attendre encore un peu pour me joindre à lui et pour attaquer de concert, avec véhémence, ces pauvres cliniciens.

Quand j'arrive à tel autre passage de son discours, j'éprouve une incertitude de même sorte et une hésitation complète devant la proposition suivante : « ... Sous l'influence de l'arsenic, les globules se conserveraient mieux, leur combinaison avec l'oxygène serait plus intime : le sang des animaux devient, en effet, plus rouge qu'à l'état normal. » Voilà plusieurs assertions dont j'aurais aimé à connaître la démonstration. Les globules se conservent mieux! Le fait est-il bien établi? Et s'il est établi, par quel procédé l'avez-vous constaté? car je voudrais, je l'avoue, connaître le procédé par lequel vous êtes arrivé au résultat que vous énoncez pour m'édifier sur la réalité de cette conservation et sur la valeur des moyens employés pour la démontrer.

La combinaison des globules avec l'oxygène est plus intime! Comment le prouvez-vous? Est-ce parce que le sang des animaux est plus rouge qu'à l'état normal? Oh! j'ai grand'peine à voir dans cette coloration rutilante du sang une preuve de l'action de l'oxygène. Pourquoi ne suis-je pas convaincu? C'est que si j'ouvre le livre d'un physiologiste éminent dont je puis mettre les opinions en présence de celles de notre collègue, sans blesser en rien M. Sée, M. Claude Bernard, j'y vois (*Substances toniques et médicamenteuses*, p. 192) le passage suivant : « ..... Lorsque le sang a été soumis à l'action de l'oxyde de carbone, les globules paraissent se déformer plus difficilement, se conserver pendant un temps que nous n'avons pas déterminé expérimentalement, mais qui est certainement fort long. Car dans un cas où l'animal avait fait de fortes inspirations d'oxyde de carbone et où le sang était très-rutilant, cette coloration était encore conservée au bout de quinze jours..... Sous l'influence de l'agent que nous étudions, la forme des globules paraît donc subsister plus longtemps intacte : ce qui est changé, ce n'est pas la forme des globules, ce sont leurs propriétés chimiques qui président à l'échange des gaz. Le sang conserve du reste toutes ses apparences; mais il est mort en réalité. »

Comment, maintenant, puis-je admettre que la rougeur rutilante du sang prouve la combinaison plus intime de l'oxygène quand je vois l'oxyde de carbone, qui diffère essentiellement de l'oxygène, produire le même effet en se combinant avec les globules qu'il tue loin de les conserver?

Ici, je me trouve de nouveau dans une grande perplexité et, en voyant un même résultat, la coloration rouge exagérée des globules invoquée d'un côté comme preuve de l'action de l'oxygène, tandis qu'ailleurs cette coloration est rapportée à l'action de l'oxyde de carbone, je ne puis croire encore à l'infaillibilité des données expérimentales présentées et les considérer comme étant très supérieures aux données de la clinique, et beaucoup plus rigoureuses que ces dernières.

Mon honorable collègue, M. Sée, a encore affirmé que, sous l'influence de l'arsenic, le nombre des globules n'était pas augmenté. Oh! ici encore, avant de le croire sur parole, je voudrais qu'il me dît si cette assertion résulte de ses expériences personnelles et comment il a expérimenté. Le nombre des globules est peu facile à constater. Le poids de la masse globulaire peut être recherché par le procédé de MM. Andral et Gavarret; mais le nombre correspond-il bien réellement au poids et même, à l'aide de ce procédé, M. Sée a-t-il reproduit des expériences personnelles? Et je dis personnelles, parce que les circonstances actuelles me mettent en garde contre la véracité de certains auteurs étrangers. J'apprends douloureusement chaque jour à changer la vieille formule du *Fides punica* à dire *Fides germanica*. C'est peut-être une faiblesse; mais, même pour les choses de la science, je me défierai longtemps des opinions transportées d'outre-Rhin, et leur véracité me demeure suspecte. Ce sont donc des opinions et des expériences personnelles à M. Sée qui pourraient seules me faire accepter cette assertion, que l'administration de l'arsenic augmente ou n'augmente pas le nombre de globules du sang. Je lui fais toutes mes excuses de mon incrédulité, mais je suis disciple de saint Thomas, et j'ai besoin qu'on me dise *vide pedes, vide manus*. Oserai-je bien réclamer cela de notre collègue!

Mon Dieu! quand j'ai l'air de me montrer si difficile, si ombrageux, devant ces assertions, ce n'est pas le moins du monde que je résiste à reconnaître l'importance et la valeur générale des découvertes modernes de la physiologie, de la chimie ou de la physique. Bien loin de là! Je sais et je reconnais qu'il y a des faits acquis, grâce à l'expérimentation, lesquels ont jeté une grande lumière sur certains points de la pathologie et ont servi grandement la clinique. J'ai prouvé ailleurs que j'étais prêt à proclamer la vérité de ce fait et à accepter le concours très-large et très-complet de la méthode expérimentale. La démonstration du pouvoir réflexe de la moelle épinière, celle de l'antagonisme des deux ordres de nerfs dans le fonctionnement des organes sécréteurs, l'influence de la dilatation des vaisseaux qui arrivent à une glande sur l'activité sécrétoire de cet organe, l'indépendance d'activité circulatoire des divers départements vasculaires, etc., etc., voilà des faits qu'a établis l'expérimentation physiologique, et, loin de pouvoir être négligés, ils doivent être pris en grande et sérieuse considération, et ils rendent plus compréhensibles certains faits cliniques. Mais tout en étant plein de gratitude envers l'expérimentation de laboratoire pour ce qu'elle a pu me donner d'enseignement, je ne puis m'empêcher, quand je fais, en vue de ces services, le recensement de nos connaissances médicales qui émanent de cette source, de constituer trois parts qui me semblent légitimement établies. Dans la première figurent les données assez rigoureuses pour être mises en œuvre avec une confiance réelle; tels sont les divers résultats que j'énumérais tout à l'heure. Mais malheureusement ils sont encore en bien petit nombre. Dans la seconde catégorie nous ne trouvons plus que des résultats expérimentaux à l'état d'ébauche et qui, pour quelques faits, soulèvent un coin du voile qui obscurcit leur interprétation. Bien plus grand est le nombre des faits médicaux qui restent et constituent la troisième part. Pour ceux-là, l'expérimentation de laboratoire est muette; mais heureusement il reste pour les coordonner, pour les connaître pratiquement, cliniquement, une autre expérimentation qui s'appelle l'observation clinique. Par l'étude quotidienne et attentive elle a constitué à travers les siècles la symptomatologie incessamment perfectionnée depuis les temps hippocratiques jusqu'à nos jours; elle a constitué et développé la somme de nos connaissances anatomo-pathologiques depuis Morgagni jusqu'à nos collègues MM. Vulpian et Charcot. Et on peut dire, sans prétendre à l'infaillibilité, que le stock des connaissances de cet ordre vaut bien en nombre et en importance pratique ce que nous a donné jusqu'ici l'expérimentation du laboratoire. Et je dis plus : sans le secours de cette partie des connaissances cliniques, en s'en tenant aux seules données de la science physiologique, que j'énumérais tout à l'heure, on aurait grand'peine à tenter la curation des maladies. Cette clinique dont je viens de faire ressortir la valeur connaît parfaitement les lacunes qui la déparent. Pour les combler, elle sait qu'il lui faut s'adresser à tous pour la récolte des matériaux nécessaires; mais, pour combler ces lacunes, elle ne veut accepter que des acquisitions sérieuses, que des connaissances capables, comme celles qu'elle a acquises déjà en assez grand nombre, de résister au contrôle du temps et des travaux ultérieurs. Elle n'a pas de parti pris; elle ne dédaigne ni recherches ni travaux; elle est sage parce qu'elle date de loin et qu'elle a la prudence de la maturité. Physiologie, chimie, physique, tout lui est bon, mais elle ne croit pas devoir tout accepter les yeux fermés et sans critique. Et pour légitimer cette conduite, elle a plusieurs motifs. D'abord elle voit que, sur un même sujet, les résultats sont loin d'être identiques pour les mêmes expériences, et il est vrai que, parfois, Hippocrate dise oui où Galien dit non, on peut affirmer que souvent, sur un même point, *Physiologici certant, adhuc sub judice lis est*.

En outre, les opinions sur un même sujet changent en physiologie avec les époques, et, sans être tout à fait vieux, j'ai cependant vu fleurir et mourir des doctrines physiologiques, celles de Broussais, par exemple.

Enfin, s'il faut tout dire, la clinique que je cherche à caractériser a une autre raison de se tenir sur la réserve et de ne pas se courber sous toutes les pressions de l'expérimentation de laboratoire. Loin de penser qu'elle doive se subordonner à ce que lui présente cette expérimentation, c'est elle qui doit apprécier la valeur des données qui lui sont offertes. Elle doit prononcer en cassation, et non pas se soumettre dès la première instance. Si j'étais chargé de souffler à la clinique le langage qu'elle doit, selon moi, tenir à l'expérimentation et aux expérimentateurs, voici à peu près ce qu'elle leur dirait : Oui, je prends en grande considération vos expériences à vous physiologie, chimie et physique; mais si moi, observation clinique, bien calme, bien tolérante, si, dis-je, je ne constate pas très-nettement la valeur démonstrative de vos résultats de laboratoire, je les conserverai à titre de pierres d'attente. Ce sont des matériaux de valeur, puisqu'ils viennent de vous; mais, dans mon édifice, je ne les placerai pas comme pierres définitives quand même et en toute humilité dès que vous me les présenterez. Il faudra qu'il me soit d'abord démontré, après examen sérieux, que, taillés comme vous me les donnez, ces matériaux sont capables de donner à l'édifice solidité aussi bien qu'agrément. Bien souvent vous me parlez au nom de l'hypothèse et de la théorie; votre langage est bien souvent au conditionnel, et non au présent. L'hypothèse et la théorie, je les accepte volontiers, mais comme des moyens de travail, comme des échafaudages. Un maître vénéré en clinique, M. Andral, m'a appris que c'est là le seul rôle des théories d'être essentiellement transitoires et mobiles.

Eh bien! messieurs, s'il faut dire toute ma pensée, j'ai peur que, dans l'étude que nous a présentée sur l'arsenic notre savant collègue, l'échafaudage très-bien fait, très-bien orné, très-séduisant assurément, ne soit trop pris pour un édifice. Un échafaudage si bien fait que cela soit, c'est bien artificiel, cela remue trop facilement, et cela est appelé à trop peu de durée pour servir d'habitation fixe et véritable dans laquelle on puisse rester à l'aise et en sûreté.

Peut-être en est-il un peu ici de la physiologie comme devant moi il en était dernièrement de la chimie à propos de l'alimentation. Un grand savant nous disait l'autre jour, quand nous faisions assez triste mine en voyant la viande disparaître de nos repas : « Mon Dieu, vous pourrez parer à cette lacune en substituant à la viande d'autres substances azotées! » et il nous composait un mets artificiel, véritable représentant chimique en azote, carbone et sels de tous noms de la quantité d'éléments nutritifs nécessaires; 4 pour 100 d'azote par-ci, 3 pour 100 par-là, etc., etc. Mais je l'avoue, en présence de cette science, très-solide sans doute, je me disais, sans la moindre gourmandise, je vous jure, qu'à vrai dire il ne s'agissait pas seulement d'arriver à un chiffre déterminé d'azote ou de carbone, mais que, pour nous nourrir, il fallait encore un peu considérer sous quelle forme ce carbone, cet azote et ces sels seraient offerts à nos pauvres estomacs.

Encore une fois, je n'hésite pas à le reconnaître, la clinique doit se servir de toutes les expérimentations chimiques, physiques, physiologiques; ce sont là de précieuses alliées; mais il ne faut rien exagérer, et telles ne doivent pas être des dominatrices absolues. Toutes ces données expérimentales, la clinique, c'est-à-dire la pathologie mise en action sur l'homme, les manie et les soumet à une expérimentation spéciale, qui est l'observation clinique. Tenant grand compte de la responsabilité morale qui lui incombe à propos de l'objet même de ses études, elle reprend en sous-œuvre tous ces résultats de l'expérimentation, elle les manie et les met en œuvre d'une façon spéciale, elle les subordonne à ses fins, à ses vues, comme l'estomac, quand il fait de la chimie, fait sa chimie particulière, réglée selon des lois complexes, et qui ne sont certainement pas entièrement identiques aux lois qui, au laboratoire, régissent les opérations chimiques, les opérations accomplies dans une simple cornue.

Vous voyez maintenant, messieurs, que ce que j'accepte comme clinique diffère de ce que mon honorable ami, M. Sée, paraît comprendre sous ce nom.

Je demande bien pardon à l'Académie de m'être laissé aller si loin, mais j'avais besoin de dire que je n'acceptais pas comme démontrées certaines assertions de notre collègue, et que je ne croyais pas fondées certaines des critiques qu'il a faites, comme en même temps je repoussais la valeur de certains procédés qu'il préconise pour la constitution des vérités pratiques.

Je prie, en finissant, l'Académie, et même mon honorable collègue M. Sée, d'être bien convaincus que je n'ai, du reste, aucune prétention à l'infaillibilité. *Homo sum*, et je sais trop quelles misères et quelles défaillances ces mots peuvent comporter.

(*A suivre.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Muséum d'histoire naturelle. — M. Schimper, membre correspondant de l'Académie des sciences, professeur de géologie et de

minéralogie à la Faculté des sciences de Strasbourg, est chargé du cours de paléontologie.

M. Marchand (Charles) est nommé préparateur pour l'anatomie comparée.

— *École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Angers.* — M. Farge, professeur de clinique interne à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Angers, est nommé, en outre, directeur de cette école, en remplacement de M. Daviers, décédé.

M. Dezanneau, professeur de physiologie à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Angers, est nommé professeur de clinique externe dans le même établissement, en remplacement de M. Daviers, décédé.

M. Legludic, professeur d'histoire naturelle et matière médicale à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Angers, est nommé professeur de physiologie dans le même établissement, en remplacement de M. Dezanneau.

M. Lieutaud, chef des travaux anatomiques à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Angers, est nommé professeur d'histoire naturelle et matière médicale dans le même établissement, en remplacement de M. Legludic.

M. Tesson, docteur en médecine, ancien interne de l'hôpital d'Angers, est nommé chef des travaux anatomiques à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Angers, en remplacement de M. Lieutaud.

— *École de médecine de Toulouse.* — Un congé jusqu'à la fin de l'année classique 1870-1871 est accordé sur sa demande et pour raisons de santé, à M. Ressayre, professeur d'hygiène à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Toulouse.

M. Basset, suppléant à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Toulouse, est délégué dans la chaire d'hygiène, pendant la durée du congé accordé à M. Ressayre.

— *École de médecine de Limoges.* — M. Bleynie, docteur en médecine, prosecteur à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Limoges, est nommé chef des travaux anatomiques à ladite école, en remplacement de M. Bondet, dont la délégation est expirée.

— *Lycée de Montpellier.* — M. le docteur Bouisson, médecin en chef du lycée de Montpellier, député à l'Assemblée nationale, est nommé médecin en chef honoraire et médecin consultant du lycée de Montpellier.

M. le docteur Garimond, agrégé près la faculté de médecine de Montpellier, est nommé médecin en chef du lycée de cette ville.

— M. le docteur Mallez a recommencé ses conférences sur la chirurgie de l'appareil urinaire à sa clinique, les lundis, mercredis et vendredis, à midi, 1, rue Christine.

— M. le docteur G. Chantreuil, chef de clinique d'accouchement de la Faculté, ancien interne de la Maternité de Paris, commencera des conférences pratiques sur les accouchements le jeudi 6 juillet, dans l'amphithéâtre n° 1 de l'Ecole pratique, et les continuera les samedi, mardi et jeudi de chaque semaine.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments ou autres objets).

—

Des dyspepsies flatulentes à forme douloureuse et de leur traitement par les eaux de Plombières, par le docteur E. BOTTENTUIT, ancien interne des hôpitaux de Paris, médecin consultant aux eaux de Plombières. Germer-Baillière, 1870. — Prix : 1 fr.

Thérapeutique des maladies chirurgicales des enfants, par M. HOLMES, ancien chirurgien de l'hôpital des Enfants-Malades de Londres; ouvrage traduit sur la seconde édition et annoté sous les yeux de l'auteur, par le docteur O. LARCHER, ancien interne, lauréat des hôpitaux de Paris, avec 330 figures. — Paris, 1870; un fort volume in-8. — Prix : 15 fr.

Des rétrécissements de l'urèthre et de leur guérison radicale et instantanée par un nouveau procédé, la divulsion rétrograde, par M. le docteur MOREAU WOLF, chevalier de la Légion d'honneur. In-8°. — Prix : 3 francs.

Étude sur le diagnostic et le traitement chirurgical des étranglements internes, par M. le docteur LARGUIER DES BANCELS, ancien préparateur du cours d'anatomie chirurgicale de l'amphithéâtre des hôpitaux. In-8°. — Prix : 3 francs.

Des hémorrhagies rétiniennes, par M. le docteur E. LARRIEU, chef de clinique ophthalmologique du docteur Sichel. In-8°. — — Prix : 2 fr. 50.

Revue photographique des hôpitaux de Paris. Bulletin médical publié sous le patronage de l'administration de l'Assistance publique, paraissant du 1er au 5 de chaque mois. — 2e année; numéros de juillet et août 1870. — Chaque numéro se vend séparément. — Prix : 2 fr.

Des gastrites chroniques, par le docteur E. BOTTENTUIT, ancien interne des hôpitaux de Paris, médecin aux eaux de Plombières. Delahaye, 1867. — Prix : 2 fr.

De la transfusion du sang défibriné, nouveau procédé pratique, par le docteur DE BELINA, ancien professeur agrégé à la Faculté de Heidelberg. In-8. — Prix : 2 fr.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 4 juillet 1871.

CLINIQUE CHIRURGICALE DE LA FACULTÉ

M. RICHET.

Opération de palatoplastie.

(Leçon recueillie par E. BOURDON, interne du service.)

Messieurs,

Le malade qui va faire le sujet de notre étude d'aujourd'hui est un homme de 44 ans, fort, vigoureux, venu de province, il y a quelques jours, pour nous consulter. Cet homme n'a rien dans ses antécédents éloignés qui puisse se rapporter à l'affection qui l'amène à Paris ; à quatre ans, il eut une fièvre typhoïde qui lui laissa une surdité complète de l'oreille droite, et toute sa vie il eut de ce côté un écoulement de pus qui persiste encore. Il servit comme sergent et fut atteint d'une blennorrhagie ; enfin, à 37 ans, il contracta un chancre *conséquent*, suivant son expression, chancre suivi de roséole, d'impétigo du cuir chevelu, de plaques muqueuses, et enfin d'une gourme de la voûte palatine, qui aboutit à une perforation. Le docteur Reverdi lui fit porter un obturateur en coton ; mais cet obturateur, extrêmement gênant, s'imprègne en outre de mucosités, se détache et ne permet au malade de parler que difficilement ; de plus, c'est un moyen essentiellement palliatif qui tend à agrandir la perforation et en ulcère les bords. Le malade, néanmoins, ne croyant pas devoir espérer une guérison radicale, était venu avec l'intention de se faire construire un obturateur métallique qui aurait au moins l'avantage d'être fixe et de ne pas tomber sans cesse dans la bouche.

Vous avez pu constater que cette perforation, située un peu à droite de la ligne médiane, est elliptique, à grand diamètre antéropostérieur ; elle est longue de trois centimètres ; les bords en sont arrondis, et nulle part les os ne sont à découvert, partout au contraire les surfaces osseuses sont complétement recouvertes par la réunion de la muqueuse buccale à la muqueuse pituitaire. Je ne m'arrêterai pas, messieurs, à rechercher avec vous si cette perforation est de nature scrofuleuse ou le fait d'un traumatisme quelconque ; le diagnostic est facile. Survenue à la période ultime d'une affection syphilitique des plus manifestes, cette perforation a succédé à une gourme ; elle est donc évidemment de nature syphilitique. Mais, dira-t-on, le malade est-il guéri de sa syphilis? Quant à moi, je répondrais volontiers comme M. Ricord : on n'est jamais certain d'être guéri de la syphilis, si même jamais on en guérit. La vérole est une maladie dont les poussées peuvent survenir à des intervalles plus ou moins longs ; elle constitue pour celui qui en est atteint une diathèse acquise, mais cette diathèse peut rester indéfiniment à l'état latent, n'apporter aucun trouble dans l'existence et ici, dans le cas qui nous occupe plus particulièrement, elle ne peut mettre obstacle à une opération ; le malade peut se considérer comme guéri, sa santé est excellente.

Bien des médecins pensent qu'un obturateur suffit pour remédier aux inconvénients d'une perforation ; mais les obturateurs s'usent, ou tout au moins sont susceptibles de se déranger, et pour un malade de province, la nécessité de faire de temps en temps un voyage à Paris pour le faire réparer doit être prise en considération ; de plus, tout obturateur peut se détacher, et, si l'accident a lieu la nuit, peut tomber dans le pharynx, être avalé, ou pénétrer dans le larynx et donner lieu à des suffocations qui quelquefois ont nécessité la trachéotomie. Sans doute ces cas sont exceptionnels, mais ne faut-il pas tenir compte de leur possibilité? Enfin les obturateurs se salissent, ulcèrent la muqueuse et rendent indispensables des soins de propreté constants. Toutes ces considérations font ressortir jusqu'à l'évidence les avantages que le malade doit retirer d'une opération susceptible d'amener une guérison radicale. Est-ce à dire que cette opération soit absolument exempte de dangers? Non, sans doute ; mais ces dangers, que je vais rapidement énumérer, sont loin d'être redoutables. M. Legouest, et M. Legouest seul, a rapporté un cas où l'hémorrhagie provenant des artères palatines a pris des proportions inquiétantes ; mais disons de suite qu'une hémorrhagie sera toujours et facilement arrêtée par la glace et par la compression, si facile à pratiquer sur le plan résistant qu'offre la voûte palatine.

La gangrène des lambeaux est-elle à craindre? oui et non. Non, par le procédé de M. Baizeau, dont je vais vous parler et que je compte employer. Enfin doit-on redouter le phlegmon diffus du pharynx, quelquefois observé après la staphylorrhaphie? Pour mon compte, je ne le crois pas, car il n'y a pas de comparaison à établir entre le tissu du voile du palais contenant des muscles et un tissu cellulaire lâche, et cette membrane fibro-muqueuse résistante qui forme les bords de la perforation de la voûte palatine, laquelle doit opposer à l'infiltration du pus une résistance, une difficulté qu'il ne peut rencontrer dans les parois du voile du palais ou dans ses piliers, surtout dans celles du pharynx.

Je n'insiste pas sur la douleur, qui n'est pas très-vive, mais que cependant on ne peut éviter par le chloroforme. Le malade doit s'aider, il faut qu'il penche la tête en avant pour laisser écouler le sang ; sinon, comme dans presque toutes les opérations pratiquées dans la cavité buccale, le sang tomberait dans les voies respiratoires. Il faut que le malade se montre obéissant, docile et patient ; aussi cette opération est-elle, je ne dirai pas impossible, mais difficile chez les enfants. Langenbeck et M. Baizeau ont réussi néanmoins à la pratiquer, et moi-même je l'ai faite avec succès sur une jeune fille, mais au prix de grandes difficultés causées par son indocilité.

La palatoplastie ou l'uranoplastie fut tour à tour tentée, puis abandonnée, et les phases successives par lesquelles a passé cette opération, qui donne maintenant les plus heureux résultats, peuvent être attribuées au défaut d'un procédé bien conçu. Quant à moi, messieurs, pendant mon séjour à Lourcine, j'avais imaginé une méthode qu'on pourrait appeler en *volets*, méthode que je me garde bien de vous recommander et que je ne veux vous exposer que pour vous éviter de l'inventer vous-mêmes. Voici en deux mots en quoi elle consistait : Je taillais de chaque côté de l'orifice deux lambeaux par les surfaces elliptiques limitant la perforation ; après les avoir renversés, je les adossais par leurs faces saignantes et je les suturais ; les fils, que je ramenais au dehors par les fosses nasales, soutenaient cette espèce de voûte, dont les lambeaux se gangrenaient presque toujours, sinon en totalité, du moins en partie, mais suffisamment pour faire échouer l'opération. Plusieurs procédés également défectueux furent inventés ; je les passerai sous silence pour insister sur celui de M. Baizeau, le seul qui donne des succès presque certains. M. Baizeau, chirurgien militaire, eut l'occasion de le pratiquer souvent dans un service de vénériens dont il était chargé, et son mémoire, présenté à la Société de chirurgie, fut l'objet d'un rapport de M. Gosselin, qui en fit le plus grand éloge. M. Baizeau, pour éviter la gangrène des lambeaux, se fonde sur ce fait anatomique, que les vaisseaux qui nourrissent la muqueuse de la voûte palatine se dirigent suivant un axe antéro postérieur, et il tient avant tout à les respecter ; aussi fait-il une double incision semi-elliptique à 2 ou 3 centimètres des bords de la perforation, incision profonde arrivant jusqu'au squelette ; mais ces incisions ne se rejoignent ni en avant ni en arrière de l'ouverture, et laissent le passage libre au sang qui doit porter la vie à la muqueuse.

Cela fait, à l'aide d'une spatule, le chirurgien décolle le périoste, enlevant avec lui les crêtes osseuses, les éminences mamillaires qui couvrent le squelette qu'on ne peut raser sans les détacher. Vous avez ainsi deux lambeaux flottants en forme de double pont, lambeaux que vous avivez et que vous rapprochez par des sutures métalliques. L'opération se pratique donc en quatre temps :

1° Incisions ;

2° Décollement du périoste et raclement du squelette pour détacher les crêtes osseuses ;

3° Avivement ;

4° Suture.

Langenbeck, qui à son tour imagina ce procédé, essaya de contester à M. Baizeau l'honneur de sa découverte ; mais la priorité appartient au chirurgien français, et l'on peut dire que l'opération pratiquée comme nous venons de l'indiquer est une opération essentiellement française. Tout au plus pourrait-on savoir gré à Langenbeck de n'avoir point reculé devant l'enlèvement des éminences osseuses, et encore faut-il ajouter que l'idée d'utiliser les lamelles osseuses pour la régénération de la voûte palatine appartient sans conteste à M. Ollier. Nous devons dire que cette régénération, qu'on peut bien réellement obtenir totale ou partielle chez les animaux, chez le chien, par exemple, ne s'accomplit pas chez l'homme. La perforation se trouve bouchée ultérieurement par une membrane épaisse, résistante, qui suffit pour parer à tous les inconvénients. Le lendemain de l'opération, les lambeaux se gonflent, les fils disparaissent sous ce gonflement, et celui-ci suffirait à lui seul pour amener un rapprochement qui peut rendre jusqu'à un certain point l'emploi des sutures superflu ; les choses se passent bien autrement ici que dans la staphylorrhaphie, où les muscles du voile du palais peuvent, en se contractant, écarter les lambeaux et empêcher la réunion.

Dans un prochain numéro, nous donnerons des détails sur le résultat de l'opération pratiquée par M. Richet le jour de sa clinique. E. B.

DE LA GALVANO-CAUSTIQUE CHIMIQUE

Par le docteur A. AMUSSAT

La galvano-caustique chimique est l'escharification des tissus par l'action chimique de l'électricité.

Pour avoir une idée bien nette de l'électro-cautérisation chimique, il suffit de faire l'expérience suivante : on prend un lapin ou tout autre animal ; on lui rase soigneusement les poils de la partie externe des cuisses et on introduit dans l'une d'elles, à un centimètre de profondeur, deux aiguilles de platine. Mettant ces deux électrodes en rapport avec les réophores d'un appareil de Bunsen de 12 éléments de onze centimètres de hauteur sur sept centimètres et demi de diamètre montés en tension, voici ce que l'on observe. On entend immédiatement un bruit de crépitation très fine, et simultanément on voit se produire autour des électrodes une mousse blanchâtre formée par des bulles de gaz d'une extrême finesse. Si on arrête l'expérience au bout de douze ou quinze minutes, on voit que chaque portion d'aiguille implantée dans les chairs est entourée d'un cylindre brunâtre formé par une eschare sèche autour de l'électrode positif, molle au contraire autour de l'électrode négatif.

Si au lieu de deux aiguilles on applique pendant le même temps sur l'une des cuisses une rondelle d'amadou mouillé, et par dessus un électrode formé par un disque de charbon en rapport avec l'un des réophores du même appareil, que dans l'autre cuisse on enfonce de 1 centimètre une aiguille de platine en rapport avec l'autre réophore, on observe autour de l'aiguille les phénomènes signalés plus haut, tandis que la peau de la cuisse est simplement rougie sous la rondelle d'amadou. Quant à l'eschare produite autour de l'aiguille de platine, elle est sèche si cet électrode est en rapport avec le pôle positif, molle s'il est en rapport avec le pôle négatif.

Au moment où le courant s'établit, et au moment où il s'interrompt, il se produit dans les parties avoisinant les points d'application des électrodes une secousse douloureuse.

On sait que lorsque l'on plonge deux aiguilles de platine dans un vase contenant de l'eau, si on les met en rapport avec les pôles d'un appareil analogue à celui que j'ai décrit plus haut, l'eau est décomposée, l'hydrogène se dégage au pôle négatif et l'oxygène au pôle positif. Quand un corps organisé est intercalé dans le circuit intérieur d'une pile de tension suffisante, il est décomposé, il y a dégagement de gaz, formation d'acide au pôle positif et d'alcali au pôle négatif. L'acide et l'alcali naissants cautérisent les tissus aux points d'application des électrodes.

Il y a donc deux manières de cautériser chimiquement les tissus en employant l'électricité. Dans l'une on produit une eschare aux points d'application de chaque électrode ; dans l'autre on n'en produit qu'une seule, qui est sèche ou molle, suivant le pôle choisi.

Cancroïde de la lèvre inférieure ; — galvano-caustique chimique ; guérison.

M. L***, garde chasse au château d'Arnonville, près Gonesse, âgé de 72 ans, d'un tempérament nerveux, ayant toujours joui d'une bonne santé, a passé sept ans sous les drapeaux. Il affirme n'avoir jamais eu que des blennorrhagies. Marié à l'âge de 28 ans, il a eu trois enfants, dont deux, actuellement vivants, sont bien portants. Il fume la pipe depuis qu'il est entré au service militaire.

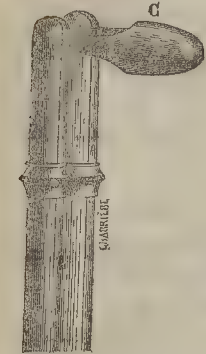
Il y a deux ans, il s'aperçut qu'il portait à la lèvre inférieure, du côté droit, une petite croûte qui se formait en hiver et tombait pendant l'été.

Cette affection prit peu à peu du développement et finit par lui donner quelques inquiétudes.

Au mois de juin 1868, Mme la comtesse de Choiseuil, dont il était le garde chasse depuis longtemps, me l'adressa. Je l'examinai avec soin, et je constatai l'existence d'un cancroïde ulcéré de la lèvre inférieure à droite, près de la ligne médiane, ayant 18 millimètres d'étendue, occupant toute l'épaisseur de la lèvre, avec une base

dure, mais peu profonde. Il n'existait aucun engorgement ganglionaire voisin.

Le 19 juin 1868, j'appliquai sur l'ulcération le petit cautère en platine C (voy. fig. 1) fixé dans mon porte-cautère ordinaire, mis en rapport avec le pôle positif d'une batterie de 16 petits éléments de Bunsen, chargés au bichromate de potasse et à l'acide sulfurique au 10e. L'électrode en charbon du pôle négatif fut appliqué sur le deltoïde du bras droit. La cautérisation dura environ vingt minutes, avec quelques courts intervalles, afin de laisser reposer le malade.


Fig. 1.

L'opération terminée, je pus constater que toute l'ulcération, y compris sa base, ayant subi l'action désorganisatrice de l'électricité, avait une coloration grise-noirâtre qui indiquait sa mortification. Aussitôt après M. L*** repartit pour Arnouville.

Le 22, l'eschare est sèche et parcheminée;

Le 27, l'eschare commence à se détacher;

Le 2 juillet, l'eschare est complétement tombée;

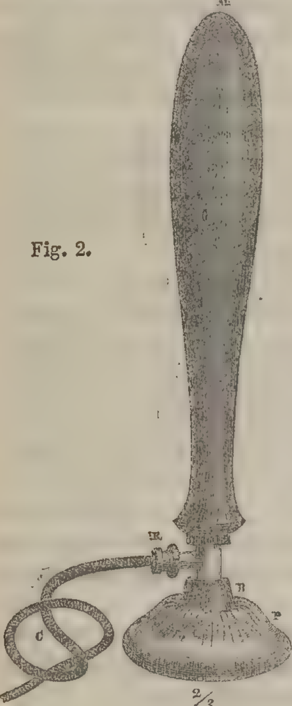
Le 9, il existe encore une petite croûte centrale;

Le 18, je constate que M. L. est complétement guéri. Il portait à la lèvre inférieure droite, à la place de l'ulcération, une cicatrice peu étendue, et le tissu de la lèvre au voisinage me parut sain. J'ajouterai que, après la cautérisation, il n'a été fait aucun pansement, et que M. L... n'a pas discontinué ses fonctions de garde-chasse.

Le 2 juillet 1870, j'ai revu mon malade; j'ai pu constater que la cicatrice était parfaitement saine et qu'il était complétement guéri, quoique ayant repris l'usage du tabac, mais en ayant soin de mettre sa pipe du côté gauche.

Après avoir examiné M. L..., j'avais d'abord songé à enlever la portion malade au moyen de la galvano-caustique thermique, en faisant à la lèvre une incision en V; mais, en y réfléchissant, je renonçai à ce procédé, qui eût produit à la lèvre une encoche assez profonde, et je me décidai à employer l'électrolyse. Le résultat est venu confirmer mes prévisions, car, au point de vue cicatriciel, il n'existe qu'une petite dépression. Si on compare entre elles les deux méthodes d'opérer, il est juste de dire que l'ablation au moyen du sécateur galvanique se fût fait attendre plus longtemps.

Le pôle zinc était en rapport avec l'électrode de M. Gaiffe (voy. fig. 2), sous lequel j'avais placé un disque d'amadou imbibé d'eau salée.

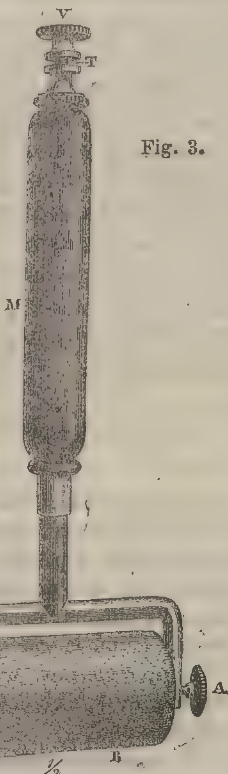

Fig. 2.

La cuisson assez forte que ressentait le malade au point d'application m'a forcé de déplacer l'électrode à plusieurs reprises, d'interrompre par conséquent, chaque fois, le courant, ce qui lui donnait des secousses très-pénibles.

Pour obvier à cet inconvénient, j'ai fait fabriquer par M. Trouvé un électrode (voy. fig. 3) composé d'un cylindre plein en charbon, recouvert d'une peau B, et tenant au manche par deux pivots A, A, sur lesquels il tourne.

Une lame de cuivre échancrée et soudée à l'un des conducteurs est placée en T et fixée au moyen de la vis V.

Pour s'en servir, on applique sur une partie du corps voisine de celle que l'on veut cautériser une large plaque d'amadou imbibée d'eau salée, et on fait rouler dessus le cylindre B, trempé au préalable dans de l'eau, afin de le rendre conducteur de l'électricité.


Fig. 3.

Je n'ai pas l'intention de substituer dans les cas à l'électrode à plaque celui que j'ai fait fabriquer; l'un et l'autre ont leur application distincte.

Ainsi, quand l'électrode doit être appliqué sur une partie assez limitée du corps, et que la cautérisation ne doit pas durer longtemps, comme au périnée dans la cautérisation de l'urèthre, il est convenable de donner la préférence à l'électrode à plaque de charbon; quand, au contraire, il s'agit de cautériser une tumeur, et que l'électrode peut être appliqué sur une partie du corps assez étendue, comme les membres, l'abdomen, etc., il y a avantage à se servir de celui que j'ai fait fabriquer, en le promenant sur toute la surface d'une large plaque d'amadou.

(*Sera continué.*)

DOCUMENTS

POUR SERVIR A L'HISTOIRE DU MOUVEMENT SCIENTIFIQUE PENDANT LE SIÉGE DE PARIS (1).

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 6 décembre 1870. — Présidence de M. DENONVILLIERS.

(Suite et fin.)

DISCUSSION.

M. SÉE. Je répondrai en quelques mots à l'argumentation courtoise de M. Béhier et, chemin faisant, je reviendrai sur quelques points du discours prononcé dans la dernière séance par M. Gubler. J'avais reproché à Trousseau et à Graves d'avoir attribué à l'arsenic une action excitante d'après ce fait que ce médicament détermine une coloration plus vive de la face. M. Béhier a relevé cette objection en disant que Trousseau et Graves avaient parlé suivant la physiologie de l'époque à laquelle ils écrivaient. Je suis de cet avis, et me rappelle que, en 1866, dans un entretien avec Trousseau, ce maître éminent me déclarait que, si ce n'était l'âge et la fatigue, il recommencerait sa physiologie.

Je n'ai pas voulu faire autre chose que chercher à concilier les faits cliniques avec les données de la physiologie, dont le rôle est de coordonner les faits cliniques et de donner à chacun sa véritable valeur en établissant entre eux un ordre hiérarchique. La clinique, au contraire, se borne à décrire les symptômes des maladies en les ajoutant les uns aux autres, sans chercher à en déterminer la signification et la valeur relatives.

C'est ainsi que Trousseau et Graves ont prononcé que l'arsenic est un agent excitant parce qu'il augmente la circulation des vaisseaux de la face, sans remarquer que cette excitation vasculaire demeure toute locale, reste limitée à un territoire ou département vasculaire, et ne contribue nullement à produire une excitation générale de l'organisme.

Les recherches de MM. Legros et Onimus, celles de M. Meuriot, ont démontré que la dilatation des vaisseaux peut coexister avec des contractions actives; c'est un phénomène de ce genre qui se produit sous l'influence de l'arsenic; ce médicament a pour effet de déterminer des contractions actives dans un territoire vasculaire en donnant lieu à des congestions partielles.

M. Béhier a fait remarquer que le passage du sang en plus grande quantité dans un territoire vasculaire doit augmenter les actions organiques, c'est-à-dire les combustions dans la partie qui en est le siége; c'est là une erreur : l'augmentation de la température qui se produit dans l'oreille du lapin, à la suite de la section du cordon vésical supérieur du grand sympathique, dans l'expérience de M. Cl. Bernard, n'est que le résultat purement physique de l'afflux d'une plus grande quantité de sang dans la partie dont il s'agit.

Je maintiens ce que j'ai dit relativement à l'influence de l'arsenic sur la conservation des globules du sang; c'est là, quoi qu'en dise M. Béhier, un fait d'expérience et qui se démontre par l'expérience; en effet, tout le monde peut s'assurer que les globules du sang se conservent mieux dans une solution arsénicale que dans tout autre liquide.

Relativement à la conservation de la couleur des globules du sang sous l'influence de l'arsenic, j'ai comparé à cet égard l'action de l'arsenic à celle de l'oxyde de carbone, découverte il y a dix ans par M. Cl. Bernard. Dans l'explication de ce dernier phénomène, l'opinion de M. Cl. Bernard a subi récemment quelques modifications. Il avait dit d'abord que les globules du sang, sous l'influence de l'oxyde de carbone, se conservent intacts avec leur coloration rouge, tout en abandonnant l'oxygène. Il ajoutait que la combinaison de l'oxyde de carbone avec les globules est tellement intime et stable que ceux-ci ne peuvent plus désormais absorber une nouvelle quantité d'oxygène, si bien que, au bout de quinze jours ou trois semaines, il n'est pas possible de trouver dans ce sang une proportion quelconque d'acide carbonique résultant de la transformation de l'oxyde de carbone. Dans ces derniers temps, M. Cl. Bernard a modifié son opinion sur ce point. Il a dit que l'oxyde de carbone ne reste pas combiné indéfiniment avec les globules, mais que, à un moment donné, il se transforme en acide carbonique; de là l'augmentation de l'acide carbonique exhalé que l'on observe, au bout d'un certain temps, chez l'animal empoisonné par l'oxyde de carbone.

Il y a donc entre le mode d'action de l'oxyde de carbone et celle de l'arsenic sur les globules cette différence que, dans les premiers cas, la proportion de l'acide carbonique exhalé augmente, tandis que, dans le second cas, elle diminue.

Quant à la proportion des globules, elle n'augmente ni ne diminue, sous l'influence de l'arsenic pris à dose modérée; c'est ce que j'ai constaté sur un homme atteint de fièvre intermittente simple.

En ce qui concerne les principes et les doctrines, je ne fais nulle difficulté de reconnaître que la méthode expérimentale n'est pas infaillible. Son rôle est de mettre en harmonie les données de la physiologie avec les faits de clinique. Loin de prétendre renverser le vieil édifice élevé par l'école hippocratique, la méthode expérimentale a pour mission de l'asseoir, au contraire, sur des bases plus solides.

La physiologie expérimentale a pour rôle d'établir des syndromes, ou groupes de symptômes, disposés d'après leur ordre hiérarchique et leur importance. La subordination des symptômes est un pas fait vers la pathogénie véritable. Grâce à elle, l'histoire d'une maladie n'est plus une description plus ou moins pittoresque et saisissante, à la manière des tableaux tracés par Arétée de Cappadoce, qui représentait bien l'image sensible des phénomènes morbides, mais n'apprenait rien sur leur signification pathogénique et leur valeur relative.

En terminant, rectifions deux ou trois faits inexactement avancés par M. Gubler.

D'abord M. Gubler a confondu l'Allemand Frédéric-Guillaume Becker, espèce d'illuminé, avec Franz Becker, qui a fait des travaux remarquables sur l'alcool et qui a, le premier, rangé cette substance, ainsi que le café, parmi les médicaments ou moyens d'épargne. Quant à l'arsenic, il n'en est pas du tout question dans aucun auteur du nom de Becker, quoi qu'en ait dit M. Gubler.

M. Gubler m'a reproché d'avoir changé d'opinion sur l'interprétation de certains faits. Mais ces variations se retrouvent dans les écrits des observateurs les plus recommandables et les plus estimés. Pour n'en citer qu'un exemple, la digitale serait, suivant M. Bouillaud, un hyposthénisant, l'*opium* du cœur, tandis que, pour M. Beau, ce serait un tonique, le *quinquina* du cœur. D'après les uns, le principe actif de la digitale agit sur le cœur par l'intermédiaire du pneumogastrique, tandis que, d'après les autres, il porte directement son influence sur le tissu musculaire de cet organe.

M. Gubler, de son côté, a fait publier par deux de ses élèves une thèse dans laquelle il prétend que la digitale n'agit sur le cœur que consécutivement aux vaisseaux.

Ces divergences d'opinion s'expliquent par la différence des conditions dans lesquelles les expérimentateurs ou les observateurs se sont placés. Par exemple, à telle dose, la digitale agit sur le nerf pneumogastrique, tandis qu'à une dose plus élevée elle porte directement son action sur le muscle cardiaque. C'est pour ne pas avoir tenu compte des conditions différentes de l'expérimentation et pour avoir tiré des conditions absolues d'observations incomplètes que les divergences se sont produites.

Enfin, relativement à l'action de la fève de Calabar, je n'ai pas prétendu que cette substance exerçât une action exclusive sur les vaso-moteurs des parties inférieures du corps; sans méconnaître son action tétanisante sur le muscle irien, j'ai voulu seulement appeler l'attention sur l'action contractile, tétanique singulière que l'ésérine exerce sur la tunique moyenne des vaisseaux, particulièrement des vaisseaux de l'abdomen.

M. GUBLER. Je me félicite du concours que notre savant collègue, M. Béhier, est venu me prêter pour la défense des droits de la clinique, à laquelle du reste M. Sée vient de rendre hommage.

De toutes les assertions de M. Sée je ne veux en relever que deux qui me concernent personnellement. S'il fallait en croire notre collègue, la citation d'auteur allemand que j'ai faite dans mon argumentation serait erronée : celui qui a écrit sur l'alcool serait Franz Bocker et n'aurait rien de commun avec Frédéric-Guillaume Bocker, lequel ne jouirait d'aucune considération en Allemagne, où il passerait pour un illuminé. Je crois pouvoir affirmer à M. Sée, pourtant si familier avec les livres allemands, que, cette fois, il se trompe. J'ai eu entre les mains l'ouvrage d'où j'ai tiré les expressions de *Mauserhemmung* et *Mauserstockung* : il est de Wilhelm Bocker, sans autre prénom, et ce W. Bocker a expérimenté sur lui-même les effets de l'alcool et de divers autres agents thérapeutiques. Il a exécuté un nombre énorme d'analyses minutieuses dans le but d'établir les modifications de l'urée et des autres produits de sécrétion, ce qui constitue par conséquent un travail très-méritoire et que notre collègue a tort de dédaigner.

Après cela je ne prétends pas que les remarques de l'auteur allemand soient toutes justes ni que toutes ses conclusions soient parfaitement déduites. Les savants d'outre-Rhin ont souvent le mérite de creuser un sujet, mais ils ont l'inconvénient de se servir d'une vrille, si bien que le trou devient d'autant plus obscur qu'il est plus profond. Mais ce n'était pas là mon affaire, je ne voulais montrer qu'une chose et j'espère y avoir réussi, c'est que la classe des médicaments d'épargne est instituée depuis longtemps sous la dénomination plus correcte de *moyens d'épargne*, et que l'idée sur laquelle elle repose se trouve développée largement dans un ouvrage publié en 1849, dont l'auteur ne se flatte pas de l'avoir émise le premier puisqu'il renvoie à Schultz, dont la curieuse classification thérapeutique a paru en 1831.

Quant à ce que vient de dire M. Sée touchant mes opinions sur l'action de la digitale, j'en demeure stupéfait. Ou bien notre collègue parle de mes idées sans les avoir lues, ou bien sa mémoire est singulièrement défectueuse. Non-seulement je n'ai pas mis le cœur hors de cause, comme le prétend M. Sée, mais j'ai consacré plusieurs pages à établir au nom de la clinique et de l'expérimentation sur les animaux, que la digitale est un puissant tonique de la contraction cardiaque. J'ai invoqué à preuve les concluantes expériences faites par notre savant collègue M. Briquet. Seulement j'ai pensé que l'action tonique de la digitale devait s'étendre à l'ensemble du système sanguin, et que ce double effet sur le centre circulatoire et sur les vaisseaux rendait mieux compte des phénomènes observés.

Après cette rectification, j'espère que M. Sée s'empressera de reconnaître son erreur. Ceci bien entendu, je renonce pour aujourd'hui à la parole, parce qu'il me resterait beaucoup trop à dire sur le fond et les accessoires de la question.

M. BÉHIER. M. Sée a attribué à tort à MM. Legros et Onimus l'opinion que l'arsenic détermine la dilatation active des artérioles. Il tient de l'un de ces auteurs qu'ils n'ont rien écrit de semblable et ils reprochent précisément à M. Schiff d'avoir admis cette dilatation active.

M. BOULEY prend contre M. Sée la défense de la vieille pathologie descriptive si vivement attaquée. Suivant lui, la description des symptômes donne les indications les plus précises sur la nature et la gravité des maladies; tels sont, par exemple, le glandage et le jetage pour la morve. Les caractères objectifs des maladies sont donc précieux et indispensables à connaître si l'on veut se faire une opinion exacte sur leur nature et leur gravité. M. Bouley ajoute que les interprétations physiologiques de l'école expérimentale moderne ont singulièrement contribué à répandre l'obscurité sur ce qui paraissait le plus net et le plus clair dans la symptomatologie descriptive.

La séance est levée à cinq heures.

7 DÉCEMBRE.

XIII. **Ambulances.** — A la suite des combats des 30 novembre et 2 décembre, la société de confection d'appareils gratuits pour les blessés a distribué aux différentes ambulances environ cinq cents

(1) Suite. — Voir le dernier numéro.

appareils. Les matières premières commençant à faire défaut, la société fait appel à la générosité du public.

Les offrandes de toute nature sont reçues au siége de la société, rue du Quatre-Septembre 22, de une heure à six heures.

La société rappelle que ses appareils sont remis gratuitement à tout directeur d'ambulance qui en fait la demande.

8 DÉCEMBRE.

XIV. **Alimentation publique.** — On se figure généralement, dans une partie du public, que la blancheur du pain est un signe de son excellence. C'est une erreur. Voici le texte d'une délibération de la commission centrale d'hygiène, à laquelle assistaient MM. Bouchard, Sainte-Claire Deville, Trélat, G. Sée, Ad. Wurtz, de Montmahou, H. Baillon, Gubler, Chauveau-Lagarde, Reynal, Onimus, Du Mesnil, Béhier et Gavarret :

« En fabriquant du pain blanc avec des farines complétement dépouillées de son, comme on le fait d'ordinaire à Paris, on enlève malheureusement au pain une portion notable de ses principes alimentaires, ce qui constitue une perte regrettable. Frappée d'un semblable inconvénient, la commission centrale d'hygiène et de salubrité rappelle à la population que le pain bis, loin d'avoir, comme le pensent les personnes qui n'y sont pas habituées, des propriétés nuisibles, est à la fois bien plus sain et plus nourrissant que le pain blanc.

« Les personnes que rebuteraient la couleur de ce pain et la présence de quelques parcelles de son, céderaient donc à un préjugé que rien ne justifie. »

9 DÉCEMBRE.

XV. **Ambulances.** — L'appel adressé à la population parisienne en faveur des militaires convalescents a été entendu. En quatre jours, 6,430 lits ont été mis à la disposition de l'administration hospitalière.

La question de l'approvisionnement d'un nombre aussi considérable d'ambulances domestiques est soulevée par plusieurs journaux. L'administration croit l'avoir résolue; toutes les mesures ont été prises, d'accord entre la mairie de Paris, l'administration des hospices, l'intendance et le ministère de l'agriculture et du commerce pour que les convalescents recueillis par les habitants reçoivent régulièrement les rations auxquelles ils ont droit. A cet effet, les locaux de distribution ont été multipliés et groupés de manière à les rendre facilement accessibles. Des instructions spéciales, adressées à tous les directeurs d'ambulances, ainsi qu'aux particuliers qui auront accueilli des blessés convalescents, préciseront, dans tous ses détails, la marche à suivre.

10 DÉCEMBRE.

XVI. **Chronique de la guerre.** — Notre très-honoré confrère et ami le docteur De Ranse, directeur de la *Gazette médicale*, publie les très-intéressants détails qui suivent sur les combats des 29, 30 novembre et 2 décembre.

Ambulance du 85e bataillon de la garde nationale, bastion 78, 6 décembre.

Le canon se tait aujourd'hui, et l'on ne saurait mieux employer un jour de garde aux remparts qu'à raconter ce dont on a été témoin pendant les deux batailles dont le plateau entre Brie et Champigny a été le théâtre les 30 novembre et 2 décembre, journées mémorables qui marqueront dans l'histoire du siége de Paris.

Le mardi 29 novembre toutes les ambulances avaient rendez-vous à six heures du matin sur le quai d'Orsay et le Champ-de-Mars, près du pont d'Iéna. De rares becs de gaz éclairaient les lieux, et l'on avait de la peine à trouver les chefs que l'on cherchait, les escouades dont on devait faire partie. Le jour se lève et permet de voir un spectacle qui ne manquait pas d'un certain côté pittoresque. Plus de trois cents voitures d'ambulance munies du drapeau blanc à croix rouge, stationnaient à la file les unes des autres sur les deux quais et sur le Champ-de-Mars. Les médecins de ces ambulances, avec leurs uniformes distinctifs, le personnel des infirmiers, extrêmement nombreux, formaient divers groupes; sur la Seine, vingt-sept bateaux mouches, requis pour le transport des blessés et portant aussi le drapeau de la convention de Genève, étaient rangés sur plusieurs lignes et constituait une petite flottille. Une foule nombreuse assistait du haut du Trocadéro à ces préparatifs de départ. Sans la canonnade qui grondait du côté de Bicêtre, de Montrouge et de Vanves, sans les tristes pensées qui préoccupaient tous les esprits, on se serait cru à une fête.

On attendait pour partir un ordre de l'intendant général; on a attendu longtemps; une crue de la Marne empêchait nos troupes de passer cette rivière, et vers quatre heures seulement un contre-ordre est arrivé avec indication d'un rendez-vous au même endroit pour le lendemain à sept heures du matin.

Le 30, l'attente n'a pas été aussi longue, et la patience du personnel des ambulances n'a pas été soumise à une nouvelle épreuve. A notre arrivée sur le Champ-de-Mars, on nous confie la direction d'une escouade des ambulances de la Presse composée de six médecins (MM. Handvogel, de Morand, Goin, Bachelet, Farges, Passerini), de quatre-vingt quatre brancardiers et de dix-huit voitures, avec mission de nous rendre aux Hautes-Bruyères, où l'on supposait que l'ennemi prendrait l'offensive.

Quand nous parvenons sur le plateau qui sépare cette redoute du fort de Bicêtre et de Villejuif, nous assistons à un concert à la fois formidable et grandiose. Le canon du fort de Montrouge tonnait; les obus du fort de Bicêtre décrivaient leur parabole au-dessus de nos têtes en faisant entendre un sifflement assez semblable à celui d'une fusée; les batteries de la tranchée qui va des Hautes-Bruyères à Villejuif envoyaient des boulets sur l'Hay et Chevilly; les pièces de marine de la redoute dominaient le concert de leurs puissantes voix; mais nulle part de fusillade; le canon de l'ennemi restait aussi muet. Nous demandons à parler au général de Mau-d'huy et à l'intendant, et sur l'avis de ces messieurs que les Prussiens ne prendront probablement pas l'offensive de ce côté, et que nous serons plus utiles sur les bords de la Marne, nous prenons, avec notre escouade, la route de Villejuif pour nous diriger vers Joinville.

Nous arrivons à midi et demi sur le plateau de Gravelle. La cinquième escouade des ambulances de la Presse partait pour le champ de bataille, où nous devons aller la rejoindre après que nos hommes et nos chevaux auront pris un peu de nourriture et de repos. A une heure et demie en effet, nous descendons à Joinville; mais à l'entrée du pont de bateaux, on nous dit que les voitures ne passent plus. En même temps on nous demande deux médecins, six voitures et des brancardiers pour aller relever des blessés dans l'île de Beauté, près de Nogent. Nous envoyons MM. de Morand et Passerini. Puis, avec MM. Handvogel, Goin, Farges et quelques confrères, entre autres MM. Semelaigne, Boyer (Amédée), de Wadburg, etc., qui nous ont prêté leur assistance, nous organisons dans la maison du restaurant Pinson, près du point où le canal voûté de Saint-Maur se joint à la Marne, une ambulance volante où, de deux heures à huit heures, plus de 200 blessés ont été pansés. Les plus gravement atteints étaient transportés sur les mouches, où le service, organisé par M. Moreau Wolf, était fait avec le plus entier dévouement par des médecins requis appartenant à l'ambulance du Luxembourg, MM. Debout, Hattier, Collette, Ferdut, Brochin fils, etc.; ceux qui avaient reçu des blessures légères étaient placés dans les voitures.

Par suite du défaut d'organisation générale, il y a eu encombrement et un peu de désordre dans cette répartition des blessés à leur point de départ. Le désordre a été plus grand encore au point d'arrivée. Par exemple, les mouches devaient faire escale à chaque pont où les chirurgiens des hôpitaux de secteur devaient se trouver pour recevoir les blessés et les répartir ensuite dans les ambulances. Les premiers bateaux ont trouvé en effet des chirurgiens à leur poste; mais, par suite sans doute du nombre insuffisant de ces derniers, les bateaux qui sont venus après n'ont plus trouvé personne, et les médecins qui les montaient ont dû requérir des voitures, des fiacres, des gardes nationaux, des commissionnaires pour transporter les blessés dans les ambulances les plus rapprochées; nouvelle preuve des impossibilités que présente, dans la pratique, l'organisation récente provoquée par la commission supérieure des hôpitaux. N'est-il pas d'ailleurs de l'intérêt des blessés de chercher à multiplier le moins possible les transports qu'ils ont à subir? Pourquoi, sous prétexte d'une concentration dont personne ne veut, s'exposer à accroître leurs souffrances? Il y aurait véritablement de l'inhumanité. Ce n'est pas après la bataille que la répartition des blessés doit se faire, mais avant l'action. Il faut que chaque chef d'ambulance, chaque chef d'escouade, chaque médecin préposé à la direction d'un bateau ou même d'une seule voiture, sache, avant de se rendre sur le champ de bataille, de combien de lits il peut disposer et dans quelle ambulance, de manière à diriger immédiatement vers cette ambulance les blessés qu'il aura recueillis. Ainsi on évitera le désordre, l'encombrement et ces promenades d'ambulance en ambulance, si douloureuses pour les blessés. Nous devons ajouter, pour être juste, que les ambulances de la Presse s'efforcent de réaliser cette organisation, et que, comme chef d'escouade, nous avions une liste des ambulances où se trouvaient des lits vacants pour recevoir nos blessés. Peut-être le but n'a-t-il pas été entièrement atteint; mais avec un nouvel effort, l'organisation dont nous parlons est facile à réaliser, et il est à désirer qu'elle s'étende d'une manière uniforme à toutes les ambulances.

Nous ne saurions entrer dans des détails sur la nature des blessures pour lesquelles nous avons eu à donner les premiers soins. Peu de blessures de la tête; de rares blessures de poitrine, surtout de blessures pénétrantes; celles de l'abdomen un peu plus fréquentes.

Un Wurtembergeois nous a été apporté avec une hernie du colon transverse à travers une plaie abdominale; on a tenté la réduction; on a dû y renoncer. Un jeune sous-lieutenant d'artillerie, M. Chevalier, avait aussi reçu une balle dans le ventre; point de hernie, mais point d'ouverture de sortie. Nous avons admiré la résignation du brave officier qui, au milieu de vives souffrances, ne songeait qu'à sa mère et nous remerciait avec effusion des soins qu'on prenait de lui. Nous avons appris depuis qu'il a succombé.

Les blessures les plus fréquentes siégeaient aux jambes, aux cuisses, à l'épaule, aux bras, aux pieds(1). Beaucoup de plaies en séton. Peu de blessures par boulets ou éclats d'obus. Un soldat est apporté dans l'ambulance avec le genou broyé par un boulet. L'amputation immédiate était nécessaire, mais comme il n'y avait pas d'hémorrhagie et que l'ambulance était en ce moment encombrée de blessés, on l'a fait transporter d'urgence à l'ambulance de l'hospice de Charenton, où il a dû recevoir promptement les soins qu'exigeait son état.

A huit heures, l'ambulance ne recevait plus de blessés. Ceux qui restaient encore sur le champ de bataille étaient recueillis, pansés sous les ordres de MM. Ricord et Demarquay, qui prêchent toujours d'exemple, puis dirigés vers les bateaux ou placés dans les voitures. Nous avons, avec nos confrères, quitté l'ambulance à neuf heures.

Le lendemain, diverses circonstances nous ont empêché de revenir à Joinville, où les blessés qui n'avaient pu être transportés la veille ont reçu les soins de nos collègues des ambulances de la Presse et du Luxembourg. Nous avons aidé M. Bastien dans deux resections de l'épaule qu'il a eues à faire à l'ambulance de la rue Tournefort. Dans les deux cas l'articulation était ouverte, la tête humérale lésée; la balle était restée dans la plaie et était restée inaccessible à l'exploration extérieure. La première opération a été facile; dès que la tête de l'humérus a été reséquée, la balle s'est présentée d'elle-même au fond de la plaie. Mais il en a été autrement de la seconde resection. M. Ricord, qui assistait à l'opération, et M. Bastien, ont uni tous leurs efforts et montré une grande persévérance pour extraire la balle, enclavée sous la voûte coraco-acromiale, entre le tendon du muscle sous-scapulaire et le rebord de la cavité glénoïde. Il a fallu, pour l'obtenir, la saisir à travers une incision faite dans la fosse sus-épineuse. Cette opération laborieuse n'a pas duré moins d'une heure et demie. Les deux opérés sont, au moment où nous écrivons ces lignes, dans un état satisfaisant.

Nous avons suivi M. Ricord dans une ambulance de la Presse nouvellement créée à l'établissement des frères de la doctrine chrétienne, rue Oudinot. Quatre-vingts blessés y avaient été transportés du champ de bataille de Champigny. Un chirurgien que, suivant le désir par lui exprimé, M. Ricord avait désigné pour ce service, n'avait pas jugé à propos de l'accepter. Il a fallu le dévouement de M. du Motel pour que nos braves soldats n'aient pas eu à souffrir de ce que, pour l'honneur du confrère en question, nous nous plaisons à considérer comme un malentendu. Là nous avons aidé M. Ricord dans quelques pansements ou opérations, entre autres l'extraction d'une balle située assez profondément dans les masses musculaires de la cuisse. Il nous a dit en avoir ouvert une la veille dans des conditions particulières. Il s'agit d'un blessé chez lequel une balle, entrée par les parois latérales de l'abdomen, était venue s'arrêter dans les corps caverneux de la verge. Nous avons vu, rue Oudinot, un autre blessé chez lequel une balle, après avoir traversé en séton la partie antérieure de la cuisse gauche, a emporté la moitié du testicule droit et s'est perdue dans les tissus de la cuisse droite.

Le vendredi 2 décembre, après avoir vu nos malades du Luxembourg et des Irlandais, nous nous dirigions de nouveau vers Joinville avec notre interne, M. Farges, dans une voiture pouvant contenir trois blessés, qu'un homme généreux, M. Pomey, met constamment dans ce but à notre disposition. Les voitures d'ambulance n'ont pu pénétrer qu'assez tard sur le champ de bataille, et nous avons assisté, de la redoute de la Faisanderie, de celle du petit parc de Saint-Maur et des hauteurs de Gravelle, au drame sanglant qui se jouait entre Brie et Champigny. C'était comme une seconde représentation de celui auquel nous avions assisté l'avant-veille. A d'autres il appartient de raconter les péripéties de ces deux grandes journées. Nous n'avons ici à parler que de blessés et d'ambulances.

Dès que les voitures ont pu passer le pont de bateaux, nous nous sommes dirigés, avec la nôtre et deux autres que nous avons eu l'occasion de requérir, vers Petit-Brie et Villiers, où nous pensions devoir être le plus utiles. Notre collègue du Luxembourg, M. le docteur Moutier, s'était joint à nous. Nous rencontrons en route M. Demarquay, qui revenait déjà du point où nous nous rendions et où il n'avait pas vu de blessés. Il nous donne rendez-vous à la fourche de Champigny. Là de nombreuses voitures stationnaient, attendant des ordres. Nous prenons la route de Champigny et nous nous avançons des premiers, à travers les barricades, dans la grande rue de ce village. Nous n'avons pu ainsi avoir connaissance de l'ordre du général Ducrot, ou de l'intendant, enjoignant aux voitures d'ambulance de repasser le pont de Joinville ou d'attendre de nouvelles instructions. La fusillade continuait encore dans le haut de Champigny; il était difficile, sans direction aucune, d'aller relever des blessés. Nous nous sommes un peu réchauffés à un bivouac, où nous avons dîné avec la moitié d'un biscuit, qu'un soldat a bien voulu partager avec nous. Pendant ce temps on nous amenait des blessés que des hommes courageux venaient de recueillir sous le feu des Prussiens, et on nous indiquait un four à chaux, situé sur la hauteur, entre Champigny, Villiers et le parc de Cœuilly, comme un point où de nombreux blessés attendaient des secours.

La fusillade avait cessé. Nous n'étions pas les seuls ambulanciers à Champigny : l'ambulance Chaptal, sous les ordres, croyons-nous, de M. de Pressensé, que nous avons entendu nommer, et l'ambulance américaine, y avaient chacune une voiture et une escouade. C'est l'ambulance Chaptal qui nous a montré l'exemple et indiqué le chemin du champ de bataille, où elle est allée relever des blessés. Nous nous sommes acheminés, à notre tour, avec le chef et deux employés de l'ambulance américaine, dont l'un, connaissant l'allemand, nous a servi d'interprète. Notre escouade comprenait MM. Farges et Montier, deux frères de la doctrine chrétienne, deux hommes de bonne volonté, dont nous avions requis la voiture et dont nous regrettons de n'avoir pas pris les noms; M. Tournay (14, rue Charlot, aux Ternes), qui nous avait aussi offert généreusement sa voiture. Ce dernier nous a aidés pour le transport des blessés, mais n'a pas franchi les lignes prussiennes.

Nous étions donc dix lorsque, munis simplement d'une lanterne et d'un drapeau blanc à la croix rouge, nous avons gravi à pied le chemin qui conduit au four à chaux qui nous avait été désigné, et nous nous sommes présentés aux avant-postes prussiens. L'un de nous a crié en français : *Ambulance;* notre interprète a répété ce mot en allemand, et les Prussiens ont permis à quatre d'entre nous d'avancer, nous assurant qu'ils ne tireraient pas si les Français ne tiraient pas les premiers. Le chef de l'ambulance américaine a décliné ses titres et sa nationalité, nous a présentés comme docteurs français, et toute notre escouade a pénétré sur le champ de bataille occupé par le poste pressien. L'ennemi avait relevé ses blessés, mais non ses morts qui étaient nombreux, plus nombreux que les nôtres. L'officier du poste nous a dirigés dans la recherche des blessés. Nous avons dû aller en chercher un au fond d'une carrière où se tenaient au port d'armes une quarantaine de Prussiens; leur attitude révélait de la sympathie pour l'acte que nous accomplissions.

---

(1) Nous trouvons dans le journal *le Soir* la statistique suivante, qui est en rapport avec ce que nous avons observé :

J'ai pu retenir 662 blessures, dit l'auteur, qui a visité à cet effet plusieurs ambulances; elles se décomposent ainsi :

Blessures à la jambe	221
— au bras	83
— à la main	71
— à l'épaule	46
— au pied	47
— à la tête	53
— au côté, à l'aine	45
— au ventre	16
— à la poitrine	25
— à l'œil	10
— au dos	13
— aux fesses	15
— à l'estomac	1
— aux reins	7
— au cou	9
Total	662

De ces blessures, les plus dangereuses, celles qui sont presque sûrement mortelles, les blessures au ventre, entrent, on le voit, pour une très-faible proportion.

Nous avions découvert cinq ou six blessés, et nous n'avions que deux brancards. Nous avons fait un second voyage avec trois brancards pour chercher les autres. Même mode de reconnaissance, même accueil de la part des Prussiens. Pendant que nous placions les blessés sur les brancards et que nous les réunissions, le chef de l'ambulance américaine, seul autorisé par l'officier prussien, est allé plus loin sur le champ de bataille, et nous avons dû l'attendre près de vingt minutes. Le temps semblait long à tout le monde, et un soldat prussien nous a engagés poliment à emporter nos blessés, ce que nous nous sommes empressés de faire, nous relayant les uns les autres dans les fonctions de brancardiers. Notre Américain n'a pas tardé à nous rejoindre; il avait découvert d'autres blessés, au nombre de quinze ou vingt, nous a-t-il dit. De nouveaux voyages aux avant-postes prussiens étaient donc nécessaires; mais nous n'avions : ni voitures, car celles dont nous pouvions disposer étaient pleines; ni brancardiers, car nos volontaires étaient fatigués, il était dix heures, et il leur tardait d'aller rassurer leurs familles; ni ambulance, car Champigny n'en possédait pas, et nous avions dû accumuler des blessés dans une maison où deux dames, dont on ne saurait trop louer le courage et la charité, s'étaient dévouées à leurs soins, avec l'aide et sous la surveillance de deux médecins militaires; ni brancards enfin, car nous avions dû laisser nos derniers blessés sur les brancards qui avaient servi à leur transport. C'est donc avec un profond regret que nous reprîmes le chemin de Joinville, abandonnant plusieurs des nôtres sur le champ de bataille. Mais en route nous rencontrâmes plusieurs voitures qui allaient vers Champigny et que nous ne pûmes arrêter; nous apprîmes à Joinville qu'elles étaient conduites par M. Demarquay. Nous avions fait prévenir deux heures auparavant notre excellent confrère, par le supérieur des frères de la doctrine chrétienne, qu'il y avait des blessés à relever à Champigny.

On sait que l'escouade conduite par M. Demarquay a été accueillie par une fusillade, quand elle s'est présentée aux avant-postes prussiens. Ce fait est déplorable et ne saurait être l'objet d'une trop vive réprobation; mais il est à craindre que la grande publicité qu'on lui a donnée n'ait pour résultat de provoquer des représailles de la part de nos troupes d'abord, puis de nouveau de la part des troupes ennemies, et que, en excitant ainsi les passions, on ne donne à cette guerre, déjà si malheureuse, un caractère de cruauté et de barbarie indigne de peuples civilisés. D'un autre côté, la même publicité peut avoir pour conséquence d'arrêter l'élan généreux des hommes qui vont sur le champ de bataille secourir les blessés, et de priver ainsi ces derniers de soins immédiats d'où dépend parfois leur salut. Enfin il faut savoir rendre justice à tout le monde, même et surtout à un ennemi, et, si l'on publie de lui des actes qui le condamnent, on doit au même titre faire connaître ceux qui peuvent plaider en sa faveur. Telles sont les considérations qui nous ont engagé à porter à la connaissance de nos lecteurs le fait dont nous avons été témoin; il ne saurait excuser l'acte dont l'escouade de M. Demarquay a failli être victime; mais il montre que la violation de la convention de Genève n'est pas, d'une manière générale, érigée en principe chez les Prussiens, et que nos confrères, auxquels nous nous adressons, qui marchent toujours les premiers au secours des blessés, pourront continuer, sinon sans danger, du moins sans trop d'appréhension, à remplir sur le champ de bataille la belle et utile mission qui leur est dévolue.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

M. le docteur G. Chantreuil, chef de clinique d'accouchement de la Faculté, ancien interne de la Maternité de Paris, commencera des conférences pratiques sur les accouchements le jeudi 6 juillet, à quatre heures, dans l'amphithéâtre nº 1 de l'Ecole pratique, et les continuera les samedi, mardi et jeudi de chaque semaine.

— La réouverture de la Faculté de médecine a eu lieu le 12 juin; les cours continueront jusqu'au 15 août, et les examens jusqu'au 31 du même mois.

MM. les étudiants pourront prendre cumulativement les inscriptions de novembre 1870, janvier et avril 1871; l'inscription de juillet sera délivrée, comme à l'ordinaire, du 1er au 15 de ce mois. Le stage ne sera exigé que pour l'inscription de novembre 1871.

Les concours de l'internat et de l'externat auront lieu, à l'époque ordinaire, c'est-à-dire en octobre prochain.

Les concurrents aux divers prix provenant des dons et legs faits à la Faculté de médecine de Paris, sont prévenus qu'en raison des circonstances, la date du 1er juillet, fixée ordinairement pour les déclarations à faire au secrétariat de la Faculté, est prorogée au 1er novembre prochain.

Les élèves de la Faculté de Paris qui, en raison des événements, ont passé des examens à la Faculté de médecine de Montpellier, seront admis à terminer leurs études à Paris, à condition qu'ils n'aient pas subi d'ajournement à Montpellier.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Des altérations de l'œil dans l'albuminurie et le diabète, par M. le docteur Mohammed Off, professeur-adjoint d'ophthalmologie à l'École de médecine du Caire. In-8° avec planches en chromolithographie. — Prix : 4 fr. 50.

Revue photographique des hôpitaux de Paris. Bulletin médical publié par A. de Montméja et Bourneville; numéros de septembre et octobre 1870, avec 4 photographies. — Prix des deux numéros : 4 fr.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois foi[...]semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET L[...]

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois... 8 fr. 50 c.
Six mois... 16 —
Un an..... 20 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 5 juillet 1871.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

De la théorie allemande préconisée par M. Verneuil, il ne restera rien, je pense, à la fin de la discussion qui se poursuit devant l'Académie.

Déjà les cliniciens avaient protesté, au nom de leurs convictions intimes, contre cette étrange assimilation des fièvres traumatiques aux empoisonnements.

Quand M. Verneuil avait prétendu que toute fièvre, traumatique ou autre, était causée par un poison, tout le monde s'était rappelé les belles expériences de M. Claude Bernard faisant naître les phénomènes de la réaction fébrile par une lésion ou par un trouble portant exclusivement sur le système nerveux.

Il ne paraissait donc aucunement probable que cette doctrine pût faire un grand prosélytisme parmi les médecins éclairés.

Et pourtant on a déjà tant vu de doctrines contraires au bon sens médical faire néanmoins leur chemin, qu'on s'est senti vraiment heureux de voir M. Chauffard saisir et renverser tout cet échafaudage entre ses mains puissantes.

Nous ne voulons pas déflorer cette argumentation magistrale, que nous reproduirons *in extenso*. La logique implacable de la partie critique de ce discours fait bien vite oublier que l'entrée en matière en est peut-être un peu longue.

— On a beaucoup remarqué, à la dernière séance de l'Académie, plusieurs professeurs de la Faculté de Strasbourg, qui y assistaient, doyen en tête.

Ce sont des Français qui n'ont pas voulu devenir Prussiens.

Abandonnant leur ville d'origine ou d'adoption, leurs nombreux amis, leurs belles clientèles, les situations brillantes dans lesquelles nous les avons vus il y a deux ans, ils sont venus, sans savoir encore dans quelle ville de province ils pourraient fixer leurs pénates.

Il paraît qu'on hésite beaucoup à désigner Lyon comme le siége de la troisième Faculté officielle de médecine.

Au point de vue des intérêts de l'enseignement médical, nous ne comprenons rien à cette hésitation.

Lyon offre déjà tout formé ce qu'il serait bien difficile, peut-être impossible de créer ailleurs en province : un milieu scientifique où l'on travaille beaucoup et d'une manière originale.

La seule émule de Paris est cette École secondaire. Aussi, même avant l'occasion qui se présente, chacun demandait-il qu'on la transformât en Faculté.

Où trouverait-on, d'ailleurs, dans une ville de province, des hôpitaux plus vastes et qui permissent mieux cette observation journalière indispensable au futur médecin?

Nous l'avons déjà dit cent fois, mais nous ne saurions trop le répéter, il n'est pas de science médicale en dehors de l'observation, et de l'observation personnelle.

Les recueils de faits, les leçons de clinique ou de pathologie ne sont vraiment utiles qu'à la condition d'être éclairés par la vue de faits analogues.

Autrement ce sont lettre morte.

Les grands théoriciens, tels que M. Chauffard, ceux qui ont le plus développé les facultés philosophiques et raisonnantes de leur esprit, sont admirables dans un milieu où sans cesse on expérimente.

Mais n'oublions pas comment autrefois les plus célèbres Galiénistes, faute d'avoir un pareil milieu, ont su rendre incompréhensible ce que les œuvres de Galien présentent à nos yeux de plus clair et certainement de plus admirable : ses expériences si précises, si concluantes, sur le système nerveux.

Ce qui, lorsqu'il s'agit d'expérimentation physiologique, est déjà certain, l'est bien plus encore lorsqu'il s'agit de l'observation médicale.

Il faut donc être à même de voir beaucoup de malades ; et de plus, il faut pouvoir souvent varier les points de vue, en allant observer sous d'autres chefs.

En effet, malheureusement, l'élève en médecine qui entre dans les salles d'un hôpital, ne peut pas dès l'abord profiter par lui-même des faits qui se présentent. Il faut une longue initiation pour savoir remarquer ce qui est important dans la masse des phénomènes. Cette initiation, tous les maîtres ne la donnent pas aussi bien ; les uns portent leur attention sur des points négligés par d'autres ; et l'éducation se complète par les changements de service.

Il faut donc de grands hôpitaux, tels qu'il n'en existe que dans des villes de premier ordre. Les besoins de l'amphithéâtre exigent également ces très-grands hôpitaux. Je connais telle ville de province où l'on était forcé de conserver les cadavres par une espèce d'embaumement pour pouvoir suffire à l'enseignement d'une petite école secondaire. Comment y mettre une Faculté?

Je n'insiste pas, car la conclusion m'était formulée hier par un des professeurs de la Faculté de Strasbourg.

« Si l'on doit nous mettre à Nancy, me disait-il, je me retire de l'enseignement. Ce n'est pas la peine de faire des leçons sans espérer faire des élèves. »

Dr VICTOR REVILLOUT.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE. — M. BOUCHUT.

De l'hémoptysie (1).

Les hémorrhagies internes donnant lieu à l'*expectoration* du sang, constituent l'hémoptysie.

Quand une femme n'a pas ses règles, il lui arrive quelquefois de voir apparaître l'hémoptysie à titre d'hémorrhagie supplémentaire.

Il y a une idyosyncrasie voisine, ou analogue de l'hémorrhaphilie, qui engendre aisément l'hémoptysie.

La pléthore globulaire est quelquefois une cause d'hémoptysie.

Il est très-rare de voir les fièvres graves, qui engendrent si facilement les pétéchies et les épistaxis, donner lieu à l'hémoptysie.

L'hémoptysie causée par l'apoplexie pulmonaire simple est une des moins graves.

L'hémoptysie dépend très-souvent des maladies du cœur, soit de l'hypertrophie du ventricule droit, soit du rétrécissement des orifices du ventricule gauche. (Laennec, Bouillaud.)

La tuberculose pulmonaire commence très-souvent par une hémoptysie qui résulte, soit d'un obstacle à la circulation d'une artériole lobulaire, qui se rompt en avant de l'endroit comprimé par le tubercule, soit d'une érosion des vaisseaux occasionnée par le tubercule ramolli, soit d'une congestion pulmonaire aiguë. (Voyez ce mot [Laennec]), soit d'une thrombose des veines pulmonaires.

Un anévrysme de l'aorte qui use toutes les parties du voisinage et qui pénètre dans les bronches donne lieu à une hémoptysie promptement mortelle.

Une hémoptysie causée par une apoplexie pulmonaire simple, laisse quelquefois après elle, dans les poumons, un exsudat qui devient l'origine d'une phlegmasie pulmonaire chronique ulcéreuse et consécutive d'une tuberculose des poumons. (Broussais).

Il est rare que l'hémoptysie s'annonce par des symptômes de palpitations, de fièvre, de chaleur, de plénitude, de douleur dans la poitrine et des autres phénomènes précurseurs de l'effort hémorrhagique.

L'hémoptysie s'annonce par une petite toux sèche, avec ou sans goût de sang dans la bouche, puis le sang est craché, rouge, mêlé d'écume, lentement, par petite quantité, ou avec abondance, en bouillonnant d'une façon qui suffoque les malades.

L'hémoptysie foudroyante peut tuer rapidement les malades par asphyxie bronchique ; mais si elle est modérée elle dure dix à douze jours et disparaît pour quelque temps.

Une première hémoptysie prédispose presque toujours à une seconde.

L'hémoptysie accidentelle peut ne point laisser de traces et ne jamais se reproduire.

Du sang rouge, liquide ou en caillots, mêlé d'écume et d'eau, rejeté par la bouche, provient d'une déchirure vasculaire récente dans les voies aériennes. V. POITRINE (PLAIES DE).

Du sang noir coagulé, mêlé à du mucus, rejeté par expectoration et en petite quantité, vient d'une hémorrhagie bronchique vieille de deux ou trois jours.

Quand un sujet crache du sang rouge pur, spumeux, et qu'en écoutant sa poitrine on y entend d'un côté ou de l'autre des râles muqueux et sous-crépitant, on peut affirmer que le siége de la déchirure vasculaire correspond au siége des bruits perçus par l'auscultation.

L'hémoptysie accompagnée de fièvre hectique est toujours mortelle.

Une hémoptysie chez un sujet hydropique à la suite d'une maladie de cœur, est un signe prochain de mort.

Une odeur gangréneuse de l'expectoration accompagnant l'hémoptysie annonce toujours une mort prochaine. (Laennec.)

Les hémoptysies pléthoriques sont ordinairement suivies de guérison.

Thérapeutique. — Vis-à-vis d'un malade qui crache le sang, le premier soin du médecin doit être d'apprécier la cause de l'hémorrhagie, afin de choisir le remède le plus convenable.

Le médecin devra chercher à rassurer les malades, qui sont toujours très-effrayés de l'accident qui leur arrive, et il leur prescrira le repos absolu de l'esprit et du corps, l'exposition à l'air pur, la position assise les jambes pendantes sur le bord du lit ; il les engagera, en outre, à résister autant que possible aux efforts de la toux qui provoquent la sortie de nouvelles quantités de sang.

Première indication : *Arrêter l'hémorrhagie.* Pour arrêter le crachement de sang, le médecin appliquera, pendant plusieurs heures, des ligatures bien serrées autour des quatre membres. — C'est dans le même but, c'est-à-dire pour enlever un instant à la circulation une masse assez considérable de sang qu'on applique dans ces circonstances les grandes ventouses inventées par Junod. On comprend, en effet, que ces ligatures ou une ventouse qui retient une masse de sang dans un membre, changent la marche de la circulation générale au point de faire cesser la pneumorrhagie et l'hémoptysie. (V. VENTOUSES.)

Les évacuations sanguines générales à haute dose ont été vantées par Laennec, qui pensait que dans l'hémoptysie abondante la saignée du bras, plusieurs fois répétée, était le meilleur moyen de tarir l'hémoptysie, même au prix de la faiblesse qui pouvait en résulter.

Les saignées sont bonnes quand le sang vient d'une apoplexie pulmonaire ou d'une rupture, au commencement de la phthisie, ou d'une exaltation, suite des maladies du cœur, ou d'une vraie pléthore ; mais elles ne sont plus indiquées lorsque l'hémoptysie est le résultat d'une gangrène pulmonaire.

Les ventouses Junod, sur les membres inférieurs (voyez ce mot), et les grandes ventouses sèches sont très-utiles pour détourner la marche du sang.

On a vanté l'action des vésicatoires contre l'hémoptysie, mais je n'en vois point l'indication réelle, à moins que ce ne soit le but de l'opposer à la cause de l'hémorrhagie, à une maladie chronique des poumons, par exemple.

Les boissons froides, glacées, les applications froides sur la poitrine et dans le dos, réussissent presque sûrement à arrêter l'hémorrhagie bronchique.

Contre l'hémoptysie, Laennec donnait l'émétique à l'intérieur, mais l'expérience n'a pas sanctionné les résultats qu'il s'en était promis.

Les astringents et les acides sont d'un usage très-avantageux dans l'hémoptysie. — Les limonades acétique, citrique et sulfurique peuvent être employées, il en est de même de l'alun et du sang-dragon, que l'on donne à l'intérieur, en pilules :

Alun........................	12 grammes.
Sang-dragon.................	3 —
Opium.......................	50 centigrammes.
Miel rosat..................	q. s.

pour des pilules de 20 centigrammes.

A prendre de 1 à 5 par jour.

On peut donner aussi le cachou, le ratanhia, la monésia, dont les extraits sont faciles à diviser en pilules, et doivent être donnés à la dose de 1 à 4 grammes par jour.

On donne aussi l'eau de Rabel à vingt gouttes dans un julep, à prendre par cuillerées, et les résultats sont généralement bons.

Des injections hypodermiques d'extrait de seigle ergoté à la dose de 10 centigrammes par injection, pour 60 centigrammes d'eau distillée, sont très-bonnes (Drasche). A défaut de ce procédé, on peut employer le seigle ergoté en poudre à la dose de 4 grammes par jour, ou l'extrait de seigle ergoté à 25 ou 50 centigrammes par jour, en pilules de 10 centigrammes.

L'*eau de Brocchieri*, qui n'est autre chose que de l'eau distillée de pin gemme, est aussi très-utile dans ces circonstances.

Des médecins donnent aussi le *nitrate de potasse* à doses fractionnées et répétées, 10 centigrammes toutes les heures.

Deuxième indication : *Combattre la cause de l'hémoptysie.*

(1) Nous empruntons à la deuxième édition du *Dictionnaire de thérapeutique médico-chirurgicale* de MM. Bouchut et Després, qui va prochainement paraître, cet extrait de thérapeutique, qui nous paraît de nature à intéresser nos lecteurs.

A côté des moyens susceptibles d'arrêter l'hémorrhagie, il faut chercher à prévenir son retour, deviner sa cause, et, suivant qu'elle est dans le sang, dans le cœur ou dans les poumons, se conduire d'une façon différente.

En cas de pléthore, il faut prescrire un régime doux, un peu débilitant et faire une saignée tous les quatre ou cinq mois.

Dans les cas d'anémie, au contraire, c'est par les toniques, le quinquina et les ferrugineux qu'il faut opérer.

Lorsqu'il y a un obstacle à la circulation des vaisseaux ou aux orifices du cœur, il faut également recourir à la saignée, en ayant soin de la proportionner aux forces du malade.

Troisième indication : *Eviter le retour des émoptysies.*

Si le malade est soupçonné d'avoir des tubercules pulmonaires, ou si ces tubercules sont évidents, il faut, dès que les accidents d'hémorrhagie sont calmés, envoyer le sujet en voyage, dans les pays chauds ou dans les Pyrénées, ayant soin d'ailleurs d'employer contre l'état de la poitrine les remèdes appropriés.

C'est alors le cas de mettre un vésicatoire ou un cautère au bras.

Passer l'hiver aux eaux sulfureuses d'Amélie-les-Bains ou du Vernet. Séjourner l'hiver à Cannes, à Nice, à Menton, à Naples, à Madère, en Egypte ou en Algérie. Enfin, si cela est possible, voyager sur mer pendant plusieurs mois.

FORMULAIRE DE L'HÉMOPTYSIE.

Opiat de Fernel.

Conserve de grande consoude	30 grammes.
Conserve de roses	30 —
Bol d'Arménie	4 —
Terre sigillée	4 —
Sirop de roses	q. s.

Faites un opiat. A prendre par petites cuillerées.

Teinture de nicotiane.

Feuilles de nicotiane	75 grammes.
Alcool rectifié	360 —

Laissez digérer quelques jours, filtrez et conservez pour l'usage. Cette formule a été employée à la dose de 1 à 3 gouttes pour combattre les hémoptysies. (Bauer.)

Pilules narcotiques astringentes.

Tannin	3 grammes.
Extrait d'opium	5 centigrammes.
Conserve de roses	q. s.

F. s. a. vingt pilules. On en fait prendre une toutes les deux heures jusqu'à cessation des accidents.

Potion astringente au tannin.

Eau commune	100 grammes.
Eau de fleur d'oranger	20 —
Tannin	5 décigrammes.
Teinture de cannelle	2 grammes.
Sirop d'œillet	30 —

A prendre par grandes cuilleries, d'heure en heure.

Autre.

Acide tartrique	2 grammes.
Suc de citron	10 —
Sucre	30 —
Eau	1 litre.

A prendre par verres dans les vingt-quatre heures.

Autre.

Acide sulfurique	3 à 5 grammes.
Eau de gomme	1 litre.
Sirop sucré	100 grammes.

A prendre par verres dans les vingt-quatre heures.

Pilules astringentes.

Alun	50 centigrammes.
Cachou	50 —
Extrait thébaïque	15 —

Pour quatre pilules argentées; à prendre une matin et soir. (Valleix.)

Potion astringente.

Sulfate de fer	2 grammes.
Potion gommeuse	120 —

A prendre par cuillerées à bouche dans les vingt-quatre heures.

Autre.

Perchlorure de fer	2 grammes.
Eau sucrée	150 —

A prendre par cuillerées à bouche dans les vingt-quatre heures.

Pilules hémostatiques.

Ergotine	2 à 4 grammes.

En pilules de 10 centigrammes; une toutes les heures.

Potion astringente.

Extrait de monésia	5 à 10 grammes.
Potion gommeuse	120 —

A prendre par cuillerées dans les vingt-quatre heures. (Guillemin.)

Potion acide.

Eau de Rabel	2 à 3 grammes.
Potion gommeuse	120 —

A prendre par cuillerées à soupe dans les vingt-quatre heures.

Pilules astringentes au tannin.

Tannin	1 gramme.
Mucilage de gomme adragant	q. s.

Pour des pilules argentées de 15 centigrammes. A prendre une pilule toutes les deux heures.

Potion calmante.

Teinture de digitale	20 à 40 gouttes.
Potion gommeuse	120 grammes.

A prendre par cuillerées, si l'hémoptysie est accompagnée de palpitations.

Pilules calmantes d'opium.

Opium en pilules de 25 milligrammes.

Deux à quatre pilules argentées par jour. Pour calmer la toux.

Poudre expectorante.

Ipécacuanha	4 grammes.

En quarante paquets; à prendre une toutes les demi-heures, pour produire l'état nauséeux.

Eau très-froide et frappée de glace, toutes les demi-heures, nuit et jour, 250 à 300 grammes. — Suppression complète d'aliments pendant toute la durée du traitement (huit jours au moins.) (Borsière.)

Tisane avec la décoction de Statice limonium, 15 à 30 grammes par litre.

Mastic à l'intérieur, 1 à 3 grammes par jour en émulsion.

Suc de plantin. A prendre 100 à 150 grammes. (Celse.)

Décoction de feuilles de ronces, pour tisane, 10 grammes par litre d'eau.

Infusion d'Ophioglossum ou langue-de-serpent (famille des fougères.

Infusion de mummulaire, 8 à 10 grammes par litre d'eau pour tisane. (Boerhaave.)

Sucre d'ortie piquante fraîche, de 66 à 120 grammes par jour. (Ginnestet.)

Poudre de mouron des ciseaux (*Stellaria media*), légèrement astringente.

Acétate d'aluminium, 2 à 8 grammes par jour dans une potion.

Geum urbanum (benoite), en infusion, 4 grammes par litre d'eau.

Extrait de jusquiame, depuis 10 centigrammes jusqu'à 1 gramme.

Salicaire (*Lythrum salicaria*), 75 à 150 centigrammes, en poudre.

Hélianthème, en décoction, 4 à 8 grammes par litre d'eau, dans l'hémoptysie.

DE LA GALVANO-CAUSTIQUE CHIMIQUE,

Par le docteur A. Amussat (1).

La galvano-caustique chimique n'est pas ancienne, elle remonte à 1828, et appartient au docteur Fabré-Palaprat, comme le prouve le passage suivant, extrait de sa préface à la traduction du livre de M. Labeaume sur le galvinisme appliqué à la médecine :

« M. Labeaume déclare que pour obtenir du galvanisme des effets salutaires, il est indispensable, dans certains cas, de faire coïncider ce mode de traitement avec l'administration d'autres moyens curatifs. Parmi ces moyens, il cite les *moxas.* Ainsi que lui, j'ai plus d'une fois éprouvé que les moxas favorisaient l'action du galvanisme. Mais, plus heureux que M. Labeaume, j'ai trouvé dans le galvanisme même un moyen d'obtenir instantanément depuis le plus faible degré de chaleur, jusqu'à la plus active combustion, et avec elle les effets du moxa, sans recourir à cet appareil d'ustion lente et si douloureuse que l'on met en usage pour pratiquer la cautérisation moxaïque.

» Le moxa se place ordinairement sur la partie malade ou dans ses environs. De même, le courant galvanique destiné à produire la cautérisation est dirigé en général d'un point déterminé par une indication quelconque vers un des points de la surface du corps qui correspond à l'organe ou à la partie malade.

» Lorsque le moxa est reconnu indispensable, on introduit une aiguille de platine dans la partie correspondante de l'organe affecté ou dans tout autre endroit qui est indiqué. En mettant cette aiguille en communication avec le pôle central d'une pile dont les éléments aient une surface convenable et soient en nombre suffisant, et en faisant communiquer ensuite l'autre pôle avec une partie déterminée du corps, l'on obtient à l'instant même une ustion galvanique plus ou moins profonde, et dont l'impression douloureuse se manifeste et disparaît avec la vitesse de l'éclair.

» J'ai occasionné un certain nombre de ces cautérisations sur la région de mon estomac et sur ma tête lorsque je me traitais de ma maladie nerveuse; j'en ai fait autant sur plusieurs personnes, et j'avoue, d'après ce que j'ai ressenti et d'après la déclaration des personnes dont je viens de parler, que la fugacité de la douleur semble en détruire la réalité, et que si un point bleuâtre n'annonçait une eschare, si quelques jours après il ne se manifestait une inflammation semblable à celle que produit le moxa, et si l'eschare (ordinairement en forme de tuyau de plume) ne tombait à la suite de cette inflammation, il serait impossible de croire qu'un trait aussi rapide et à peine senti fut capable de produire d'aussi grands effets.

» J'aime à penser que si M. Labeaume prend la peine de lire ces pages, il reviendra de ses préventions contre les aiguilles, et peut-être qu'il me remerciera de lui avoir indiqué une si heureuse application. »

J'ai cité cet extrait un peu long du livre de Fabré-Palaprat, parce que parmi les auteurs ayant traité de la galvano-caustique, les uns lui ont attribué l'invention de la galvano-caustique thermique, à laquelle il n'a pas pensé, tandis que d'autres ne lui ont pas rendu la justice qu'il méritait comme inventeur de l'électrolyse.

Quant à la première application de la galvano-caustique chimique, à la destruction des tumeurs, je n'ai pas trouvé de document antérieur à celui qui suit, document établissant la priorité de Pravaz et Récamier.

Observation d'un cancer, par un nœvus, dont deux ablations et quatre cautérisations ont été suivies de récidive, et qui a enfin été guéri au moyen d'une compression méthodique, par M. Récamier.

Mlle Al... est âgée de 48 ans, et elle ressemble beaucoup à sa mère, âgée de 79, sujette à des pituites (excrétion folliculaire de la muqueuse gutturale); une tante maternelle a été sujette à des migraines. Quant à Mlle Al..., née avec un nœvus brunâtre et superficiel de trois lignes de diamètre à la partie gauche du thorax, en dehors de la mamelle de ce côté, elle a eu une enfance délicate, et dès lors des pituites, des gastralgies, des vomissements, et deux fois surtout une migraine bien caractérisée. Enfin elle a été sujette à des catarrhes pulmonaires tous les hivers. Réglée pour la première fois vers 14 ans, elle a coutinué à l'être convenablement jusqu'à 36, âge auquel chaque menstruation a présenté le caractère d'une hémorrhagie pendant dix-huit mois. Depuis lors Mlle Al... a pris un bel embompoint; mais il y a toujours eu, à chaque époque des règles, un orgasme violent du côté de l'utérus, avec gastralgies, vomissements, coliques, diarrhée. Plus tard, ce mouvement fluxionnaire s'est fait sentir vers le nævus, ensuite vers un cautère établi au bras, et enfin vers celui de la jambe, qui l'a remplacé. Les règles ont cessé de reparaître dès le mois de mai 1829. Vers 29 ans, elle a eu la gale, qui a été traitée par les frictions et avec de l'onguent napolitain. Plus tard les bains chauds ont été suivis de malaise, de dyspnée et d'une éruption passagère.

Le séjour dans les pays chauds (à Fréjus), a été accompagné de difficultés des digestions et même de colliques violentes, inconvénients qui ont cessé lorsque Mlle Al... est venue habiter Paris. La saignée a toujours été bien supportée. Vers 46 ans, Mlle Al... gratte et irrite le nœvus, dans l'intention de l'enlever comme une croûte, et il s'y forme une petite ulcération.

Dans les premiers jours d'octobre 1829, il y eut, au sujet de la maladie, une conférence entre M. Blandin, chirurgien adjoint à l'hôpital Beaujon et moi. Fort des données que j'avais acquises sur l'histoire générale des affections cancéreuses, je pensai que l'ablation du nœvus déjà ulcéré serait suivie de récidive immédiate; mais en m'appuyant sur le succès obtenu par une compression consécutive chez le sujet du trosième fait de la seconde partie de mes *Recherces sur le traitemement du cancer*, je souscrivis à l'ablation du nœvus ulcéré de Mlle Al..., présentant au plus 4 ou 5 lignes de diamètre, à l'époque dont je parle.

Première ablation suivie de deux cautérisations, le 12 octobre 1829.

Deuxième oblation le 18 janvier 1830.

Première cautérisation sans ablation par la pile voltaïque.

Dans cet état de choses, M. Pravaz proposa de cautériser avec la pile. Ce procédé adopté, on réunit deux angles formant ensemble quatre-vingts éléments, et nous cautérisâmes ainsi profondément et non sans une vive douleur, tout le gâteau carisnomateux, le 3 février 1830.

L'inflammation survenue au-dessous de l'eschare nous détourna de comprimer immédiatement; nous voulions simplement laisser détacher l'eschare pour commencer aussitôt la compression; mais à la chute de l'eschare, la récidive avait déjà lieu, et tout ce que que nous pûmes faire alors par ce moyen méthodiquement employé, ne changea pas la nature cancéreuse de l'ulcère.

Deuxième cautérisation sans ablation par le deuto-chlorure de mercure, le 3 mai 1830.

Troisième cautérisation sans ablation avec la poudre arsénicale de Rousselot, le 31 juillet 1830.

Quatrième et dernière cautérisation, sans ablation, avec le nitrate de mercure liquide.

Le 12 août, les douleurs étant devenues intolérables, et l'odeur spéciale, la couleur grisâtre, ainsi que la viscosité du pus adhérant à la surface de l'ulcère qui augmentait de jour en jour d'étendue, ne me laissant plus aucun doute sur les caractères de la pourriture d'hôpital, je me déterminai à toucher toute la surface de l'ulcère avec le nitrate acide de mercure liquide, résolu de commencer la compression méthodique aussitôt après la cessation des souffrances de la cautérisation.

Les douleurs de la pourriture d'hôpital cessèrent immédiatement pour faire place à celles de la cautérisation, qui furent très-supportables pendant une partie de la journée et cessèrent ensuite. Dès le 13 au matin, la compression fut faite sur toute la surface de l'ulcère et sur tout son voisinage; elle a été combinée régulièrement depuis ce moment. Le pansement immédiat se faisait avec un disque d'agaric mollet, de la grandeur de la plaie, ou de la charpie sèche, et on élevait ensuite par-dessus un cône tronqué de trois pouces et demi d'épaisseur au moins, et en fixant les disques trois par trois à l'aide des circulaires d'un bandage analogue à ceux que j'ai décrits dans les *Recherches sur le cancer.* A compter de ce moment, l'ulcère changé en plaie simple a marché à sa cicatrisation avec la lenteur qu'on remarque toutes les fois qu'il y a eu perte de substance; en sorte que la cicatrice souple, lisse, unie et très-semblable à la peau, n'a été terminée qu'en décembre 1830.

Aujourd'hui, en mars 1831, la cicatrice conserve les mêmes caractères, et est si belle que, comme cela arrive aux cicatrices après les cautérisations par le nitrate acide de mercure, on la distingue à peine de la peau environnante.

On combine la compression au moyen d'une pelote d'agaric large, souple et lenticulaire (1).

Depuis cette époque, la galvano-caustique chimique a donné lieu à des travaux importants. Nous citerons comme s'en étant occupés particulièrement MM. Althaus, à Londres; Ciniselli, à

(1) Fin. — Voir le dernier numéro.

(1) *Revue médicale française et étrangère*, 1831, t. I, p. 349.

Bologne ; G. Crussel, à Saint-Pétersbourg. En France, Leroy d'Etioles père, Mallez, Nélaton, Schuster, Scoutteten, Tripier, Kertheimber, etc.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 4 juillet 1871. — Présidence de M. Wurtz.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné en 1870 dans l'arrondissement de Miremont, Remiremont et de Saint-Dié. (Comm. des épidémies.)

2° Un mémoire de M. le docteur Bourguet, de Rhodes, sur la vaccine. (Comm. de vaccine.)

3° Un état des vaccinations pratiquées en 1870 par M. le docteur Plouquet, d'Ay. (Même commission.)

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend :

1° Des lettres de M. Jules Lefort et de M. Personne, qui se présentent comme candidats dans la section de pharmacie ;

2° Un travail manuscrit sur la quinoïde, par M. Armand, pharmacien à Paris. (Commission des remèdes nouveaux.)

3° Une note de M. Guyot, pharmacien à Nancy, sur l'iodal, nouvel agent anesthésique.

M. LE PRÉSIDENT dit qu'il y a de grandes réserves à faire sur l'existence de cette nouvelle substance. L'auteur prétend que l'iodal bout à 28 degrés centigrades, et le point d'ébullition du chloral est de 90 degrés. M. Wurtz ne nie pas qu'il n'existe un composé iodé qui possède les propriétés physiologiques indiquées par l'auteur, mais ce composé ne peut être l'iodal.

M. LE SECRÉTAIRE ANNUEL donne ensuite lecture de deux lettres dont une provient de M. Goubaud, professeur à Alfort, et l'autre de M. Camescasse, ancien préfet du département du Finistère, maintenant préfet de Loir-et-Cher, et qui protestent l'une et l'autre contre le rapport oral que M. Reynal avait fait au mois de mars dernier à l'Académie sur la peste bovine de Landerneau (Finistère).

Ce discours contient le passage suivant :

« A l'époque où M. Reynal est arrivé à Landerneau, les ravages exercés par le fléau étaient considérables. Aucune mesure sanitaire ne venait les enrayer ; nulle part n'existaient des autorités capables de les prendre. Plus de 700 cadavres d'animaux gisaient abandonnés sur le sol, formant là des foyers d'infection des plus dangereux ; les individus requis pour les enfouir ne pouvaient suffire à cette pénible besogne. Il fallut recourir à l'interventin du préfet maritime de Brest, qui les fit enlever sur des allégés et précipiter au fond de l'Océan. »

M. Goubaut était alors en mission à Landerneau depuis le 1er février. Il prétend avoir pris, depuis le 5, toutes les précautions, de concert avec le préfet du département et le préfet maritime. La gendarmerie du département, mobilisée pour la circonstance, faisait respecter les cordons sanitaires autour de Landerneau et Morlaix. L'embarquement des 450 cadavres des animaux atteints du typhus contagieux des bêtes à cornes a eu lieu le 12, et M. Reynal n'est arrivé que le 17 au soir. C'est le 18 qu'il a visité les champs d'enfouissement. Il a quitté Landerneau le 13 pour aller à Laval.

M. Reynal est donc venu à Landernau, dit M. Goubaut, quand il n'y avait plus rien à faire ; il l'a déclaré lui-même en présence de M. Camescasse, préfet du Finistère ; .. il n'y a rien fait et n'a rien vu des faits dont il a parlé.

M. Camescasse confirme les données précédentes dans une lettre spéciale, et « il prie l'Académie de médecine de vouloir bien considérer comme absolument chimérique le récit fait par M. le professeur Reynal de la peste bovine à Landernau. »

M. REYNAL répond qu'il maintient l'exactitude de son rapport ou plutôt des renseignements verbaux qu'il a transmis à l'Académie. M. Goubaut a raison quand il dit qu'il n'a rien fait, car il n'avait plus rien à faire Mais il fait remarquer que s'il était arrivé plus tôt il aurait pu peut être faire quelque chose et remédier à l'incroyable incurie des autorités. On n'aurait pas ainsi submergé des centaines d'animaux, qui auraient pu nourrir la population au lieu d'aller nourrir le monde de l'Océan.

COMMUNICATION

M. LE PRÉSIDENT fait remarquer à l'Académie qu'elle a en ce moment dans son sein M. Stolz, membre associé national et doyen de la faculté de Strasbourg. Quatre autres professeurs de la même faculté l'accompagnent.

PRÉSENTATION

M. TARDIEU présente à l'Académie un mémoire de M. Deleau sur les complications cardiaques dans la variole.

RAPPORT

M. DEVERGIE vient, au nom de la commission du prix Orfila, soumettre à l'approbation de l'Académie la question qu'elle propose pour sujet de prix à décerner en l'année 1872. Cette commission propose de décider que ce prix sera décerné à l'auteur du mémoire inédit qui aura réalisé le progrès le plus important dans la médecine légale (la toxicologie exceptée).

M. CAVENTOU. On n'en a pas le droit. Il ne faut pas sortir des conditions fixées par le testament de M. Orfila.

M. LE SECRÉTAIRE ANNUEL. M. Caventou se trompe ; on ne déroge en rien à ces conditions.

M. BRIQUET. Je n'ai pas bien entendu la dernière phrase du rapport.

M. DEVERGIE relit ses conclusions.

M. DEPAUL. Un prix à décerner suppose des compétiteurs et des mémoires soumis aux examinateurs. Or si l'on adopte le sujet proposé, quelle divergence n'y aura-t-il pas entre les différents mémoires avec quelque chose de si vague, de si indécis que cette phrase : « le plus grand progrès en médecine légale. » Il n'y aura aucun lien, aucun point de comparaison entre les différents travaux. Comment donc juger lequel est le meilleur ? Ce sera certainement un très-grand embarras. Il faudrait limiter davantage le sujet du concours et proposer l'une de ces questions intéressantes sur lesquelles on n'est pas encore d'accord et que de bons travaux viendraient élucider. Si j'étais membre de la commission, je pourrais indiquer vingt questions de ce genre.

M. TARDIEU. Je reviens à l'observation de M. Caventou ; il faudrait avant tout savoir ce qu'on a le droit de faire et quels sont les termes du testament d'Orfila.

M. LE PRÉSIDENT. Cette seconde question se résoudra facilement, mais il est intéressant de savoir si l'Académie veut choisir un sujet large ou restreint.

M. LE RAPPORTEUR. Quelle que soit la branche de la science dont on s'occupe, il y a toujours bien au moins quarante ou cinquante sujets intéressants, et que l'on pourrait choisir comme sujets de prix. Or ces sujets ne conviennent pas à tout le monde, et comme les compétiteurs en médecine légale sont très-peu nombreux, la commission a pensé qu'il fallait leur laisser du moins la porte toute grande ouverte.

M. TARDIEU. Et le droit de faire cela?

M. BÉCLARD. Quand la mort a surpris M. Orfila, il se proposait de fixer lui-même un prix de 2,000 francs, qui devait être distribué tous les deux ans par l'Académie. Il en avait même parlé ici. Mais il n'a pas eu le temps de le faire. Mme Orfila, sa veuve, a pieusement voulu obtempérer à ce désir final du défunt, et elle a fondé ce prix. Aux termes de l'acte de donation, les deux premiers sujets de prix doivent être des questions de toxicologie, et le troisième doit concerner une des branches quelconques de la médecine légale, la toxicologie exceptée. Le premier sujet que nous ayons proposé rentrait dans le cadre de la toxicologie : c'était le *champignon vénéneux*. Nous l'avons remis trois fois au concours, parce que nous n'avions pas reçu de mémoire digne d'avoir le prix, et enfin nous l'avons donné.

Le second sujet proposé par nous concernait également la toxicologie : c'était la *digitaline*. Nous l'avons déjà remis deux fois, et vous aurez à décider cette année si on doit couronner l'un des concurrents.

Le troisième prix que la commission propose pour l'année 1872 doit donc être, aux termes de la donation, accordé à un mémoire sur la médecine légale (la toxicologie exceptée).

M. TARDIEU. A merveille. Je croyais, moi, qu'Orfila avait fixé d'avance tous les sujets qui devaient être proposés au concours.

M. BÉCLARD. Non. M. Orfila a donné, il est vrai, à l'Académie une longue liste de sujets que l'on pourrait proposer pour les prix, mais il ne l'a fait que pour la toxicologie, et comme le prochain concours doit être offert pour les autres branches de la médecine légale, vous êtes complétement libres d'en fixer le sujet à votre guise.

M. BÉHIER. Mais si la commission ne donne pas le prix cette année pour la digitaline, comment pourra-t-on déroger aux intentions d'Orfila, en désignant pour 1872 un sujet qui ne soit pas dans la toxicologie.

M. BÉCLARD. La question est prévue par l'acte de donation. On devra donner alors l'argent destiné au prix de toxicologie à la Société de prévoyance des médecins de la Seine.

M. TARDIEU. Je suis satisfait en ce qui concerne la légalité ; quant au fond même de la question, je partage entièrement l'avis de mon ami M. Devergie et de la commission. Quand on propose un prix de médecine légale, il ne s'agit pas seulement de considérer l'esprit, les goûts et les aptitudes du travailleur, mais encore l'*occasion*. Les crimes varient sans cesse et se présentent sous toutes les formes. Fixer un sujet trop précis à l'avance, c'est donc empêcher les mémoires les plus beaux et les plus intéressants de se produire. Il vaut beaucoup mieux, selon l'expression du rapporteur, laisser la porte toute grande ouverte.

M. BLOT. J'insiste sur ce que vient de dire M. Tardieu. J'ai toujours vu, dans les différentes commissions dont j'ai fait partie, que la liberté est ce qui valait le mieux pour les sujets de prix. Il faut laisser aux travailleurs les coudées franches quand on le peut. Pour le prix Capuron, on avait récemment désigné une matière bien intéressante : *le frisson dans l'état puerpéral*, et pourtant il n'y a pas eu de mémoires sérieux. Les travailleurs préférèrent, on ne sait pourquoi, étudier autre chose. M. Béclard vient de nous rappeler comment la même chose était arrivée deux fois pour le prix Orfila. Je suis donc pour la liberté. Il faut, autant que possible, laisser la plus grande latitude aux concurrents.

M. LE PRÉSIDENT. Je vais mettre aux voix les conclusions.....

M. BOUVIER. Il faudrait auparavant une seconde lecture.

M. LE RAPPORTEUR. Ce sera la troisième. Mais on me fait grâce, je pense, de l'exposé des motifs.

Après une nouvelle lecture, les conclusions de la commission sont adoptées.

(*A suivre.*)

DOCUMENTS

POUR SERVIR A L'HISTOIRE DU MOUVEMENT SCIENTIFIQUE PENDANT LE SIÈGE DE PARIS (1).

10 DÉCEMBRE.

XV. **Clinique chirurgicale.** — M. GOUIN, interne du service de l'ambulance Monceau, publie dans la *Gazette médicale* l'observation suivante.

AMBULANCE DE LA PRESSE

RUE MONCEAU. — M. NICAISE.

Blessures multiples produites par deux balles ; plaies en séton ; hémorrhagie secondaire grave ; ligature de l'huméral ; anomalie de cette artère.

B..., 18 ans, soldat au 22e de ligne, est amené à l'ambulance Monceau, dans le service de M. Nicaise, le 21 octobre 1870, pour une blessure reçue le même jour au combat de la Malmaison.

B... n'a jamais été malade, il est d'une bonne constitution, d'un tempérament lymphatique.

Il a été blessé au moment où il visait ; aussitôt il ressentit de l'engourdissement dans les deux membres supérieurs ; mais il a pu se rendre seul dans une ambulance volante ; la perte du sang n'a pas été considérable.

Main gauche. 1° Le médius présente une plaie en séton ; il a été traversé par une balle au niveau de l'extrémité inférieure de la première phalange qui est fracturée comminutivement. L'orifice d'entrée est sur la face dorsale ; la balle traversa le bord cubital du doigt en longeant l'articulation ; l'orifice de sortie est à la face palmaire. Les fractures de la première phalange communiquent avec l'articulation, mais la seconde phalange est intacte.

2° L'annulaire présente une plaie contuse qui occupe la face antérieure de la deuxième phalange et se prolonge jusqu'au niveau du bord cubital de l'ongle ; la flexion de la deuxième phalange sur la première est normale, mais celle de la troisième sur la seconde est impossible, par suite de la lésion du tendon du fléchisseur profond.

3° Le petit doigt présente une légère excoriation.

La balle a frappé successivement le médius, l'annulaire et le petit doigt, la main étant en supination pour maintenir le canon du fusil.

Plaie en séton de l'avant-bras droit. — *L'orifice d'entrée* est situé à 4 centimètres au-dessous de l'épitrochlée, sur le trajet d'une ligne qui, descendant de cette éminence, diviserait en deux la face antérieure de l'avant-bras. Cet orifice est circulaire et ne présente rien de particulier.

L'orifice de sortie se trouve directement sur le bord radial à 9 centimètres de l'épicondyle ; cet orifice est irrégulier et présente des angles saillants et des angles rentrants et aussi une hernie de lambeaux musculaires peu volumineux.

Trajet. Il est oblique d'arrière en avant et de dedans en dehors ; la balle a passé en avant des os, traversant les muscles de la face antérieure de l'avant-bras ; elle a pénétré d'abord dans l'extrémité supérieure de la masse épitrochléenne. La distance entre les deux orifices est de 10 centimètres.

L'avant-bras, au moment de la blessure, était en pronation, l'index sur la détente. La position et la direction des blessures indiquent que le blessé a été atteint par deux balles ; l'une venant en face de lui, l'autre de derrière lui. D'après le récit du malade leur action a dû être simultanée.

Pansement. — Tube à drainage dans la plaie en séton de l'avant-bras. Compresses imbibées d'eau fraiche. Juleps avec 30 gouttes de laudanum.

22 octobre. Fièvre. Tube à drainage à travers le médius gauche.

23. État général bon ; l'engourdissement des membres supérieurs disparaît ; on supprime le julep laudanisé.

24. Le tube à drainage du médius est enlevé, et l'on installe un appareil à irrigation continue qui mouillera les trois plaies de la main gauche.

25. Les compresses d'eau fraîche que l'on mettait sur l'avant-bras sont remplacées par des cataplasmes.

29. Suppression du bain de l'avant-bras (le huitième jour) ; pansement simple.

1er novembre. Nous sommes au onzième jour de la blessure. A huit heures et demie du matin, pendant la visite, le blessé ressent tout à coup une douleur très-vive et son lit est inondé de sang ; le sang sort par la plaie cubitale en un jet gros comme une plume de corbeau. Compression digitale sur le trajet de l'artère humérale. Les recherches faites pour reconnaître le point de départ de cette *hémorrhagie s conduire* semble démontrer que le sang est fourni par l'artère cubitale ; on sent les battements de la radiale ; on ne retrouve pas ceux de la cubitale ; de plus l'hémorragie se fait par l'orifice de la plaie séton.

Je me propose de faire la ligature immédiatement au-dessus de la plaie. En conséquence, après avoir chloroformé le malade, je fais, au niveau du pli du coude, l'incision classique de la ligature de l'humérale en ce point, dans le but de lier la cubitale à son origine, si cela est possible ; dans le cas contraires, pour lier l'humérale.

L'artère radiale est superficielle, ce qui indique une division prématurée de l'humérale. Après avoir coupé l'expansion aponévrotique du biceps, on trouve, après quelques recherches, la cubitale qui est liée ; elle est du même volume que la radiale. Toute compression est suspendue, aucune hémorrhagie ne se produit. Le malade est pansé.

A peine venait-on de terminer ce pansement que l'hémorrhagie reparaît, aussi inquiétante que la première fois. J'abandonne l'idée de nouvelles recherches au niveau du pli du coude, et je me dispose à lier l'humérale à la partie moyenne du bras.

L'incision faite, on constate que l'humérale est divisée en plusieurs troncs ; deux sont liés : ils sont de même diamètre, et tout porte à croire qu'ils représenten la radiale et la cubitale. Après ces ligatures, on sent encore des battements au niveau du pli du coude et dans l'incision du bras. Pour éviter sûrement toute nouvelles hémorrhagie, qui pourrait mettre en danger les jours du malade, il faut lier cette troisième artère au niveau de l'incision du bras, elle est trouvée en arrière des précédentes, dont elle était séparée par une mince membrane aponévrotique ; elle avait, du reste, le même volume que les deux premières. Tout battement cesse au-dessous des ligatures ; il n'y a plus rien à craindre, et la jeunesse du malade permet d'espérer le rétablissement de la circulation.

Pansement. Rapprochement des lèvres des deux incisions au moyen des bandelettes de diachylon ; l'avant-bras et la main sont placés au milieu de sachets remplis de sable chaud.

2 novembre. Le bras droit a la température normale, pas de fourmillements ni d'engourdissement ; on ne sent ni la radiale ni la cubitale.

5. On supprime le sac de sable.

10. Les plaies des bras vont bien. L'irrigation continue a toujours été maintenue. M. Nicaise enlève un fragment osseux, qui est le condyle cubital de la première phalange du médius gauche.

(1) Suite. — Voir le dernier numéro.

Chute d'un fil à ligature de l'incision du bras; les bords des plaies sont rapprochés avec des bandes de diachylon.

11. Chute d'un fil à ligature de l'incision du bras et d'un fil de l'incision du coude.

13. Chute du second fil du coude.

14. Chute du dernier fil du bras. Les plaies marchent régulièrement, mais lentement, vers la cicatrisation; pansement à l'alcool.

Les irrigations continues sont supprimées le 19 novembre. Les plaies de la main se sont cicatrisées dans l'eau, la fracture va très-bien et se consolide.

5 décembre. Les plaies sont presque complétement cicatrisées; la phalange fracturée est un peu volumineuse; quelques esquilles seront encore à enlever. Malgré la communication de la fracture avec l'articulation, il n'y a eu aucun accident.

Cette observation peut donner lieu aux remarques suivantes :

1° L'irrigation continue a été maintenue pendant vingt-huit jours et a donné de très-bons résultats.

2° Le onzième jour est survenue une hémorrhagie secondaire. La balle avait atteint une artère située au niveau de l'extrémité supérieure de la masse des muscles épitrochléens; l'artère ne fut pas ouverte au moment de l'accident, mais sa paroi a été assez atteinte pour se morbifier, et à la chute de l'escharre l'hémorrhagie s'est produite. On ne peut attribuer ici la lésion artérielle à l'influence du tube à drainage, qui était enlevé depuis trois jours.

3° L'opération faite pour arrêter l'hémorrhagie a démontré que l'on avait affaire à une anomalie de l'artère humérale et à une anomalie des plus rares. L'artère était ici représentée par trois troncs : la radiale, la cubitale et enfin l'artère interosseuse. A la partie moyenne du bras, on a été obligé de lier ces trois troncs pour assurer la cessation de l'hémorrhagie.

4° Quel était celui des trois troncs qui était perforé? En tenant compte du siége de l'hémorrhagie et de la distribution des vaisseaux dans le cas de division de l'humérale en trois troncs, il semble que le sang était fournie pour l'artère introsseuse. Dans l'anomalie dont nous parlons, cette artère fournit généralement la collatérale interne et les récurrentes radiales et cubitales.

5° Après les ligatures, le membre supérieur ne recevait plus le sang que par l'artère humérale profonde, qui a suffi pour rétablir rapidement la circulation.

XVII. **Bulletin des décès.** — Le *Bulletin hebdomadaire des décès* enregistre 2,455 morts du 4 au 10 décembre, tandis que du 27 novembre au 3 décembre il en comptait 2,023. Cependant ce bulletin n'est pas plus mauvais que le précédent, si on n'y considère que le chiffre des décès causés par les maladies régnantes. En effet, du 27 novembre au 3 décembre, le total de ces décès était de 908, et dans la semaine qui vient de s'écouler il est de 929, c'est-à-dire qu'il excède seulement de 21. Or, cette progression n'a en soi rien qui puisse effrayer; de plus, si on prend chaque cause de décès en particulier, on arrive à cette conclusion, jusqu'à présent rassurante, que l'excès de la mortalité de cette semaine sur l'autre a pour cause, non les maladies épidémiques proprement dites, mais celles qui tiennent à la rigueur de la saison et qui affectent plus particulièrement les organes contenus dans la poitrine. Ainsi, la bronchite donne 107 morts, au lieu de 99; la pneumonie 108, au lieu de 92; tandis que la petite vérole a baissé de 412 à 398, différence, 14; différence très-petite, il est vrai, mais enfin différence qu'on est heureux de constater. Nous remarquons aussi avec satisfaction que la fièvre typhoïde s'est montrée un peu moins meurtrière, puisqu'elle n'a causé que 137 décès, au lieu de 140. La rougeole et la scarlatine n'ont donné qu'une unité de plus sur le précédent bulletin; l'érysipèle, de 7 est arrivé à 9.

Toutefois, il faut remarquer que la diarrhée et la dysenterie ont causé quelques morts de plus que la semaine passée : 83 au lieu de 76, 33 au lieu de 25.

Le chiffre des décès si élevé (2,455) pour cette semaine, comparativement à celui de la semaine qui vient de s'écouler (2,023), tient donc, non à un accroissement d'intensité dans les maladies régnantes, mais surtout à la multitude des affections chroniques qui, dans cette saison, font toujours tant de victimes; ces victimes ont été, du 4 au 10 décembre, au nombre de 1,526, tandis que du 27 novembre au 3 décembre elles n'étaient que de 1,115.

Dans notre dernière note sur le *Bulletin hebdomadaire* nous demandions, entre autres additions, qu'on enregistrât le nombre des blessés morts dans les hôpitaux ou dans les ambulances, soit par une conséquence naturelle de la gravité de leurs blessures, soit à la suite des opérations qu'elles ont nécessitées. Nous regrettons qu'on n'ait pas encore fait droit à notre réclamation. Ces causes de mort nous intéressent à un trop haut point pour qu'on néglige de les signaler.

Ch. Daremberg.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

M. le docteur Maure vient d'être élu représentant par le département des Alpes-Maritimes.

— *École de médecine de Tours.* — Un congé d'inactivité de six mois est accordé, sur sa demande, à M. Leclerc, professeur d'histoire naturelle et matière médicale à l'école préparatoire de médecine et pharmacie de Tours.

M. Barnsby, suppléant à l'École préparatoire de médecine et pharmacie de Tours, est chargé du cours d'histoire naturelle et matière médicale à ladite école pendant la durée du congé accordé à M. Leclerc.

— M. de Wecker reprendra ses conférences sur les maladies des yeux samedi 8 juillet, et les continuera les mercredis et samedis suivants, à sa nouvelle clinique, 55, rue du Cherche-Midi.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

SOMMAIRE. — Pourriture d'hôpital; traitement de cette affection par le camphre en poudre (M. Netter). — ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Documents pour servir à l'histoire du mouvement scientifique pendant le siége de Paris. — Thèses. — Nouvelles. — Avis. — Bulletin bibliographique.

Paris, le 6 juillet 1871.

POURRITURE D'HOPITAL

TRAITEMENT DE CETTE AFFECTION PAR LE CAMPHRE EN POUDRE (1).

IV.

Dans les faits jusqu'ici relatés, les malades n'avaient été vus par moi qu'incidemment, en consultation, de sorte que je n'ai d'abord eu aucune idée sur la manière dont le remède avait agi. Curieux d'examiner les choses personnellement, j'attendais l'occasion de nouveaux cas, quand le 12 février, sortant un matin de mon hôpital de Rennes, je me croise avec un brancard qu'on y apportait. Apprenant qu'il s'agissait d'un blessé ayant des plaies fétides, je me doute que l'occasion est venue et je fais donner au sujet la seule place disponible, dans un coin d'une salle de fiévreux. Je ne m'étais pas trompé.

Examen à trois heures du soir. — Cet homme est porteur de deux plaies, suites d'une congélation subie deux mois auparavant, en décembre, une plaie sur le pied gauche, l'autre sur le pied droit. La première, située sur la face dorsale, à la base du petit orteil, est un peu plus grande qu'une pièce de 5 francs en argent, offrant sur toute sa surface une matière grisâtre, consistante, à peine humide, et les bords n'étant ni rouges, ni gonflés, ni décollés; on dirait presque une dartre de dimension exceptionnelle.

La plaie du pied droit, mêmement située, est au contraire d'une grande gravité, mesurant 6 à 7 centimètres de long sur 4 de large, profonde, et déjà les deux derniers orteils sont tombés. Elle offre à sa surface la même matière que l'autre, présentant à son centre une saillie dure, probablement un débris d'os; ici les bords sont d'un rouge livide, partout décollés et si douloureux que le moindre attouchement fait gémir le malade.

Les deux plaies, la grande surtout, sont extrêmement fétides. État général mauvais. Cet homme avait été jusque-là soigné dans une des ambulances de la ville, établies par des particuliers, et j'ai appris plus tard, sur place, qu'on l'avait évacué parce que le médecin en avait désespéré et que la femme qui le pansait n'avait pas voulu continuer à cause de la fétidité des plaies; elle se trouvait mal à chaque pansement.

Dans la crainte d'irriter la plaie douloureuse avec un remède en poudre, je m'abstiens le premier jour d'y mettre du camphre, la recouvrant simplement d'un linge cératé. C'est sur la plaie ataxique que j'applique d'abord l'agent, sans autrement y toucher, n'enlevant rien de la matière grisâtre, et je complète le pansement avec un plumasseau de charpie, des compresses et une bande.

13 février au matin. — Le malade n'a pas dormi du tout, ayant beaucoup souffert, mais seulement dans le pied non encore traité par le camphre. La plaie de ce côté est dans le même état que la veille. Levant l'appareil de l'autre, voici que le camphre, appliqué quinze heures auparavant, se trouve avoir disparu presque en totalité, et en place de la matière grisâtre et sèche, je trouve un liquide brunâtre, sanieux, assez abondant. C'est évidemment dans ce liquide que le camphre a dû se dissoudre.

Cependant le camphre est insoluble dans l'eau, et je n'ai pas employé d'alcool. Il se dissout aussi dans l'huile, me dit un des assistants. Oui, mais hier il n'y avait pas d'huile, et la matière était sèche. Pourquoi s'est-elle liquéfiée? Est-ce que le camphre aurait la propriété de liquéfier la graisse? C'est une chose à voir. J'étanche la plaie avec un linge, et comme déjà le fond apparaît dans un état satisfaisant, je panse au camphre l'autre pied aussi, sans plus m'arrêter aux douleurs existantes. La visite terminée, je me rends à la pharmacie, et c'est là que j'apprends la particularité relative à la pommade camphrée se fondant si rapidement en été. *Euréka*, j'ai trouvé.

Le malade, qui était entré le 12 février, un dimanche, se trouva débarrassé de sa pourriture le jeudi suivant, fait constaté en présence de M. le professeur Petit; et dès lors les deux plaies, devenues simples, s'acheminèrent comme d'ordinaire vers la guérison. Pendant ces quatre jours, elles se sont nettoyées journellement davantage; toute odeur a disparu; le débris d'os s'est éliminé; les bourgeons charnus se sont développés, et le malade, ne souffrant plus, mangeait et riait.

Notons une particularité offerte par la grande plaie. Le bord le plus déclive s'est modifié postérieurement aux autres, et le décollement y a persisté un peu plus de temps; c'est que je mettais une quantité considérable de camphre, de sorte que tout ne se dissolvant pas, il se faisait une voûte sous laquelle le liquide restait emprisonné, et ce liquide, s'engageant dans le décollement déclive empêchait la réunion. L'application d'une petite compresse graduée sur le point remédia tout de suite à la difficulté.

Remarques. La pourriture d'hôpital ayant pour cause un agent contagieux qui se multiplie, et consistant anatomiquement dans la destruction du tissu cellulo-graisseux sous-cutané et intermusculaire, la pourriture d'hôpital doit être considérée comme une *fermentation spéciale*, point de vue moderne, et conséquemment il y a lieu de se demander si le camphre est un *fermenticide*, atteignant le ferment partout, grâce à la graisse transformée dans sa totalité en huile camphrée, ou bien s'il ne le détruirait pas indirectement en le privant de la graisse, peut-être son corps fragmentescible, et enfin si, étant appliqué en poudre tassée, le remède ne contribuerait pas à la mort du ferment par privation de l'oxygène de l'air. Ces questions doivent être pesées, afin que les chirurgiens observent exactement les conditions du traitement; que, selon leur habitude, ils ne détachent pas les parties mortes avec le bistouri, enlevant ainsi la matière dans laquelle le camphre doit se dissoudre, ou bien, mêlant le camphre avec d'autres poudres, telles que celles de quinquina et de charbon; ils mettent ainsi une portion du ferment à l'abri de l'agent véritablement fermenticide. Se borner à recouvrir les plaies envahies de poudre de camphre, les étancher au renouvellement des pansements avec un linge sec, n'intervenir avec le bistouri que pour exciser des portions d'aponévrose, tissu si résistant à l'élimination, seringuer les plaies avec de l'eau légèrement alcoolisée afin de les débarrasser des portions de camphre non dissoutes et formant un magma adhérent, telle est, dans la généralité des cas, ma manière de procéder.

A l'époque où le succès eut lieu, d'autres semblables furent constatés dans diverses ambulances; c'est ainsi que dans celle de la rue de Nemours, à Rennes, M. le docteur Drouadaine guérit avec la même rapidité trois blessés que je voyais journellement avec lui, accompagné dans mes visites par M. le docteur Eon. De même à Combourg, station sur le chemin de fer de Saint-Malo; là, la pourriture d'hôpital avait été importée par un arrivant et le mal avait gagné tous les blessés en traitement.

Les cas étaient très-graves; l'administration locale jette l'alarme et prévient le directeur de l'Internationale dont cette ambulance relevait. Le Directeur envoie sur place M. Aubry, présentement chirurgien en chef de la Société. Mon ancien confrère de l'hôpital de Rennes fait appliquer le camphre, et quand, huit jours après, prévenu par lui du fait, j'arrive à mon tour à Combourg, je trouve le chirurgien traitant, M. Dayo, dans le ravissement. La complication avait disparu chez tous les malades traités.

Cependant deux sujets n'avaient pas encore été entrepris, la provision de camphre venant à s'épuiser. Je commence l'application avec un restant de remède et j'en expédie d'autre de Rennes. Au bout de deux à trois jours, disparition de la complication, disparition constatée par M. le médecin-major Ballet que j'ai envoyé sur place. Séance tenante, un nouveau blessé étant arrivé avec la pourriture, la même médication fut employée et les suites en furent également heureuses.

A. NETTER.

(*A suivre.*)

(1) Suite. — Voir les numéros des 2, 4 et 7 mars 1871.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 4 juillet 1871 (1). — Présidence de M. WURTZ.

Suite de la discussion sur l'infection purulente.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la pyohémie. La parole est à M. Chauffard.

M. CHAUFFARD. Messieurs, la discussion ouverte devant l'Académie porte sur trois point: la fièvre traumatique, l'infection purulente, les rapports qui lient entre eux ces deux états morbides.

Cette étendue donnée à la question annonce une large et vivante appréciation des choses. Les accidents généraux qui se déclarent chez les blessés ne sauraient être sans lien commun. On peut différer sur la nature de ces liens; mais on sent qu'ils existent, alors même qu'ils seraient uniquement dus à l'identité du terrain sur lequel se développent les accidents consécutifs des plaies. C'est le même blessé qui supporte et surmonte la fièvre traumatique, qui succombe ensuite à l'infection purulente; c'est en ce blessé que l'une et l'autre manifestation morbide trouvent leur raison d'être; il n'est pas possible qu'il ne fournisse à ces raisons d'être des éléments communs, et qu'il ne soit pas entre elles un trait d'union profond et indissoluble. C'est donc une vue juste que celle qui recherche des rapprochements légitimes et des relations inévitables; les établir marque un grand progrès. Mais pour que le progrès soit réel, il faut que les relations établies reposent sur des faits bien interprétés, sinon les rapports imaginés ne sont qu'une occasion nouvelle d'erreur.

Or, Messieurs, j'ose à peine le dire à cette tribune et dans cette discussion, où M. Verneuil a déployé tant de ressources et développé de si séduisantes théories, oui, j'ose à peine le dire, je ne partage sur aucun point les idées émises et si brillamment défendues par mon savant collègue. Je ne puis accepter ni la pathogénie qu'il nous propose de la fièvre traumatique, ni celle de l'infection purulente, ni l'identité de nature qu'il en déduit entre ces deux grandes manifestations morbides. Les plus profonds dissentiments nous séparent sur tous ces points. Quels que soient mon isolement et ma faiblesse, je ne puis me refuser à montrer ces dissentiments, et à tenter une double entreprise : celle d'abord de réfuter des idées pathogéniques que je crois erronées, celle ensuite de leur opposer des notions qui, suivant moi, répondent mieux à la réalité des faits.

Je m'attacherai d'abord à l'étude de la fièvre traumatique; ce sera l'objet de ce discours. Puis j'arriverai à l'infection purulente et à ses rapports avec la fièvre traumatique; j'en demande pardon à l'Académie, ce sera là l'objet d'un second discours; car je n'ai pu réussir à condenser les développements nécessaires de mes idées de façon à n'occuper que l'une des séances de l'Académie. Je n'ignore pas la force du courant d'opinon contre lequel je vais lutter; je ne me dissimule aucune des difficultés qui m'attendent; je les aborderai simplement et sincèrement. Je demande à mon honorable collègue, M. Verneuil, la pleine liberté dont j'ai besoin. Je ne sais obéir qu'à une seule inspiration, celle qui pousse à la recherche de la vérité; cette vérité, il l'aime autant que moi; en marchant vers elle comme vers le plus noble but, la contradiction perd tous ses effets personnels; elle ne peut plus blesser, elle ne fait que témoigner d'un désir commun, d'une aspiration également ressentie. Rassuré par ces sentiments, j'entre immédiatement en matière.

Jusqu'ici, messieurs, la fièvre traumatique, dans sa forme ordinaire, avait semblé un fait de réaction commune, largement motivée par le traumatisme, par l'impression produite sur l'économie subitement frappée, et par l'éveil de toute une succession d'actes destinés à la réparation organique des tissus lésés. Nous verrons plus tard comment la fièvre traumatique peut naître et sortir de cette double source d'émotions fébriles; nous chercherons à creuser ces origines, accusées peut-être d'une façon trop sommaire; pour le moment, nous nous bornons à constater que le bon sens médical n'avait pas émis de doute sur le caractère purement réactionnel de la fièvre traumatique commune; c'était un fait accepté d'un consensus presque unanime. La chirurgie française, en particulier, demeurait fidèlement attachée à ces vues simples et droites; aussi délaissait-elle un peu l'étude de ces faits élémentaires de la chirurgie médicale. Son attention se concentrait trop exclusivement sur les accidents fébriles graves, l'infection putride et l'infection purulente, dont elle discutait les conditions étiologiques, dont elle essayait de déterminer le mécanisme pathologique.

Les travaux de l'école allemande sont venus bouleverser toutes les notions reçues; la fièvre traumatique, loin de garder le caractère commun et presque physiologique qui lui avait été accordé jusqu'alors, a pris tout à coup le caractère opposé, celui d'une fièvre septique, dû à un empoisonnement. Le poison est physiologiquement, nécessairement fourni par la plaie elle-même; tout suc organique, épanché à la surface des tissus divisés, menace directement la vie de l'organisme qui l'émet : lymphe plastique, sérosité purulente, pus normal ou altéré, exfoliation moléculaire des tissus divisés, tout cela a été déclaré pareillement vénéneux ou même virulent. Dans ses derniers discours, M. Verneuil réserve le pus parfaitement pur, qu'il affirme être inoffensif. Or, ce pus parfaitement pur devient si aisément impur, que le premier reste presque à l'état de mythe. Rien ne les distingue l'un de l'autre, et ce sont les besoins de la cause qui en décident. Le pus, en effet, est estimé pur ou impur, non d'après son aspect, ses qualités physiques ou chimiques, mais suivant les effets qu'il produit ou qu'on lui suppose produire. On prétend s'appuyer, pour légitimer cette caractéristique, sur ce que le pus d'une pustule variolique est physiquement et chimiquement semblable au pus non spécifique et pur. Cela est vrai; mais nous n'avons besoin d'aucun secours extérieur, et nous

(1) Suite. — Voir le dernier numéro.

n'avons pas à attendre les effets produits par son approche pour savoir que le pus d'une pustule variolique est virulent. Nous le savons par cela seul que nous le recueillons sur un varioleux, et nous reconnaissons toujours un varioleux. Mais le pus pur ou impur dont vous parlez, non-seulement vous ne pouvez le discerner en soi, vous ne pouvez pas même le discerner d'après son origine; car vous ne sauriez dire de tel ou tel malade, il fournira du pus pur ou impur. En le caractérisant donc d'après ses seuls effets, on commet le cercle vicieux le plus absolu; car on déclare que tels effets morbides sont dus au pus parce qu'il est impur, et que le pus est impur parce qu'il engendre tels effets morbides. Quoi qu'il en soit, la fièvre traumatique résulte, suivant M. Verneuil, de l'absorption d'un poison traumatique, impossible jusqu'à présent à isoler et auquel, avec les néologistes d'outre-Rhin, il donne aujourd'hui le nom de *sepsine*. Peu ou beaucoup de ce poison absorbé rend la fièvre ou légère ou grave; la fièvre tombe lorsque le poison est éliminé. Les blessés fébricitants sont tous des empoisonnés; voilà, en quelques mots, l'idée nouvelle destinée à remplacer les croyances consenties jusqu'à ce jour, lesquelles ne restent plus que comme le souvenir d'une longue ignorance, finie d'hier, et dans laquelle sommeillerait encore la chirurgie française si le génie allemand ne l'avait réveillée.

Je ne conteste pas le succès obtenu par ces idées au milieu de nous. M. Verneuil et quelques-uns de ses savants collègues y ont sans doute contribué par l'autorité et l'éclat de leur enseignement; ils ont entraîné nombre d'élèves convaincus. Toutefois, la fortune de ces idées étaient écrite d'avance, et devait s'accomplir quand même. Elles nous venaient d'Allemagne; elles étaient la négation de tous les vieux enseignements; elles avaient leur appui sur des faits expérimentaux : toutes ces conditions assurent depuis longtemps une facile popularité aux travaux qui les réunissent. En face d'elles, tout esprit critique semble s'évanouir, toute contradiction motivée demeure sans écho; on renvoie sans gêne à l'avenir l'éclaircissement des faits contradictoires; on épouse ainsi d'entraînement les conceptions nouvelles, sauf à les répudier plus tard, quand elles sont usées, et que le désenchantement succède à un engouement souvent peu digne de l'esprit scientifique.

La théorie septicémique de la fièvre traumatique, une des dernières importées, en est encore à sa période de faveur et d'éclat dans nos Écoles; je crois même que cette période sera longue, et que ces théories septicémiques prendront racine sur notre sol, grâce aux efforts persévérants des maîtres qui les ont implantées et qui les soutiendront longtemps. Je me confie néanmoins aux ressorts cachés, aux forces latentes de la vérité : son jour viendra quand même.

Sur quelles démonstrations, messieurs, l'Ecole allemande a-t-elle fondé la pathogénie septicémique de la fièvre traumatique? Je tiens à le constater dès le début, ce n'est pas sur l'observation clinique, ni sur les enseignements directement fournis par cette observation. Ce fait vaut la peine d'être noté, quand on réfléchit à la portée de l'observation médicale, et à sa puissance de discernement en ce qui concerne les affections fébriles, soit communes, soit septicémiques. Remarquons-le donc, par un consensus unanime, la fièvre traumatique a été considérée jusqu'ici comme une fièvre de réaction commune, et nullement comme une fièvre septicémique. Or, ce double caractère des fièvres est de ceux que l'observation médicale sent et perçoit avec une sûreté presque infaillible. Il n'y a pas une maladie septicémique, infectieuse, inoculable, contagieuse à un degré quelconque, qui n'ait été perçue comme telle par l'observation médicale, et cela dès les premières descriptions de la maladie. Ce caractère a pu être contesté ensuite, surtout par l'esprit de système, dont l'intervention a fait tant de mal en médecine; mais, par dessus toutes les contestations particulières, le caractère septicémique ou infectieux a invinciblement reparu, s'affirmant d'âge en âge, et s'incorporant ainsi dans la tradition médicale. Et si parfois dans son long travail, l'observation médicale pure a péché, ce n'est pas en méconnaissant le caractère septicémique alors qu'il existait; c'est en le cherchant ou en l'affirmant parfois là où il n'existait pas; c'est en déclarant infectieuses des maladies qui ne l'étaient pas et qui rentraient, soit dans l'ordre des affections diathésiques, soit dans celui des affections communes; mais je ne sais pas d'exemple d'une maladie, — et surtout d'une fièvre, — déclarée d'ordre commun par l'unanimité médicale et traditionnelle, et qui ait été reconnue ensuite pour légitimement septicémique et infectieuse.

La fièvre traumatique serait la première exception à cette règle, et cette exception serait d'autant plus extraordinaire que cette fièvre devrait sa nature septicémique à la plus abondante sécrétion de poison que l'on puisse imaginer, et à l'entrée directe de ce poison dans les voies de la circulation lymphatique ou sanguine. Il n'y aurait plus ici de ces miasmes insaisissables, de ces pénétrations mystérieuses et cachées, qui peuvent se dérober à la plus attentive observation; il y aurait des phénomènes matériels presque grossiers, et une action tellement directe, un empoisonnement tellement prochain, un poison tellement actif, qu'il est difficile de comprendre et comment ils ont pu échapper à des observateurs dont les yeux n'étaient pas fermés, et comment la fièvre septicémique qu'ils produisent a pu revêtir des caractères si incertains, quelle ait été prise, jusqu'à ce que les Allemands aient parlé, pour une fièvre de réaction commune. Tout cela est bien singulier pour qui connaît l'évolution historique de la médecine, et je ne pouvais m'empêcher de le signaler au début de cette discussion.

Les travaux de l'école allemande sur la fièvre traumatique sont de deux ordres : les premiers, auxquels j'applaudis entièrement, se rapportent à l'observation clinique, poursuivie à l'aide de méthodes exactes, depuis longtemps en honneur parmi nous, et dont l'emploi portera toujours des fruits heureux, lorsqu'on ne leur demandera que ce qu'elles peuvent donner, un degré plus élevé de certitude et de précision, et qu'on ne prétendra pas, à leur aide, étouffer toutes les autres parties vivantes de l'observation : je veux parler des études thermométriques appliquées à la fièvre traumatique. Je ne dirai rien de ces travaux, quelque estime qu'ils méritent, parce que, quoi qu'on en dise, ils demeurent étrangers aux problèmes que nous agitons. Ce n'est pas sous leur inspiration que l'école allemande a conçu l'idée septicémique de la fièvre traumatique, loin de là; ces études thermométriques s'appliquent aussi bien, sinon mieux, à la théorie commune de la fièvre traumatique et aux complications communes qui peuvent survenir dans le cours de cette fièvre. Mais il est un autre ordre de faits sur lequel les Allemands ont hardiment fondé leur révolution de la pathologie traumatique : ce sont des faits expérimentaux. A l'aide d'injections opérées sous la peau ou dans les veines du chien, des divers liquides sécrétés par une plaie récente ou ancienne, lymphe plastique, sérosité purulente, pus frais ou altéré, sanie fétide de plaies en mauvais état, les chirurgiens allemands ont constaté un mouvement fébrile et des inflammations locales chez l'animal; le mouvement fébrile et l'inflammation locale sont d'ailleurs indépendants l'un de l'autre; généralisant aussitôt le caractère de ces substances injectées, les expérimentateurs allemands les ont appelées substances pyrogènes et phlogogènes, ou pyrogones et phlogogones; si les injections de ces substances sont répétées, les symptômes s'aggravent chaque fois, et enfin surviennent des infarctus hémorrhagiques, des hypérémies diverses, l'empoisonnement définitif et la mort. Weber, en outre, pour bien montrer l'effet septicémique du sang de l'animal atteint de fièvre, injecte dans les veines d'un autre animal une certaine quantité du sang de l'animal fébricitant, et le chien qui supporte cette injection de sang fébrile contracte à son tour la fièvre.

De cette suite d'expérimentations peut-on conclure directement à la nature septicémique de la fièvre traumatique? Peut-on assimiler l'état d'un blessé qui sécrète, par sa plaie, de la lymphe et du pus, et qui prépare ainsi cette admirable réparation organique, œuvre salutaire de la force conservatrice, et l'état d'un animal que l'on infecte violemment en forçant brutalement les portes d'entrée des voies circulatoires, pour les ouvrir directement à des liquides altérés, infectieux, ou tout au moins anormaux, empruntés à un autre organisme? Pour qu'une comparaison aussi inattendue fût possible, il faudrait ne pas se borner complaisamment à quelques-unes de ces similitudes isolées, à des rapprochements partiels, que l'on trouve toujours, lorsque l'on s'y prête, surtout quand il s'agit de part et d'autre de manifestations aiguës, à marche régulière, de mouvements fébriles qui n'offrent rien d'insolite dans leurs caractères propres, dans leur évolution, dans leur apparition, comme dans leur décours. Certaines analogies dans les courbes thermométriques entre la fièvre traumatique des blessés et la fièvre septicémique des chiens injectés, demeurent à coup sûr impuissantes à démontrer la nature commune de ces deux fièvres; d'autant plus que ces courbes n'ont entre elles rien de caractéristique et qu'on trouve leurs analogues dans d'autres états fébriles des plus simples et des plus ordinaires, tels que la fièvre éphémère, la synoque imputride, par exemple. Il faudrait, pour tirer de ces courbes un argument de quelque valeur, non-seulement qu'elles fussent parfaitement identiques, mais encore que l'ensemble des autres symptômes concordât réellement, que toutes les conditions et toutes les circonstances de l'étiologie apportassent leur appui à la déduction expérimentale; il faudrait qu'aucun des faits cliniques révélés par l'observation médicale ne vînt heurter de front cette opinion nouvelle imaginée dans les laboratoires; il faudrait surtout que nombre d'observations cliniques ne fussent pas la négation directe et invincible de ces témérités d'opinion; à ce prix seulement on pourrait dédaigneusement rejeter les enseignements traditionnels, et, à la place d'une erreur du passé, inscrire une vérité de plus dans les fastes de la science.

A-t-on apporté cette sage et philosophique réserve à l'accomplissement de l'œuvre actuelle, si prônée par ceux qui la défendent? Loin de là; je n'en connais pas, qu'il me soit permis de le dire, qui soit étayée sur des fondements moins solides, et plus aventureuse en ses affirmations.

Et d'abord, les fièvres septicémiques et infectieuses ont des caractères propres qui les séparent des fièvres communes, et qui permettent de les juger directement, de les discerner par la seule observation clinique. Il en est ainsi partout dans ces fièvres septicémiques, où les effets pathologiques du poison demeurent tout intérieurs et généraux, et ne se traduisent pas par quelques poussées éruptives, lesquelles parfois allègent du coup l'économie, et emportent avec elles tous les symptômes infectieux de la maladie. La fièvre, dans ces premiers cas, reste scepticémique du début à la fin, et le poison absorbé frappe de son empreinte toute l'évolution morbide. La fièvre traumatique offre-t-elle l'ensemble des traits septicémiques généraux? L'observateur, en face de cette fièvre, sera-t-il conduit à dire : c'est là une fièvre septicémique? Nous savons le contraire, nous le signalions au début de cette étude. La fièvre traumatique commune ne présente aucun des caractères de la vraie septicémie : ni les troubles nerveux, ni les troubles digestifs, ni les symptômes humoraux, ni la durée; point de stupeur, point de manifestations ataxiques à aucun degré, rien qui trahisse ces engagements profonds de la vitalité, ces altérations humorales d'une économie où les poisons putrides ont pénétré; les fonctions digestives sont à peine abattues et renaissent d'elles-mêmes; ni fuliginosités, ni taches exanthématiques; la fièvre traumatique, dans sa forme ordinaire, et c'est la seule que nous ayons à discuter ici, a tous les caractères du simple accident fébrile; c'est une manifestation à fleur de peau, si j'ose m'exprimer ainsi, toute en surface, toute d'excitation passagère. Aussi si l'on veut lui trouver un analogue, il faut en venir à la plus superficielle, à la plus accidentelle des fièvres, à la fièvre éphémère, à la synoque simple. Entre les deux tout est comparable : symptômes, marche, terminaison; et quelle fièvre est plus éloignée que l'héphémère, de l'allure et de la nature septicémiques? Quant aux formes graves et prolongées de la fièvre traumatique, nous verrons plus tard comment elles se rattachent à la forme bénigne et commune, et comment la pathogénie de celle-ci conduit à la pathogénie des autres. Le simple et le commun fournissent ici, comme en toute chose, le vrai point de départ. Or, cette contradiction qui nous apparaît entre les caractères spéciaux de la septicémie et les caractères propres de la fièvre traumatique sera toujours, pour le pathologiste, un indice pressant et comme une invitation irrésistible à séparer ces deux sortes d'affections. Une maladie non septique, en effet, peut parfois présenter quelques signes douteux, quelques symptômes vagues de septicémie; l'évolution ultérieure de la maladie dissipe les doutes conçus au début. Mais une maladie septique qui, d'une façon générale, ne présente aucun des caractères propres à cette classe d'affections, qui, des prodrômes au déclin, conserve une physionomie commune, c'est là un fait antimédical, contraire à tout enseignement de pathologie générale.

Allons plus avant maintenant, et voyons si cette impression première sera fortifiée ou combattue par l'étude analytique de la fièvre traumatique, par l'étude surtout des conditions étiologiques sous lesquelles elle naît et se développe chez les blessés. Un fait nous frappe d'abord, et son importance est telle qu'à lui seul il suffirait à juger la question pour un esprit non prévenu : la fièvre traumatique n'est pas constante : elle manque dans un grand nombre de cas; et, ici, je n'entends pas parler des cas où la fivre traumatique est tellement légère et fugace qu'elle peut passer inaperçue; non, j'entends parler de cas où elle manque absolument, comme Billroth lui-même en cite de nombreux exemples. Mais ces faits, peut-être, trouvent-ils une explication légitime dans cette circonstance, à savoir : que les cas où la fièvre traumatique fait défaut sont de ceux où la lésion est très-limitée, sans profondeur ni étendue, occupant des régions peu vasculaires; on comprendrait ainsi que la production du poison fut minime, et son absorption ralentie et amoindrie. Cette supposition n'est point confirmée par la réalité des choses. Rien de pareil ne règle la présence ou l'absence de la fièvre traumatique. Cette fièvre peut manquer à la suite des plus graves opérations, ou de lésions redoutables, et Billroth cite de tels faits, ou être très-évidente, et même vive, à la suite des plus légères opérations, des plus insignifiantes lésions.

S'il était des chiens sous la peau ou dans les veines desquels on pût injecter des matières septicémiques, sans que parût la fièvre qui succède ordinairement à de telles injections, je comprendrais que l'absence de la fièvre traumatique parût indifférente à la théorie septicémique, et qu'on ne s'arrêtât pas à ces faits, quoiqu'ils demeurassent inexpliqués. Mais l'exception n'existe pas chez les chiens; tous ceux que l'on injecte souffrent les conséquences prévues de l'injection. Pourquoi, si la fièvre traumatique est réellement due à une sécrétion, puis à une absorption de poison, pourquoi est-il des blessés, et de gravement blessés, qui passent à travers ces flots de poison, sans qu'aucun souffle ne s'en exhale qui les atteigne? Quoi! voilà une plaie, inondée du plus délétère venin, voilà mille portes ouvertes à l'absorption, car cette plaie siége à la face, ou intéresse les os les plus considérables du squelette, comme dans cette cuisse amputée, et la fièvre traumatique manque! Et à l'opposé, voici une plaie sans importance, presque linéaire, bien affrontée; l'exhalaison du poison est minime, salit à peine les pièces du pansement, les voies d'absorption sont rares, à peine ouvertes, ou oblitérées sous les tissus voisins, non intéressés par une lésion sans profondeur; et cependant ici, alors que tout semble éloigner la genèse de la fièvre traumatique, cette fièvre apparaît vive, souvent prolongée; et parfois même survient l'infection purulente, c'est-à-dire, selon vous, l'expression suprême de l'empoisonnement traumatique provoquée par de larges et successives entrées de poison. Et vous voulez, en face de pareils faits, m'imposer cette croyance que la fièvre traumatique est due à une infection septicémique par les sécrétions qui se font à la surface des plaies! Vous passez outre à cette opposition des choses que la nature dresse elle-même contre vous, sur cette unique raison que, injectés chez les chiens, les liquides des plaies provoquent un mouvement fébrile! Mais, pour donner une apparence de valeur à des conclusions aussi précipitées, il faudrait au moins qu'il fût démontré que ces liquides qui exsudent sur la surface des plaies, et qui sont à tel point vénéneux, sont normalement résorbés, introduits dans le torrent circulatoire, et y produisent leurs effets pyrogénétiques, comme chez les chiens qui ont subi l'injection. Mais cette démonstration, on ne la donne pas; on avoue même que cette prétendue absorption des liquides des plaies est entièrement hypothétique; on la présume sans en fournir aucune preuve directe.

Préoccupés de cette situation et de ce qu'elle a de périlleux pour la doctrine nouvelle, on apporte, sans doute, quelques raisons, bonnes ou mauvaises, pour expliquer comment il se fait que la fièvre traumatique vient à manquer alors que tout semble l'appeler; et pourquoi elle se développe intense, alors que tout semble l'annoncer bénigne et amoindrie. Eh bien! Non; on se tait sur tous ces points; on confesse qu'il y a quelques obscurités qui seront sans doute dissipées plus tard, et l'on se croit dégagé vis à-vis des difficultés du présent en invoquant l'avenir. L'avenir ne répondra pas; il n'y a, en effet, aucune raison tant soit peu plausible à alléguer pour tourner de tels faits vers une théorie qu'ils repoussent de partout. Toutes les conditions de terrain organique et de milieu que l'on voudrait appeler à l'aide n'y feront rien; des faits, d'incontestables faits, se chargeront de réfuter de fragiles interprétations. Ici ce sera l'organisme le meilleur, le plus solide dans toutes ses fonctions, qui subira une atteinte profonde, avec une plaie réduite aux plus faibles proportions; il ira sans résistance jusqu'à la pyohémie; là ce sera un terrain appauvri, un organisme miné et débile qui supportera allégrement, et presque sans souffrir, une grande opération, une amputation de membre, ou un accident traumatique grave; le poison traumatique manque son effet. Ailleurs, ce sera dans les conditions de milieu les plus favorables que surgira la fièvre traumatique la plus intense; et, par contre, dans les taudis les plus infects, avec les plaies les plus mal soignées, exhalant une odeur fétide, on n'observera aucun accident général; la fièvre traumatique avortera. S'il en est souvent ainsi, si tout ce qui précède est exact, sur quoi donc se fonde-t-on pour affirmer la réalité d'une hypothèse que rien ne prouve, que l'observation dément; sur quel s'appuie-t-on pour déclarer identiques des manifestations morbides survenues chez l'animal et chez l'homme, alors que l'animal et que l'homme ne sont nullement placés dans des conditions comparables? Que l'esprit de système réponde; pour moi, je l'ignore.

Mais, nous dira-t-on, pouvez-vous nier le pouvoir absorbant des plaies? Contesterez-vous la valeur des expérimentations nombreuses qui le prouvent? Prenez garde; cet argument va se retourner contre vous. Non, je ne conteste pas le pouvoir absorbant des plaies, et j'y croyais longtemps avant que l'expérimentation sur les animaux, ou que l'analyse chimique vînt le démontrer. Je me rappelle un jeune malade, atteint de péritonite tuberculeuse, auquel je donnais des soins il y a plus de vingt ans. J'établis trois cautères entre l'ombilic et l'épigastre; puis, lorsque les eschares furent tombées, pour calmer des vomissements, la douleur et la tension extrême du ventre, et amener du sommeil, je saupoudrai chaque jour la surface de l'un des cautères avec du sel de morphine. Les résultats furent singulièrement favorables; et quand parfois je voulais suspendre cette

application du remède, les douleurs, l'agitation de la nuit reparaissaient; la physionomie altérée du malade m'en avertissait le lendemain. Or, il n'est pas de surface de plaie mieux organisée, plus solidement recouverte que celle d'un cautère; je crois donc à l'absorption par les plaies; j'ajouterai que je crois à l'absorption par la surface de toutes les muqueuses, et ceci n'est pas sans rapport physiologique et pathologique avec la question que nous agitons; mais ce pouvoir absorbant des plaies n'a rien de capricieux; il n'est pas présent ou absent sans qu'on sache pourquoi, comme celui que l'on invoque pour attribuer une origine septicémique à la fièvre traumatique. Toutes les fois que je mettais de la morphine sur les cautères, j'obtenais chez mon malade les effets voulus; chaque fois que l'on porte à la surface d'une plaie une solution d'iodure de potassium, on constate la présence de l'iode dans les urines. Les plaies absorbent, en tout temps, en tous lieux, sur tous les blessés; il n'est pas de variations inattendues en ce genre; il n'est pas de poison qui, mis à la surface d'une plaie, tantôt ne produise aucun effet, et tantôt produise des effets foudroyants, car les nouveaux théoriciens admettent des septicémies foudroyantes. Non, ces inconcevables bizarreries n'existent pas ailleurs sans doute que dans l'imagination de ceux qui les admettent; la nature ne se contredit pas; méthodiquement interrogée, elle fournit une réponse comparable dans les cas comparables. Lorsque la réponse diffère, et surtout lorsque l'une est à la négation de l'autre, tenons-nous pour avertis, et ne persistons pas dans des hypothèses dont la confirmation exigerait une identité de réponse qui fuit à mesure qu'on la poursuit.

Nous n'avons pas épuisé les faits contraires aux théories septicémiques; à côté des cas où la fièvre traumatique manque, il y a celle où elle est très-faible, alors que la blessure ou que l'opération sont graves. Je prends pour exemple une observation de Weber: un malade faible, amputé de la cuisse pour une arthrite chronique; la guérison a été lente; une portion de l'os scié s'est exfoliée, la fièvre traumatique a été très-modérée; le maximum de la température a été noté au second jour, et n'a pas dépassé 39°,4. Au septième jour, toute fièvre était tombée. Eh bien! l'absorption du poison s'est opérée, dans ce cas, puisque la fièvre traumatique s'est développée; pourquoi celle-ci a-t-elle été si faible, alors que, dans la logique des choses, elle eût dû s'élever à la plus haute intensité? La surface de la plaie absorbante était vaste et demeurait ouverte, les sources du poison abondantes, le malade débilité, destiné par cela même à moins résister à un empoisonnement, car il en est ainsi pour tous les autres poisons; cette situation se prolonge, et cependant la fièvre traumatique est des plus réduites, elle se juge promptement et ne récidive pas; et tel autre malade contractera une fièvre traumatique violente, et succombera à la pyohémie, quoiqu'il fût dans des conditions opposées aux précédentes, c'est-à-dire avec une plaie légère et un organisme vigoureux. Que signifient ces contradictions manifestes? Quoi, jamais une légitime proportion entre les causes et les effets? Les causes sont puissantes et les effets presque nuls, et l'inverse est pareillement vrai? Mais c'est là de l'imbroglio pathologique au premier chef; et l'on veut nous le donner pour un progrès de la science!

(*Sera continué.*)

DOCUMENTS

POUR SERVIR A L'HISTOIRE DU MOUVEMENT SCIENTIFIQUE PENDANT LE SIÉGE DE PARIS (1).

12 NOVEMBRE

XIX. **Académie des sciences.** — L'Académie tient séance.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 12 décembre 1870. — Présidence de M. LIOUVILLE.

MÉMOIRES ET COMMUNICATIONS DES MEMBRES ET CORRESPONDANTS DE L'ACADÉMIE.

M. CHEVREUL avait retenu la parole pour communiquer quelques notes sur l'histoire de la gélatine, mais la réponse de M. Fremy l'oblige à remettre sa communication à huit jours. Il *répondra* catégoriquement à ce passage dans le *Compte rendu* :

Que ceux qui, aujourd'hui comme il y a trente ans, critiquent l'emploi alimentaire du TISSU GÉLATINEUX *songent aux circonstances graves que nous traversons*, et qu'ils *redoutent* de prendre la responsabilité *d'une* OPPOSITION QUI POURRAIT ÊTRE FUNESTE A LA POPULATION PARISIENNE.

Hygiène publique. — M. PAYEN fait une *Communication sur l'Hippophagie, les graisses, les huiles alimentaires et les substances gélatineuses des tissus et des os du bœuf et du cheval.*

L'hippophagie, en honneur chez plusieurs nations dans les anciens temps, s'est propagée parmi différents peuples jusqu'à nos jours; appliquée avec un remarquable succès par le grand chirurgien militaire Larrey, de l'Institut, elle a été vivement recommandée dans les écrits et les conférences publiques de notre ancien confrère Isidore Geoffroy. M. Decroix, vétérinaire habile, a repris cette œuvre avec un zèle, une activité et une persévérance qu'on ne saurait trop louer, et notre confrère M. de Quatrefages, au nom de la Société protectrice des animaux, lui a donné son puissant concours. Déjà cette utile pratique avait permis d'accroître, dans une certaine mesure, nos ressources en une substance nutritive saine et réparatrice : elle commençait à être favorablement accueillie en France au moment même où l'investissement de la capitale devait bientôt, sous la pression d'une nécessité suprême, dissiper à la fois les préjugés et les répugnances à son égard.

(1) Suite. — Voir le dernier numéro.

Dès lors aussi les propriétés utiles de cette chair salubre, de toutes parts remises en lumière, furent généralement admises sans conteste par l'universalité de la nombreuse population parisienne récemment accrue (1).

Maintes occasions s'étant offertes d'apprécier les produits comestibles de l'abatage des chevaux, les observateurs se sont accordés pour reconnaître les faits suivants :

Parmi les animaux de cette espèce, les juments offrent la chair musculaire la meilleure; viennent ensuite les chevaux hongres, s'ils ne sont pas trop âgés ou trop amaigris; les produits obtenus des chevaux entiers occupent, dans cette application, le dernier rang.

D'après les expériences de personnes très-compétentes, notamment de MM. Dailly, Magne et Reynal, les chevaux abattus en bon état donnent un rendement en viande nette supérieur à celui des bœufs, suivant le rapport de 65 ou 60 à 60 ou 55 pour 100.

Enfin, suivant les essais et applications en grand dirigés par M. Lesens, chef des salaisons de la marine, la viande de cheval se prête, à l'égal de celle de bœuf, à la meilleure méthode de salaison, tandis que, sous l'action du sel marin, la chair du mouton cède une telle quantité de liquide, qu'elle devient fibreuse et peu sapide.

De mon côté, espérant faire profiter la science de quelques observations nouvelles, il m'a semblé qu'il serait intéressant de comparer entre elles les substances que l'on pourrait extraire économiquement des os du bœuf et du cheval, et plus particulièrement les graisses contenues dans les cavités des différentes parties du squelette de chacun de ces animaux.

L'intérêt que peuvent offrir en ce moment quelques-uns de ces produits, surtout au point de vue de l'alimentation publique, m'a décidé à faire connaître les premiers résultats de mes expériences avant que celles-ci fussent terminées.

Un fait assez remarquable s'est rencontré dans l'examen comparatif des substances grasses contenues : 1° dans les tissus adipeux entre les muscles; 2° dans les portions tubulaires des os longs; 3° dans les extrémités renflées des mêmes os jusqu'à une certaine distance des articulations. Les matières grasses extraites de chacune de ces trois parties offraient des points de fusion différents chez le même animal, plus différents encore entre les deux espèces précitées. Quelques faits suffiront pour démontrer les caractères particuliers qui appartiennent aux substances grasses des trois origines, et qui dépendent sans doute des relations entre l'oléine et les matières grasses neutres solides isolément à la température ordinaire.

Les matières grasses extraites des différentes parties du bœuf ont présenté les points de fusion suivants :

Extraites des tissus adipeux entre les muscles.	35 à 37 et 40
— de la moelle d'un os long..........	45 à 46
— du bout spongieux du même os.....	» 32,5

Cette dernière avait été obtenue suivant la méthode usuelle précédemment indiquée (2). On a coupé transversalement le bout renflé de l'os en tranches peu épaisses, comprenant toute la zone externe compacte et la partie interne spongieuse. Ces tranches, soumises à l'action de l'eau bouillante, ont laissé sortir de leurs cavités multiples la graisse liquéfiée que l'on a soigneusement recueillie épurée par le repos en maintenant sa liquidité par une température suffisante.

Des deux parties de l'os, on a obtenu les produits suivants :

Tranches du bout renflé après traitement par l'eau bouillante et dessiccation.............	62,09
Graisse extraite............................	28,75
Eau..	9,15
	100,00

L'os tubulaire, dans sa portion médiane exempte des parties spongieuses et ne renfermant que la moelle, a donné :

Os cylindrique compacte..................	77,96
Matière grasse............................	18,75
Cellules azotées et matières étrangères........	3,09
	100,00

La substance grasse (3), d'un goût si agréable lorsque, dans les os frais du bœuf, elle se trouve, quoique rendue fluide par la température de 100 degrés, retenue dans les cellules du tissu de la moelle, ayant été conservée dans cette expérience plusieurs jours à froid dans l'os tubulaire, exhalait une odeur de suif immédiatement après avoir été extraite à l'aide de l'eau bouillante.

Les graisses du cheval obtenues par les mêmes moyens ont présenté des caractères tout différents.

La substance extraite des tissus adipeux, consistante à + 15 degrés, était fusible à + 16 à 18 degrés; son odeur, à peine sensible, était plutôt agréable, rappelant, d'après l'un de nos confrères doué du sens le plus délicat, un léger arome de la pomme.

La matière huileuse que l'on obtient des extrémitée renflées, intérieurement spongieuses [du tibia et du cubitus (4)], exempte de toute odeur sensible, ou plutôt, douée d'un très-léger arome analogue à celui de la précédente, resta fluide à zéro et même jusqu'à 7 degrés au-dessous, et cependant, lorsque sa température fut maintenue durant quelques heures à 7 degrés au-dessus de zéro, elle se prit en une masse translucide dans un tube ayant 1c,5 de diamètre, et sans traces apparentes de cristallisation; elle semblait conserver, dans cet état, à la fois sa propriété lubrifiante et une très-légère faculté adhésive capable sans doute de maintenir un utile contact entre elle et les parties frottantes; il serait intéressant de constater ses effets pour adoucir les frottements dans les mouvements d'horlogerie et d'autres mécanismes de précision. Sa prise légère en une masse translucide fit place à une liquidité et une transparence complète dès qu'on élève de $1\frac{1}{2}$ à 2 degrés sa température = $8\frac{1}{2}$ à 9 degrés.

Obtenue constamment ainsi d'organismes bien déterminés, elle serait sans doute exempte des variations que l'on remarque dans des produits analogues désignés sous le nom d'*huile de pieds de bœuf*.

Ainsi que les deux autres, d'ailleurs, ses propriétés organoleptiques agréables lui assignent un rôle très-utile dans les préparations alimentaires.

La substance extraite du tissu médullaire contenu dans les mêmes os longs a présenté des propriétés intermédiaires entre les deux précédentes au point de vue de la fusibilité; sensiblement consistante à + 15 degrés, elle s'est liquéfiée à + 17°,5 (1).

Ces trois substances sont évidemment, en effet, susceptibles d'être associées en diverses proportions avec les graisses de bœuf et de mouton, extraites à l'état frais, afin de modifier favorablement à volonté leur consistance et d'améliorer très-notablement leurs propriétés organoleptiques (2).

A tous les points de vue il serait intéressant de rechercher quelles influences pourraient exercer sur les propriétés des substances grasses précitées certaines particularités relatives aux races, à la nourriture et à l'état de santé, de maigreur ou d'embonpoint des animaux, avant de les dépecer pour ces expériences; les résultats seraient alors plus nettement comparables et leur signification plus précise.

On pourrait savoir alors s'il n'y a rien d'exceptionnel dans les faits ci-dessus exposés montrant entre les degrés de fusion de la graisse des tissus adipeux interposés dans les muscles ou sous la peau, et celle qui est contenue dans les os du bœuf, des différences comprises entre 35, 40, 46 et 32 degrés centésimaux, et, relativement au cheval, de 16 à 18 et 8 à 10 degrés.

Enfin, si l'on peut admettre d'une manière très-générale que les substances grasses ou huileuses extraites des différents tissus du cheval offrent des propriétés organoleptiques bien supérieures à celles des corps gras obtenus du bœuf au point de vue de l'alimentation, tout nous porte à croire que les applications utiles de ces substances s'étendront bien au delà des circonstances qui les auront fait naître.

En ce qui touche le parenchyme des os de cheval, il est facile, contrairement à ce qu'on en avait dit, de l'extraire sous un état convenable pour l'alimentation; il devient alors très-souple, tremblotant, translucide, tel que je le présente préparé depuis trois semaines, et conservé sans altération sous les conditions indiquées dans une note lue le 11 novembre au Conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine.

En vue de l'extraction économique de ce tissu azoté, dans cet état particulier où les tendons et la peau convenablement désagrégés sans être dissous sont susceptibles de contribuer à la nourriture de l'homme, il convient, de même que pour les os des bœufs et des moutons, d'y consacrer les os minces ou offrant une grande surface à l'action de l'acide (3), réservant pour le travail de la tabletterie les os compactes et d'une épaisseur suffisante.

Ces indications, de même que toutes celles qui précèdent, ont été justifiées depuis lors par le succès des applications en grand.

(*Sera continué.*)

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1870.

211. Ballaud (Léonce). Études sur l'empoisonnement par les moules et autres coquillages.
212. Petit (Arthur). Folies utérines.
213. Bourneville (Désiré). Étude de thermométrie clinique dans l'hémorrhagie cérébrale et dans quelques autres maladies de l'encéphale.
214. Darin (Eugène). Considérations sur l'hérédité dans la folie.
215. Genret (Albéric). De la paraplégie des cancéreux.
216. De Larembergue (Félix). Du diagnostic de la variole hémorrhagique.
217. Mabeot. Étude sur la rupture de l'urèthre dans la contusion du périnée.
218. Molé (Léon). Signes précis du début de la convalescence dans les maladies aiguës.
219. Trapenard. Traitement par l'occlusion des fractures compliquées de jambe.

---

(1) L'usage de la chair du cheval avait été prôné sans succès en Angleterre durant la campagne de Crimée, alors que le manque de viande fraîche imposait de si fâcheuses privations à l'armée britannique, tandis que les soldats français mirent largement à profit cette fortifiante alimentation. (*The horse as a food for man*, by Bicknell.)

(2) *Compte rendu* d'octobre 1870, p. 367.

(3) Dans les premières années de ce siècle, on a commencé à extraire, à Paris, la graisse des os par l'eau bouillante en vue de la fabrication des savons de suif, le résidu osseux fut appliqué à la préparation en grand du sel ammoniac, puis du *noir animal*; celui-ci destiné au raffinage du sucre, et plus tard (1811) à l'extraction du sucre des betteraves.

L'application industrielle de l'eau bouillante à l'extraction des matières grasses des *os gras* donne un produit moyen de 6 à 7 pour 100, tandis que le traitement par le sulfure de carbone, procédé dû à M. Deiss, permet d'obtenir 10 à 11 pour 100 des mêmes os.

(4) Depuis l'époque (il y a plus d'un mois) où la première communication de ces résultats fut faite à la Société centrale d'agriculture, la substance huileuse extraite du tissu spongieux des bouts renflés des tibias et cubitus a présenté la plus grande analogie, si ce n'est une identité complète, avec l'huile primitivement extraite de la tête de ces os; il serait digne d'intérêt de rechercher si la portion spongieuse contenue dans une partie du corps cylindrique des mêmes os longs contiendrait une huile semblable.

(1) Dans les os longs du cheval, la partie spongieuse se prolonge fort avant dans l'intérieur de l'os tubulaire, ne laissant que peu de développement à la moelle libre.

(2) Une note très-intéressante, adressée dans la dernière séance par M. Riche, démontre que dès aujourd'hui les substances grasses et huileuses extraites des os entrent largement dans l'alimentation publique, seules ou associées aux graisses obtenues des tissus adipeux des animaux des espèces bovine et ovine.

(3) *Compte rendu* du 31 octobre, page 567.

220. Molinier (Mars). Essai sur les fongus villeux ou angiomes villeux de la vessie.
221. Constant (Boghoss). Recherches sur l'action physiologique des alcalins.
222. Coqueret (Henri). Du larmoiement.
223. Hyver (Marius). Des adénomes du sein.
224. Cormack. De l'entrée de l'air par les orifices béants des veines utérines, considérée comme cause de danger de mort subite peu de temps après la délivrance.
225. Langlois. Essai sur l'alcoolisme aigu aux États-Unis.
226. Civatte (P. L.). Parallèle entre les différents procédés de détroncation.
227. Laugier (Maurice). Des hémorrhagies liées au rétrécissement et à l'ouverture des voies biliaires (canaux hépatiques et cholédoque).
228. Breuillard (Charles). De l'hystérie chez l'homme.
229. Lecacheux (Alfred). De l'hydrate de chloral et de son emploi dans les accouchements.
230. Loisel de Saulnays. Étude des complications pulmonaires et laryngées de la variole.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Lycée de Limoges. — M. le docteur Thouvenet est nommé médecin adjoint du lycée de Limoges, en remplacement de M. le docteur Bouteilloux, démissionnaire.

— M. N. Gréhant, docteur en médecine et ès sciences naturelles, aide-naturaliste au Muséum d'histoire naturelle, commencera un cours de physiologie expérimentale, le lundi 10 juillet 1871, à cinq heures, dans l'amphithéâtre n° 3 de l'École pratique de la Faculté de médecine, et le continuera les lundis, mardis et jeudis à la même heure.

— L'Établissement d'hydrothérapie d'Auxerre à vendre, par suite du décès du docteur Fontaine, directeur de l'Établissement.

S'adresser à Mme Ve Fontaine, rue Française, 4, Auxerre.

— Bonne clientèle à prendre à une heure de Paris. — S'adresser au bureau du journal.

AVIS

Nos souscripteurs dont l'abonnement est expiré sont instamment priés d'envoyer le prix de leur renouvellement en un mandat-poste à l'ordre du directeur, *avant le 15 juillet*.

Ils s'épargneront ainsi le désagrément de payer les frais de recouvrement nécessités par la traite que nous serions contraints de tirer sur eux, frais de recouvrement qui leur sont complétement à charge, sans que nous ayons intérêt à les leur faire supporter.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments ou autres objets).

—

Étude sur les affections glaucomateuses de l'œil, par M. le docteur Mohammed, émir, ancien médecin de l'intendance sanitaire d'Égypte. In-8. — Prix : 4 fr.

Des altérations de l'œil dans l'albuminurie et le diabète, par M. le docteur Mohammed Off, professeur-adjoint d'ophthalmologie à l'École de médecine du Caire. In-8° avec planches en chromolithographie. — Prix : 4 fr. 50.

Revue photographique des hôpitaux de Paris. Bulletin médical publié par A. de Montméja et Bourneville; numéros de septembre et octobre 1870, avec 4 photographies. — Prix des deux numéros : 4 fr.

Opérations préliminaires à l'extirpation des tumeurs : écrasement linéaire, galvano-caustique de leur combinaison, par M. le docteur Th. Raymond, ancien interne des hôpitaux de Paris. In-8°. — Prix : 2 francs.

Traitement du cancer du col de l'utérus par la galvano-caustique thermique, par M. le docteur Amussat fils; broch. in-8. — Prix : 2 fr.

Recueil d'ophthalmologie, par M. le docteur X. Galezowski. — 1re année; in-8, pp. 128. — Prix : 2 fr.

De la transfusion du sang défibriné, nouveau procédé pratique, par le docteur De Belina, ancien professeur agrégé à la Faculté de Heidelberg. In-8. — Prix : 2 fr.

Des gastrites chroniques, par le docteur E. Bottentuit, ancien interne des hôpitaux de Paris, médecin aux eaux de Plombières. Delahaye, 1867. — Prix : 2 fr.

Des dyspepsies flatulentes à forme douloureuse et de leur traitement par les eaux de Plombières, par le docteur E. Bottentuit, ancien interne des hôpitaux de Paris, médecin consultant aux eaux de Plombières. Germer-Baillière, 1870. — Prix : 1 fr.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou [illegible]s sur Paris
L'abonnement part du 1er de [illegible]ois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 [illegible] 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

SOMMAIRE. — HOSPICE GÉNÉRAL DE ROUEN. Empoisonnement par l'opium; guérison (M. P. Olivier). — Documents pour servir à l'histoire du mouvement scientifique pendant le siége de Paris. — Nouvelles. — Bulletin bibliographique.

Paris, le 7 juillet 1871.

HOSPICE GÉNÉRAL DE ROUEN. — M. P. OLIVIER.

Empoisonnement par l'opium. — Guérison.

H... Paul, 18 ans, mécanicien; soigné d'abord pour des chancres mous du bord libre du prépuce, il présentait après sa guérison un phimosis étroit, que j'opérai en lui enlevant un V de prépuce à la face dorsale de la verge. Le lendemain, lorsque j'otai les serre-fines, la réunion par première intention était obtenue; mais des érections presque continuelles vinrent les nuits suivantes troubler ce bon résultat; finalement les lèvres de la plaie se désunirent et la réunion se fit seulement par seconde intention. Contre ces érections j'ordonnai le bromure de potassium à la dose de 4 grammes et le soir un quart de lavement avec 10 gouttes de laudanum de Sydenham; les deux premiers lavements furent conformes à la prescription; mais le 29 janvier à 8 heures du soir, par une méprise qu'il est difficile d'expliquer, on lui fit prendre un liniment contenant 250 grammes d'huile et 30 grammes au moins d'une teinture d'opium, ne différant du laudanum que par l'absence de safran.

Dix minutes après environ, le malade s'aperçut qu'il n'avait plus la force de se lever. En même temps il ressentit des démangeaisons surtout vers le nez et des étourdissements, puis il s'endormit; vers 10 heures sentiment de chaleur incommode, et à partir de ce moment il ne se souvient plus de rien; au dire de ses camarades il a été très-agité toute la nuit, sans délire, et ayant des râles dans la gorge, il a beaucoup pleuré (il m'a dit depuis qu'il était ordinairement porté à la tristesse.)

Le 30 au matin, nous le trouvons encore étourdi, distinguant mal les objets, mieux que cette nuit cependant. Il a une tendance presque invincible au sommeil; mais son intelligence est nette, il répond bien aux questions qu'on lui pose, seulement avec un peu de lenteur, comme s'il avait oublié ses mots. La face est altérée, les yeux hagards, les joues creuses, pâles. La respiration est lente, présente peu d'amplitude, avec une grande inspiration de temps en temps.

Les mains, lorsqu'elles ne sont pas soutenues, sont agitées de quelques tremblements. La peau est chaude, rugueuse, sans moiteur, elle ne présente pas d'éruption; le malade n'a pas sué cette nuit. Les pupilles sont très-contractées, quoique le malade soit dans une chambre très-sombre, elles sont sensibles à la lumière d'une bougie et se contractent encore sous son influence. Langue humide, soif vive. Pas de vomissements, ni de nausées. Il n'a pas rendu le lavement laudanisé qu'il avait pris; ce matin un lavement simple qu'il a pris a été rendu sans matières.

Respiration bonne dans toute l'étendue de la poitrine, sans râles. Bruits du cœur, normaux. T. A. 38°. Pouls, 96 petit. Sensibilité au toucher, à la douleur, à la température musculaire réflexe conservée, n'a pas uriné depuis hier soir. Les érections ont disparu.

Prescriptions : Lavement avec 2 cuillerées de sel de cuisine, eau de Sedlitz; scammonée s'il ne se produit pas de selles; café; potion avec teinture de digitale 48 ; à 4 heures du soir, il a uriné peu avec beaucoup de mal, en plusieurs fois; il a eu avec l'eau de sedlitz et la scammonée 3 selles, la 1re jaune gluante, la 2e jaune; il a vomi un peu de son café. Les démangeaisons, qui l'avaient quitté, ont recommencé.

A la pâleur de la face ont succédé des plaques de rougeur : l'une formant une sorte de triangle occupant le nez et ayant pour base la lèvre supérieure, les autres sur le cou. Les yeux sont injectés. La vue est toujours brouillée. Les pupilles sont un peu moins contractées que ce matin. La figure est abattue, et le malade y ressent une chaleur incommode. Langue sèche. Pouls plus fort, mieux frappé que ce matin. Il a pris ses 4 grammes de teinture de digitale. Il prendra à 3 heures de distance, en deux fois, 1 gramme de sulfate de quinine dans du café.

31 janvier. Hier, depuis 4 heures jusqu'à minuit, le malade a encore eu des étourdissements. Une heure et demie après la première prise du sulfate de quinine, il a eu un vomissement composé de café. Il a transpiré cette nuit assez abondamment, surtout de la face. Il n'a pas été à la selle depuis hier; mais à partir de 10 heures il a uriné abondamment, et dès ce moment il s'est senti mieux. Il n'a plus eu d'étourdissements depuis minuit; mais les démangeaisons persistent encore. Les pupilles ont commencé à se dilater. Pouls plein, bien frappé, 76, T. A. 37° 9/5. Nous avions recommandé de garder à part les urines à mesure qu'elles seraient rendues : dans celles de 10 heures du soir un peu d'albumine, qui a diminué dans celles de 11 heures, pour disparaître tout à fait dans celles du lendemain matin.

Il y a dans la première un dépôt jaunâtre que le microscope montre formé uniquement d'acide urique; l'analyse n'y a fait découvrir aucun des alcaloïdes de l'opium (je donne ce résultat sous toutes réserves). Lavement purgatif (séné et sulfate de soude).

1er février. Le malade a eu après le lavement des coliques assez vives; il a été deux fois à la selle. Sueurs peu abondantes. Démangealsons disparues. Sensibilité intacte. Il a dormi cette nuit; il se sent encore un peu lourd ce matin; faim plus naturelle; il a mangé un peu hier. Les pupilles, modérément dilatées, sont très-sensibles à la lumière; il voit bien à lire. Pouls 76, T. A. 37° 2/5. Limonade tartrique, chicorée.

2 février. Le malade est revenu à l'état normal. Il a sué un peu cette nuit. Un bain.

4 février. Il sort complétement guéri de son intoxication.

La plaie du prépuce n'est pas tout à fait cicatrisée. Nous le revoyons le 8, puis le 22 février; sa plaie est complétement cicatrisée; il ne s'est ressenti en aucune façon de son accident.

Cette observation offre un tableau à peu près complet des symptômes de l'empoisonnement par l'opium, avec terminaison heureuse, et répond assez exactement à la forme *aiguë.* (Tardieu, *Traité des empoisonnements.* Paris, 1867.)

La dose d'opium administrée représente 1gr,50 au moins d'extrait aqueux en solution dans un liquide alcoolique et huileux introduit dans le rectum, où, comme on le sait, l'absorption est plus active que par l'estomac. C'est dix minutes après ce lavement, gardé dans sa totalité, qu'ont débuté les premiers accidents, pour atteindre seulement deux heures après des proportions effrayantes : agitation extrême, respiration stertoreuse, perte absolue de connaissance; puis, après un temps que nous ne saurions préciser, il se fait un peu de calme, et quand nous voyons le malade le matin, il a recouvré son intelligence; mais il a une tendance invincible au sommeil, les réponses sont lentes, la figure profondément altérée, l'œil sans expression.

Il y avait évidemment à ce moment-là, malgré toute leur gravité, une rémission notable dans les accidents. Était-ce une rémission définitive, une sorte de convalescence, ou bien seulement une de ces rémissions temporaires, si fréquentes dans certains empoisonnements, et que M. Tardieu a notées aussi dans l'empoisonnement par l'opium, qui font place à une aggravation subite qui emporte rapidement le malade? — Nous penchons vers cette dernière opinion, à cause de la dose considérable d'opium qui a été administrée et gardée en totalité (nous avons pris sur ce point les renseignements les plus minutieux), et à cause de la voie essentiellement dangereuse d'introduction du poison.

Maintenant, comment se fait-il que le malade n'ait pas succombé à cette dose énorme, quand nous voyons *trente* grammes de laudanum sur un cataplasme amener la mort (Tardieu)? De même, Christison, cité par les auteurs du *Compendium*, a vu un jeune homme qui avait pris quatre grains et demi, *vingt-cinq* centigrammes à peu près d'opium avec neuf grains de camphre, succomber au bout de 29 heures. Dans notre observation, nous avons aussi affaire à un jeune homme, et ce n'est plus *vingt-cinq* centigrammes, mais 1gr,50 d'extrait qui sont administrés; ce qui, suivant nous, a sauvé le malade, c'est la nature huileuse du liquide tenant en suspension la matière toxique.

Dès le moment de l'introduction, l'absorption, comme le démontre le début rapide des accidents, a été très-active; mais l'huile que ne digère pas facilement le rectum, l'a contrariée dans de certaines limites, et a empêché le passage dans le sang d'une dose suffisante pour amener la mort; puis, par le fait même de l'empoisonnement, l'absorption a été suspendue, et nous sommes arrivés au moment où elle allait recommencer par suite de la diminution des accidents, et cette fois emporter probablement le malade. Aussi notre premier soin a-t-il été de vider l'intestin, ce qui a nécessité les moyens les plus énergiques. En même temps, nous tâchions, par l'emploi du café de stimuler le système nerveux, et nous donnions des excitants du système vaso-moteur la digitale, le sulfate de quinine, antidote par excellence de l'opium, suivant M. Gubler (*Commentaires du Codex*, pag. 233). Dès le soir, au moment où le cours des urines se rétablit, il se déclara un mieux notable, et le malade fut rétabli en quelques jours.

Je noterai encore deux particularités :

C'est 1° La suppression complète des érections, contrairement à l'opinion de Barbier (d'Amiens) *Traité de matière médicale*) qui les signale parmi les symptômes de l'empoisonnement par l'opium;

2° La présence dans l'urine, parfaitement constatée par la chaleur et l'acide nitrique, d'une petite quantité d'albumine qui a disparu dès le lendemain;

Faut-il voir là un cas de néphrite toxique passagère, une irritation rénale par élimination du poison, ou simplement une albuminurie liée à la congestion rénale, que l'on retrouve à l'autopsie des empoisonnés par l'opium? L'analyse que nous avons fait faire de l'urine de notre malade, négative au point de vue de la présence des sels de l'opium, semble combattre la première hypothèse; mais nous avons eu soin de faire sur cette analyse quelques réserves, et Barruel, cité par M. Gubler, a trouvé de la morphine dans l'urine d'individus ayant pris de l'opium; nous ne serions pas, pour notre compte, éloignés de penser qu'il peut y avoir une néphrite *thébaïque*, comme il y en a une saturnine, argentique, etc. Enfin, nous rapprocherons de notre cas une observation publiée par M. Th. Salviat, dans l'*Union médicale de la Gironde*, et citée par M. Tardieu dans son ouvrage : le malade avait pris le soir, après son repas, *un* gramme d'acétate de morphine; les accidents débutèrent un quart-d'heure après, et ce ne fut qu'à 4 heures du matin qu'on provoqua les vomissements avec le tartre stibié; le malade guérit, et l'auteur attribua avec raison, il nous semble, cette terminaison heureuse à ce que l'absorption a été ralentie par la présence des aliments dans l'estomac, et le poison rendu par les vomissements avant que l'absorption n'ait pu s'emparer d'une nouvelle dose.

DOCUMENTS

POUR SERVIR A L'HISTOIRE DU MOUVEMENT SCIENTIFIQUE PENDANT LE SIÉGE DE PARIS (1).

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 12 décembre 1870. — Présidence de M. LIOUVILLE.

(Suite et fin.)

Météorologie. — M. CH. SAINTE-CLAIRE DEVILLE lit une nouvelle note : *De la période décemdiurne ou tridodécuple dans les phénomènes atmosphériques et dans leur influence sur l'état sanitaire et physiologique.*

L'influence de la période décemdiurne sur le nombre des mortalités étant établie, tout fait penser qu'elle se manifestera aussi dans divers actes physiologiques, la mort n'étant, en définitive, que le dernier des actes, ou plutôt l'interruption de tous. C'est cette influence que je me propose de démontrer dans cette troisième et dernière note.

Les faits et les observations sur lesquels je m'appuierai proviennent de deux sources très-distinctes. Les premiers émanent d'un document déjà ancien, dont j'ai parlé dans ma précédente note; les autres sont des observations faites dans ces dernières années, et à mon instigation.

Le premier document, très-curieux, dont je dois la communication à l'extrême obligeance de M. Renard, bibliothécaire du Dépôt des cartes et plans de la marine, sans titre général et sans nom d'auteur (2), se compose de douze pages in-folio imprimées et intitulées *Observations météorologiques faites à Mâcon*. Ces observations commencent au 9 janvier 1781 et finissent au 9 janvier 1782, comprenant une année entière, sans lacune ni interruption. On observait trois fois par jour, à huit heures du matin, à deux heures et à dix heures du soir, le thermomètre, le baromètre, l'hygromètre, la *machine électrique*, et seulement deux fois par jour, le matin et le soir, les vents, l'état du ciel et la *manière d'être d'un vaporeux.*

Le thermomètre était un thermomètre Réaumur, qui, très-probablement, placé derrière des jalousies, n'accusait pas dans toute leur étendue les variations de la température extérieure.

Les indications du baromètre sont exprimées en pouces et lignes.

L'hygromètre était sans doute un hygromètre de Deluc; mais les observations ne portant pas sur l'année entière, je les ai négligées et leur ai substitué les nombres inscrits sous le titre de *machine électrique*, et qui représentent des distances en lignes. Ces distances ne pouvaient être que les longueurs variables auxquelles on tirait les étincelles de la machine. Le médecin *électricien* pensait avoir ainsi une mesure de la tension électrique de l'air, tandis qu'il n'obtenait, par le fait, qu'une appréciation assez grossière de l'humidité atmosphérique.

Quant à la *manière d'être d'un vaporeux*, voici comment je l'ai construite. J'ai cherché à traduire en chiffres, de 0 à 10, aussi exactement que je l'ai pu, les indications suivantes que je trouve sous ce titre dans les tableaux de Mâcon :

Souffrance.
Faible souffrance.
Malaise.
Plus faible.
Faible — faiblesse.

(1) Suite. — Voir le dernier numéro.

(2) Depuis lors, j'ai appris, grâce à l'obligeance et au zèle bibliographique bien connu de M. le docteur Vacher, le nom de l'auteur de ces observations. M. Vacher a découvert, dans les pièces manuscrites de la bibliothèque de l'Académie de Médecine, la preuve que ces observations ont été recueillies par un médecin *électricien*, du nom de *Révillon*. Était-ce lui-même, le vaporeux qu'il observait? Tout semble l'indiquer.

Un peu mieux, un peu plus de courage.
Mieux.
Plus fort.
Assez actif.
Assez bien.
Fort.

J'ai construit et discuté, au point de vue de la symétrie quadruple, les quatre courbes qui résument ces diverses données de l'observation pour chacun des jours de l'année. Ce travail a été publié dans l'*Annuaire de la Société météorologique de France*. Je ne reviendrai pas avec détail sur les résultats que résume une planche de grande dimension; je ferai seulement quelques réflexions sur la courbe qui représente *la manière d'être d'un vaporeux*, qui rentre dans mon sujet.

Cette courbe paraît moins accidentée que les trois autres; mais cela dépend uniquement de la moindre étendue que l'on a attribuée à l'échelle des états physiologiques extrêmes. Il est facile, en effet, de se convaincre, en la décomposant en fragments, qu'elle reflète des conditions assez diverses et qui ne se trouvent pas réparties dans l'année d'une manière quelconque.

Si l'on cherche, par exemple, les deux nombres extrêmes, on les trouve très-rapprochés l'un de l'autre. Le maximum (6,50) tombe sur le 49e jour quadruple, qui réunit les

8 février, 10 mai, 12 août et 11 novembre,

et le minimum (3,87) sur le 52e jour quadruple, qui réunit les

11 février, 13 mai, 15 août et 14 novembre.

Les deux moments où notre *vaporeux* s'est trouvé le mieux possible et le plus mal possible se sont donc rencontrés tous deux dans ces quatre périodes singulières, contenant l'*été de la Saint-Martin*, les intempéries de la *Vierge d'août* et les *Saints de glace* de février et de mai. En jetant les yeux sur les deux premières courbes de la planche, on s'aperçoit aussi que c'est dans ces périodes que se sont produits les plus grands écarts de la température et de la pression barométrique.

En comparant ainsi le centre de cette période et l'année entière, on trouve les différences suivantes entre la moyenne des 365 jours de l'année (ou des 90 jours quadruples) et celle de huit jours quadruples, comprenant :

Du 9 au 17 février.
Du 11 au 19 mai.
Du 13 au 21 août.
Du 12 au 20 novembre.

	Température.	Pression barométrique.	Longueur de l'étincelle électrique.	Manière d'être d'un vaporeux.
	°	mm	mm	
Moy. de l'année.	10,61	750,00	7,05	5,59
Moy. des 8 jours quatruples...	12,58	747,31	5,98	4,75

Il y a donc eu, pour la moyenne des huit jours quadruples, grande élévation de température, grand abaissement de la pression barométrique, grand accroissement de l'humidité atmosphérique, grand abaissement dans l'état sanitaire de l'observateur; pendant ces trente-deux jours, qui forment quatre groupes opposés dans les quatre saisons de l'année, son état physiologique s'est trouvé, en moyenne, très-inférieur à son état moyen, en même temps qu'il subissait, dans ces mêmes intervalles, les plus grandes oscillations.

Au reste, les relations qu'on remarque dans le petit tableau précédent entre les quatre éléments variables se maintiennent assez généralement pour l'ensemble des quatre courbes. La *manière d'être d'un vaporeux*, par exemple, ou plutôt la courbe qui la représente a, comme on peut s'en assurer, des inflexions généralement opposées à celles de la courbe barométrique et plutôt parallèles à celles de la courbe qui représente les longueurs d'étincelle. En d'autres termes, le valétudinaire qui s'est ainsi observé pour notre instruction ressentait d'autant plus de bien-être que la pression barométrique était plus faible et que l'air était plus sec.

Mais ces rapports sont plus frappants encore lorsqu'on soumet ces documents à l'épreuve de la symétrie tridodécuple. On peut s'en assurer en jetant les yeux sur la petite planche ci-jointe, où j'ai réuni les dix jours tridodécuples pour la température (exprimée en degrés centésimaux), pour la pression barométrique (1), et pour la *manière d'être d'un vaporeux*. Dans cette dernière courbe, j'ai réparti entre 0 et 20 les nombres qui représentent les variations dans l'état sanitaire, doublant, par conséquent, l'échelle qui avait servi pour le reproduire dans la construction des jours quadruples.

On voit que les deux courbes inférieures offrent trois maxima ou relèvements; le dernier de ces relèvements n'est représenté, dans la première courbe, que par un arrêt sensible dans l'accroissement de la température. En comparant les deux premières courbes (température et pression), on voit, en outre, que, pour les premiers jours tridodécuples, les inflexions semblables de la température précèdent d'un jour celles de la pression, qu'elles semblent concorder vers le septième jour et s'éloignent de nouveau.

Durant les trente-six jours de l'année condensés dans le huitième jour tridodécuple, la pression moyenne a dépassé de 24 millimètres celle qui s'est manifestée dans les trente-six jours réunis sous le septième jour tridodécuple.

Quant à la courbe physiologique du *vaporeux*, ses trois maxima et ses trois minima se détachent nettement. On peut remarquer que l'allure de cette courbe est très-concordante avec celle de la deuxième; en d'autres termes, que l'état sanitaire du *vaporeux* de Mâcon, en 1781, s'améliorait généralement quand le baromètre s'élevait, et se détériorait, au contraire, lorsque la pression diminuait.

(1) La pression n'est pas ramenée à zéro, faute des indications nécessaires; mais il est évident que cette correction n'aurait ici aucune importance, puisque chaque nombre barométrique est la moyenne de trente-six jours d'observation, répartis à égales distance sur l'écliptique et, par conséquent, donnant, pour leur température moyenne, très-suffisamment la température moyenne de l'année entière.

Enfin, notons que le jour tridodécuple qui a correspondu, pour lui, au maximum de bien-être est précisément ce sixième jour que nous avons vu déjà jouer un rôle si important dans la répartition des températures et dans celle des mortalités.

La seconde série de documents que je désire discuter aujourd'hui se compose d'observations portant sur la température buccale, le nombre de pulsations par minute et la densité de l'urine.

La température de la bouche était déterminée en plaçant, pendant cinq à six minutes, au-dessous de la langue, latéralement, un petit thermomètre à maxima Walferdin muni d'un renflement, qui permet de diviser très-largement l'intervalle entre 34 et 40 degrés, et d'évaluer facilement la température à deux centièmes ou même à un centième de degré (1). Tous les mois, chaque thermomètre était placé dans la glace fondante, et comparé vers 35 degrés avec un thermomètre étalon; on tenait compte de la variation possible des corrections.

La densité de l'urine était mesurée au moyen du densimètre spécial de M. Bouchardat, perfectionné pour la graduation : cette densité était ramenée à une température constante de 15 degrés, d'après la table construite par ce savant (2).

Quant au nombre des pulsations, il était déterminé par l'observateur *assis*: car on peut s'assurer que ce nombre est immédiatement accru par la station verticale.

Chaque observateur expérimentait sur lui-même deux fois par jour, à son lever et à son coucher. Quatre personnes ont pris part à ces expériences (3). Elles ont duré du 22 décembre 1867 au 22 décembre 1869; mais, par diverses circonstances, les deux années n'ont été complètes pour aucun des observateurs, de sorte que je n'ai pu comparer, à ces divers points de vue, qu'une année à la fois. J'ai dû utiliser, tantôt l'année 21 mars 1868-21 mars 1869, tantôt l'année 23 septembre 1868-23 septembre 1869.

Je rapporterai successivement ce qui a trait à la température buccale, au nombre des pulsations, à la densité de l'urine.

La partie supérieure de la planche suivante donne, pour les observateurs A, B et C, chacune des dix moyennes tridodécuples de l'année 23 septembre 1868-23 septembre 1869, et la moyenne (ponctuée) des trois courbes. Les quatre courbes de la partie inférieure se rapportent à l'année 21 mars 1868-21 mars 1869, étudiée dans les observateurs B, C et D, et à la moyenne de ces trois courbes tridodécuples.

En examinant ces huit courbes, on voit de suite qu'elles se divisent en deux parties distinctes : la première moitié offre des discordances, tandis qu'à partir du cinquième ou du sixième jour, toutes les courbes présentent une concordance remarquable. Le maximum du septième jour tridodécuple est frappant partout, précédé du minimum qui varie du cinquième au sixième jour, et suivi du minimum qui varie du huitième au neuvième.

La première courbe de la planche (p. 834), qui condense les deux moyennes ponctuées, fait ressortir nettement l'oscillation du quatrième au dixième jour, tandis que, du dixième au quatrième, elle est à peine accidentée et n'offre rien d'accentué.

Si, au lieu de construire ainsi la moyenne brute des six courbes pleines de la planche ci-dessus, on les examine séparément, on voit l'oscillation des cinq derniers jours tridécuples se manifester nettement dans toutes, tandis que, pour la première partie, les courbes (1) et (2) d'une part, les courbes (4) et (5), de l'autre, absolument opposées. On a donc quatre courbes analogues (1, 3, 4 et 6), que l'on peut combiner ensemble, et deux autres courbes analogues entre elles (2 et 5) que l'on peut aussi rapprocher. Il en résulte les deuxième et troisième courbes de la planche (p. 834), qui présentent, en effet, concordance pour les cinq derniers jours, opposition pour les cinq premiers.

Il y a là, sans doute, un effet d'idiosyncrasie qui sera du ressort du physiologiste (4).

Cette dernière conclusion est confirmée par l'examen de la quatrième courbe, qui représente les dix jours tridodécuples de la température buccale pour l'observateur A, pendant l'année normale du 22 décembre 1868 au 22 décembre 1869. Cette courbe offre les mêmes inflexions que la seconde.

Enfin, j'ai établi un point de comparaison entre la température buccale et la température de l'air, en construisant les dix jours tridodécuples pour la températrure moyenne observée à l'Observatoire de Paris pendant cette même année (22 décembre 1868, 22 décembre 1869 (5).

On voit, en premier lieu, que cette courbe, très-simple, présente nettement deux minima et deux maxima. Le plus élevé de ces deux maxima tombe encore au sixième jour tridodécuple, sur lequel j'ai déjà si souvent appelé l'attention dans mes précédentes notes. La symétrie tridodécuple s'applique donc parfaitement à la température de cette année (6).

En second lieu, si l'on compare cette courbe à celle de la température bucale de l'observateur A, durant le même intervalle, on remarque que ces deux courbes sont, au moins pour les six premiers jours, presque entièrement opposées dans leurs allures. Les deux maxima des 3e et 6e jours pour l'air correspondent, pour la température buccale, à deux minima. Les quatre derniers jours concordent assez bien. Des deux côtés, le minimum absolu tombe sur le 9e jour.

(1) Ces thermomètres, d'une construction irréprochable, sortaient, aussi bien que les *uromètres* dont il va être question, des mains de notre habile constructeur, M. Baudin.

(2) *Instruction pour l'usage de l'uromètre de M. Bouchardat*; Paris, Germer-Baillière, 1861.

(3) L'observateur désigné par la lettre A avait de 53 à 55 ans; l'observateur B de 31 à 33 ans; l'observateur C de 29 à 31 ans; l'observateur D de 26 à 28 ans. Tous avaient l'habitude des instruments; trois sont docteurs en médecine et anciens internes des hôpitaux.

(4) Mon but n'étant nullement ici une étude physiologique, je n'insiste point sur les caractères particuliers du mouvement de la température chez les divers observateurs. On voit, néanmoins, en comparant les deux courbes B, d'un côté, et, de l'autre, les trois courbes C (1), D (4) et C (5), le contraste de ce que l'on pourrait appeler, chez l'homme, un *climat tempéré* avec un *climat extrême*. On va voir des contrastes analogues pour le nombre des pulsations et la densité des urines.

(5) J'ai pris les moyennes diurnes données par les *Bulletins de statistique municipale*, et conclues des observations de 9 heures matin, midi, 9 heures soir et minuit. Les dimanches et jours de fête, les observations triboraires ne se faisant pas, j'ai pris la moyenne du maximum et du minimum diurnes; et, quand ces deux éléments manquaient aussi, j'ai conclu la moyenne diurne par inerpolation, au moyen des trois stations de Versailles, de Saint-Maur et d'Aubervilliers.

(6) La somme de 36 températures moyennes de ce sixième jour tridodécuple dépasse de 55°,8 la somme des températures moyennes du neuvième.

Ce seul exemple ne suffirait assurément pas pour établir la généralité du fait : mais c'est une circonstance qu'il n'est peut-être pas inutile de signaler aux physiologistes.

Si l'on voulait avoir quelque appréciation numérique des écarts de température humaine qui résultent de ces recherches, on verra, par la courbe C (4), que, pour l'observateur C, du 23 septembre 1868 au 23 septembre 1869, la température des 36 jours simples qui constitue le 7e jour tridodécuple, a dépassé de 3°,6 la température des 36 jours simples du 9e jour tridodécuple.

La courbe moyenne (première de la planche de la page 834), qui se rapporte aux quatre sujets, observés pendant dix-huit mois, donne, pour différence entre les 216 jours simples du 7e jour tridodécuple et les 216 jours simples du 9e jour tridodécuple : 0°,035. Si l'on considérait ce nombre comme peu différent de ce que donnerait pour un an, 21 juin 1868–31 juin 1889, la moyenne des 2,000,000 d'habitants de Paris, il en résulterait que leur température moyenne pendant les 36 jours simples du 7e jour tridodécuple a dépassé d'environ 70,000 degrés leur température moyenne pendant les 36 jours simples du 9e jour tridodécuple (1).

J'arrive au nombre des pulsations artérielles par minute. Trois observateurs (A, B, D) ont pris part à ce genre d'observations. Les deux premières courbes de la planche (p. 837) sont calculées d'après les périodes d'observations. Elles ne présentent, en quelque sorte, aucun trait commun : l'allure des premiers jours est presque opposée. Cela dépend évidemment de ce que le caractère idiosyncrasique s'impose là plus encore que dans le phénomène de la température du corps. On s'en convainc en examinant les deux dernières courbes de la planche, dans lesquelles, au lieu de combiner des natures opposées à ce point de vue, j'ai fait abstraction des périodes communes d'observation et réuni ensemble les températures semblables. Si l'on compare la moyenne des deux courbes B avec la moyenne des courbes A et D, on voit nettement dans la première trois minima et trois maxima, tandis que la secoude ne présente que deux inflexions d'une grande simplicité. On remarquera encore que le maximum absolu chez les observateurs A et D, tombe le 5e jour tridodécuple, comme l'un des maxima du sujet B; de sorte que, si l'on combinait ces deux courbes, leur moyenne donnerait pour le 5e jour une saillie notable. Quant au minimum absolu dans ces diverses courbes, il tomberait, en moyenne, sur le 7e jour tridodécuple, c'est-à-dire sur celui qui a donné le maximum absolu pour la température buccale.

Au point de vue des appréciations numériques, on trouve que, chez l'observateur A, du 23 septembre 1868 au 23 septembre 1869, pendant les trente-six jours simples qui constituent le quatrième (ou le cinquième) jour tridodécuple, le nombre des battements du pouls a dépassé d'environ 140,500 le nombre des pulsations des trente-six jours simples du huitième jour tridodécuple. Pour l'observateur D, du 21 mars 1868 au 21 mars 4869, la différence des battements du pouls entre les trente-six jours simples du sixième jour tridodécuple a été de 109,400 environ.

Il me reste encore à mentionner les résultats obtenus de la détermination de la densité de l'urine pour les trois observateurs A, B et D.

En jetant les yeux sur la planche ci-dessus, on s'aperçoit que les aptitudes individuelles sont encore plus marquées dans cet ordre d'observations que dans les deux précédents. En effet, les trois premières courbes représentent, à la même échelle, les dix jours tridodécuples des densités urinaires rapportées à celle de l'eau distillée, pour l'observateur D, du 21 mars 1868 au 21 mars 1869; pour l'observateur B, du 21 mars 1868 au 23 septembre 1869; enfin, pour l'observateur A, du 23 septembre 1868 au 23 septembre 1869. La première courbe n'a aucune affinité avec les deux autres, ni pour l'étendue des variations, qui est quatre fois plus grande, ni même pour les allures générales, puisqu'elle présente trois maxima au lieu de deux qu'on remarque dans les dernières. Mais celles-ci, au double point de vue de l'étendue et de la forme des oscillations, peuvent évidemment se combiner, et c'est ce que j'ai fait dans la quatrième courbe, en construisant leur moyenne sur une échelle décuple. Le minimum très-net du sixième jour tridodécuple, qui est aussi représenté dans la courbe D, coïncide avec le maximum de la température de l'air pendant la période correspondante et appelle encore une fois notre attention sur ce sixième jour tridodécuple, que j'ai tant de fois signalé dans le cours de ces trois notes.

Tel est l'ensemble des faits que je désirais soumettre aux physiologistes. Je ne me dissimule pas combien le petit nombre des sujets observés, tous soumis, d'ailleurs, à l'existence, en quelque sorte factice des habitants d'une ville immense, a dû influencer ces résultats (2). Néanmoins, il me sera permis de faire remarquer que l'anomalie même des conditions donne un *à fortiori* à mes conclusions, puisque des hommes à l'abri de ces influences anormales, des cultivateurs, par exemple, ou mieux encore des religieux qui, comme les trapistes, associeraient à une vie active des habitudes d'une extrême régularité, seraient sans doute plus directement soumis aux conditions naturelles. J'aurais remplis mon but si je pouvais décider quelques phisiologistes, disposant de moyens bien supérieurs à ceux que j'ai utilisés, grâce au dévonement de mes zélés collaborateurs (3), à contrôler, soit chez l'homme, soit chez les animaux, la réalité de cette influence périodique des variations de l'atmosphère sur les phénomènes de la vie.

(1) Le 7e jour tridodécuple se composerait, durant cette année, des jours suivants : 27 juin; 8, 19, 30-31 juillet; 10, 20, 30 août; 9, 19, 29 septembre; 10, 20, 30 octobre; 9, 19, 29 novembre; 8, 18, 28 décembre 1868; 7, 17, 27 janvier; 6, 16, 26 février; 7, 17, 27 mars; 6, 17, 27 avril; 8, 18, 28 mai; 7, 17 juin 1869. On obtiendrait la composition du 9e jour tridodécuple en augmentant de deux jours la date de chacun de ces 36 jours simples.

(2) Résultats incomplets aussi; car, avec la densité de l'urine, par exemple, il eût fallu déterminer le volume du liquide expulsé dans les vingt-quatre heure.

(3) Auxquels je demande la permission d'exprimer ici toute ma gratitude.

MÉMOIRES PRÉSENTÉS

Zoologie historique. — M. F. LENORMANT lit une note *sur l'introduction et la domesticité du porc chez les anciens Égyptiens.*

L'histoire des animaux domestiques est un sujet particulièrement intéressant, mais il présente encore de très-grandes obscurités. La zoologie n'est pas, croyons-nous, complétement en mesure de résoudre à elle seule tous ces difficiles problèmes par l'étude des races actuellement subsistantes. Il lui est nécessaire de remonter dans le passé, en appelant à son aide les secours, jusqu'à présent un peu trop négligés par elle, que peuvent fournir les sciences de l'érudition, principalement l'archéologie des monuments figurés et la philologie comparative, l'une recueillant les images, souvent très-précieuses, des espèces domestiques élevées chez les divers peuples civilisés du monde antique, l'autre permettant de suivre dans bien des cas, à l'aide de la filiation des noms, la transmission de ces espèces de peuple en peuple, et de remonter ainsi très-près du berceau premier de leur domestication.

Dans cette série d'études sur les animaux domestiques de l'ancienne Égypte, que l'Académie a daigné accueillir avec tant de bienveillance, nous n'avons pas la prétention d'apporter la solution de questions que les maîtres de la science ont laissées indécises. Notre seule ambition est de fournir aux études des naturalistes un certain nombre de faits précis, empruntés à l'archéologie et à la philologie, qui puissent servir d'éléments dans des recherches ultérieures. Ces faits, croyons-nous, ne leur seront pas sans quelque utilité, et nous nous regarderions comme amplement récompensé de nos investigations patientes si elles pouvaient indiquer aux zoologistes quelques filons à suivre dans l'ordre de sujet auquel elles se rapportent.

Ainsi, en groupant aujourd'hui dans une nouvelle note les principaux faits que nous avons pu recueillir sur l'histoire du porc dans l'antiquité égyptienne, nous ne prétendons pas examiner et encore moins décider les questions graves qui se soulèvent au sujet de cet animal et divisent les savants; ni celle de savoir si notre cochon domestique dérive, comme on le pense le plus généralement, du sanglier de nos forêts, ou bien, comme le prétend Link (*Urwelt*, t. I, p. 387), d'une espèce sauvage particulière que l'on rencontre en Perse; ni celle de savoir si pour cet animal comme pour plusieurs autres, diverses espèces sauvages distinctes n'ont pas été réduites en domesticité dans des pays différents, donnant ainsi naissance aux principaux types des variétés domestiques, si, par exemple, notre cochon commun et le cochon de Siam n'étaient pas à l'origine spécifiquement différents. Notre but est plus restreint et plus modeste : il s'agit seulement de suivre l'histoire et le rôle de l'animal dans une des plus importantes civilisations des âges antiques, et de déterminer autant que possible l'époque où il fut introduit, ainsi que la région d'où il venait.

Le porc n'est pas en effet un des animaux domestiques de la civilisation primitive de l'Égypte. On ne le trouve jamais mentionné dans les textes ni de l'Ancien ni du moyen empire, et sa figure est aussi totalement absente des monuments de ces deux grandes périodes de la culture égyptienne, où les représentations de la vie quotidienne tracées sur les parois des tombeaux nous font passer en revue toutes les espèces élevées alors dans la vallée du Nil. Et non-seulement les scènes agricoles représentées par les artistes de ces deux époques ne montrent jamais le cochon domestique, ce qui donne le droit d'affirmer qu'il n'était point alors connu en Égypte, mais, circonstance plus extraordinaire, le sanglier lui-même ne figure jamais dans les scènes de chasse ou tant d'autres animaux tombent sous les flèches du veneur et sont poursuivis par ses chiens. Cependant il est difficile de douter qu'il dût être dès lors abondant au milieu des marais de la Basse-Égypte, comme il l'est encore aujourd'hui, où beaucoup de fellahs musulmans se nourrissent de sa chair, en dépit des préceptes du Coran. Mais cette absence du sanglier dans les représentations de vénerie des anciens Égyptiens, qui se continue à toutes les époques dont nous possédons des monuments, s'explique par l'idée d'impureté absolue que la religion égyptienne attachait au porc sauvage et domestique, idée qui empêchait de le considérer comme gibier de chasse et de le manger. Il est donc probable que si les paysans de la Basse-Égypte devaient tuer le sanglier comme une bête malfaisante pour défendre leurs champs de ses ravages, on ne lui faisait pas de chasse régulière, et qu'il n'était pas conforme aux usages de se vanter d'avoir percé de ses traits cet animal impur.

La notion d'impureté attachée par le sacerdoce de l'Égypte au porc, soit sauvage, soit domestique, est signalée par Hérodote (II, 47), dont les monuments confirment pleinement le témoignage; c'est là qu'elle a été puisée par Moïse comme tant d'autres prescriptions rituelles de sa loi, bien que l'esprit de la religion nouvelle qu'il instituait fût diamétralement opposé à l'esprit de la religion de l'Égypte. Dans la théorie pharaonique le porc était un des animaux consacrés à Set ou Typhon, l'antagoniste d'Osiris, la personnification la plus puissante du principe mauvais, ténébreux et infernal. Le *Rituel funéraire* donne fréquemment l'épithète injurieuse de « porc » aux monstres typhoniens que le défunt rencontre sur sa route dans l'autre monde et qu'il doit combattre avant de parvenir à la béatitude finale.

Le rôle symbolique de cet animal est alors identique à celui de l'hippopotame, emblème d'un emploi plus ancien avec lequel il s'échange fréquemment. La *Grande dévorante de l'Enfer*, un des principaux génies du monde ténébreux, chargée de châtier les âmes coupables, et représentée le plus souvent sous la figure d'un hippopotame femelle ou bien avec une tête d'hippopotame sur un corps de lionne; mais dans quelques-unes des tombes royales de la XXe dynastie à Biban-el-Molouk (Champollion, *Monuments de l'Égypte et de la Nubie*, t. III, *Pl. CCLXXII*), et sur certains sarcophages de la XXVIe dynastie, comme celui de *T'aho* au Musée du Louvre (De Rougé, *Catalogue des monuments égyptiens du Louvre* D-1), elle est figurée sous les traits d'une truie que des génies en forme de singes cynocéphales chassent loin de l'âme juste qui passent au tribunal d'Osiris. C'est probablement cette *Grande dévorante de l'Enfer* que représentent les images d'une truie en terre émaillée ou en autres matières que l'on trouve parmi les amulettes suspendues au cou des momies d'une certaine époque.

Dans les bas-reliefs si curieux du temple d'Edfou (époque des Ptolémées) relatifs au mythe d'Horus, que M. Édouard Naville a récemment publiés (*Textes relatifs au myhte d'Horus recueillis dans le temple d'Edfou*, Genève, 1870, in-fol.), l'artiste, guidé par les indications sacerdotales, a retracé en plusieurs tableaux la vengeance que le fils d'Osiris tire du meurtre de son père en tuant à son tour Set ou Typhon, transformé « en un hippopotame rouge. » Dans les derniers tableaux la figure d'un porc se substitue à celle de l'hippopotame, pour représenter le dieu malfaisant. Et quand on en vient aux prescriptions rituelles du sacrifice qui se célébrait dans le temple pour commémorer et symboliser la victoire d'Aorus, il est ordonné de faire « un cochon en pâte » et de le découper en morceaux comme fut découpé le corps de Typhon. C'est là bien évidemment le sacrifice dont parle Hérodote (II, 47) : « Les Égyptiens sacrifient un porc à la Lune et à Dionysus (Isis et Osiris), une fois dans l'année, dans une pleine lune.... Après en avoir brûlé la queue, la rate et la graisse du ventre, ils mangent alors la chair de l'animal mais le reste de l'année elle est absolument interdite. Les pauvres font, à la place, des cochons de pâte qu'ils découpent après les avoir fait cuire. » Et ce qui achève de démontrer l'identité des deux cérémonies, c'est qu'Hérodote place la sienne à la pleine lune et qu'un précieux passage d'Eusèbe (*Præpar. evang.*, III, 12) assigne au mythe de la lutte d'Horus contre Typhon, transformé en hippopotame, le caractère de personnification d'un phénomène lunaire.

L'idée d'impureté que la religion attachait ainsi au porc chez les anciens Égyptiens explique pourquoi cet animal ne fut pas réduit en domesticité ni élevé par eux pendant toute la durée des âges primitifs, où leur civilisation avait son caractère le plus original et le plus à part, sans aucune des influences étrangères qui commencèrent à agir au temps des conquêtes asiatiques de la XVIIIe et de la XIXe dynastie; pourquoi aussi le sanglier, indigène dans une portion de leur pays, ne fut jamais considéré par eux comme un gibier noble, représenté sur les monuments. Nous avons peut-être trop insisté sur cette question, qui n'intéresse que bien peu la zoologie, appartenant plutôt au domaine de l'archéologie pure. Il nous a paru cependant assez curieux de montrer l'origine de la prescription relative à l'impureté de la viande de porc, qui, adoptée dans la loi mosaïque, a passé de là dans l'islamisme, lequel la maintient encore en vigueur chez un grand nombre de peuples. »

La séance est levée à 5 heures.

XX. Voyages dans Paris. — M. THÉOPHILE GAUTIER publie de nouveaux croquis dans l'*Officiel*.

AUTRES CROQUIS.

I. Musée de neige. — Un peintre de nos amis est venu hier nous chercher pour nous mener au bastion 85 où nous verrions, disait-il, quelque chose d'intéressant; mais il fallait se presser, la nuit tombe vite en ces tristes jours de décembre, et, d'ailleurs, un changement de température pouvait anéantir l'objet de notre pèlerinage. Nous voilà donc parti en toute hâte, maudissant la lenteur de notre pauvre cheval de fiacre qui patinait sur la neige durcie, d'autant plus glissante que nous avancions dans les rues désertes des quartiers s'étendant au delà du Luxembourg et de l'Observatoire. Les passants étaient rares, mais sur chaque place, au milieu des carrefours, sur tout terrain vague favorable au développement des manœuvres, on voyait des gardes nationaux faisant l'exercice malgré un froid assez piquant qu'ils ne paraissaient pas sentir.

Nous cheminions le long de grands murs gris placardés d'anciennes affiches, de vieilles maisons bizarres consacrées à des industries que la ville élégante rejette à ses extrémités, de baraquements en bois de sapin, ambulances ou abris pour les troupes, de clôtures démantelées dont le ton rappelait les dessins sur papier teinté, rehaussés de blanc, les couches de neige accrochées çà et là figurant les points de gouache. Si la brume qui se levait n'eût pas borné la vue aux premiers plans, nous eussions vu par-dessus les murs bas, dans le cadre des portes ouvertes, à travers les interruptions de masures, d'admirables échappées de paysage d'hiver sur ces cultures et ces marais qu'inonde la Bièvre et que domine la Butte-aux-Cailles, mais ce n'était pas le but de notre excursion et nous regrettâmes moins ce petit contre-temps.

Arrivé au chemin de ronde du rempart, nous abandonnâmes notre véhicule, dont le cheval s'était abattu, et notre ami nous conduisit à l'endroit où se trouvait la curiosité qu'il nous avait promise et qui valait en effet le voyage au bastion.

La 7e compagnie du 19e bataillon de la garde nationale contient beaucoup d'artistes peintres et statuaires blasés bien vite sur les péripéties de l'éternel jeu de bouchon, et qui ne demanderaient pas mieux que d'occuper d'une autre manière leurs loisirs d'une faction à l'autre. La pipe, le cigare, la cigarette aident à brûler le temps; les discussions d'art et de politique le tuent quelquefois, mais on ne peut toujours fumer, parler ou dormir. Or, depuis trois ou quatre jours il est tombé une assez grande quantité de neige, à moitié fondue déjà dans l'intérieur de Paris, mais qui s'est maintenue sur le rempart plus exposé au vent froid qui vient de la campagne. Et comme il y a toujours chez l'artiste, quel que soit son âge, un fond d'enfance et de gaminerie, à la vue de cette belle nappe blanche, l'idée d'une bataille à coups de boules de neige se présenta comme une distraction de circonstance. Deux camps se formèrent et des mains actives convertirent en projectiles les flocons glacés et brillants recueillis sur les talus. L'action allait s'engager quand une voix cria : ne vaudrait-il pas mieux faire une statue avec ces pains de neige ? L'avis parut bon, car MM. Falguière, Moulin et Chapu se trouvaient de garde ce jour-là. On dressa un semblant d'armature en moellons ramassés de côté et d'autre, et des artistes à qui M. Chapu servait complaisamment de praticien, se mirent à l'œuvre, recevant de toutes mains les masses de neige pétrie que leur passaient leurs camarades.

M. Falguière fit une statue de la Résistance et M. Moulin un buste colossal de la République. Deux ou trois heures suffirent à réaliser leur inspiration qui fut rarement plus heureuse. Ce n'est pas la première fois du reste, que de grands artistes daignent sculpter ce marbre de Carrare qui descend du ciel sur la terre en poudre scintillante. Michel-Ange modela pour satisfaire une fantaisie de Pierre de Médicis une statue colossale de neige — chose rare à Florence — dans la cour même du palais, et ce badinage où éclatait le génie de l'artiste, car lorsqu'on a la pensée la matière importe peu, lui valut la faveur du nouveau grand duc qui le protégea comme avait fait Laurent le Magnifique.

La statue de M. Falguière est placée au bas d'un épaulement, non loin du corps de garde, sur le bord du chemin de ronde, et regarde vers la campagne. L'artiste délicat à qui l'on doit le *Vainqueur au Combat de coqs*, *le Petit Martyr*, et *l'Ophélie*, n'a pas donné à la *Résistance* ces formes robustes presque viriles, ces grands muscles à la Michel-Ange que le sujet semble d'abord demander. Il a compris qu'il s'agissait ici d'une Résistance morale plutôt que d'une Résistance physique, et au lieu de la personnifier sous les traits d'une sorte d'Hercule femelle prête à la lutte, il lui a donné la grâce un peu frêle d'une Parisienne de nos jours. La Résistance, assise, ou plutôt accotée contre un rocher, croise ses bras sur son torse nu avec un air d'indomptable résolution. Ses pieds mignons, s'appuyant, les doigts crispés, à une pierre, s'emblent vouloir s'agrafer au sol. D'un fier mouvement de tête, elle a secoué ses cheveux en arrière comme pour faire bien voir à l'ennemi sa charmante figure, plus terrible que la face de Méduse. Sur les lèvres se joue le léger sourire du dédain héroïque, et, dans le pli des sourcils se ramasse l'opiniâtreté de la défense, qui ne reculera jamais. Non, les gros poings d'un barbare n'attacheront pas ces bras fins et nerveux derrière ce dos d'une ligne si élégante. Cette taille souple rompra plutôt que de ployer. La force immatérielle vaincra la force brutale, et, comme l'ange de Raphaël, mettra le pied sur la croupe monstrueuse de la bête.

Au bas de cette statue improvivée, M. Falguière a eu toute la modestie d'écrire en lettres noires sur une planchette : *la Résistance.* L'inscription était inutile. En voyant cette figure d'une énergie si obstinée tout le monde la nommera, quand même elle n'aurait pas à côté d'elle son canon de neige.

Il est douloureux de penser que le premier souffle tiède fera fondre et disparaître ce chef-d'œuvre, mais l'artiste a promis d'en faire, à sa descente de garde, une esquisse de terre ou de cire pour en conserver l'expression et le mouvement.

Sur le point le plus élevé de l'épaulement domine le buste colossale de la République, de M. Moulin, dont le regard par-dessus le bastion, semble plonger au loin dans la campagne. Mais ce n'est pas de là qu'il faut la voir : le bon endroit est sur le chemin de ronde, au pied du talus. Quand l'artiste travaillait à la tête de sa *République*, dont les lignes doivent être allongées et combinées pour un plafonnnement considérable, ses amis lui criaient d'en bas: « Rajoute du front, soutiens la joue, avance le menton, remets de la neige au bonnet ! » Et l'artiste, perché sur son épaulement comme un ouvrier grec au sommet d'un fronton, écoutait les indications et les critiques, et le buste prenait une beauté majestueuse et terrible.

Quelle admirable matière que ce Paros céleste qu'on nomme la neige! quelle blancheur immaculée, quelle finesse de grain, quel scintillement de micas et de paillettes d'argent ! avec quelle douceur les pâles figures modelées dans ce duvet soyeux se détachent sur le fond d'ouate du brouillard et les arbres lointains semblables, au bas du ciel gris, à de légères fumées rousses !

II. — L'ART PENDANT LE SIÉGE.

Lorsqu'une fois l'art s'est emparé d'une âme, il la hante à toutes les heures, il la possède, en prenant le mot au sens liturgique, et nul exorcisme ne peut l'en chasser. L'âme, d'ailleurs, aime son démon, quoiqu'il l'a tourmente et la fasse souvent souffrir, et elle serait bien fâchée d'en être délivrée à jamais. Rien ne distrait le poëte de son ode, le sculpteur de sa statue, le peintre de son tableau. Au milieu des plus grandes catastrophes, une rime, une forme, une couleur les occupent. Cela ne les empêche pas de se dévouer à la patrie, de faire le sacrifice de leur vie avec un parfait sang-froid, et de placer leur balle aussi à propos qu'un franc-tireur. Mais ils voient toujours la nature à travers l'événement; ils dégagent la beauté même de l'horreur et cherchent à transporter les faits dans la sphère de l'art.

Voyez là-bas ce garçon robuste et de belle prestance qui vient peut-être de s'engager dans un régiment de marche; il monte sa faction au rempart; par les créneaux des sacs de terre, il jette de temps à autre sur l'horizon suspect ce regard du peintre qui voit tout. La campagne est tranquille et il reprend sa rêverie. Une image se présente à son esprit, qu'il étend et transfigure en symbole. Une femme vêtue de noir passait, un ballon traversait l'air, un fort lançait quelques obus aux Prussiens, et de ces faits que rien ne relie entre eux, sans signification pour le promeneur inattentif, résulte une composition délicieuse, d'une sensibilité exquise et d'une poésie attendrissante.

M. Puvis de Chavannes a rapporté du rempart un dessin superbe qu'il a fait lithographier et qui rappelle la manière grande et simple de l'artiste à qui l'on doit ces magnifiques fresques sur toile *la Guerre*, *la Paix*, *le Travail* et *le Repos.*

Une femme mince, svelte, en longue robe de deuil, les cheveux coupés comme ceux d'une veuve, la main droite appuyée sur un chassepot armé de sa baïonnette, et la main gauche étendue vers le ciel, le visage en profil perdu, se tient debout sur le terre-plein d'un bastion. Les plis de son vêtement, se brisant à ses piede comme des cassures de draperies gothiques, lui font un socle qui l'exhausse et ajoute à son élégance.

Un peu au-dessous d'elle, on aperçoit des canons, des tentes, des gabionnades, des amas de boulets; d'un fort qu'à sa silhouette on reconnaît pour le Mont-Valérien, s'échappent des nuages de fumée horizontale, et dans un coin du ciel déjà estompé par l'éloignement s'efface la sphère d'un ballon, seul moyen de communication qui nous reste avec le monde extérieur.

La figure symbolique, qui pourrait être réelle et représenter un portrait aussi bien qu'une généralité, suit l'aérostat d'un regard plein d'inquiétude et d'amour. Sur ce frêle navire est chargée une grande espérance.

Une légende est écrite au bas de l'image : « La ville de Paris investie confie à l'air son appel à la France : » Cette touchante figure appelle pour pendant : « Paris serrant contre son cœur la colombe messagère qui apporte la bonne nouvelle. » Pour lui donner l'ex-

pression juste, M. Puvis de Chavannes n'a qu'à penser à Mlle Favart disant les *Pigeons de la République* dans sa robe lustrée comme un plumage de tourterelle. Ce sera la distraction de sa prochaine garde, où il verra passer dans le ciel nos facteurs emplumés poursuivis mais non attrapés par les faucons de M. de Bismark.

III. — DANS LA NUIT

Comme nous revenions avec notre ami, qui, lui aussi, utilise les loisirs du rempart, et grave à l'eau-forte avec une originalité étrange les aspects bizarres que présentent les barbaries de la guerre à travers les raffinements de la civilisation, il nous fit voir quelques notes écrites parmi des croquis sur un carnet de poche : Le poste éveillé en sursaut. Branle-bas de combat. On court au bastion. Les Prussiens essayent une surprise, aussitôt déjouée. Ciel bas et pluvieux illuminé de lueurs intermittentes par le tir des canons du fort d'Ivry et du fort de Bicêtre dont on voit les feux, tandis qu'on n'aperçoit de l'autre batterie que des reflets rougeâtres. Sur ce fond, obscur comme sur un papier brûlé, courent des étincelles, pétille la fusillade, multipliant ses points lumineux et traçant des lignes capricieuses. Une vapeur d'aurore boréale tremble à l'horizon. C'est Cachan qui brûle, et parfois le fort de Bicêtre, comme la langue fourchue d'un serpent, darde un long jet de lumière électrique. Ce jet, avec sa teinte blanche et morte, ressemble à un rayon de lune ou à une immense bande de papier déroulée brusquement sur le paysage, qui se décolore aussitôt, et prend des tons de blanc d'Espagne. Le rayon se présente par la tranche, ce qui ajoute à la singularité de l'effet. Bientôt tout rentre dans l'ombre et le silence.

IV. — CLAIR DE LUNE AU BASTION

Hier il faisait le plus admirable clair de lune du monde, un clair de lune comme on en voit peu dans nos contrées du septentrion. Ce n'était pas le jour et ce n'était pas la nuit. Que sa lumière soit plus ou moins intense, le clair de lune a pour propriété de décomposer les couleurs et de revêtir les objets d'une teinte uniforme entre le gris bleuâtre et l'hortensia. Il ne modèle les formes que par des contrastes de noirs et de blancs, et il jette sur le tout sa poussière brillante comme le mica.

Cette fois les planches des baraques et des cantines gardaient parfaitement leur nuance saumon clair ; les ocres des talus ne se changeaient pas en craies. Ce qui était rouge restait rouge. La couleur du vêtement des sentinelles se promenant le chassepot au bras sur la banquette se reconnaissait sans peine ; au fond, sur un ciel d'un bleu d'acier, la silhouette de Paris découpait les dômes du Val-de-Grâce et du Panthéon, avec un ton d'ombre d'un violet intense, et, au delà du rempart, la campagne saupoudrée de neige faisait l'effet d'un immense relief d'argent ou plutôt d'un morceau de lune vu au télescope.

THÉOPHILE GAUTIER.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La Société des médecins des bureaux de bienfaisance tiendra sa prochaine séance mercredi 12 juillet, à 8 heures du soir, à la mairie du Louvre, place Saint-Germain-l'Auxerrois.

Ordre du jour : 1° De l'utilité de réformer le service médical des bureaux de bienfaisance ; — 2° Rapport de la commission de statistique et des maladies régnantes pour le 1er trimestre 1871.

— Un bourg de 1,500 habitants du département, de l'Aisne, avec une population environnante de 6,000 âmes, actuellement sans médecin, demande un docteur en médecine. — S'adresser à M. le docteur Passant, 39, rue de Grenelle-Saint-Germain.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments ou autres objets).

—

Des différentes formes de l'ovarite aiguë, par le docteur SCAGLIA. In-8 de 116 pages. — Prix broché : 2 fr.

Thérapeutique des maladies chirurgicales des enfants, par M. HOLMES, ancien chirurgien de l'hôpital des Enfants-Malades de Londres ; ouvrage traduit sur la seconde édition et annoté sous les yeux de l'auteur, par le docteur O. LARCHER, ancien interne, lauréat des hôpitaux de Paris, avec 330 figures. — Paris, 1870 ; un fort volume in-8. — Prix : 15 fr.

Des rétrécissements de l'urèthre et de leur guérison radicale et instantanée par un nouveau procédé, la divulsion rétrograde, par M. le docteur MOREAU WOLF, chevalier de la Légion d'honneur. In-8°. — Prix : 3 francs.

Étude sur le diagnostic et le traitement chirurgical des étranglements internes, par M. le docteur LARGUIER DES BANCELS, ancien préparateur du cours d'anatomie chirurgicale de l'amphithéâtre des hôpitaux. In-8°. — Prix : 3 francs.

Des hémorrhagies rétiniennes, par M. le docteur E. LARRIEU, chef de clinique ophthalmologique du docteur Sichel. In-8°. — Prix : 2 fr. 50.

De l'émiplégie pneumonique, par M. le docteur R. LÉPINE, ancien interne des hôpitaux de Paris et de Lyon. Brochure in-8°. — Prix : 1 fr. 25.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois.. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 8 juillet 1871.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Pansements des plaies. — Nouvelle méthode de M. Alphonse Guérin.

Depuis quelque temps la chirurgie est entrée dans une voie nouvelle en ce qui touche le pansement des plaies.

On a d'abord reconnu que l'usage des corps gras, des divers cérats, était le plus souvent nuisible.

Les corps gras tendent à éterniser la suppuration, et, en même temps qu'ils retardent le travail de cicatrisation, ils amènent la production d'un pus beaucoup plus odorant que celui des plaies non graissées.

Dans les services officiels si considérables dont je m'étais chargé cette année durant le siége et dans ceux de mon père, j'ai eu mille occasions de constater la chose.

Ainsi, toutes les fois que l'autorité militaire semblait avoir en vue une de ces sorties si souvent annoncées et si rarement effectuées, des inspecteurs, passant dans les diverses ambulances, afin d'avoir des places prêtes pour les blessés probables, faisaient renvoyer les militaires qui n'étaient pas grièvement blessés ou très-malades.

Si comme médecin-major d'une grande ambulance j'ai eu parfois à insister pour garder certains malades, que je tenais à guérir jusqu'au bout, c'est surtout aux divers dépôts, soit des isolés de la ligne, soit des mobiles de province, à la caserne de La-tour-Maubourg, soit des mobiles de Paris, à la caserne de la rue de Lille, que j'ai pu constater combien de tels renvois étaient souvent prématurés.

Là, nous arrivaient tous les militaires qui, laissant leurs places dans les hôpitaux ou les ambulances, ne pouvaient pas rejoindre leurs corps par suite de leur état de santé. J'étais sans pitié pour tous ceux qui me semblaient se plaindre sans cause ou d'une manière exagérée, pour les simulateurs, qui redoutaient surtout d'aller combattre les Prussiens. Je les faisais reconduire aussitôt à leurs bataillons; et cependant il fallut accroître sans cesse le nombre des lits dans ces diverses infirmeries, pour y garder ceux qu'en d'autres temps on aurait renvoyés de suite à l'hôpital. Il fallut avoir des salles spéciales pour les phthisiques et autres chroniques, que les hôpitaux ne gardaient pas. Nous eûmes aussi des divisions de malades qui, étant atteints d'affections aiguës, ayant reçu des billets d'hôpital, avaient été promenés d'abord pendant une journée entière, d'ambulance en ambulance, et enfin renvoyés le soir au dépôt par l'hôpital répartiteur. Pendant les derniers mois du siége, j'avais à soigner à la fois plusieurs centaines de malades, à examiner chaque jour des convalescents en très-grand nombre, et parmi ceux-ci beaucoup de blessés dont les plaies n'étaient pas encore entièrement cicatrisées.

J'ai toujours supprimé de suite les pansements gras, faisant généralement saupoudrer les plaies avec un peu de sous-nitrate de bismuth ou mieux de carbonate de plomb, et les faisant laver deux fois par jour à l'aide d'une éponge fine, afin d'éviter qu'il ne se formât de petites collections de pus sous les croûtes qui résultaient souvent de l'emploi de ces poudres.

Ordinairement la cicatrisation marchait dès lors infiniment plus vite, surtout quand j'employais le carbonate de plomb.

J'ai cherché à me rendre compte de l'action spéciale du plomb, et il m'a semblé qu'il favorisait principalement la multiplication des éléments épidémiques. Il est très-commun de voir l'épiderme s'épaissir et se soulever en longues lamelles autour des plaies qu'on a pansées longtemps au carbonate de plomb. Cette abondante prolifération épithéliale m'a paru bien plus rare autour des plaies pansées par tout autre moyen.

Aussi, dans les plaies superficielles qu'il s'agit de faire envahir dans la plus grande étendue possible par l'épiderme circonvoisin, conseillerai-je surtout les sels de plomb et particulièrement le carbonate en poudre. Il agit un peu dans le même sens que les greffes épidermiques dans les ulcères anciens des jambes; et il m'a donné de très-beaux succès en cas pareil, surtout lorsque, pour ranimer les granulations atoniques, je faisais remplacer l'eau par le jus de citron, dans les pansements journaliers.

Chaque jour la plaie se rétrécit par la production d'une lamelle cicatricielle qui envahit ses bords. Cette lamelle est d'abord très-mince, presque translucide, très-peu adhérente, et si l'on n'y fait pas la plus grande attention, on peut la détacher, même par le frottement avec une éponge fine, aussi est-il très-important d'apporter un soin minutieux dans les pansements et les lavages, lorsqu'il s'agit d'ulcère chronique.

Voilà donc un premier moyen de remplacer les corps gras, et je suis persuadé que les poudres médicamenteuses ont leurs indications formelles dans certains cas.

Comme mode de pansement général pouvant être appliqué à toutes les blessures ou à peu près, M. Maisonneuve a adopté depuis longtemps la charpie imbibée soit d'une faible solution d'acide phénique, soit de teinture d'arnica plus ou moins étendue.

Il est certain que les plaies ainsi traitées se comportent bien mieux et exhalent moins d'odeur que les plaies cératées. Le choix du liquide dont on imbibe les gros plumasseaux de charpie avant d'en recouvrir les plaies ne paraît pas avoir une grande importance. L'essentiel est la suppression de tout corps gras.

La charpie humide elle-même est peut-être irritante dans une certaine mesure, tout en l'étant infiniment moins que la charpie ou les linges cératés.

Le mieux serait encore sans doute, pour un certain nombre de plaies, de pouvoir, en les isolant de tout contact, ne les recouvrir par rien. C'est ce qui fut réalisé du reste dans les appareils à incubation. Le principe fondamental de ces appareils était de conserver une température constante autour d'une plaie découverte. Le membre blessé ou le moignon était introduit à cet effet dans un appareil chauffé par une lampe à alcool et fermé par une paroi de verre qui permettait de suivre les progrès de la cicatrisation.

La difficulté de maintenir, comme on le croyait indispensable, une chaleur toujours égale dans ces appareils compliqués, a fait y renoncer, bien qu'ils eussent donné des résultats satisfaisants.

Depuis lors, on s'est occupé beaucoup moins de la température et beaucoup plus de l'isolement des plaies.

M. Jules Guérin, par ses beaux travaux sur la méthode sous-cutanée, a surtout fait craindre l'accès de l'air sur les surfaces suppurantes. Il a lui-même imaginé un appareil d'occlusion pneumatique qui, d'une part, met les plaies à l'abri de l'air atmosphérique, et, d'autre part, enlève, par le moyen du vide, le pus à mesure qu'il se produit.

Cette dernière condition, l'enlèvement du pus, n'a pas paru indispensable à M. Alphonse Guérin.

Dans la discussion qu'il a provoquée à l'Académie de médecine sur l'infection purulente, le chirurgien de Saint-Louis a soutenu que le pus était innocent par lui-même, ne pouvant jamais s'absorber en nature. Peu importait donc de laisser le pus en contact avec la plaie, pourvu que ce pus restât normal.

Or M. Alphonse Guérin, partageant en cela les idées de son illustre homonyme, est persuadé que le pus resterait le plus souvent normal s'il n'était pas en contact avec l'atmosphère. Ce qu'il nomme *le miasme humain* est, dit-il, transporté dans l'air. C'est lui qu'il faut surtout écarter de la plaie, et il est possible d'y parvenir en filtrant l'air dans d'épaisses couches de ouate.

Tel est le point de départ de la nouvelle méthode de pansement des plaies, qui est préconisée actuellement par M. Alphonse Guérin.

Je viens d'aller voir dans les services de l'hôpital Saint-Louis ce qu'on peut espérer de cette nouvelle méthode, et, bien que le peu de temps écoulé depuis qu'on l'emploie rende nécessaires quelques réserves, je puis dire dès à présent que, en somme, les premiers résultats en sont vraiment satisfaisants.

Voici comment procède M. Alphonse Guérin dans une amputation par exemple.

Avant de rapprocher les lambeaux, il commence par bourrer d'une épaisse couche de ouate la surface de section, et c'est sur cette ouate qu'il ramène les lambeaux ; puis il entoure le tout d'une nouvelle ouate, de manière à garnir uniformément le moignon jusqu'à une certaine hauteur, variable selon les régions. Enfin, à l'aide d'une bande roulée, il exerce une compression assez forte, mais élastique grâce à la présence de la ouate. Il attribue une certaine importance à cette compression élastique pour empêcher les fusées purulentes qui pourraient se faire durant les premiers jours à travers les gaînes tendineuses et autres ouvertures béantes.

Une fois le pansement achevé comme nous venons de le décrire, il n'y touche plus pendant au moins une vingtaine de jours. Alors il le change ; mais il a bien soin de faire ce changement à l'amphithéâtre, et non dans une salle de malades dont l'atmosphère pourrait apporter des germes morbides. Le second pansement est semblable au premier, sauf que l'on retire la ouate qui tenait les lambeaux isolés de la surface de section ; on le laisse en place à peu près le même temps, et si un troisième et encore un quatrième sont nécessaires, on procède toujours ainsi.

35 blessés ou opérés ont été pansés de cette manière depuis la fin de mai.

Il en est mort 16, mais il ne faut pas oublier dans quelles conditions morales ils se trouvaient après la défaite de la Commune, pour laquelle ils s'étaient battus.

Un homme qui subit l'amputation de la cuisse sous le coup d'une arrestation retardée seulement par sa blessure, a bien moins de chance de guérison qu'un soldat blessé dans la victoire.

Ainsi cette proportion de 16 morts sur 35 blessures ou grandes amputations est plus favorable qu'elle le paraît au premier abord.

Parmi ceux qui restent, nous avons noté une désarticulation de l'épaule chez un blessé qui n'avait plus assez de tissu sain pour tailler un lambeau, un certain nombre d'amputations de cuisses, des amputations de jambes, une fracture par arme à feu de la partie inférieure de la jambe, avec lésion de l'articulation tibio-tarsienne qui communique avec la plaie, etc., ce n'est donc pas sur des cas simples, tant s'en faut, qu'on a essayé l'emploi de cette nouvelle méthode.

Une chose, d'abord, nous a frappé, c'est que tous les malades, sans exception, ont déclaré souffrir beaucoup moins depuis l'application de la ouate. Quelques-uns même ont dit ne plus souffrir du tout. Ainsi l'homme qui avait reçu une balle à la partie inférieure de la jambe, jetait des cris sitôt qu'on touchait le membre blessé, jusqu'au jour où on l'a pansé d'après la nouvelle méthode. J'ai vu changer le pansement, qui était en place depuis une vingtaine de jours, et j'ai été étonné de voir combien les mouvements causaient peu de douleur. Pourtant les os sont encore à nu sur une certaine étendue, bien que recouverts partout ailleurs de beaux bourgeons cicatriciels. Le pus, fusant le long de la ouate était allé se réunir dans une espèce de poche au-dessous du talon. Il était un peu odorant, mais de bel aspect. Chez deux amputés pansés à peu près depuis la même époque, le pus n'avait aucune odeur et sa quantité était vraiment peu considérable, eu égard au laps de temps pendant lequel il s'était produit.

Ainsi, dès aujourd'hui, on peut dire que ce mode de pansement a l'immense avantage de diminuer l'élément douleur dans une proportion considérable. Il rend les amputés facilement transportables ; j'en ai vu plusieurs qui se tournaient et se retournaient dans leurs lits sans s'inquiéter de leurs moignons. C'est là un mérite très-appréciable en temps de guerre, car on sait combien est pénible et difficile d'ordinaire le transport à grande distance des amputés et des blessés. Les mouvements communiqués deviennent alors insupportables et les malheureux demandent à grands cris d'être déposés sur la route, ou même tués, plutôt que d'être voiturés au milieu de telles douleurs.

Il n'est donc pas indifférent de rendre les plaies très-peu sensibles, comme elles semblent l'être après les pansements de M. Alphonse Guérin.

Il n'est pas non plus indifférent en temps de guerre de remplacer les pansements journaliers et longs, par un pansement simple, facile, qui peut rester en place de vingt à trente jours. L'insuffisance si déplorée du personnel médical militaire se trouvera diminuée d'autant.

Enfin dans les salles où les malades sont accumulés, il est certain que les pansements à la ouate avec compression élastique, enfermant le pus autour du membre, peuvent faire disparaître en très-grande partie un des effets funestes de l'encombrement, l'odeur infecte des plaies exposées.

Tous ces avantages paraissent dès aujourd'hui certains. Mais quant à ce qui touche la mortalité des blessés, soit par infection purulente, soit par tout autre mode, on ne peut rien affirmer après une expérience encore aussi peu longue.

Parmi ceux qui sont morts, il en est au moins un qui paraît avoir succombé à une infection purulente, et, bien qu'il soit possible de repousser ce fait dans une certaine mesure, parce que le pansement paraît s'être desserré de telle manière que l'air aura peut-être pu pénétrer jusque sur la plaie, cependant c'est une raison pour se maintenir encore plus dans une prudente réserve.

D'ailleurs, il est prouvé que l'air n'est pas le seul agent, l'agent indispensable des modifications funestes dans le pus et sa sécrétion.

M. Jules Guérin l'a très-bien dit dans son discours, mille autres causes peuvent avoir pour résultat la production d'un pus décomposé, fétide, et mille autres causes peuvent amener les infections putrides ou purulentes.

Pourtant, les germes transportés par l'air jouent un rôle si considérable dans les fermentations et décompositions de toute espèce, qu'il serait déjà très-important d'avoir écarté cette cause.

Le procédé que M. Alphonse Guérin a choisi pour y parvenir est un procédé très-logique.

Longtemps avant que M. Pasteur eût développé ses belles théories sur les germes contenus dans l'air, on savait qu'on peut empêcher le bouillon ou le lait d'aigrir, en recouvrant le vase qui le contient d'une feuille de ouate.

Je me rappelle que vers 1851 ou 1852, dans la Faculté où je préparais le cours de chimie, nous avons fait un assez grand nombre d'expériences sur l'emploi de la ouate pour empêcher la décomposition de divers liquides animaux.

On expliquait alors ces faits par une théorie régnante, celle de l'ozone. L'ozone étant de l'oxygène dans un certain état, électrique disait-on, était à peu près indispensable pour commencer les oxidations, qui pouvaient se continuer ensuite avec l'oxygène ordinaire. La ouate, corps isolant, pouvait, en filtrant l'air, changer son état électrique et détruire l'ozone. Dès lors l'oxygène n'agissant plus, etc., etc.

Il est inutile de développer davantage une théorie universellement abandonnée aujourd'hui, et qui a fait place à la théorie de M. Pasteur.

Mais le fait est resté.

La ouate continue à dépouiller l'air de certains éléments actifs; elle peut encore servir à conserver le bouillon; pourquoi ne pas l'utiliser pour la conservation du pus et pour la protection des surfaces suppurantes?

Cette idée simple, M. Alphonse Guérin vient de l'avoir; et comme en général pour toutes les bonnes découvertes, on en est à se demander comment chacun de nous a fait pour ne pas l'avoir beaucoup plus tôt.

Dr Victor Revillout.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 4 juillet 1871 (1). — Présidence de M. Wurtz.

Suite de la discussion sur l'infection purulente.

M. CHAUFFARD continue ainsi son discours :

On pourrait poursuivre longtemps encore la recherche de ces incompatibilités entre la théorie septicémique et les faits cliniques; on pourrait se demander pourquoi la fièvre traumatique, loin de présenter la régularité d'apparition qu'offre la fièvre chez les chiens rendus septicémiques par injection, se montre, au contraire, avec des irrégularités que rien n'explique. Chez les chiens, la fièvre naît peu d'heures après l'injection; elle atteint son maximum, déterminé par la plus haute élévation de température, entre vingt-deux et vingt-huit heures. Chez l'homme blessé la fièvre traumatique naît quelquefois immédiatement après l'opération, débutant par un frisson, quoiqu'il soit alors bien difficile d'admettre que les humeurs épanchées à la surface des tissus divisés, et qui sont encore, à vrai dire, les humeurs normales de l'organisme, soient un poison bien énergique. Et cependant ce début est brusque, s'accompagne d'un frisson parfois violent, ce qui est l'indice de la plus énergique toxémie. Le plus souvent, la fièvre traumatique se fait attendre; mais, encore ici, les phénomènes sont variables, quoique les causes invoquées ne le soient pas. Si, dans la grande majorité des cas, la fièvre se déclare dans les deux premiers jours, ce qui laisse déjà une latitude assez grande aux variations, dans un certain nombre de cas elle n'apparaît qu'au troisième et même qu'au quatrième jour; et ici, pas plus qu'ailleurs, rien ne fournit la raison de ces variations, ni les conditions organiques du sujet, ni les circonstances du milieu. Et cependant, voit-on des poisons absorbés ne produire leurs effets qu'après deux, trois ou quatre jours? Dira-t-on que la plaie disposée à absorber à tel jour ne l'était pas à tel autre jour. Cette disposition changeante, qui la prouve? Encore une hypothèse dont il faut se charger à nouveau : le poids total me paraît bien lourd.

On peut multiplier les interrogations : Pourquoi la fièvre traumatique tombe-t-elle après deux, trois, quatre ou cinq jours? La plaie est toujours là, baignée de liquides septiques; son aspect demeure le même; mais, par aventure, elle a perdu son pouvoir absorbant; les poisons n'ont plus prise sur elle. Tout d'un coup un mouvement fébrile se rallume; une fièvre traumatique secondaire reparaît. En même temps, du côté de la plaie ou dans son voisinage, surviennent des complications; inflammations locales, phlegmons limités, abcès, angéioleucites. Vous croyez, chirurgien attardé, que cette fièvre secondaire est symptomatique de ces inflammations locales, qu'elle les annonce peut-être comme manifestation générale antérieure, ou qu'elle les accompagne ou les suit immédiatement comme réaction générale sollicitée par les troubles locaux intercurrents, quelle que soit la cause de ceux-ci; détrompez-vous. L'École allemande propose d'autres enseignements, et on vous sollicite à les suivre : cette fièvre traumatique secondaire est encore une septicémie secondaire; les portes ouvertes au poison par la plaie primitive subsistante étaient insuffisantes ou fermées; les inflammations nouvelles qui surviennent : fusées purulentes, abcès voisins, constituent une officine supplémentaire de poison, et fournissent à celui-ci de nouvelles voies d'entrée; et aussitôt une fièvre septicémique secondaire s'établit. Elle tombe quand les désordres locaux faiblissent et se réparent; mais c'est que, alors, la fourniture du poison faiblit aussi; il n'y a pas à rechercher d'autres relations entre la cessation de la fièvre et la diminution des complications secondaires du traumatisme; car, si d'autres relations pouvaient exister, on serait conduit peut-être à en accepter d'analogues entre la fièvre traumatique proprement dite et le traumatisme primitif; et dès lors, que deviendrait la théorie des novateurs de l'Allemagne?

Il faut donc faire de la septicémie à outrance; il faut que ce soit l'*ultima ratio* de la chirurgie malheureuse; il n'y aura plus d'accidents généraux, plus de mort prompte ou lente, auxquels on ne réponde par ce mot fatal : septicémie. A l'abri de ce mot s'opèrent les plus disparates rapprochements, les plus étranges confusions; la pathologie chirurgicale, pour une large part, semble un chapitre détourné de la toxicologie; un poison unique, le poison septicémique des plaies, produit les accidents les plus divers, les plus contradictoires, les retours les plus singuliers, ici rencontre les tolérances les plus inattendues, là devient foudroyant, ailleurs désorganise peu à peu, détruit par parties, épuise avant de tuer. Tout cela demeure bien différent du tableau régulier que nous offrent les vrais empoisonnements, bien différents aussi des effets nosologiques des virus, qui se montrent avec une si flagrante unité, et qui, loin d'enregistrer la confusion au sein de la pathologie, y ont apporté les distinctions les plus tranchées, les plus irrévocables. Je ne voudrais pas, messieurs, que ce tableau pût être taxé d'exagération; je le crois plutôt au dessous de la vérité, que la grossissant dans son expression. Je voudrais, pour le justifier, pouvoir parcourir avec vous quelques-uns des travaux cliniques récents, directement inspirés par la théorie allemande. Je serais retenu par la crainte de produire à cette tribune des travaux que leurs auteurs ne seraient pas là pour défendre; mais j'en rencontre un, dû à la plume d'un très distingué interne de nos hôpitaux, portant un nom estimé de nous tous, et que son chef de service, M. Verneuil, peut représenter ici avec une autorité particulière, car l'*Étude clinique sur la septicémie*, publiée dans l'*Union médicale*, à la fin de mars, par M. Gustave Richelot, reproduit, trait pour trait, les opinions émises déjà par le maître, et est écrite en vue de la discussion actuelle. Je puis donc interroger ce travail librement, et l'appeler en témoignage de toutes les confusions dont la chirurgie s'enveloppe sous l'idée fixe de la septicémie; je le ferai aussi brièvement que possible.

La première observation est intitulée : *Perforation de l'uréthre; infiltration d'urine; septicémie; mort.* — Il s'agit d'un vieillard (72 ans) souffrant, depuis longues années, de troubles des voies urinaires, se sondant lui-même, et qui entre à l'hôpital avec rétention et infiltration urineuse, et dans un état d'extrême prostration. Scrotum, verge, fosse ischiorectale gauche, sont le siége d'une infiltration considérable; on incise la verge, le scrotum; on passe un tube à drainage de la verge au scrotum, un autre du scrotum à l'abcès périrectal; de toutes les incisions s'échappent des gaz infects et des détritus gangréneux mêlés à l'urine. Deux jours après, l'infiltration envahit la région pubienne; nouvelles incisions, nouveau drain de cette région à la verge; le malade, entré le 4 avril, meurt le 8, exhalant une odeur infecte.

Certes, ce vieillard, miné par la dégradation organique des voies urinaires, porteur d'infiltrations urineuses qui, de la verge à l'anus, ont frappé de gangrène tous les tissus, ceux-ci pénétrés de gaz infects, mélangés à l'ichor gangréneux dont les reins sont malades, l'un surtout, celui de droite, présentant une énorme poche urineuse qui a repoussé et atrophié le parenchyme, ce vieillard, dis-je, n'est pas mort sans que ses humeurs n'aient subi une dégradation pareille à celle de l'organisme. La résorption urineuse s'est faite par toutes les voies, et l'empoisonnement urémique est venu ajouter son action à celle des désordres locaux pour amener l'état typhique observé et la mort. Mais tout ceci est bien simple et se trouve suranné; la nouvelle manière de voir inscrit en tête de cet état pathologique : *septicémie*; ce malade meurt de septicémie, et celle-ci, sauf son intensité, est l'analogue de la septicémie que présente un blessé atteint de fièvre traumatique commune; elle est l'analogue de la septicémie qu'offre cet autre blessé qui meurt d'infection purulente. Et cette observation de vieille maladie urineuse ouvre une série d'observations, peu nombreuses d'ailleurs, destinées à prouver toutes ces relations et toutes ces analogies.

La seconde observation porte pour titre : *Pérityphlite; septicémie aiguë; mort.* — Les détails de l'autopsie suffiront à montrer ici le caractère de la maladie. Le cæcum et le colon ascendant adhèrent au péritoine, qui recouvre la fosse iliaque. Les adhérences les plus fortes se trouvent au niveau de l'appendice cæcal; celui-ci est très-épaissi, volumineux, lardacé, et se termine par une ampoule qui contient un calcul biliaire gros comme une amande. Au-dessous se voit un immense foyer purulent; l'extrémité supérieure du rein droit, épaissie et adhérente, forme la limite supérieure du foyer; le péritoine, la paroi antérieure; le psoas iliaque, dont la surface est putrilagineuse, la paroi postérieuse; le foyer descend de 5 centimètres dans la région crurale. Le foie, la rate, les reins, sont fortement congestionnés. *Aucune trace d'abces métastatiques.* Ces détails prouvent d'eux-mêmes que ce malade a succombé à une péritonite partielle et à un vaste phlegmon iliaque, dus à l'inflammation locale provoquée par un calcul biliaire dans l'appendice cæcal; la cause de la mort est là palpable, bien nettement déterminée; elle eût suffi jusqu'à présent à la pathologie simple et rationnelle telle que nous l'avons apprise. Mais présenter cela comme un exemple de septicémie aiguë, et donner celle-ci comme la vraie cause de la mort, m'étonne, même de ceux qui ont voué à la septicémie le culte exclusif que nous voyons. Prétendra-t on que l'hypérémie du foie, de la rate et des reins témoignent en faveur de cette prétendue septicémie? Mais, quoi de plus naturel que cette hypérémie, alors que la cavité abdominale, qui contient les organes hypérémiés, est le siége d'aussi graves et profondes lésions?

Arrivons à la quatrième observation : ce sera la dernière, et non la moins instructive. Elle est précédée de ces mots : « Quelquefois la septicémie est foudroyante. » Le titre suit : *Double fracture compliquée du membre inférieur; amputation de la cuisse; septicémie suraiguë; mort.* — Il s'agit d'un charretier apporté à l'hôpital avec une fracture comminutive de la jambe droite, compliquée de plaie, et une fracture du fémur du même côté, avec plaie, issue du fragment supérieur, attrition considérable des parties molles. Le malade est très-frappé; on pratique l'amputation de la cuisse, qui donne lieu à une perte considérable de sang (1,000 grammes environ). Syncope pendant les ligatures. La température, qui descend après l'opération à 36°,5, remonte le lendemain à 38°,4; le malade meurt vingt-quatre heures après l'accident et vingt-deux heures après l'amputation. A l'autopsie, cœur flasque et décoloré; foie volumineux et stéatosé; reins présentant, au microscope, la dégénérescence granulo-graisseuse; rate saine; poumons gorgés de sérosités sanguinolentes.

Un tel traumatisme, promptement suivi d'une amputation de cuisse au tiers supérieur, avec nouvelle hémorrhagie abondante, aurait, jusqu'ici, paru suffisant à amener la mort par soi, c'est-à-dire par sa gravité extrême, par la prostration irrémédiable dans laquelle il jette subitement l'économie; une syncope, survenue pendant l'opération, a failli être mortelle; le malade en sort, pour succomber quelques heures après à une de ces asphyxies qui terminent si souvent les brusques sidérations de la vitalité. Eh bien! non, il faut invoquer une septicémie suraiguë pour expliquer la mort. L'hémorrhagie n'aura eu d'autre effet que de prédisposer le malade à la septicémie, en augmentant la tendance à l'absorption; comme si dans ces affaissements profonds où toute fonction vitale se suspend, alors que par la plaie s'exhalent incessamment des liquides sanguinolents, alors que les poumons s'engouent et que l'asphyxie se prépare, les absorptions allaient se faire librement, à leur aise, comme dans un organisme intègre et qui n'aurait subi qu'une soustraction de sang.

On prétend faire d'un agonisant, prêt à tout rendre aux forces inorganiques, un absorbant actif de poisons délétères destinés à tuer un organisme dont le reste de vie s'échappe déjà. La plaie est fétide, le moignon sensible, le caillot de la veine fémorale d'un aspect granuleux et d'une mauvaise consistance; la température s'est élevée à 38°,4; le foie et les reins stéatosés; voilà les preuves alléguées en faveur de la septicémie. L'état général du blessé n'explique que trop les premiers de ces signes; quant à la stéatose du foie et des reins, qui ignore que c'est là une terminaison commune à une foule d'états divers? L'hémorrhagie et l'inanition la provoquent à elles seules. D'ailleurs, le malade était un charretier, et celui-ci, comme tous les charretiers, était sans doute un alcoolique, malgré les dénégations de sa famille. Et l'on vient nous dire que cette septicémie ne soulève pas d'objection sérieuse! Mais n'y aurait-il que ce caractère de foudroyant, qu'il faudrait, pour cela seul, éloigner l'idée de septicémie.

La septicémie des blessés n'est jamais foudroyante, pas même dans l'infection purulente, la plus haute expression de la septicémie traumatique, au dire de l'école allemande. Sachons rendre au traumatisme ce qui lui revient; niera-t on qu'il y ait des traumatismes foudroyants par leur propre gravité, alors même qu'ils n'intéressent directement aucun des organes dont le fonctionnement est absolument indispensable à la vie?

Voilà à quelles inconséquences et à quelles contradictions on peut être conduit : voilà un malade, jeune et vigoureux d'ailleurs, qui est foudroyé par une septicémie suraiguë à la suite d'une amputation de la cuisse; et, il y a quelques instants, nous citions, d'après Billroth, l'observation d'un malade qui, à la suite d'une même amputation de cuisse, éprouve à peine un léger accès de fièvre traumatique; les tissus divisés sont les mêmes, les fluides de la plaie n'ont pas raison d'être plus vénéneux d'un côté que de l'autre, l'absorption a dû être pareille et probablement même plus facile dans le second cas que dans le premier; et cependant quelle distance dans les résultats!

Mais ce qui est plus significatif encore que l'étude de ces faits particuliers, c'est leur rapprochement, c'est de les voir se suivre comme des exemples variés d'un même état morbide; le vieillard avec son infiltration urineuse, sa gangrène putride du pubis à l'anus, ses gaz fétides mélangés à des détritus organiques, ce vieillard offre une simple septicémie; la péritonite partielle avec vaste phlegmon iliaque devient une septicémie aiguë; l'amputé au tiers supérieur de la cuisse pour une double fracture comminutive est un exemple de septicémie suraiguë; il y a de l'un à l'autre une simple gradation ascendante; le fond pathologique est donné pour identique! Avais-je tort de dire plus haut que ce mot de septicémie, appliqué sans mesure, ne servait qu'à couvrir les plus étranges confusions, et devenait le lien fictif des plus disparates rapprochements? Qu'y a-t-il, en effet, de semblable ou d'analogue dans ces trois faits, malgré leur étiquette commune? Un seul de ces malades est, à bien dire, septicémique, le vieillard, atteint de cette septicémie secondaire et ultime qui termine si souvent les lésions graves des voies urinaires; les deux autres, malgré les épithètes d'aiguë et de suraiguë ajoutées à leur prétendue septicémie, n'ont rien de comparable ni entre eux, ni avec le premier; il faut un système bien radical pour les grouper dans un même ordre de faits. Et remarquons, comme dernier trait de cette étude, à quel point le blessé disparaît dans ces théories nébuleuses : le traumatisme n'est plus en lui même qu'une occasion de septicémie; il demeure étranger à l'état du malade; il ne lui amène plus aucun autre danger que celui de l'empoisonnement. L'étendue, la gravité propre du traumatisme s'effacent. Pourquoi s'en occuper? Elles ne règlent pas l'imminence de la septicémie; ne sont-ce pas dès lors des considérations presque superflues?

J'abandonne, messieurs, cette longue critique à laquelle je me suis condamné parce qu'elle m'a paru nécessaire, et j'ai hâte d'opposer à ces hypothèses, que repoussent les faits et la raison cliniques, des enseignements que la tradition soutient, que la droite et simple observation confirme. Qu'est la fièvre traumatique, dans sa forme ordinaire? Nous répondons : une manifestation de réaction générale et commune, provoquée par le traumatisme et par le travail pathologique qui le suit. Il nous faut donner à cette réponse les développements qui doivent en déterminer le sens, en montrer l'étendue et la portée.

Un organisme vivant, accidentellement frappé par un choc traumatique, ne supporte pas ce choc comme une machine inerte, dont un ressort est violemment brisé. Dans la machine, toutes les parties non atteintes par l'acte de violence demeurent intactes; elles ne souffrent pas; il n'y a qu'à réparer la partie violentée ou brisée, pour que la machine recouvre son intégrité et que son fonctionnement reprenne. Il n'en est pas ainsi dans un organisme vivant. Ici, rien n'est isolé; pas un acte qui ne se réalise sans une convergence de tous les autres actes organiques, pas une fonction à laquelle ne participent toutes les autres fonctions, pas une sensation qui demeure

(1) Suite. — Voir les numéros des 11 et 14 mars 1871.

locale et n'ait sa représentation plus ou moins manifeste dans l'économie tout entière, pas une souffrance, pas une lésion de tissu auxquelles ne prenne part tout l'être vivant, sentant et réagissant. Le vieil aphorisme reste toujours jeune : *consensus unus, conspiratio una, consentia omnia*. C'est l'expression de l'une des plus hautes vérités de la physiologie et de la pathologie ; et cette vérité s'applique avec d'autant plus de force qu'il s'agit d'êtres vivants plus élevés dans l'échelle animale, et d'actes fonctionnels ou pathologiques représentant un plus grand déploiement d'activité vivante. Or, dans ce double sens, il n'est rien au-dessus de l'être humain, rien au-dessus des actes médicateurs que le traumatisme soulève.

Examinons de près les actes de la réaction traumatique. Une lésion traumatique exerce d'abord sur le système nerveux, localement intéressé, une action irritative intense. Cette action se réfléchit bientôt sur le système nerveux tout entier, et souvent alors se manifeste par un remarquable abaissement de la température normale. C'est bien à la seule dépression du système nerveux, plus encore qu'à la perte du sang, à moins que celle-ci n'ait été excessive, qu'il faut rapporter cette diminution de la chaleur animale, ainsi que le prouvent et l'observation clinique et les expérimentations de Brener et Chrobak et celles de Montegazza. Ce fait a son importance au point de vue de la pathogénie surtout de certaines fièvres traumatiques graves et comme foudroyantes. La fièvre traumatique, qui seule nous occupera pour le moment, peut trouver, disons-nous, une part de son étiologie dans la dépression nerveuse générale. L'on sait, en effet, qu'à l'irritation traumatique d'un nerf succède un état neuro-paralytique. Une vascularisation plus marquée de la partie, et une augmentation de la température locale, sont la conséquence de cette neuro-paralysie. En généralisant ces faits, on en a déduit une théorie de la fièvre en général. Sans examiner ici si la fièvre ne comporte pas d'autres conditions essentielles, nous pouvons avancer, sans crainte d'être démenti, qu'une impression produite sur le système nerveux, telle qu'il s'ensuit une diminution notable de la température, est une cause manifeste de réaction fébrile prochaine. La clinique nous le prouve, en dehors même de tout traumatisme ; il est des terreurs profondes et subites auxquelles succède un accès franc de fièvre éphémère. Lors donc que, chez un blessé, le système nerveux aura été profondément impressionné, que la température aura notablement baissé, si la fièvre traumatique survient promptement, avec ou sans frisson, on doit, en bonne physiologie, attribuer au système nerveux une part d'influence directe dans la production de la fièvre ; la fièvre traumatique, dans ces cas, est nerveuse, au moins dans son origine première.

Mais la fièvre traumatique a des attaches plus intimes dans l'organisme vivant ; elle ne représente pas uniquement l'ébranlement et la détente du système nerveux : elle représente la vie elle-même, la vie nutritive subitement émue par une atteinte violente et engendrant cette longue série d'actes réparateurs qui conduisent le blessé à la guérison. On se tromperait grandement si l'on pensait que c'est dans la seule partie lésée que se préparent et que s'accomplissent les actes curateurs de la blessure ; il y a là une fonction nutritive nouvelle, bien délicate à établir, qui a son retentissement dans toutes les humeurs et dans tous les tissus vivants, et qui exige la convergence et l'harmonie de toutes les forces, de toutes les facultés de l'écomomie. C'est l'organisme tout entier qui s'émeut et concourt à la fonction pathologique temporaire que le traumatisme suscite. L'établissement de cette fonction nécessite un tel travail, une telle élaboration dans l'organisme sentant et réagissant, qu'il s'accompagne ordinairement d'un trouble organique général ; la fièvre traumatique naît. Celle-ci représente donc, au point de vue général, ce que l'inflammation de la plaie représente au point de vue local : un travail préparateur de la curation traumatique. L'élévation générale de la température a sa correspondance dans l'élévation de la température de la plaie, constatée par Weber ; non que cette dernière élévation de température amène la première par une généralisation progressive, par une sorte d'équilibre tout physique, mais parce que le travail inflammatoire local provoque un travail inflammatoire général. C'est de la fièvre traumatique et de la plaie qu'on peut répéter, avec raison, ce qui a été dit autrefois de la fièvre inflammatoire et de l'inflammation ; l'une étant une inflammation généralisée, et l'autre une fièvre locale.

Lorsque la fonction pathologique est établie, lorsqu'elle a pris droit de domicile dans l'organisme, et que celui-ci en a contracté l'habitude au point de ne la plus ressentir comme trouble, mais comme fonction presque physiologique, comme œuvre d'une nutrition modifiée, alors la fièvre traumatique tombe : la guérison se poursuit et s'accomplit silencieusement. Toutefois, il faut peu de chose pour que le mouvement fébrile surgisse à nouveau : que par suite de la disposition des parties lésées ou d'un défaut dans les soins donnés à la plaie, une nouvelle inflammation locale survienne, et un nouvel accès de fièvre se déclarera. Si les conditions de milieu sont mauvaises ou accidentellement troublées, si une impression morale fâcheuse frappe le blessé, si un écart de régime se produit, la fièvre renaîtra pareillement ; mais ici, au lieu d'être symptomatique, comme dans le cas précédent, elle sera jusqu'à un certain point primitive, et les troubles locaux qui surviendront du côté de la plaie seront secondaires. On le voit, un blessé est toujours dans un état d'équilibre instable ; il demeure toujours sous l'imminence fébrile ; les actes spéciaux qu'il a à accomplir lui laissent une impressionnabilité que le moindre choc ébranle, que la plus fugitive émotion vient troubler.

La pathogénie que je viens de retracer donne à la fièvre traumatique une origine pure de toute septicémie. Elle nous débarrasse de cette longue suite d'impossibilités et de contradictions que nous avons eues à signaler. Placée en face des faits cliniques, nous verrons qu'elle en embrasse aisément toutes les conditions et tous les aspects variés. Est-ce à dire, cependant, que dans le cours de la fièvre traumatique les humeurs ne présentent aucune altération, et qu'elles soient exactement comparables aux humeurs d'un organisme sain et indemne ? Nous sommes loin de le penser. Toute fièvre, suivant nous, même celle qui traduit la réaction commune la plus légère, la fièvre éphémère ou la synoque simple, amène à sa suite et nécessairement une modification dans la crase du sang et des humeurs ; car toute fièvre entraîne par elle-même une suractivité ou une perversion des combustions organiques, dont témoigne l'élévation de la température. C'est dans le sang que s'accumulent ces déchets organiques, exagérés ou de nature spéciale ; dans toute fièvre le sang est fébrile, c'est-à-dire altéré. Aussi l'expérience de Weber, citée par M. Verneuil, ne prouve rien quant à l'origine septicémique de la fièvre traumatique. Weber injecte dans les veines d'un chien bien portant du sang extrait des veines d'un chien fébricitant ; le chien qui reçoit l'injection contracte la fièvre. Quoi d'étonnant ? On fait pénétrer tout d'un coup dans ses voies circulatoires une haute dose de sang altéré, de sang fébrile ; la fièvre s'ensuit ; c'est dans l'ordre, et c'était à prévoir. Il eût été singulier qu'il eût pu recevoir une telle injection sans en ressentir aucun effet. Je ne pense pas que M. Verneuil consentît à employer, pour une transfusion du sang, le sang sorti des veines d'un fébricitant, d'un pneumonique, par exemple ; il est à présumer qu'une pareille transfusion ne serait pas inoffensive ; mais cette altération fébrile du sang est-elle une véritable altération septicémique ? En tout cas, ce ne serait pas là une septicémie primitive, causale, morbigène, mais une septicémie secondaire, un effet temporaire de la maladie, une sorte de lésion anotomo-pathologique des humeurs, et, comme toutes les lésions, un effet, et non une cause de la maladie. Cette septicémie-là n'aurait donc rien à voir dans la prétendue origine septicémique de la fièvre traumatique ; elle est la condition commune de toute fièvre, tandis que l'on prétend attribuer à la fièvre traumatique une origine septicémique propre et par infection locale.

Il y a plus : en bon langage médical, on ne saurait donner le nom de septicémie à l'altération des humeurs qui survient dans le cours des fièvres de forme commune. Cette altération, conséquence des combustions organiques, n'a rien des qualités du poison, pas plus qu'elle ne provient d'un empoisonnement. Ce n'est que par abus de mots que, dans la pathologie des humeurs, on appellerait empoisonnement toute altération humorale. Une altération des liquides est, comme une lésion des solides, un fait anatomo-pathologique, un produit, une manifestation de la maladie, et rien au delà. Renouveler à ce sujet la longue série des intoxications enfantées par la veille pathologie humorale, c'est rétrograder, c'est rentrer dans tous ces systèmes ruinés sous la marche progressive de la science ; c'est restaurer, sous d'autres formes, le galénisme ou les conceptions chimâtriques de Sylvius de Le Boë. Et ce n'est pas sans dessein que je rappelle ici cette pathologie surannée : M. Verneuil et l'École allemande voudraient engager la médecine dans cette voie abandonnée. De la fièvre traumatique on tente hardiment de conclure à la fièvre en général. On prétendrait, à nous médecins, nous faire accepter cette opinion ramenée du moyen âge, que toute fièvre, que tout mouvement fébrile est le produit d'une intoxication du sang. « Le temps est proche, écrit M. Verneuil dans un des savants articles que lui a inspirés la discussion actuelle, le temps est proche même où tout le monde reconnaîtra que ce symptôme (la fièvre) traduit invariablement une intoxication du sang, soit par des substances normales versées en excès par une désassimilation excessive, soit par des substances toxiques engendrées au sein de nos tissus ou venues du dehors. »

Et, afin d'aider à cette réforme pyrétologique, M. Verneuil imagine pour les fièvres et les affections dites inflammatoires ou communes, un poison nouveau, le poison inflammatoire ; et pour mieux marquer sa découverte, il inflige à ce poison le nom de phlegsine, comme s'il n'y avait qu'à donner un nom pour démontrer la réalité même de la chose. Quand j'avance que M. Verneuil imagine l'existence du poison inflammatoire j'ai tort ; je ne dois pas charger M. Verneuil tout seul de cette création hâtive. Les Allemands l'avaient encore précédé dans cette voie, et le virus phlogistique est le père direct de la phlegsine. Que dirai-je, cependant, en face de telles assertions ? Je m'en étonnerais davantage si je ne savais depuis longtemps jusqu'où peuvent conduire l'esprit de système et la passion du nouveau à tout prix. Toutes ces matières que M. Verneuil appelle pyrogènes, et qui proviennent de la désassimilation des tissus organiques, ne sont pas pyrogènes, c'est-à-dire cause de la fièvre ; elles en sont un effet, un témoignage. Loin de provoquer la fièvre, elles n'existeraient pas si la fièvre elle-même ne les engendrait. La désassimilation excessive des tissus, qui déverse ces prétendus poisons dans le sang, qu'est-elle elle-même, sinon l'une des manifestations et la plus prochaine de l'acte fébrile ? Ces déchets organiques s'exagèrent ils tout seuls, au hasard, sans cause productrice ? Et cette cause, quelle peut-elle être, sinon la fièvre, c'est-à-dire la vie devenue fébrile et déterminant ce que l'on pourrait appeler la nutrition fébrile ? La fièvre est donc cause ici et non effet ; une intoxication produite par la maladie ne saurait être productrice de cette même maladie. Toute la théorie pyrogénique de M. Verneuil pèche ainsi par la base. Il essaye en vain de ranimer dans la pathologie des humeurs l'erreur organicienne que la science abandonne de plus en plus, celle de donner la lésion comme cause, alors qu'elle n'est qu'un produit, qu'un symptôme élevé, le plus élevé des symptômes peut-être, mais toujours un symptôme. Non, les temps qu'il nous annonce ne sont pas proches. La médecine française saura résister à cette expression dernière du mauvais germanisme, et le poison phlogistique n'entrera pas de sitôt dans notre enseignement nosologique, même sous le nom nouveau de phlegsine.

J'ai dit que la pathologie, que je pourrais appeler traditionnelle, répondait à toutes les conditions, à toutes les formes de la fièvre traumatique ; qu'elle n'était en opposition avec aucun fait clinique, mais les embrassait tous aisément. Et d'abord se présentent les cas où la fièvre traumatique manque, et ceux où elle est très-légère, quoique le traumatisme soit grave. Quoi de plus simple que l'interprétation de tels faits ? Qui ne le sait ? il est des organismes que rien n'émeut, dont rien ne trouble le solide fonctionnement, à moins qu'on ne les frappe dans ces organes dont la lésion est de soi mortelle. Leur force plastique est inaltérable, leur système nerveux placide et résistant ; les provocations les plus hostiles passent sur eux sans les impressionner. D'où la fièvre traumatique prendrait-elle son essor sur un pareil terrain ? Elle fait défaut, ou paraît à peine ; c'est dans la logique des choses.

Chez d'autres individus, la fièvre traumatique se déclare prématurément, parfois aussitôt après l'accident ; son début est marqué par un frisson prolongé ou intense ; elle est vive et s'accompagne d'une température élevée ; et cela souvent alors que le traumatisme est sans gravité propre et occupe une faible étendue. Chez ceux-là, le système nerveux est très-excitable ; les impressions douloureuses, ressenties sur un point, se généralisent rapidement ; l'action réflexe, en les transformant, les multiplie et les grandit outre mesure ; il n'y a pas proportion entre l'action extérieure et la réaction vivante ; celle-ci s'élève et s'accroît par son propre mouvement, par sa particulière spontanéité. La prompte éclosion et l'intensité de la fièvre traumatique en sont un témoignage dans l'ordre pathologique ; l'étude de leur fonctionnement physiologique déposerait dans le même sens. C'est, chez eux, affaire de nature.

En d'autres cas, enfin, la fièvre traumatique se présente dans sa forme réellement commune et se montre à peu près proportionnelle à la gravité du traumatisme. Ce sont là les organismes moyens, où toutes les facultés sont pondérées, où système nerveux et force plastique ont leur plein et harmonique développement, s'associant dans l'œuvre commune de la vie, sans que l'un exerce sur l'autre une domination exagérée. Dans ce milieu tempéré, les observations de fièvre traumatique se montrent normales et comparables entre elles. Mais il faut bien savoir que ce milieu n'est pas le seul et qu'une théorie pathogénique vraie doit rendre un compte égal de ce qui se passe dans les divers milieux vivants.

Ce n'est pas tout : il est des morts traumatiques foudroyantes ; les unes presque immédiates ou après quelques heures ; les autres survenant après un, deux ou trois jours. Les unes et les autres ont leur raison clinique. On meurt de douleur et de terreur ; et cela est, en soi, moins extraordinaire que de voir, sous les mêmes causes, subitement survenir de profondes altérations humorales. Dans ces faits de mort traumatique soudaine et dont la lésion ne rend pas directement compte, c'est la sidération absolue du système nerveux qu'il faut seule accuser. Dans les cas où la mort survient après un, deux ou trois jours, à la sidération première, mais incomplète, du système nerveux, il faut joindre l'épuisement et la prostration organiques en face d'une lésion dilacérante et étendue, d'un vaste travail inflammatoire qui dépasse les forces subsistantes de l'économie. L'être vivant succombe à des désordres dont il ne peut même pas aborder la réparation ; il est vaincu dès le début de la lutte.

Je ne quitterai pas cette rapide revue des principales formes de la fièvre traumatique sans indiquer l'intéressant sujet d'études qu'elles offrent relativement aux diverses races humaines. Au point de vue de la théorie septicémique, cet intérêt n'existe pas ; il n'est pas à présumer que, devant les effets d'un poison, il y ait de grandes variations d'une race à l'autre. Il peut n'en pas être de même alors qu'il s'agit d'une fièvre réactionnelle, à laquelle le caractère et le tempérament dominant de la race impriment, sans doute, une allure et une physionomie spéciales. Chez l'Anglo-Saxon la fièvre traumatique manque-t-elle plus souvent que chez le Français ; y offre-t-elle, en moyenne, une durée pareille, ou cette durée y est-elle moindre pour une même opération ; y naît elle plus tôt ou plus tard ; y a-t-il des morts traumatiques foudroyantes en plus ou moins grand nombre ? Toutes ces questions ne sont pas indifférentes, et un travail qui les résoudrait par de patientes statistiques, établies avec clarté, reposant sur des chiffres suffisamment élevés, ne serait pas sans valeur au point de vue anthropologique. Les Allemands, Billroth en particulier, ont fait ce travail pour leur race ; il serait bon de le refaire à notre usage et de comparer ensuite. Je me permets d'appeler sur ce point l'attention et le zèle de quelque jeune chirurgien.

Si je ne m'abuse, messieurs, j'ai tenu les promesses que j'avais osé faire. Je crois avoir placé en regard de toutes les nécessités cliniques la pathogénie traditionnelle de la fièvre traumatique, et avoir montré qu'elle satisfait à toutes. J'aurais donc le droit de terminer ici cette première partie d'une discussion laborieuse, en vous demandant de réserver à une prochaine séance tout ce qui a trait à l'infection purulente, sujet bien autrement obscur et difficile. Toutefois je ne veux pas quitter cette tribune sans prévenir une objection que j'ai vu dédaigneusement émettre contre la théorie pathogénique que je défends : une fièvre de réaction ! que signifient ces mots ? Expliquent-ils quelque chose ? Traduisent-ils un mécanisme, une raison physique propres à la fièvre traumatique ? Ne sont-ce pas là de ces entités illusoires, de ces termes vides qui ne représentent aucun fait saisissable, aucun enchaînement visible des choses ? Une réaction, soit ; mais fournissez-en l'explication, livrez-en la matière, depuis le phénomène initial dont vous nous donnerez la raison sensible, jusqu'aux phénomènes ultérieurs, que vous enchaînerez les uns aux autres à partir du premier. A cette seule condition nous condescendons à discuter la valeur de ces théories de réaction, et à y voir autre chose que des vues de l'esprit, dont la science positive n'a pas à s'occuper.

Voilà l'objection dans son plein développement, et je n'en méconnais pas l'importance pour ceux qui, imbus des idées allemandes, estiment que la pathogénie est destinée à livrer le secret du comment et du pourquoi physiques d'une maladie. Pour moi, messieurs, pour l'école médicale à laquelle j'appartiens, école souvent si mal comprise, même de ceux qui ont l'instinct confus des vérités qu'elle représente, cette objection est nulle et comme non avenue. Je l'ai souvent dit, et j'ai l'espérance que cette vérité fera son chemin dans les esprits, une théorie mécanique, physique, chimique d'une maladie quelconque n'existe pas et n'existera jamais. Toutes les fois qu'on prétend en formuler une, on forge une chimère. L'histoire de la pathologie n'offre pas une seule de ces théories qui ait résisté à un examen sérieux, à la saine observation clinique. On fournira l'explication d'un symptôme ou d'un état symptomatique fondé sur un symptôme, sur une lésion de la maladie primitive ; mais vouloir l'explication de la maladie elle-même, c'est vouloir l'impossible, c'est méconnaître les lois de la nature vivante. Une maladie a sa vraie raison d'être dans une affection propre du système vivant ; hors de là, il n'y a que l'étude des phénomènes et des signes physiques des maladies. Quelque intérêt qu'offre celle-ci, on ne saurait la substituer à la notion même de la maladie, et croire qu'elle en peut tenir lieu, soit dans la pratique, soit dans la science. Je ne prétends pas donner une autre raison de la fièvre traumatique ; celle là seule est valable, car elle part de l'ordre vivant, de la vie impressionnée et réagissante.

Et d'ailleurs, imagine-t-on que la théorie septicémique va plus loin ? On se ferait une étrange illusion de le croire. Le poison a pénétré dans le sang d'un blessé, soit ; voilà un fait matériel, vrai ou faux ; mais après ? Comment ce poison agit-il pour déterminer la fièvre ? Pourquoi provoque-t-il un frisson, puis une suractivité des

combustions organiques et une élévation de température, une excitation ou une prostration du système nerveux? Ces faits, qui sont d'ordre vital, qui en livrera la raison physique l'explication matérielle? Personne assurément; il faut toujours en arriver à cette vie qui sent et qui réagit, et ici vous n'expliquerez rien. Vous aboutissez, malgré vous, au même point que moi-même; mais je conserve cet avantage d'avouer bien haut que je ne puis dépasser cette limite de la vie, et de savoir pourquoi je ne puis la dépasser; c'est là un préservatif contre bien des égarements.

Je m'arrête, messieurs; je suis sur une pente qui pourrait m'entraîner bien loin, et j'ai, pour aujourd'hui, presque abusé de votre bienveillante patience.

La séance est levée à 6 heures.

DOCUMENTS

POUR SERVIR A L'HISTOIRE DU MOUVEMENT SCIENTIFIQUE PENDANT LE SIÉGE DE PARIS (1).

12 DÉCEMBRE

XXI. **Les nouveau-nés.**—L'autre jour, en accompagnant à sa dernière demeure le brave jeune homme qui a illustré en mourant le nom de Franchetti, nous avons croisé sur notre chemin, à l'aller et au retour, une file de petits cercueils recouverts d'un drap blanc. Chacun de ces petits cercueils, porté à bras ou sur un corbillard de la classe des indigents, prenait le même chemin que celui du soldat tombé sur le champ de bataille. Le cortége était mince, quand il y avait un cortége; quelques hommes, quelques femmes en deuil et une ombre qui n'avait de forme que dans l'imagination, mais qui planait invisible sur le lugubre convoi, la mère! La mère qui n'a pas pu suivre, la mère sur son grabat et qui pleure!

La vue de ces cercueils d'enfants était vraiment faite pour serrer le cœur! Pauvres innocents! Leur premier lange leur a servi de linceul! Ils n'ont pas encore posé leurs pieds sur cette terre sous laquelle ils vont dormir et qui va peser sur leurs petits corps pour toujours! Ils sont venus, ils ont vu et ils ont bien vite fermé les yeux! Ah! ils ont eu bien raison!

Mais la mère, qui avec douleur a mis le petit enfant au monde, aurait bien voulu garder ce sourire qui s'envole, et elle a été obligée de céder à la guerre le fruit de ses entrailles. Car c'est la guerre qui le lui a pris, la guerre qui ne tue pas seulement les hommes et qui offre à la mort toute une moisson enfantine. Ces nouveau-nés sont pour la plupart morts de misère. Le lait qui devait les nourrir s'est tari dans le sein maternel, et celui qui aurait pu le remplacer était trop cher dans la ville assiégée. Pourtant, ils n'avaient pas demandé la guerre, eux, ces pauvres petits enfants!

Cette détresse de la maternité et de l'enfance est une des grandes douleurs du blocus de Paris; elle a mis en éveil les âmes bienfaisantes et elle vient de susciter une pensée excellente. Plusieurs maires ont eu l'idée de fonder dans leurs arrondissements un comité de dames charitables qui s'occupent exclusivement des nouveau-nés et des mères qui accouchent dans cette crise terrible que nous traversons. Dans chaque mairie le bureau des naissances fournit tous les renseignements désirables, et la tâche des dames désignées est de pourvoir aux premières nécessités de ces malheureux enfants du siége et de leurs mères infortunées. Seulement cette bonne pensée n'a pas encore produit tous ses fruits. Nous voudrions que l'idée fût généralisée et appliquée dans tous les arrondissements de Paris. Nous sommes persuadés qu'il aura suffi pour cela de la faire connaître. Paris est plein de braves cœurs, et quand on dit aux Parisiennes, surtout, qu'il y a du bien à faire, il est fait.

Louis RATISBONNE.

(1) Suite. — Voir le dernier numéro.

AVIS

Nos souscripteurs dont l'abonnement est expiré sont instamment priés d'envoyer le prix de leur renouvellement en un mandat-poste à l'ordre du directeur, *avant le 15 juillet.*

Ils s'épargneront ainsi le désagrément de payer les frais de recouvrement nécessités par la traite que nous serions contraints de tirer sur eux, frais de recouvrement qui leur sont complétement à charge, sans que nous ayons intérêt à les leur faire supporter.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Étude sur les affections glaucomateuses de l'œil, par M. le docteur MOHAMMED, émir, ancien médecin de l'intendance sanitaire d'Égypte. In-8. — Prix : 4 fr.

Opérations préliminaires à l'extirpation des tumeurs : écrasement linéaire, galvano-caustique de leur combinaison, par M. le docteur Th. RAYMOND, ancien interne des hôpitaux de Paris. In-8°. — Prix : 2 francs.

Recueil d'ophthalmologie, par M. le docteur X. GALEZOWSKI. — 1re année; in-8, pp. 128. — Prix : 2 fr.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 10 juillet 1871.

HOTEL-DIEU. — M. GUÉNEAU DE MUSSY.

Leçon clinique sur le diagnostic des affections du cœur et sur son évolution.

INSUFFISANCE AORTIQUE DISPARAISSANT PAR LE DÉVELOPPEMENT DE VÉGÉTATION SUR LES VALVULES SIGMOÏDES. SIGNES QUI ONT PERMIS PENDANT LA VIE DE RECONNAÎTRE CETTE LÉSION. CONSIDÉRATION SUR L'ÉVOLUTION DES AFFECTIONS CARDIAQUES.

Depuis que les travaux de Laënnec ont ouvert une ère nouvelle pour le diagnostic des affections cardiaques, d'illustres observateurs, tels que Bouillaud, Hope, Corrigan, Stokes, ont porté si loin nos connaissances sur ce sujet qu'ils semblent n'avoir rien laissé à faire après eux.

Cependant, telle est la variété infinie des faits morbides qu'on est toujours exposé à rencontrer quelque détail imprévu qui, sans contredire les lois générales, en présente les déductions sous un aspect nouveau.

Deux malades ont succombé dans notre service à des affections du cœur. Je vous en ai déjà entretenus; vous avez suivi l'évolution de la maladie, et l'autopsie est venue nous démontrer l'existence des lésions que les symptômes nous avaient fait reconnaître pendant la vie.

Ces deux faits nous ont présenté des particularités assez importantes pour que je vous les rappelle sommairement, afin d'en faire sortir les enseignements qu'ils renferment. J'en profiterai pour vous exposer quelques considérations générales sur le pronostic et le traitement des maladies du cœur.

La femme X, âgée de 42 ans, était entrée à l'Hôtel-Dieu il y a deux mois. Elle faisait alors remonter à dix mois le début de sa maladie. Elle avait eu, il y a huit ans, des fièvres intermittentes; à part cela, elle n'avait éprouvé d'autres troubles dans sa santé que des migraines, et elle avait remarqué que ses urines étaient souvent sédimenteuses.

Cette femme a longtemps habité une chambre humide; elle a été éprouvée par de grandes peines morales, à la suite desquelles se sont manifestés les premiers symptômes de la maladie qui l'a conduite à l'hôpital.

Celle-ci a débuté, il y a dix mois, par de l'oppression, de la toux, un affaiblissement considérable; une prompte fatigue succédait aux mouvements.

Trois mois après, commencement d'œdème aux membres inférieurs, qui a été continuellement en augmentant depuis cette époque, en même temps que la dyspnée devenait plus intense et plus habituelle; elle n'avait pris le lit que dix jours avant son entrée.

La première fois que nous la vîmes, nous constatâmes un œdème généralisé du tissu cellulaire sous-cutané, plus prononcé aux membres inférieurs; la face présentait, sur un fond jaunâtre, avec la nuance propre de la cachexie cardiaque, ce développement variqueux des capillaires des joues, si habituel dans les maladies des centres circulatoires.

La malade se tenait assise dans son lit; sa respiration était haletante et anxieuse. Le décubitus horizontal lui était impossible; elle toussait un peu et expectorait des crachats muqueux, spumeux; les artères radiales sont rigides, flexueuses, et on sent ces flexuosités s'exagérer à chaque diastole. L'expansion diastolique est large, brusque, vibrante, mais la tension est faible; l'impulsion, après avoir soulevé l'artère avec force, tombe brusquement et disparaît subitement sous le doigt. Les pulsations radiales et carotidiennes sont très-apparentes à l'œil. Les veines jugulaires présentent également des battements isochrones à ceux des artères.

Ces caractères du pouls, les phénomènes extérieurs que nous avons indiqués, et qui tous accusaient un trouble considérable de la circulation, étaient déjà des éléments de diagnostic, et nous conduisaient sur le siége et le caractère des lésions à des présomptions que l'examen du thorax est venu confirmer.

La région précordiale offrait une matité étendue; la pointe du cœur venait frapper dans le sixième espace intercostal, à gauche du mamelon, et l'étendue du choc indiquait le changement survenu dans la forme de l'organe.

A la base du cœur, l'auscultation faisait constater un léger prolongement soufflant au premier temps, et au second un souffle fort, fusé, que l'oreille pouvait suivre sur le trajet de l'aorte.

En arrière, au niveau de la base des deux poumons, le son était obscur; la respiration était très-faible, mêlée dans quelques points de râles sous-crépitants fins, et humides. Nous en conclûmes à l'existence d'un œdème ou plutôt d'une congestion avec infiltration séreuse de la partie inférieure des poumons; dans le reste de ces organes, l'absence de murmure vésiculaire, les râles ronflants et sibilants, l'expiration sifflante et la sonorité forte et aiguë accusaient un emphysème généralisé.

Le ventre était volumineux, météorisé, sans ascite. La rate offrait des dimensions considérables, et le foie, tuméfié, faisait au-dessous des côtes une saillie douloureuse à la pression. L'appétit était presque nul, et après les repas la malade accusait de la flatulence, phénomène commun dans beaucoup d'affections dyspnéiques; elle était tourmentée par de l'agrypnie, et, quand elle s'endormait, son sommeil était troublé par cette variété de cauchemar qu'on observe si souvent dans les maladies cardiaques : elle croyait tomber dans des précipices. Pendant le jour, elle éprouvait des éblouissements.

De tous ces phénomènes, nous devions conclure à l'existence d'une lésion grave du cœur atteignant à la fois les valvules et le tissu musculaire lui-même.

Les valvules sygmoïdes aortiques étaient insuffisantes, comme le démontrait le souffle au second temps fusant sur le trajet de la crosse aortique. Le prolongement soufflant du premier temps me parut devoir être rattaché à l'altération de ces mêmes valvules.

L'abaissement de la pointe et sa déviation en dehors attestaient avec la matité l'augmentation de volume du cœur et sa direction horizontale, qui en est la conséquence.

En effet, quand le diamètre vertical du cœur est agrandi, cet organe, trouvant dans la résistance du diaphragme un obstacle qui l'arrête, se couche sur ce muscle, et sa pointe se porte plus en dehors, en même temps que la courbure des vaisseaux qui naissent de sa base se trouve augmentée.

Mais le plus souvent alors son sommet est élargi par l'hypertrophie des ventricules; il prend une forme arrondie, et son accroissement de volume se mesure par l'étendue dans laquelle chaque systole vient heurter la paroi thoracique.

Le pouls veineux isochrone à la systole nous indiquait l'insuffisance de la valvule tricuspide, dont les dimensions n'étaient pas en rapport avec celles de l'orifice auriculo-ventriculaire dilaté.

La rate et le foie, congestionnés par suite du trouble circulatoire, ont subi un travail hyperplastique.

Il faut se rappeler que cette malade avait eu des fièvres intermittentes qui, si elles n'avaient pas laissé à leur suite une augmentation de volume de ces organes, avaient pu les prédisposer à des congestions nouvelles.

L'anasarque attestait le trouble profond de la circulation et le degré avancé de l'affection cardiaque.

Cette femme, menstruée à 10 ans, avait toujours été bien réglée; elle a été mère une seule fois, à l'âge de 20 ans. Depuis 4 mois ses règles ont cessé; mais pour apprécier la part que la maladie a pu avoir dans cette ménopause précoce, il faut se rappeler qu'elle avait été réglée de très-bonne heure et que la vie menstruelle a durée chez elle 32 ans.

Quelques jours après son entrée à l'hôpital, cette femme éprouve une douleur dans le côté droit de la poitrine; la dyspnée augmenta et nous constatâmes un épanchement à la base de ce côté. Plusieurs vésicatoires furent successivement appliqués sur la région malade; l'épanchement diminuait momentanément sous leur influence, mais sans disparaître complétement. Sans doute le trouble circulatoire qui avait favorisé la congestion pleurale et le développement de l'épanchement, en augmentait la résistance et tendait à en provoquer le retour; et dès que l'action révulsive était suspendue, l'épanchement reconquérait ses anciennes limites. Cependant il finit par céder à une médication persévérante et la malade revint à peu près à l'état qui avait précédé cette complication.

Pendant la durée de cette pleurésie, un changement considérable s'était accompli dans les caractères stéthoscopiques de la lésion cardiaque : le prolongement du premier bruit, que nous avions perçu au début, s'était changé en un bruit de souffle très-caractérisé, précédant le bruit de l'insuffisance, qui était devenu plus faible et se prolongeait comme celui-ci sur le trajet de l'aorte. Ce bruit systolique continua à augmenter d'intensité, en même temps que le second bruit de souffle diminuait et semblait s'effacer de plus en plus. Vint enfin un moment où il disparut complétement, tandis que le premier, fort rude, râpeux, avait acquis un développement considérable.

L'intensité de ce bruit systolique, l'énergie du choc de la pointe et des pulsations artérielles ne permettait pas d'imputer la disparition du bruit d'insuffisance à l'affaiblissement des contractions cardiaques et au ralentissement du courant circulatoire.

En rendant compte dans ma clinique de ce fait nouveau pour moi, j'admis qu'une des valvules aortiques était devenue le siége d'un de ces dépôts néoplasiques, et peut-être de ces concrétions moriformes qu'il n'est pas rare de voir se développer sur les valvules malades; que cette production, jouant le rôle d'un tubercule d'Arantius accidentel, remplissait le vide laissé par l'insuffisance de la valvule ou plutôt faisait cesser cette insuffisance, et fermait après la systole l'orifice aortique, que la lésion des valvules ou leur petitesse relative laissait jusque-là béant.

D'une autre part il était facile d'expliquer par cette hypothèse le développement considérable et le caractère râpeux du souffle systolique : cette production morbide qui faisait cesser l'insuffisance pouvait produire un rétrécissement; dans tous les cas elle gênait le cours et augmentait le frottement de la colonne sanguine qui traversait l'orifice aortique.

J'eus malheureusement trop tôt l'occasion de vérifier l'exactitude de ce diagnostic : un jour cette femme fut prise de frisson suivi de fièvre et de douleur dans le côté gauche, et je constatai au sommet du poumon une pneumonie caractérisée par de la matité et de la respiration bronchique, n'offrant pas dans toute l'étendue de la partie malade la même tonalité. Les crachats étaient visqueux, mais sanglants plutôt que sanguinolents; et en même temps l'haleine présentait l'odeur que j'ai signalée comme caractéristique de l'apoplexie pulmonaire; la face était rouge avec cette injection diffuse, si habituelle dans les affections congestives du poumon. Je pensai qu'il y avait à la fois inflammation et hémorrhagie dans le parenchyme pulmonaire.

La fièvre précédée d'un frisson violent, la rougeur diffuse de la face indiquait le travail inflammatoire.

Les crachats, l'odeur de l'haleine semblaient dénoncer l'hémorrhagie.

Ces deux affections, dont la congestion est le phénomène initial, compliquent souvent les affections cardiaques; elles peuvent se succéder, elles peuvent se compliquer; j'admettais cette complication chez notre malade.

Un vésicatoire fut appliqué sur la région affectée. La pneumonie suivit une marche suraiguë, et aux signes de l'induration pulmonaire s'ajoutèrent ceux d'un épanchement occupant la partie antérieure de la cavité pleurale gauche.

Les battements du cœur devinrent très-obscurs; la dyspnée fut portée à l'extrême; la fièvre continua; l'anasarque avait fait des progrès considérables, et la malade ne tarda pas à succomber.

(*A suivre.*)

NOTE

Sur quatre cas de pourriture d'hôpital observés à Rouen. Greffe épidermique.

Par le docteur PAUL OLIVIER,
Ancien interne des hôpitaux de Paris, médecin adjoint des hôpitaux de Rouen, etc.

(Lu à la Société de médecine de Rouen, le 12 juin 1871.)

Dans les différentes ambulances dont j'ai été chargé, soit à l'hôpital, soit en ville j'ai eu à soigner quatre malades atteints de pourriture d'hôpital. Voici le résumé de ces observations :

1er CAS. — D..., soldat de 23 ans, entré au Lycée le 14 septembre 1870, pour deux plaies situées l'une sur la face latérale gauche de la poitrine, l'autre sur la face interne du bras, à peu près à sa partie moyenne, produites toutes deux par un éclat d'obus qui passa entre le tronc et ce membre alors que celui-ci était un peu écarté en dehors. Ces deux plaies, de la largeur à peu près d'une pièce de 5 francs, superficielles, et qui paraissaient devoir se guérir rapidement, prirent, au bout de quelques jours, un aspect grisâtre, pulpeux, et gagnèrent rapidement en profondeur, de telle sorte que le 27 septembre, on apercevait, entre les muscles biceps et triceps, l'artère humérale disséquée, battant au fond de la plaie; sur la poitrine les intercostaux externes étaient à nu. En surface, elles mesuraient à peu près 10 centimètres; les bords étaient décollés, la suppuration abondante et d'une fétidité extrême. Les douleurs, très-vives, empêchaient le malade de dormir; la fièvre, nulle les

premiers jours, était devenue très-intense; l'état du malade était des plus alarmants, d'autant plus que j'avais affaire à un individu pusillanime et très-découragé.

Dès les premiers jours de la complication, la plaie, qui avait été pansée avec de la glycérine, fut recouverte successivement de citron, de solution de tartrate ferrico-potassique, d'eau phéniquée qui n'arrêtèrent en rien la marche du mal. La lésion inévitable de l'artère humérale dans la cautérisation au fer rouge fut la seule raison qui m'empêcha de recourir à ce moyen, et, d'accord avec M. Lendet, qui avait vu ce malade au Lycée, et qui voulut bien venir le voir avec moi dans l'ambulance particulière où il avait été placé, je le fis panser trois fois par jour avec l'alcool camphré pur, en ayant soin, avant chaque pansement, de laver sa plaie avec de l'eau chlorurée.

Je recommandai de le nourrir, de lui faire prendre du vin, et je touchai de temps en temps la plaie avec la teinture d'iode pure. Dès les premiers jours de ce pansement, les douleurs devinrent moins vives, la fièvre tomba, et la plaie prit bientôt l'aspect d'une plaie simple, dont les bords décollés ne tardèrent pas à s'affaisser et à se recoller aux parties profondes. La guérison était complète le 14 novembre 1870.

2e Cas. — V... (Jean), 25 ans, entré à l'Hospice général, service de M. Gressent, le 26 septembre 1870, avec deux plaies, l'une à la partie antérieure, l'autre à la partie externe du genou droit qui, toutes deux pendant une variole bénigne dont il fut atteint à l'hôpital, se compliquèrent de pourriture, et y guérirent en trois semaines, à peu près, sous l'influence des lavages à l'eau chlorurée et des pansements à l'alcool camphré pur.

3e Cas. — L... (Guillaume), 21 ans, entré le 25 septembre à l'Hospice général, service de M. Gressent, avait, à la partie externe du genou droit, une plaie de la largeur d'une pièce de 5 francs. Pendant une de ces varioles semi-confluentes qu'on a désignées sous le nom de *variole en corymbe*, sa plaie fut prise de pourriture d'hôpital, et s'agrandit au point de mesurer verticalement 11 centimètres sur 10 transversalement.

L'alcool camphré, qui nous avait si bien réussi dans les deux premières observations, fut insuffisant à arrêter les progrès du mal, qui envahit successivement l'aponévrose et les tendons, menaçant un moment l'articulation du genou. Une cautérisation avec l'acide chlorhydrique arrêta la maladie. Des portions de tendon s'exfolièrent, et la plaie ne devint simple que le 3 novembre 1870. Je dirai plus loin ce que j'essayai pour diminuer l'étendue de la plaie.

Le 4e Cas enfin se développa chez un soldat de 23 ans, F... (Adrien), entré à l'Hospice général, service de M. Gressent, après l'accident du chemin de fer de Critot. Il avait à son entrée une fracture du tibia et une contusion violente du pied gauche avec eschare, dont la chute se fit au bout de quelques jours; mais au lieu de se cicatriser la plaie s'agrandit au point d'envahir toute la face dorsale métatarsienne du pied, prit un aspect grisâtre, ulcéreux; finalement le malade perdit la 2e phalange du gros orteil, la 3e phalange du second; les tendons des extenseurs s'exfolièrent à peu près complétement.

L'alcool camphré, employé d'abord, fut insuffisant à modifier la surface de la plaie, qui fut successivement touchée avec la teinture d'iode, le chlorure de zinc, l'eau chlorurée, et ce ne fut qu'après l'action de ces agents, dont la part serait difficile à déterminer dans la guérison, que l'alcool camphré, employé de nouveau, et secondé par la teinture d'iode, amena la plaie à l'état de plaie simple. La peau qui recouvrait la première phalange du gros orteil avait été détruite en partie, je dus pratiquer la désarticulation métatarso-phalangienne par le procédé à lambeaux. Il me resta juste assez de peau pour recouvrir la tête du 1er métatarsien, dont la conservation est si importante, comme point d'appui, dans la marche.

Le malade sortit de l'hôpital le 23 février 1871, marchant bien, ayant à la face dorsale du pied une cicatrice solide. La fracture de jambe, traitée d'abord par l'appareil de Scultet, puis par l'appareil plâtré sous forme d'attelles, se consolida parfaitement sans se ressentir de la complication de la plaie du pied. J'insistai pour ce malade, comme pour tous les autres, du reste, sur un régime tonique, et l'alimentation aussi substantielle que possible.

Dans les deux premiers cas, l'alcool camphré secondé par la teinture d'iode a suffi à guérir la complication; dans les deux autres, la cautérisation, par l'acide chlorhydrique dans le troisième, par le chlorure de zinc dans le quatrième, a été nécessaire.

Dans son *Traité expérimental du typhus traumatique, gangrène ou pourriture d'hôpital* (Paris, 1822), A. F. Ollivier fait une large part au traitement de cette terrible complication, qu'il avait observée dans les différentes guerres de l'Empire; il examine successivement toutes les médications employées pour la combattre. Le camphre pulvérisé, qui dans ces temps derniers a été remis en honneur par M. Netter, de Rennes (*Académie des sciences*, 27 février et 13 mars 1871), a été mis en usage par lui, ainsi que l'alcool camphré; il ne leur accorde qu'une médiocre confiance (page 305). « En résumé, dit-il, ce moyen peut être quelquefois utile, mais il est presque constamment insuffisant. » Et quelques lignes plus loin il ajoute : « Peut-être réussirait-il dès le premier début, lorsque la couenne eschariforme est encore si mince qu'il peut se combiner avec elle et lui imprimer l'innocuité qu'il communique au virus auquel on l'incorpore exactement. »

Il fait ici allusion à une courageuse expérience qu'il tenta sur lui-même, et dans laquelle, après s'être inoculé avec succès la matière d'une plaie affectée de pourriture, il se fit inoculer sans résultat, quelques jours après, un mélange par parties égales en volume de putrilage et de camphre pulvérisé (page 462). Mon opinion se rapproche de celle de mon honorable homonyme; je suis porté cependant à accorder au camphre une plus large part d'efficacité que celle qu'il lui accorde lui-même.

Comme symptômes, mes malades ont présenté les symptômes classiques; les symptômes généraux se sont développés après l'état local, ou au moins n'ont pris de gravité qu'après quelques jours.

Comme résultat, mes quatre malades ont guéri.

Aucun de mes malades ne se trouvait dans les conditions d'encombrement signalées comme une des causes principales de la maladie. Mon premier malade a été pris au Lycée, alors qu'il n'y en avait pas encore de cas développés; il y était déjà depuis plusieurs jours; en supposant qu'il ait pris sa pourriture à Sedan, d'où il venait, elle se serait développée beaucoup plus tôt; dans le cas d'inoculation, la pustule se forme le troisième jour et s'ulcère le quatrième (Ollivier, ouvrage cité, page 199).

Le deuxième et le troisième malade ont été pris dans le cours d'une variole de médiocre intensité. Le quatrième a été pris à la suite d'un accident de chemin de fer et sans qu'il y eût de cas de pourriture dans la salle. Cependant je dois dire qu'à ce moment-là les plaies prenaient volontiers un aspect grisâtre pseudo-membraneux, qui n'a jamais résisté aux injections et aux pansements alcooliques camphrés.

Je signalerai, de plus, la coïncidence d'un grand nombre d'angines à forme couenneuse, je ne dis pas diphthéritiques, donnant lieu à des engorgements ganglionnaires persistants. Chez un de ces malades entre autres, dont l'observation est intéressante à plus d'un titre, il y eut, à la suite d'une application de sangsues pour adénite cervicale, une phlébite faciale qui s'accompagna d'albumine dans les urines et mit pendant quelques temps les jours du malade en danger. Il régnait évidemment à ce moment une constitution épidémique mauvaise, à laquelle nous avons opposé avec succès l'alcool employé *intus* et *extra*, agent dont l'efficacité dans les affections septiques n'est plus, du reste, à démontrer.

Dans les observations I et IV, une fois la pourriture d'hôpital disparue, il n'y avait plus qu'à surveiller la cicatrisation; mais, dans les observations II et III, outre l'étendue considérable de la plaie, 8 centimètres en hauteur et 6 en travers dans un cas, 11 et 10 centimètres dans l'autre, il y avait à considérer la situation de ces plaies, placées toutes deux à la partie externe de l'articulation du genou. On sait combien sont disposées à se déchirer, à s'ulcérer même, les cicatrices que leur position expose à des tiraillements plus ou moins violents. Il nous parut donc indiqué de tenter quelque chose pour diminuer cet inconvénient, et nous nous demandâmes s'il n'y avait pas lieu d'employer une méthode imaginée dans ces derniers temps par notre collègue des hôpitaux de Paris et ami J. Reverdin : je veux dire la *greffe épidermique* (Voir *Société de chirurgie*, 8 déc. 1869). Cette méthode ingénieuse, qui a déjà fait ses preuves pour hâter la cicatrisation des plaies (1), pouvait peut-être nous donner une cicatrice plus élastique se rapprochant de la peau normale plus que du tissu inodulaire ordinaire, et par suite résistant plus que lui à la déchirure et à l'ulcération. Plusieurs tentatives que je fis dans ce but échouèrent tout d'abord, et je dois dire que chez le malade n° 2, mes craintes au sujet de la solidité de la cicatrice ne se réalisèrent pas; mais pour le malade de l'observation III, la cicatrice était tellement mince, adhérente aux parties profondes, que les mouvements même ménagés de l'articulation suffisaient à la déchirer; elle devenait alors le siége d'une ulcération qui exigeait un long séjour au lit pour se cicatriser elle-même. J'essayai de nouveau le 5 février 1871, et pour la quatrième fois sur ce malade, la greffe épidermique; cette fois, je fus assez heureux pour obtenir l'adhérence du petit lambeau à la surface de la plaie, et il devint le point de départ d'une cicatrisation active et rapide. La plaie fut complétement fermée le 15 février, et j'ai pu observer le malade jusqu'au 10 mai. A partir de la cicatrisation définitive, il s'est produit sur la cicatrice elle-même une quantité considérable d'épiderme sous forme de feuillets qui se renouvelaient constamment, comme si la prolifération cellulaire provoquée par le lambeau épidermique eût continué pendant tout ce temps. De plus, malgré des déchirures transversales linéaires, se faisant lorsque le malade se fatiguait, la cicatrice était beaucoup plus épaisse et plus solide qu'auparavant, et le malade pouvait marcher toute la journée sans avoir à craindre l'ulcération qui, les premiers temps, détruisait sa cicatrice à peine formée, dès qu'elle était le siége d'une déchirure. La greffe épidermique m'a paru avoir, dans cette occasion, une réelle efficacité pour rendre la cicatrice plus solide, et il m'a paru intéressant de vous communiquer ce résultat.

DOCUMENTS

POUR SERVIR A L'HISTOIRE DU MOUVEMENT SCIENTIFIQUE PENDANT LE SIÉGE DE PARIS (2).

12 DÉCEMBRE.

XXII. **Ambulances.** — Dans un précédent article, nous avons annoncé que nous désirions soumettre à nos lecteurs quelques remarques touchant la conduite à tenir envers les blessés et les malades dans les ambulances; mais l'écrivain propose et les nécessités disposent. Il faut songer d'abord à soigner les malades ou à panser les blessés, et laisser la plume de côté quand la pratique commande. Aujourd'hui, quelques heures de répit et une bonne fortune, nous voulons dire la publication d'un bon livre, d'une simple brochure si vous voulez (la quantité de papier, — d'abord il est rare en ce moment, — ne fait rien à l'affaire), nous permettent de satisfaire notre désir (1). Cette publication sera, pour ainsi dire, le texte des considérations dans lesquelles nous voulons entrer. L'ouvrage comprend quatre parties : les pansements; l'enlèvement et le transport des blessés; la chirurgie d'urgence; enfin l'hygiène des blessés et des opérés. Intervertissant un peu l'ordre, nous commencerons par l'enlèvement et le transport des blessés. C'est une grave question qui a soulevé dans ces derniers temps d'assez vives discussions et fait naître des conflits entre les autorités de divers ordres.

Nous nous sommes plaints ici même non pas du zèle (Dieu nous en garde !), mais de l'empressement tumultueux, peut-être intéressé, qu'on avait mis, lors des premiers engagements, à faire « la chasse aux blessés » ; c'était presque du maraudage ; — pardon de l'expression, — ceux qui ont assisté à ces mouvements un peu désordonnés de voitures et de brancards la comprendront. Un décret du gouvernement de la défense nationale a pour but de remédier à ces ardeurs intempestives et dangereuses. Rappelons-en brièvement le dispositif et les conséquences que la commission supérieure des ambulances, nommée le même jour par un autre décret, en a tirées. Le gouvernement, averti de divers côtés tenant pour « indispensable de maintenir un ordre obsolu dans l'enlèvement des blessés et dans leur répartition aux ambulances », a pris les dispositions suivantes :

Art. 1er. Les instructions pour la réunion et la mise en route des voitures destinées à l'enlèvement des blessés seront transmises aux directeurs des diverses Sociétés de secours autorisées, sur l'ordre du gouverneur de Paris, par l'intendant général de l'armée de la défense.

Art. 2. En arrivant sur la partie de l'enceinte faisant face au lieu du combat, ces voitures se rangeront sur la chaussée à la gauche des voitures d'ambulances militaires, et dans l'ordre assigné par le fonctionnaire de l'intendance militaire ou l'officier d'état-major désigné à cet effet.

Art. 3. D'après les besoins signalés par l'intendant général de l'armée ou par l'intendant militaire des troupes engagées, les fonctionnaires de l'intendance ou officiers de l'état-major de service aux portes autoriseront la sortie du nombre de voitures reconnu suffisant, en leur indiquant le lieu où elles devront se rendre, sans se détourner de leur route.

Art. 4. Arrivé au point de réunion, le chef de chaque Société ou groupe de voiture prendra les ordres du fonctionnaire de l'intendance, qui lui indiquera la portion du terrain qu'il aura mission d'explorer.

Art. 5. Pendant l'enlèvement des blessés, les membres des Sociétés de secours déféreront aux instructions des fonctionnaires de l'intendance, qui auront pris eux-mêmes les ordres du commandement. Le chargement fait, ils devront se rendre exactement au point de départ à l'hôpital ou à l'ambulance qui leur aura été assigné, soit sur place, soit lorsqu'ils passeront les portes de l'enceinte.

Art. 6. Les voitures qui chercheraient à sortir sans ordre ou avant leur tour, et celles qui ne se rendraient pas exactement au point indiqué, et qui, en un mot, contreviendraient d'une manière quelconque aux ordres donnés, seraient exclues du service de l'évacuation des blessés, et seraient privées du droit de porter le drapeau de neutralité.

Art. 7. Les prescriptions des articles 2, 3, 4, 5 et 6 ci-dessus s'appliquent aux voitures particulières, autorisées à aller relever des blessés.

Ces mesures semblaient au premier abord fort sages, sous la condition expresse qu'elles fussent appliquées équitablement; que les ordres fussent bien et dûment expédiés à chacune des Sociétés d'ambulance qui est reconnue apte à satisfaire, par son matériel et son personnel, aux exigences de cette difficile et périlleuse besogne d'enlever les blessés du champ de bataille; qu'il n'y aurait pas de privilége; enfin, que l'intendance, abandonnant les anciens errements administratifs, laisserait une certaine initiative et accepterait avec reconnaissance tous les services que les Sociétés sont disposées à lui rendre, car elle ne peut pas tout faire, quelles que soient ses bonnes intentions. Il n'est que trop vrai (et nous ne saurions en faire un reproche, puisque c'était plutôt insuffisance de ressources que manque de volonté) qu'au temps où les intendances fonctionnaient seules, — j'entends toutes les intendances, et non pas seulement la nôtre, — les blessés et les malades étaient moins bien soignés, et en moins grand nombre, que depuis la création de la Société internationale de secours. Ce fait résulte de documents officiels recueillis avec la plus grande impartialité par M. Chenu dans deux ouvrages remarquables, et que cependant un ministre de la guerre — à la vérité par intérim, — n'a pas craint de qualifier de *pamphlets* en plein Sénat!

Si l'intendance peut se décider à n'être plus seule sur le terrain (2), il importe aussi que les Sociétés fondées en vertu de la convention de Genève se résignent à n'être sur le champ de bataille, en certaines circonstances, que d'humbles *voituriers*, travaillant pour le salut commun, et non pour leur propre satisfaction.

Je m'explique : avant le décret, chaque ambulance agissait pour son compte avec ses voitures; les blessés étaient un véritable butin qu'on transportait chez soi avec un soin jaloux, d'où il est malheureusement arrivé que faute d'un contrôle suffisant, quelques blessés n'ont pas trouvé, là où on les conduisait, des secours suffisants.

En conformité avec les instructions données par la commission

(1) *Gazette des hôpitaux*, 1870, p. 346.
(2) Suite. — Voir le dernier numéro.

(1) Le volume a pour titre : *Premiers secours aux blessés sur le champ de bataille et dans les ambulances*, par le docteur H. Bernard, précédé d'une introduction par le docteur Demarquay, chirurgien de la Maison municipale de santé, chirurgien des ambulances de la presse. Paris, 1870, in-12.

(2) Les lamentables dépêches publiées dans les dernières livraisons des *Papiers et correspondances de la famille impériale* prouvent, hélas ! que l'intendance n'était pas mieux préparée que tout le reste de l'armée, et que nos blessés eussent eu beaucoup à souffrir soit d'abandon, soit de négligences, sans doute involontaires, si les ambulances de la Société internationale ou de la presse ne s'étaient pas trouvées sur le terrain en même temps que nos médecins militaires, remplis du plus grand zèle, je me plais à le reconnaître, mais trop peu nombreux, et souvent mal pourvus du matériel nécessaire.

des ambulances, tous les blessés relevés sur le champ de bataille devront être dirigés pour chaque secteur vers un hôpital, sorte de bureau central, d'où ils seront, après avoir été examinés par un chirurgien, définitivement confiés à telle ou telle ambulance (1), ou laissés à l'hôpital même en raison de la gravité de leur blessure qui ne permettrait ni un plus long transport ni des déplacements d'une voiture dans une autre.

Quoique la commission ne se soit pas, que nous sachions, nettement expliquée à cet égard, nous supposons qu'elle donnera des instructitons très-précises pour que, dans tous les cas, on évite les transbordements, lors même qu'ils ne seraient pas dangereux de leur nature, mais seulement douloureux. Rien n'est plus facile en effet que de faire un examen rapide, mais suffisant, des blessés dans les voitures qui les ont amenés; les rapports des infirmiers qui accompagnent la voiture et ont relevé les soldats, le dire des soldats eux-mêmes, sont également une source d'informations qui aideront et éclaireront le chirurgien de garde.

Pour mettre à exécution les mesures présentées par le gouvernement, la commission centrale des ambulances a dû, comme nous l'avions indiqué déjà dans l'article précité, et en conformité avec l'arrête du gouvernement, classer les ambulances eu égard aux garanties qu'elles offrent pour un service chirurgical ou pour un service médical. Les membres de la commission se sont partagé les divers secteurs, et, après avoir réuni les renseignements qu'ils ont recueillis en visitant chaque ambulance, ils les ont distribués de la manière suivante : les ambulances de premier ordre (2) pourvues d'un personnel chirurgical et munies de tout l'arsenal que comportent soit les pansements, soit les opérations et leurs suites (3); — secondement, celles qui, moins biens installées, ne peuvent recevoir que de « petits blessés »; — enfin, les ambulances pour les malades et les blessés convalescents.

J'ai déjà combattu par avance cette classification des *petits* et des *grands blessés*; j'ai donné mes raisons. Plus mes observations se multiplient, plus je reste convaincu que les blessures les plus simples en apparence peuvent avoir souvent les conséquences les plus fâcheuses, parfois les plus funestes, et qu'elles réclament presque toutes une main chirurgicale exercée. J'en pourrais citer cent exemple si j'écrivais dans un journal de médecine; je répéterai seulement qu'un séton pratiqué par une balle dans les chairs d'un membre sans intéresser aucun organe essentiel, peut conduire à la mort en dépit des soins les mieux dirigés. Cependant ce sont là ce qu'on appelle des « petites blessures. » Oui elles sont petites, eu égard à leur étendue, aux parties qu'elles occupent; mais ce sont trop fréquemment, hélas! de « grandes blessures » si l'on considère leurs conséquences possibles, même probables. Ce n'est pas seulement le trajet de la balle qui est redoutable, c'est aussi ce que cette balle peut entrainer avec elle et laisser en passant dans la plaie: un morceau de tunique, de pantalon ou d'autres corps étrangers dont on ne peut pas toujours ni soupçonner l'existence, ni, quand on a ce soupçon, procurer l'extraction sans des contre-ouvertures habilement pratiquées, mais souvent infructueuses. Or un simple médecin (j'en demande pardon à mes confrères), n'est pas en mesure de parer à toutes ces éventualités; il faut pour cela une longue et savante pratique.

Donc, suivant moi, il n'y a pas ou presque pas de petites blessures par armes de guerre, et comme il est difficile, tranchons le mot, comme il est impossible de prévoir d'avance quelle sera l'issue d'une plaie quelconque, ne confions jamais qu'à un chirurgien un blessé, quel qu'il soit.

Je supprimerais en conséquence la seconde classe d'ambulanee, ou plutôt je la transformerais, et je la réserverais exclusivement aux blessés ou aux malades franchement convalescents, car je ne considère pas comme tout à fait innocent le mélange des convalescents avec les malades. L'état de convalescence prédispose en effet — tous les médecins le savent, et la seule raison l'indique, — à contracter les maladies épidémiques, je ne dis pas seulement la variole, puisque les varioleux doivent être toujours rigoureusement isolés, mais la dysenterie, la diarrhée, les angines, parfois même les érysipèles, ainsi que je l'ai constaté dans une ambulance.

Le 30 novembre, nous sommes allés sur le lieu où venait de se passer une glorieuse et sanglante action, pour concourir à l'enlèvement et au transport des blessés; à Paris, assez tardivement dans la soirée, et les deux jours suivants nous avons pu apprécier par nous-même la manière dont s'est effectué le transbordement des blessés dans les diverses ambulances; nous avons reconnu que tout, ou presque tout, avait été un moment en défaut, sauf l'empressement, qu'on ne saurait trop louer, des directeurs des ambulances, accompagnés de leur personnel de médecins et d'infirmiers, soit sur le champ de bataille, soit dans les rues de Paris. Ni le règlement que nous avons rapporté plus haut n'a été appliqué, ni les instructions données par la commission des ambulances n'ont pas été suivies. Ici, encore une fois, c'est l'initiative privée qui a surtout dirigé et exécuté.

L'intendance, nous devons le dire à son honneur, avait agi de son mieux; mais soit que les ordres aient été mal exécutés, soit que ses agents ne fussent pas en nombre suffisant, soit enfin qu'elle ait été incomplétement renseignée, on était le plus souvent, en arrivant aux barrières avec les voitures chargées, dans l'ignorance la plus absolue des ambulances où il fallait conduire ces voitures. On avait oublié que des hôpitaux de secteurs avaient été désignés comme lieux de concentration et de classement avant l'installation définitive des blessés; presque chaque Société prenait les blessés pour son compte personnel ou les conduisait un peu au hasard quand ses ambulances étaient remplies.

Nous avons été plus d'une fois témoin de ces douloureux embarras; nous en gémissions comme tous nos confrères, mais sans pouvoir y porter toujours un prompt remède. Toutefois, nous nous hâtons de le dire, ni le mal n'a été aussi grand qu'on l'a dit, ni l'intendance aussi coupable qu'on le prétend. Tout le monde y a mis du sien; les particuliers ont redoublé de dévouement, et l'intendance a fait quelque chose et a laissé beaucoup faire aux autres, ce qui est déjà un grand progrès. Loin de mettre des entraves, comme on l'a assuré, à la circulation des voitures d'ambulances privées, elle a bien vite reconnu qu'elle était débordée par la multitude des blessés; aussi a-t-elle appelé ou laissé venir à son aide tous les moyens de transport. Sans doute des blessés sont restés sur le champ de bataille beaucoup plus longtemps qu'il ne fallait, ce qui est un vrai malheur; le 30 novembre et le 2 décembre l'action a fini assez tard; on avait défendu d'allumer le moindre feu, on restait sur le qui-vive; les chercheurs intelligents et zélés, les brancardiers que rien n'émeut ni ne fait reculer, les chirgiens et leurs aides étaient bravement à leur poste; mais le champ de bataille était vaste, le combat avait eu tant de péripéties, le sol était si accidenté, la nuit si peu favorable, que plusieurs de nos sodats sont restés plusieurs heures sans secours, malgré toute la diligence qu'on ait apportée. Ce n'est assurément pas le personnel qui manque, c'est l'organisation qui jusqu'ici fait trop manifestement défaut. On s'en est aperçu plutôt encore à Paris que sur le lieu du combat.

On pourrait croire, lorsqu'on lit les instructions de la commission des ambulances, qu'elles ont été rédigées plus spécialement en vue des petits engagements, après lesquels il est aisé de se reconnaître, de réunir les blessés, de les diriger sur les hôpitaux de secteur et de là sur les ambulances. Nous avons vu plus haut que les mesures proposées semblaient sages, à ne les juger qu'en théorie. La pratique est venue bientôt dérouter toutes les combinaisons. Il est évident qu'à la suite des batailles où l'on compte des milliers de blessés tombés sur un terrain qui correspond seulement à un ou deux hôpitaux de secteur, il est matériellement impossible de se conformer aux instructions de la commission supérieure des ambulances, lesquelles prescrivent de conduire d'abord tous les blessés à l'hôpital du secteur pour de là être dirigés sur les hôpitaux ou les ambulances disséminées dans la ville. L'encombrement serait tel, que tout le corps chirurgical de Paris ne pourrait pas suffire à la distribution, et que les voitures stationneraient toute la nuit avant de pouvoir se rendre à leur destination respective. Tout le monde l'a compris dès le début de l'action, l'intendance aussi bien que les particuliers, et en général on a ou laissé prendre ou pris de soi-même une très-grande liberté. De là, certainement, un trouble, mais un trouble qui, somme toute, n'a pas été extrêmement préjudiciable, et qu'il serait peut-être facile d'éviter à la première occasion. Il conviendrait pour cela, sauf meilleur avis, de s'en tenir tout simplement au texte de l'article 5 du règlement, qui porte : « Le chargement des blessés fait, ils devront se rendre exactement du point de départ à l'hôpital ou à l'ambulance qui leur aura été assigné, soit sur place, soit lorsqu'ils passeront les portes de l'enceinte. » Mais pour arriver à ce résultat si simple, au moins en apparence, que faudrait-il?

La réponse nous parait également assez simple : puisque chaque jour, chaque hôpital ou chaque ambulance dresse l'état exact des lits vacants et des lits occupés, il ne serait ni malaisé ni très-long de centraliser ces résultats, de les avoir toujours sous la main, et de confier la veille d'une action ou le jour même, mais à la première heure, les relevés partiels à des fonctionnaires ou à des délégués responsables qui, soit sur le terrain, soit en dedans des barrières, assigneraient aux voitures une ou plusieurs localités où elles doivent se rendre, suivant le nombre des blessés qui s'y trouvent et le nombre des lits vacants dans les hôpitaux ou dans les ambulances, en prenant soin, bien entendu, qu'une voiture n'ait que de petites distances à parcourir pour se rendre d'une ambulance ou d'un hôpital à un autre. Il faut ajouter que les voitures des ambulances qui dépendent directement de la Société internationale, de la Société de la presse, de diverses autres Sociétés reconnues pour être bien montées et bien organisées, ou des hôpitaux militaires, pourvoiraient d'abord à leurs vacances, sauf à déverser ensuite l'excédant des blessés sur les autres ambulances.

On ne manquera pas sans doute de m'objecter la répartition des « grands et des petits blessés » dans les deux catégories d'ambulances établies par la commission supérieure. Je crois avoir assez insisté sur les inconvénients de cette classification pour ne pas m'arrêter à cette objection et pour affirmer que les avantages qu'on prétend retirer de cette classification des blessés à l'hôpital de secteur ne seraient pas en tous cas supérieurs ni même égaux à ceux qu'on peut obtenir de l'application rigoureuse et intelligente de l'article 5 du règlement. Qu'on veuille bien du moins essayer, puisque le mode de fonctionnement prescrit par la commission, ou n'a pas pu s'effectuer, ou, s'effectuant partiellement, n'a pas donné de bons résultats.

Nous allions négliger de parler du service des bateaux-mouches pendant les journées des 30 novembre, 1er et 2 décembre. Nous avions, à première vue, fondé, il faut l'avouer, de grandes espérances sur ce service, à cause de la douceur de la locomotion; ici encore, l'expérience nous a démontré que ces bateaux ne peuvent être utilement employés que pour les ambulances qui sont situées sur les quais ou en un point très-voisin. Pour les ambulances établies dans l'intérieur de la ville, on ne peut tirer des bateaux aucune espèce d'avantage, car il faut que les blessés subissent trois, quelquefois quatre transbordements : du champ de bataille sur les bateaux, d'où il est assez difficile de les descendre; des bateaux dans une voiture, de la voiture sur un brancard; du brancard dans leur lit. On éviterait un déplacement en mettant de suite les blessés, au sortir du bateau, sur un brancard, mais cela même n'est ni toujours facile ni sans nuisance quand la distance est longue.

CH. DAREMBERG.

(1) Il n'est pas interdit, quand l'état du blessé le permet et quand sa préférence est justifiée par les bonnes conditions de l'établissement, de le diriger sur une ambulance de son choix, d'autant plus que cet acte de condescendance peut avoir une heureuse influence sur son prompt rétablissement.

(2) Parmi les ambulances de premier ordre que nous avons visitées (toujours à titre officieux) et que nous n'avons pas encore citées dans nos précédents articles, nous nous plaisons à mentionner, entre autres, et d'une façon toute spéciale, les ambulances du ministère des affaires étrangères, du Corps législatif, de la marine, du Palais-Royal, des administrations de chemins de fer, de la Société américaine, de la Compagnie d'assurances (rue du 4 Septembre), de l'hôtel Chimay, des Beaux-Arts, des Ponts-et-Chaussées, rue des Saints-Pères (ambulance de la presse), de l'avenue Parmentier. — N'oublions pas non plus nos hôpitaux, où les blessés sont entre d'excellentes mains et dans de très-bonnes salles. — Une autre fois, nous reviendrons sur celles que nous aurions passées sous silence.

(3) Je rappelle aux directeurs d'ambulances qu'un comité de dames (22, rue du 4 Septembre) se charge de fournir *gratuitement* les gouttières, atelles et les divers autres appareils dont on peut avoir besoin. Non-seulement ces dames confectionnent d'avance, mais encore « sur commande et sur modèle. » Que grâces leur soient rendues ici !

13 DÉCEMBRE.

XXIII. **Ambulances.** — Parmi toutes les ambulances d'institution ancienne ou récentes qui existent à Paris, il en est une qui se distingue par son organisation et surtout par son installation : c'est l'ambulance américaine, située avenue du Général-Uhrich, 36.

On a choisi, pour établir cette ambulance, un vaste terrain inoccupé, qui maintenant se fait remarquer de loin par deux mâts énormes, portant l'un le drapeau de la convention de Genève, et l'autre le drapeau américain.

Dans cet endroit fonctionne, depuis le commencement de la guerre, une petite colonie de secours et de bienfaisance due à l'organisation du docteur Evans, qui y a consacré au début 20,000 dollars.

Le docteur partit pour l'Angleterre, afin de se procurer bien des objets nécessaires pour compléter l'organisation toute américaine de son ambulance; mais l'investissement a empêché son retour. Depuis lors, il a été remplacé par le docteur Crane, son secrétaire.

On a donné à l'emplacement de cette ambulance le meilleur aspect, en y plantant de nombreux sapins provenant du bois de Boulogne.

C'est au milieu de ces arbustes que des tentes ont été élevées, et c'est sous ces tentes que tout le confortable nécessaire au soin des blessés a été installé.

Il y a loin de là aux vastes salles d'hôpital, où l'on est habitué de visiter les malades.

M. le docteur Cormack, qui a bien voulu nous faire visiter son ambulance, nous a expliqué qu'en Amérique on avait reconnu combien cette installation était préférable aux autres; en effet, on n'y retrouve pas l'odeur ordinaire de ces établissements, la température y est continuellement douce et saine.

A l'extrémité de la tente se trouve un foyer souterrain, auquel aboutit un tuyau qui répand la chaleur tout le long de la tente, et que l'on tempère à volonté, de même que de petites ouvertures dans la toiture y amènent l'air frais.

La tente, d'une construction très-solide, est faite avec une forte toile à voile américaine appelée *duck*; elle est recouverte d'une seconde toile du même genre légèrement espacée de la première, ce qui met l'intérieur complétement à l'abri de toute intempérie.

Cette organisation, établie sur le modèle de ce qui existait en Amérique pendant la guerre, est propice au soldat, en ce sens qu'elle ne change pas ses dispositions habituelles. Il est soigné sous la tente : cela lui rappelle le camp.

Mais le principal avantage consiste dans la pureté de l'air qu'on y respire, avantage que sont loin d'offrir les baraques que l'on a dû construire, les tentes n'ayant pas suffi au nombre des blessés. Dans la longueur de chaque tente on a disposé un rideau de toile pour six lits, de sorte que, en baissant ces rideaux, on forme un local complétement séparé, dans lequel les opérations peuvent se pratiquer.

Il est à remarquer qu'il ne s'est pas encore déclaré dans cet établissement le moindre cas de fièvre ou de typhus.

Le service médical est fait sous les ordres du docteur Swinburne, qui a suivi la guerre américaine; il est assisté de MM. Wingfield, Riggs et des frères Brewer.

M. Johnsen, le médecin du ministre américain à Paris, fait aussi de nombreuses visites à l'ambulance. Tout le personnel est américain ou anglais.

Les dames sont nombreuses et empressées auprès des blessés.

Suivant l'habitude évangélique, les textes bibliques sont répandus sous ces abris.

La plupart des blessés viennent des derniers combats; parmi eux se trouve un Saxon.

Presque tous ont assez bonne figure; ou ils fument, ou ils dorment, ou ils lisent, ou ils jouent; car il y a là aussi de petits jeux de patience ou d'adresse qui, en occupant leur esprit, les distraient de leurs souffrances.

Une tente d'une forme ronde a été réservée pour les officiers, qui se trouvent ainsi réunis. Nous avons vu là ingurgiter des aliments, au moyen d'une pompe, à l'un d'eux qui a eu la mâchoire fracassée, mais qui, par l'effet d'une heureuse opération, retrouvera la parole et guérira.

Ne sont pas moins bien installés les autres baraquements contenant la pharmacie et les salles réservées au personnel des docteurs et des aides.

Une visite des voitures de l'ambulance mériterait une mention spéciale pour le confortable qui a été apporté au transport des blessés et aux brancards commodes qui servent à les amener sous la tente.

La Société internationale a du reste reconnu et mis en pratique les diverses améliorations de ce service. A ce propos, je dirai que ces voitures sont les mêmes qui ont figuré à l'Exposition de 1867.

Nous n'avons plus à rendre hommage au dévouement des personnes attachées à l'ambulance ni au concours de la colonie américaine qui contribue à l'entretien de l'ambulance. Les bons soins qu'y reçoivent nos chers blessés en sont le meilleur témoignage.

En face de l'ambulance, une vaste maison sert d'établissement de convalescence à ceux qui sont guéris, et ils sont nombreux.

(*Le National.*)

XXIV. **Hygiène.** — La commission centrale d'hygiène publie cette nouvelle instruction :

Les citoyens ou les soldats que leur service appelle en ce moment aux remparts ou aux avant-postes ont à lutter contre une saison particulièrement rigoureuse. Il peut donc être utile d'examiner par quels moyens ils pourront se défendre contre les influences atmosphériques.

Le froid et l'humidité tiennent la place principale parmi les dangers qu'il s'agit de conjurer.

Tout d'abord les vêtements doivent être l'objet de soins tout particuliers. Ils doivent être tels qu'ils puissent soustraire les hommes aux transitions trop brusques de température.

De tous les tissus, les tissus de laine sont les plus efficaces.

Les hommes seront donc tous munis de ceintures de laine. Des chemises et des caleçons de même tissu seraient également très-utiles. En l'absence de chemises de laine, une seconde chemise, même de linge, serait un moyen efficace pour se garantir du froid. Il est très-important que les hommes pourvus de vêtements supplémentaires, capotes, manteaux, etc., ne les portent pas dans les corps de garde ou dans les baraquements. Conservés dans ces milieux, ils ne peuvent plus être aussi efficaces pour ménager la transition entre la température du lieu d'abri et la température extérieure.

De même, les hommes désignés pour les factions de nuit devront éviter, dans les heures qui précéderont ce service, de se tenir la figure devant des feux trop vifs. Leurs yeux pourraient, en effet, être affectés par une différence trop brusque et trop complète.

C'est très-légitimement, dans l'emploi de boissons variées, que les hommes exposés au froid et à l'humidité cherchent un moyen de se remonter et de se réchauffer. Il importe au suprême degré qu'ils soient bien convaincus que c'est dans l'élévation de la température de ces boissons beaucoup plus que dans la violence de leurs propriétés stimulantes qu'il faut avoir confiance pour atteindre le but que l'on se propose.

Aussi, le thé, le café léger, animés d'une très-faible quantité d'eau-de-vie ou de rhum, sont les boissons les plus convenables, et il serait désirable qu'on pourvût aux aménagements nécessaires pour en répandre l'emploi. Le café ainsi que le thé ne devraient pas être très-forts. Sous ces formes concentrées, ils sont nuisibles à l'estomac, qu'ils irritent. Et quant aux proportions d'eau-de-vie, de rhum, de kirsch ou de toute autre boisson alcoolique, la moitié d'un petit verre pour un verre de thé ou de café est une proportion très-suffisante. De même dans le thé, on pourra remplacer l'eau-de-vie par un peu de vin chaud, dans la proportion d'un tiers environ. Quant au vin, il est bon de ne pas employer les premiers vins venus et surtout ceux qui, désignés sous le nom de vins légers, sont souvent fort acides.

Le vin chaud bien sucré et additionné de cannelle constitue également une boisson utile, mais il faut savoir que la prudence veut encore qu'il soit mêlé d'au moins moitié d'eau quand il devra être pris chaud comme moyen de se défendre contre le froid.

Prendre, dans ce but, des boissons alcooliques pures et en forte proportion, c'est produire directement le contraire de ce qu'on veut obtenir. L'eau-de-vie pure, le rhum pur pris en une certaine quantité, abaissent, en définitive et en réalité, la température du corps, loin de l'élever. Le danger est même beaucoup plus grand avec l'absinthe, le vermouth et les autres boissons amères, dont l'usage doit être entièrement interdit et disparaître absolument des cantines. Il faut, en outre, bien savoir que par le froid il est plus facile de voir se manifester l'ivresse, qui, en même temps qu'elle dégrade moralement l'homme, qu'elle détruit son estomac et son foie, abat ses forces et paralyse la défense du pays.

Pour remédier à ce grave inconvénient, il serait désirable que les chefs de corps fissent disparaître ces échoppes et ces nombreux débits de boissons qui existent encore aux remparts et débitent des boissons alcooliques de médiocre qualité. Cette dernière mesure aurait encore l'avantage de diminuer le nombre des femmes suspectes qui hantent le rempart ou même de supprimer entièrement leur présence.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1870.

231. Morelot (Léon). De la valeur pronostique des éruptions miliaires dans le rhumatisme articulaire aigu.

232. Canton (Albert). De la paralysie générale des aliénés.

233. Braunberger (Jules). Essai sur les manifestations rhumatoïdes de la puerpéralité.

234. Lestage (Frédéric). De la phthisie pulmonaire dans ses rapports avec quelques maladies chroniques de la moelle.

235. Cespré (Th.). Des fistules uréthrales au périnée et au scrotum.

236. Froment (Anatole). De l'absorption cutanée.

M. le docteur Félix Rochard commencera ses conférences sur les maladies de la peau, samedi 15 juillet, et les continuera *les samedis*, à midi, à sa clinique, 1, rue Larrey.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments ou autres objets).

Des différentes formes de l'ovarite aiguë, par le docteur SCAGLIA. In-8 de 116 pages. — Prix broché : 2 fr.

Des rétrécissements de l'urèthre et de leur guérison radicale et instantanée par un nouveau procédé, la divulsion rétrograde, par M. le docteur MOREAU WOLF, chevalier de la Légion d'honneur. In-8°. — Prix : 3 francs.

Étude sur le diagnostic et le traitement chirurgical des étranglements internes, par M. le docteur LARGUIER DES BANCELS, ancien préparateur du cours d'anatomie chirurgicale de l'amphithéâtre des hôpitaux. In-8°. — Prix : 3 francs.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

N° 35. — JEUDI 23 MARS 1871. 44e ANNÉE. JEUDI 23 MARS 1871. — N° 35.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :

Trois mois. .	8 fr. 50 c.	
Six mois. . .	16	—
Un an. . . .	30	—

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 11 juillet 1871.

HOTEL-DIEU. — M. GUÉNEAU DE MUSSY.

Leçon clinique sur le diagnostic des affections du cœur et sur son évolution (1).

Autopsie faite par M. le docteur Fernet, interne de service. — Un épanchement puriforme, limité en arrière par l'adhérence de la face postérieure du poumon gauche avec les côtes, occupait la partie antérieure de la plèvre gauche et tenait en suspension un grand nombre de flocons pseudo-membraneux.

Le péricarde était distendu par une sérosite trouble.

Un exsudat mince, rougeâtre, recouvrait son feuillet viscéral.

Le cœur était très-volumineux, et son sommet était arrondi; le ventricule gauche offrait une épaisseur considérable. La valvule mitrale était épaissie, comme festonnée d'un bourrelet à son bord inférieur; les languettes terminales adhéraient aux tendons qui s'insèrent à leur base, et par conséquence cette valvule devait être insuffisante; mais cette adhérence avait pu se former pendant la durée de la pleurésie.

L'épanchement développé dans la partie antérieure de la cavité pleurale, qui avait rendu les bruits du cœur très-obscurs, avait pu empêcher de percevoir le bruit de souffle systolique à la pointe que cette insuffisance avait dû produire.

Les valvules aortiques étaient indurées, épaissies, exulcérées à *leur* centre. Sur la surface, des érosions s'élevaient des agglomérats fibrineux, moriformes. D'une de ces valvules pendait une petite languette néoplasique, dentelée comme une pétale de dianthus. Evidemment ces productions devaient oblitérer l'espace resté béant par la rigidité et le racornissement des valvules sigmoïdes.

Et on comprenait très-bien, en présence de ces lésions, que le bruit d'insuffisance ait disparu pour faire place à un bruit de frottement systolique.

La partie ascendante de la crosse aortique paraissait un peu dilatée, ce qui pouvait augmenter l'insuffisance des valvules; sa surface interne offrait, avec une couleur jaune chamois, un aspect mameloné.

Les parois du ventricule droit étaient épaissies.

Les valvules sygmoïdes pulmonaires étaient remarquablement amincies, comparables à des toiles d'araignée. L'une d'elle présentait même une petite perforation formée par une matière plasmatique. Le bruit de souffle au deuxième temps, qui avait son maximum derrière le sternum et à gauche de cet os, qui se propageait dans tout le côté gauche de la poitrine, et suivait la direction de la crosse aortique, ne pouvait évidemment être imputé à cette lésion.

Le sommet du poumon gauche offrait une coloration d'un rouge noirâtre, une densité considérable; il était friable cependant, et quand on le déchirait, il offrait une surface très-finement grenue, sur laquelle se dessinaient des lignes blanches, fibreuses, constituées par l'épaississement des cloisons interlobulaires.

Le foie avait un volume énorme; il renfermait une quantité considérable de matière grasse qui rend sa coupe onctueuse au toucher.

La rate avait au moins trois fois ses dimensions normales; elle renferme une bouillie noirâtre.

Nous avons là un remarquable exemple d'une insuffisance aortique qui a cessé; je ne dis pas qui a guéri, car c'est par les progrès mêmes de la maladie qu'elle a disparu. Est-il possible qu'il en soit autrement? Un processus réparateur pourrait-il amener une guérison efficace du trouble fonctionnel qui constitue l'insuffisance? Il est difficile de le concevoir. D'ailleurs cette insuffisance est liée à des altérations de l'appareil circulatoire dont elle est une dépendance, et si, en gênant les fonctions cardiaques, elle entraîne une action anormale du cœur qui peut en accroître les lésions, elle ne constitue cependant qu'un élément secondaire et comme un épisode de la maladie.

En outre, le procédé réparateur que nous avons observé chez notre malade n'est pas définitif; il constitue même un danger nouveau, car si nous trouvons sur la partie ulcérée des valvules sygmoïdes une petite languette organisée, membraneuse, fortement adhérente, nous y trouvons aussi, comme nous l'avions soupçonné pendant la vie, une concrétion molle, fibrineuse, qui peut être segmentée par le courant sanguin et fournir des embolies.

Cette transformation de l'insuffisance aortique en rétrécissement est probablement beaucoup moins rare que ne pourrait le faire supposer le silence des observateurs. Depuis trois ans j'en ai rencontré deux autres faits dont je vais faire une courte analyse.

Une dame de 34 ans environ me consultait, il y a quatre ans, pour une toux qui durait depuis longtemps sans altérer notablement sa nutrition. Sa constitution comme ses antécédents héréditaires la disposaient à la fois aux affections strumeuses et arthritiques. En même temps qu'une légère faiblesse du son et de la respiration, avec expiration prolongée sous la clavicule droite, on constatait un souffle très-fort au second temps, vers l'origine de l'aorte, se propageant sur le trajet des vaisseaux. Néanmoins, le muscle cardiaque fonctionnait régulièrement, et cette dame n'éprouvait aucun trouble de la fonction circulatoire. Elle avait seulement l'haleine un peu courte. Les Eaux-Bonnes firent justice de l'affection chronique, laissant subsister, quoique peut-être amoindries, les légères anomalies respiratoires que j'avais trouvées sous la clavicule droite, et qui avaient été reconnues quelques années auparavant par mon regrettable ami le docteur Michon.

Un an après, cette dame eut une affection rhumatismale, qui, mal dirigée et sous l'influence de conditions hygiéniques détestables et de son état constitutionnel, prit la forme chronique avec des exacerbations aiguës par intervalles. Dans une de ces exacerbations, le cœur fut touché par la fluxion rhumatismale, et à la suite d'une atteinte d'endopéricardite, je vis le bruit de souffle diminuer au point que, par moments, on ne le distinguait pas nettement, et remplacé par un bruit de souffle systolique rude et fort qui avait son maximum à la base et se propageait sur le trajet de l'aorte; en même temps le second bruit s'est dédoublé.

Cette dame vit encore, en proie à son affection articulaire, dont les douleurs sont notablement amoindries, mais qui l'a laissée complétement impotante. J'ajouterai que depuis l'attaque d'endocardite, au gonflement articulaire des membres inférieurs s'est ajouté un œdème considérable qui persiste depuis cette époque.

Enfin, j'ai observé une transformation analogue chez un jeune avocat que je soigne depuis deux ans, mais chez lequel la modification de l'insuffisance a coïncidé avec une aggravation considérable des troubles circulatoires.

Je reviendrai sur quelques-uns des phénomènes observés chez notre première malade, et qui serviront à étudier succinctement l'évolution des affections cardiaques.

Notre malade, avons-nous dit, était sujette aux migraines, et ses urines étaient habituellement sédimenteuses. Je regarde ces deux faits comme des présomptions considérables, sinon des signes certains d'une disposition arthritique. La malade n'a pu nous donner, sur la santé de ses parents, aucun renseignement qui aurait pu nous éclairer sur la nature de ses prédispositions diathésiques. L'arthritisme est la grande cause des affections cardiaques, non-seulement quand il est la cause prédisposante d'un rhumatisme articulaire compliqué d'endocardite, mais il produit directement des affections cardiaques ou plutôt cardiovasculaires sans l'intermédiaire d'une endocardite rhumatismale.

J'ai très-souvent observé des affections cardioartérielles dans les races goutteuses, et non-seulement la goutte imprime ainsi son cachet de génération en génération, mais elle tend souvent, dans chaque famille, à reproduire les mêmes localisations. Dans certaines races de goutteux, on verra se répéter les affections du cœur; dans d'autres, la gravelle; dans d'autres, les arthritides de la peau. J'ai dit les affections cardioartérielles plutôt que les affections du cœur, parce que, comme j'ai cherché à le démontrer, et comme je l'enseigne depuis une quinzaine d'années, il y a entre le cœur et les artères une solidarité physiologique qui se retrouve dans l'état morbide. On voit presque toujours, et surtout chez les arthritiques, l'artérite chronique ou, si on aime mieux, l'induration artérielle compliquer les lésions cardiaques.

Chez notre malade, nous avons signalé l'induration et les flexuosités des artères.

Je ne veux pas dire cependant que toutes les affections du cœur soient d'origine arthritique ou rhumatismale. J'admets que l'endocardite puisse se développer directement sous l'impression du froid ou par l'extension d'un travail inflammatoire développé dans la plèvre, le péricarde ou le poumon, ou par d'autres conditions morbides encore; mais je crois que ces causes extérieures ou ces foyers phlegmasiques voisins du cœur amèneront plus souvent des lésions cardiaques chez les sujets de races arthritiques que chez les autres.

Notre malade avait habitée longtemps un logement humide et froid; elle avait donc été placée dans des conditions qui peuvent produire directement des altérations cardioartérielles, et qui favorisent un grand nombre de manifestations arthritiques.

La toux, l'oppression, en un mot des troubles de la respiration ont été les premiers signes de l'altération du centre respiratoire; il en est ainsi dans les maladies du cœur gauche.

C'est derrière l'obstacle, en amont du courant, dans la circulation pulmonaire par conséquent, que les premiers troubles se font sentir. Pendant longtemps ce pourra n'être qu'un peu de toux et de sibilance après les exercices ou les mouvements exagérés, expressions d'une congestion passagère des bronches; puis cette congestion devient permanente, et avec elle la toux qui l'accuse et l'expectoration qui en est à la fois l'effet et la solution.

En parlant d'obstacle, je ne veux pas dire que dans l'immense majorité des cas le trouble mécanique produit par la lésion valvulaire suffise pour amener cette perturbation fonctionnelle; mais ce trouble mécanique, à une certaine époque de l'évolution des maladies du cœur, amène ces perturbations fonctionnelles et en détermine le siége et le caractère.

Quand la lésion valvulaire existe seule, à moins qu'elle ne soit portée à un degré tout exceptionnel, elle peut passer inaperçue. Combien souvent j'ai vu, chez des enfants, des insuffisances aortiques ou mitrales, accompagnées de souffles énormes qui ne les empêchaient ni de courir, ni de monter rapidement les escaliers, qui n'amenaient aucun trouble apparent ni dans la circulation pulmonaire, ni dans la circulation générale! Seulement, pour entretenir l'équilibre circulatoire, le cœur, dans ces circonstances, agissait avec un surcroît de vitesse et d'énergie, ce qui entraînait une accélération synergique des mouvements respiratoires. Des palpitations, une respiration courte et rapide témoignaient seules alors de l'altération grave du mécanisme cardiaque.

Chez la dame dont j'ai esquissé rapidement l'histoire, il est probable que l'insuffisance aortique datait de l'enfance; en tout cas, elle remontait à une époque éloignée; plusieurs médecins l'avaient constatée, et à part un peu de brièveté de l'haleine, la malade n'en avait pas conscience. Mais quand le muscle cardiaque est lesé, quand les vaisseaux, altérés, cessent de réagir sur la colonne sanguine et ne prêtent plus au cœur leur action auxiliaire, alors se développe toute cette série de phénomènes morbides qui constitue la symptomatologie des affections du cœur.

Hope avait insisté sur ce rôle dominant des lésions ventriculaires et auriculaires, et il avait affirmé que l'équilibre fonctionnel se maintenait tant que le muscle cardiaque n'était pas altéré. Stokes et l'école de Dublin avaient adopté cette opinion. L'école française, qui a l'honneur d'avoir découvert les bruits morbides du cœur et la relation de ses maladies avec le rhumatisme, tendait à subordonner au trouble mécanique des valvules toute l'évolution et les symptômes de ces affections.

Aussi quand Beau soutint en France la doctrine de Hope sous la forme originale dont il revêtait toutes ses idées, il crut avoir fait une découverte. Il donna une dénomination plus pittoresque que rigoureusement exacte au fait signalé par Hope, et la doctrine de l'asystolie fut constituée.

Il est certain que le trouble mécanique déterminé par les lésions valvulaires exige pour maintenir l'équilibre circulatoire un surcroît d'action du cœur; que ce surcroît d'action, qui constitue une anomalie ou au moins une exagération fonctionnelle doit nécessairement modifier la nutrition de l'organe. Suivant l'état constitutionnel, suivant les conditions hygiéniques, cette action exagérée pourra aboutir à des modifications nutritives diverses.

Le plus souvent elle amènera un développement plus considérable du muscle cardiaque en rapport avec ses nécessités fonctionnelles, comme il arrive pour tout muscle soumis à un surcroît d'action, pourvu toutefois que cette action ne soit pas excessive. C'est une hypertrophie de compensation; mais il est bien difficile que l'entraînement nutritif s'arrête dans ces limites. Toutes les circonstances infiniment nombreuses qui exagèrent le mouvement circulatoire, augmentent le trouble mécanique qui résulte de la lésion valvulaire, et imposant au cœur de plus grands efforts, tendent à exagérer l'hypertrophie et à lui faire dépasser les exigences de la circulation normale.

(1) Suite. — Voir le dernier numéro.

Alors l'équilibre est rompu, les troubles fonctionnels commencent. D'ailleurs, la nutrition, en devenant plus active, ne conserve pas indéfiniment, en général son type physiologique.

La diathèse qui a produit la lésion des valvules a pu modifier en même temps les fibres musculaires, et dans tous les cas peut intervenir ultérieurement pour en altérer la texture; l'âge, toutes les causes qui affaiblissent l'action nerveuse et peut-être même l'épuisement produit par l'excès et la durée de la lutte peuvent amener des altérations de nutrition. Souvent alors le rhythme des mouvements du cœur s'altère; ils s'accélèrent d'abord, puis deviennent irréguliers; leur ralentissement anomal témoigne de l'affaiblissement et souvent de la dégénérescence graisseuse de de ses parois. Quelle que soit la cause intime de cette modification, elle s'accomplit ordinairement au bout d'un temps plus ou moins long. Chez les malades qui succombent à des affections du cœur, nous ne retrouvons pas ordinairement la fibre musculaire cardiaque avec ses caractères normaux.

Le plus souvent, en même temps qu'il est modifié dans son volume, il présente dans sa texture des changements qui doivent influer sur son action.

Parmi les phénomènes morbides qui dépendent du trouble de la circulation, nous avons noté les vertiges, les tintements d'oreilles, les éblouissements qui accusent très-probablement des congestions de l'encéphale. Les épistaxis ne sont pas rares dans les affections du cœur, et sont un témoignage de ce mouvement congestif. Du reste, dans tous les organes, la gêne de la circulation centrale retentit sur le système capillaire; la face est injectée; les petits vaisseaux des joues présentent un état variqueux qui est un des signes extérieurs de la maladie, mais qui peut dépendre aussi d'un travail fluxionnaire local longtemps prolongé, comme on l'observe à la suite de certaines affections cutanées, ou d'une habitude congestive de la face, comme cela a lieu chez les ivrognes.

Les lèvres tôt ou tard deviennent livides; la langue prend une coloration plus foncée, quelquefois ses papilles sont turgescentes, ou ses bords sont festonnés d'une sorte de dentelure noirâtre, formée par la dilatation des petits vaisseaux. Les yeux deviennent saillants, le cou se dilate par le développement de ses veines. Assez souvent des réseaux vasculaires se dessinent sur la poitrine. Les vaisseaux hémorrhoïdaux se gonflent et forment des bourrelets saillants autour de l'anus. Ce développement exagéré du système veineux se retrouve dans les membres inférieurs, en même temps les artères subissent ces altérations dont j'ai déjà parlé, elles s'indurent, en s'allongeant, elles deviennent flexueuses, et ne peuvent plus accomplir sur le courant sanguin leur action synergique à celle du cœur.

Dans les organes intérieurs, cette congestion, ces désordres circulatoires sont encore plus prononcés.

(A suivre.)

DOCUMENTS

POUR SERVIR A L'HISTOIRE DU MOUVEMENT SCIENTIFIQUE PENDANT LE SIÉGE DE PARIS (1).

XXV. **Académie de médecine.** — L'Académie tient séance.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 13 décembre 1870. — Présidence de M. DENONVILLIERS.

PRÉSENTATION.

M. BÉCLARD présente, au nom de M. Payen, une *Note sur les moyens d'utiliser au profit de l'alimentation la matière grasse et le tissu organique des os.*

Il donne ensuite lecture de la note suivante de M. Payen :

« Quelques particularités, non dépourvues d'intérêt au point de vue physiologique et chimique, peuvent être ajoutées à la note que j'ai l'honneur d'offrir à l'Académie. Elles sont relatives aux différences qu'offrent les propriétés des substances grasses extraites du tissu adipeux entre les muscles, comparées avec celles qui se trouvent dans les cavités osseuses du même animal. Ces différences sont encore plus grandes si l'on compare ces matières dans deux espèces distinctes.

« Dans les tissus adipeux du bœuf, le point de fusion du suif a varié de 35 à 37 et 40 degrés; dans les os longs, la moelle était fusible à 46 degrés, tandis que dans les parties spongieuses des bouts renflés des mêmes os la substance grasse (extraite par l'eau bouillante) se liquéfiait à 32°,05.

« Les tissus adipeux du cheval ont donné une graisse huileuse fusible à 17°,05, variable suivant le dépôt de graisse solide qu'elle forme parfois. La moelle des os longs présentait un point de fusion de 16°,5, tandis que la substance huileuse extraite des bouts renflés et spongieux des mêmes os était liquide à la température ordinaire. Elle demeure fluide à zéro et jusqu'à 6 ou 7 degrés au-dessous. Maintenue ensuite plusieurs heures à la température de 7 degrés au-dessus de la glace fondante, elle se prend en une masse translucide de faible consistance.

« Les caractères tout particuliers de la substance grasse extraite des parties spongieuses des os près des articulations me semblent dignes d'intérêt.

« C'est encore une particularité remarquable que le léger arome agréable exhalé par les graisses de cheval, même durant plusieurs jours après leur extraction, tandis que, dans des conditions semblables, les substances grasses des différents tissus du bœuf et du mouton ont une odeur de suif plus ou moins prononcée.

« Je puis ajouter que, depuis la première publication des expériences précitées, les graisses et huiles de cheval, ainsi que les produits gras améliorés par elles, sont dès aujourd'hui largement entrés dans la consommation alimentaire. »

LECTURE

Gravité exceptionnelle du pronostic des lésions traumatiques et des opérations chirurgicales chez les alcooliques. — M. VERNEUIL. Il y a quelques semaines, je proposais à l'Académie la reprise d'une discussion interrompue sur la pyohémie. La triste perspective de combats meurtriers en faisait une question d'actualité.

Il fut répondu que, dans la disposition présente des esprits, il était impossible d'aborder un sujet si vaste, si controversé, si difficile.

Depuis cette époque, vous avez, sans oublier vos angoisses patriotiques, recouvré un calme apparent, et poursuivi, sinon avec ardeur, au moins avec sang-froid, le cours accoutumé de vos travaux; j'ai donc pensé que vous accorderiez votre attention à une question tout aussi importante, tout aussi actuelle que celle dont vous avez décidé l'ajournement, mais beaucoup plus circonscrite et n'exigeant ni lectures nombreuses, ni expérimentations nouvelles, ni travail minutieux de clinique. A l'observation clinique revient surtout la tâche de résoudre les problèmes que je vais vous soumettre. Vous y parviendrez sans peine en interrogeant vos souvenirs et en considérant de plus près des faits trop communs pour vous avoir échappé, mais sur lesquels votre attention ne s'est point sans doute assez appesantie.

Je formule d'abord la proposition fondamentale de cette note : *Le pronostic des lésions traumatiques présente, toutes choses égales d'ailleurs, une gravité exceptionnelle chez les sujets entachés d'alcoolisme chronique.*

Si la proposition est démontrée, nous aurons à rechercher d'abord les causes de cette gravité, puis les moyens de l'atténuer autant que possible.

Ce qui est vrai des blessures accidentelles, l'est tout autant des opérations chirurgicales. Nous aurons donc à voir encore :

1° Jusqu'à quel point la notion acquise peut influencer les indications et contre-indications opératoires;

2° Jusqu'à quel point les opérations pratiquées chez les alcooliques peuvent prendre place dans les statistiques générales destinées à juger la valeur relative et absolue des procédés et méthodes opératoires.

Je vous ai annoncé un sujet circonscrit, et voici que je trace un programme étendu. Mon but étant de signaler l'importance de la question, j'ai dû en montrer les faces diverses; il dépendra de vous de la restreindre ou de l'embrasser dans son entier.

L'actualité n'est point douteuse, puisque, parmi les faits que je vais prendre comme texte à commentaires, deux sont relatifs à des blessures par armes de guerre et ont été observés dans ces derniers temps.

Développons d'abord la proposition fondamentale.

Depuis une vingtaine d'années, d'admirables recherches ont été entreprises sur l'alcoolisme, fléau redoutable de notre époque, endémie de jour en jour plus envahissante, qui, pour frapper sporadiquement les sociétés modernes, soi-disant civilisées, ne les décime pas moins que les épidémies les plus meurtrières.

Les hygiénistes et les médecins, aussi bien comme moralistes ou philosophes que comme savants, ont insisté et insisteront sans cesse sur les ravages toujours croissants de l'alcool et de ses composés. Ils ont décrit toute une pathologie spéciale que la nature, malgré sa funeste fécondité, n'aurait jamais créée et que l'homme seul a eu la folie de s'imposer.

Ils ont montré que, à la manière des agents toxiques les plus nuisibles et les plus tenaces, l'alcool altérait à la longue tous les éléments anatomiques, tous les tissus, et modifiait toutes les propriétés organiques; que cette ruine pouvait s'accomplir silencieusement, sournoisement, de sorte qu'un beau jour l'édifice, miné molécule à molécule, s'effondrait sous l'effort de la moindre cause occasionnelle. Ils ont prouvé que l'alcoolisme devait être rangé parmi les états constitutionnels, à côté de la syphilis, de la scrofule, de l'arthritisme, etc., et que, plus grave encore que ces maladies générales, il place l'organisme dans une situation des plus précaires et sous l'imminence d'accidents trop souvent mortels.

Ils sont allés plus loin encore en indiquant, sans y insister il est vrai, que la moindre lésion traumatique pouvait acquérir chez l'ivrogne une gravité exceptionnelle.

La séparation si malheureuse de la pathologie en deux sections, médicale et chirurgicale, ne permettait plus à nos confrères, médecins proprement dits, d'en dire davantage; mais on ne peut leur reprocher une lacune dont la responsabilité retombe de tout son poids sur les chirurgiens.

Ceux-ci, il faut bien l'avouer, sont restés muets; par indifférence ou par toute autre cause, ils n'ont pas pris part à la discussion, et, si l'on arguait de leur silence, on pourrait croire que l'intoxication alcoolique et les lésions traumatiques, alors qu'elles coexistent, ne s'influencent nullement.

Quelques observations éparses dans les recueils périodiques font bien allusion à cette influence; mais les livres classiques, qui devraient, à défaut de descriptions complètes, mentionner au moins les points nouveaux de la science, ne renferment à peu près rien.

Le seul côté entrevu est relatif au délire qui éclate parfois chez les blessés et les opérés. On sait que Dupuytren l'a décrit sous le nom de *délire traumatique*, mais qu'il en a méconnu tout à fait la nature. Léveillé a été plus perspicace, ainsi que Roberts; mais tout ce bagage est bien léger, et d'ailleurs fort incomplet. Si les chirurgiens avaient, en réalité, voulu s'occuper de la question, ils l'auraient étudiée à deux points de vue :

1° Ils auraient recherché comment les lésions traumatiques agissent sur la constitution générale des ivrognes, 2° et réciproquement, quelles modifications l'état antérieur d'alcoolisme apporte à la série des phénomènes réparateurs ou destructeurs dont les blessures deviennent inévitablement le siége, pour s'acheminer vers la guérison ou pour entraîner la mort.

Ce rapport réciproque me préoccupe depuis plusieurs années. En 1867, dans une communication faite au Congrès de Paris, j'en parlais incidemment, car j'avais déjà constaté bien souvent l'issue fatale des blessures et opérations chez les ivrognes, qui se rencontrent en si grand nombre dans nos services de chirurgie.

Depuis cette époque, mon attention, constamment éveillée, a recueilli bien d'autres preuves, et mes convictions se sont affermies.

Certes, je tiens le plus grand compte des conditions d'insalubrité si évidentes du milieu nosocomial; je déplore l'encombrement et la dissémination des germes morbides; mais, conjointement et parallèlement à ces causes d'insuccès et d'accidents, je place sans hésiter l'état organique déplorable qu'engendre l'abus de l'alcool chez nos clients habituels de l'hôpital.

C'est pourquoi j'affirme hautement qu'un bon nombre de nos revers doit être attribué à cette cause, dont la fréquence extrême, si elle est soupçonnée, n'est à coup sûr point exprimée en des termes assez énergiques, et, notez-le bien, ce n'est pas seulement dans les cas de cachexie alcoolique, d'ivrognerie avérée et invétérée que ces résultats lamentables s'observent. On voit tous les jours, chez des hommes de quarante à soixante ans, à forte constitution, à charpente athlétique, à santé inébranlable, suivant leur dire, durs à la fatigue, ardents au travail comme au plaisir, on voit, dis-je, les moindres blessures devenir, en dépit de la thérapeutique la plus rationnelle, le point de départ d'accidents graves que rien ne peut entraver : lymphangite, phlegmons diffus superficiels ou profonds, érysipèle de mauvaise nature, sphacèle envahissant, hémorrhagies consécutives; le tout accompagné de fièvre intense, de septicémie rapide, de délire furieux, puis à l'intérieur de congestions et de phlegmasies viscérales à marche foudroyante.

Si chez ces mêmes sujets la lésion primitive présente une grande étendue ou des désordres profonds, comme dans les contusions violentes, l'écrasement des membres, les fractures compliquées, etc., la mort peut survenir en quelques heures, deux ou trois jours au plus, sans qu'on ait pu constater le développement de ces accidents locaux énumérés plus haut. A l'autopsie, on ne trouve souvent dans les viscères aucun désordre de date récente, mais seulement les lésions anciennes imputables à l'alcoolisme, c'est-à-dire l'épaississement des méninges, l'induration cérébrale, la teinte ardoisée de l'estomac, les dégénérescences granuleuses ou graisseuses du foie ou des reins, etc.

Cet état antérieur des viscères réagit non-seulement sur les plaies ouvertes, mais encore sur des affections chirurgicales dans lesquelles les dégâts traumatiques sont très-peu prononcés et les sacrifices opératoires fort restreints.

J'ai traité, dès leur début, deux cas de pustule maligne, très-circonscrites, siégeant à la main et à l'avant-bras; j'employai la cautérisation avec vigueur, de façon à détruire sûrement le foyer virulent. Le mal ne fut point arrêté, un gonflement énorme s'empara rapidement du membre tout entier, de nouvelles eschares se formèrent, le délire furieux s'alluma et la mort termina la scène en quarante-huit heures environ. Dans les deux cas, les sujets, employés à l abattoir Rochechouart, étaient d'une vigueur exceptionnelle, âgés de quarante à cinquante ans, mais buveurs émérites. L'étranglement herniaire, lésion purement mécanique en apparence, est difficilement curable chez les ivrognes. La kélotomie, si efficace chez les sujets ordinaires lorsqu'elle est pratiquée en temps opportun, ne réussit presque jamais chez les alcooliques. La levée de l'étranglement n'arrête ni ne prévient la péritonite, et les malades succombent bientôt après dans l'agitation ou dans la prostration.

Enfin, est-il besoin de rappeler que les fractures simples, les plus bénignes en apparence et portant sur le péroné, la rotule, la clavicule, comme j'en ai vu des exemples, provoquent parfois chez ces malheureux une attaque de *delirium tremens* qui les enlève en deux ou trois jours ? Certainement, vous avez tous vu des cas semblables et vous devez vous étonner avec moi qu'ils n'aient encore été l'objet d'aucun travail d'ensemble.

Ce travail existe pourtant, mais seulement depuis une année à peine. Mon élève et ami le docteur Péronne a, sur mes instances, choisi pour sujet de thèse : *L'alcoolisme dans ses rapports avec le traumatisme.* Cette œuvre est magistrale et par le fond et par la forme. C'est une monographie remarquable que j'ai présentée naguère à l'Académie. La communication que j'ai l'honneur de vous faire aujourd'hui confirme et complète peut-être les données établies par M. Péronne. Je reviens sur ce sujet, parce qu'une thèse, si bien faite qu'elle soit, n'a qu'une publicité restreinte et risque d'être longtemps oubliée. C'est dans une compagnie comme la vôtre que les grandes questions retentissent et que les grandes difficultés s'aplanissent; or, M. Péronne, comme l'instigateur de son travail, a laissé beaucoup de points indécis et, entre autres, le meilleur moyen de conjurer et de combattre les accidents si formidables de l'alcoolisme chez les blessés. Si mon appel est entendu, vous pourrez jeter sur cette question une vive lumière et faire cesser mainte incertitude.

La thèse de M. Péronne renferme près de trente observations, la plupart inédites; quelques-unes m'appartiennent ou ont été recueillies dans mon service et sous mes yeux. Je pourrais les reprendre; mais les cas de ce genre sont si communs que j'ai pu sans peine, et dans l'espace de quelques jours, en colliger une nouvelle série.

Je vais vous en donner une analyse sommaire :

OBS. I. — *Contusion et déchirures du foie, des reins et de la capsule surrénale. — Hématocèle péri-rénal du côté droit. — Mort rapide. — Stéatose ancienne du foie, pneumonie à gauche.*

Un cocher de fiacre, âgé de 57 ans, est apporté à l'hôpital Lariboisière dans la nuit du 31 octobre dernier. Deux heures auparavant, dans un état d'ivresse, il est tombé de son siége sur le côté droit. A peine relevé, il se plaint d'une oppression très-vive et d'une violente douleur dans l'hypochondre droit. L'interne de garde, soupçonnant une fracture des dernières côtes, fait appliquer dix ventouses scarifiées et prescrit une potion calmante. La nuit fut très-mauvaise. Le lendemain, à la visite, le calme est à peu près rétabli. X.... est robuste et jouit d'un embonpoint marqué. Son intelligence est nette; il affirme être bien portant d'ordinaire, mais reconnaît sans difficulté son goût pour les boissons alcooliques. Le visage est

---

(1) Suite. — Voir le dernier numéro.

très-pâle, couvert de sueur, le pouls petit, fréquent, déprimé; l'oppression et l'anxiété sont extrêmes.

L'examen, quoique pénible, permet d'écarter l'hypothèse d'une fracture de côte. Le poumon et la plèvre de ce côté sont indemnes. La douleur, très-intense et que le moindre attouchement exaspère, siége plus bas, au niveau de l'hypochondre droit et de la région lombaire; elle s'irradie à la moitié correspondante de l'abdomen, qui est tendu et ballonné. Soif vive, quelques nausées, point de selles. L'urine, rendue en petite quantité, n'a pas été recueillie. Je diagnostique une contusion du foie ou du rein droit, des deux peut-être, et, en raison des antécédents du sujet, je porte d'emblée un pronostic très-grave, soupçonnant bien que les viscères contus sont le siége d'altérations antérieures.

Dix ventouses nouvelles sur le flanc droit, cataplasmes sur le ventre, lavement laxatif. Boissons délayantes. *Dix* centigrammes d'opium fractionnés.

La journée se passe tant bien que mal sans amélioration ni aggravation; un peu de délire la nuit.

Le lendemain matin, 2 novembre, le ventre, plus ballonné que jamais, est indolent à gauche, très-douloureux à droite au niveau du foie et du rein. Nausées sans vomissements. Constipation; le lavement de la veille a été rendu sans matières, il ne renfermait pas de sang. Soif vive, inappétence absolue, langue sèche et couverte d'un enduit brunâtre, face vultueuse non grippée, pouls petit, très-fréquent sans concentration. Nulle trace d'ictère.

L'examen des urines offrait un grand intérêt. La somme totale rendue en vingt-quatre heures est très-minime, à peine 300 grammes, d'une couleur orangée; elle ne renferme ni sang, ni suc, ni albumine. Les envies d'uriner sont très-fréquentes, et comme le malade se dit atteint d'une ancienne affection des voies urinaires et de dysurie habituelle, j'explore l'appareil. Le cathétérisme et l'exploration par le rectum ne révèlent aucun obstacle du reste. La vessie est vide. Il y a donc diminution très-notable de la sécrétion.

D'après cet ensemble de symptômes, je m'arrête à l'idée d'une contusion rénale avec néphrite commençante et anurie. L'oppression augmentant, la poitrine est examinée à nouveau; on ne trouve rien à droite. Mais à gauche, au niveau de la base du poumon, du souffle et du râle sous-crépitant sont perçus dans une étendue d'un diamètre carré. Il y a là un point de pneumonie, ou tout au moins de la congestion pulmonaire.

L'état général interdit toute émission sanguine et les douleurs abdominales contre-indiquent les vomitifs. Je prescris l'huile de ricin, de nouvelles ventouses à peine scarifiées, un large vésicatoire sur le côté gauche du thorax.

Tout reste inefficace; une selle abondante n'amène pas même de soulagement.

La mort arrive dans la nuit, cinquante heures à peine après l'accident.

Autopsie. — Intestins très-distendus. Nulle trace de péritonite. Suffusion sanguine sous-péritonéale dans la région lombaire droite. Ecchymose du mésocôlon et du côlon ascendant dans l'étendue de 7 à 8 centimètres. L'intestin n'est que contusionné.

Le rein droit est entouré de sang infiltré dans son atmosphère et formant même en arrière un véritable foyer. Ce sang, en partie fluide, en partie coagulé, est très-noir et ne renferme aucun vestige de pus. En recherchant la source de l'épanchement, on découvre à la face postérieure du rein, un peu au-dessus du hile, une déchirure transversale de 3 centimètres de longueur, de 4 à 5 millimètres de profondeur, à bords légèrement écartés et remplis d'un caillot noir et adhérent.

Plus haut, la capsule surrénale semble perdue au milieu des caillots; ceux-ci entraînés, on constate une lésion rare et grave de cet organe. La capsule semble d'abord au moins double de volume. Son centre, en effet, est occupé par un caillot solide, gros comme une amande verte, en plusieurs endroits. Le tissu glandulaire est déchiré, un fragment de la glande est même complétement détaché et flotte au milieu de l'épanchement sanguin.

Le foie présente des lésions analogues; d'abord une longue fissure à la face inférieure, puis une déchirure plus large et plus profonde sur le bord postérieur; enfin, à diverses distances de ce bord et dans l'épaisseur de l'organe plusieurs foyers de contusion irréguliers et de dimensions qui varient entre quelques millimètres et 2 ou 3 centimètres. Fissure, déchirure et foyers interstitiels tous remplis de caillots très-noirs, très-adhérents, confondus à leurs limites avec le parenchyme hépatique.

Quant au foie lui-même, il est très-volumineux et offre un type accompli de la dégénérescence graisseuse; aussi les diverses coupes au niveau des foyers sanguins reproduisent exactement l'apparence que donneraient (qu'on me passe cette comparaison) des tranches de pâté de foie gras truffé.

La néphrite que j'avais admise n'existait pas; mais les deux reins présentaient à égal degré des traces non douteuses d'altérations anciennes. Adhérences de la capsule fibreuse qui, de distance en distance, offre des épaississements et des taches blanches. Kystes multiples disséminés à la surface et dans la profondeur. En plusieurs points, dépression atrophique de la substance corticale; un grand nombre de *tubuli* remplis çà et là de granulations graisseuses, etc.

Plèvre et poumon droit sains, sauf un peu de congestion de ce dernier. A gauche, congestion générale beaucoup plus intense; puis, au point où nous avions soupçonné la pneumonie, ramollissement rouge passant même à son centre à l'hépatisation grise.

La cavité crânienne n'a pas été ouverte.

En résumé, contusion de viscères antérieurement altérés, et altérés évidemment par l'action de l'alcool; pneumonie intercurrente, cause très-probable de la mort.

Voici encore un exemple de mort rapide; mais cette fois la lésion traumatique atteignait exclusivement des organes externes.

Obs. II. — *Fracture de l'humérus droit par coup de feu. — Symptômes graves d'alcoolisme. — Mort rapide, sans complications locales apparentes.*

M. W..., 53 ans, de taille élevée, de constitution athlétique, est blessé au bras dans la nuit du 19 novembre, vers minuit. Il est amené à l'hôpital Lariboisière, à deux heures du matin. L'interne fait un pansement et fixe le membre dans une gouttière. Le blessé, qui paraissait très-fatigué, mais à peu près de sang-froid, s'endort et finit la nuit sans grande agitation.

Le 20 novembre, au matin, je constate : une large plaie à la partie externe du bras droit, au niveau de l'insertion du deltoïde; une seconde plaie moins étendue à la face interne du bras en arrière du faisceau vasculo-nerveux, au niveau du chef interne du triceps. Les deux plaies, siégeant à peu près à la même hauteur, sont réunies par un canal direct très-large et dans lequel on pourrait passer sans peine deux doigts réunis.

L'humérus a été brisé en éclats par le projectile.

Point d'hémorrhagie notable, point de gonflement au pourtour des plaies ni dans l'épaisseur du membre, le pouls radial persiste, aucun nerf important n'a été lésé.

Le blessé n'accuse guère de douleurs, même pendant l'exploration de la plaie. Il jouit de toute son intelligence, mais semble se préoccuper médiocrement de l'accident; du moins il ne manifeste ni crainte pour le présent, ni inquiétude pour l'avenir.

Il dit avoir été frappé au moment où il rentrait paisiblement chez lui. Il ne connaît pas l'agresseur et pense avoir été frappé de loin, car ayant entendu une détonation d'arme à feu et se sentant atteint, il ne vit autour de lui aucun homme armé. Il ajoute que, quelque temps après, il a été secouru par plusieurs personnes, qui l'ont conduit à l'hôpital.

Ce récit était peu vraisemblable. Tout indiquait que le coup avait été tiré de très-près avec une arme de gros calibre, car un projectile volumineux était seul capable d'avoir causé une perte de substance aussi énorme.

W.... était probablement en état d'ivresse, il le nie et avoue seulement qu'il avait pris dans la soirée deux ou trois verres de bière. A son entrée à l'hôpital il était, au dire de la sœur de service, à peu près à l'état normal.

Le blessé, comme je l'ai dit, est de constitution herculéenne.

Il s'exprime avec facilité et dans des termes choisis. Il m'apprend, qu'ancien fonctionnaire public en province, il est venu à Paris prendre un cabinet d'affaires et qu'il est fort actif et fort occupé. Sa santé est excellente et peut braver tout. Il mange peu et ne se plaint que de quelques troubles gastriques à son réveil. Malgré ces renseignements vagues, je soupçonnai fortement le blessé d'être adonné à la débauche.

Le visage en porte l'empreinte, et la parole rapide, un peu saccadée, trahit une excitation cérébrale que le médecin seul est apte à reconnaître. Le récit de l'accident est évidemment inexact. Enfin, la source principale de mon hypothèse se tire du changement de position indiqué par le blessé. Sans méconnaître les coups immérités de la fortune, il faut bien avouer que les déchéances sociales sont bien souvent le fait de l'inconduite. Or, l'abandon d'une profession honorée et fructueuse en province pour des opérations souvent douteuses dans la grande ville ne plaide pas d'ordinaire pour la moralité du personnage.

Bref, avec le diagnostic de l'alcoolisme très-arrêté dans mon esprit, je portai le diagnostic le plus grave.

Pour n'y plus revenir, je dirai que mon accusation n'était que trop fondée. J'ai appris, en effet, par la famille de W..., qu'il était très-débauché, et qu'avec tous les éléments du bonheur matériel et moral, il menait la vie la plus déréglée; il avait déserté son domicile depuis deux jours entiers quand il a été frappé, sans doute à la suite d'une rixe, dans un quartier mal famé.

Nonobstant ces conditions, il fallait prendre un parti chirurgical. L'expectation ne promettait rien de bon. La désarticulation de l'épaule était une mesure bien radicale, puisque nerfs et vaisseaux étaient respectés. Je pris un terme mixte.

Je débarrassai le trajet des nombreuses esquilles détachées et projetées de toute part dans les masses musculaires et les interstices celluleux circonvoisins. J'émoussai avec la scie à chaîne et la pince de Liston les extrémités aiguës des fragments supérieur et inférieur. Un gros drain fut passé dans le trajet pour assurer l'écoulement facile des fluides. Enfin le bras fut convenablement assujetti dans une gouttière coudée.

Pendant le cours de l'opération, j'avais constaté une particularité de mauvais augure : je veux parler d une crépitation emphysémateuse dans la gaîne des vaisseaux à plusieurs centimètres de distance de la plaie. J'expulsai ces gaz à l'aide de pressions douces et j'appliquai un bandage méthodiquement roulé sur l'avant-bras et la partie inférieure du bras.

Le chloroforme avait été administré, mais le sommeil ne fut obtenu qu'avec peine et après une agitation violente et prolongée. Nouvel indice d'alcoolisme (1). La journée se passa sans accident notable. Le blessé fut cependant tourmenté par une soif vive et quelques vomissements, mais il n'accusait point de douleurs au siége de l'opération. A six heures la fièvre était vive, la température à 39 degrés. W.... me demanda avec instance une préparation narcotique pour avoir du sommeil, dont il était privé depuis plusieurs jours, disait-il. A neuf heures Mme W..., ayant appris l'accident survenu à son mari, vint le voir à l'hôpital. Il est probable que cette visite agita le blessé, qui, assez tranquille jusqu'alors, commença bientôt à délirer et passa une très-mauvaise nuit. Il tenta à plusieurs reprises de sortir de son lit, défit son pansement et fut en proie à la plus vive agitation, que n'apaisèrent ni *dix* centigrammes d'extrait thébaïque, ni une potion avec *deux* grammes de chloral.

Le 21, au matin, l'état général semblait meilleur. Le blessé avait la parole brève, mais ses réponses étaient claires et précises; il ne souffrait plus et la plaie n'était point enflammée. Cependant la température avait encore monté, et le pouls, faible et précipité, battait 130 fois; à quatre heures on ne pouvait plus le compter. La face était pâle, les extrémités froides. La mort survint à neuf heures du soir, quarante-six heures environ après l'accident, trente cinq heures après l'opération. L'agonie, de courte durée, fut calme. C'est l'embarras progressif de la respiration qui termina la scène.

L'autopsie ne fut pas autorisée; elle eût, sans aucun doute, révélé des lésions viscérales anciennes. Je ne pus que constater l'habitus extérieur. Le ventre était ballonné; malgré la saison froide, la décomposition cadavérique marchait déjà avec rapidité. La plaie, du reste, n'était le siége d'aucun travail inflammatoire ni réparateur; ses bords étaient flasques et livides et la suppuration était à peine ébauchée.

A défaut d'autopsie, les antécédents établissaient nettement l'existence de l'alcoolisme, que j'ai vu déjà plusieurs fois amener la mort aussi promptement et avec le même cortége de symptômes.

Dans les deux observations qui suivent, la terminaison fut moins rapide. Les plaies devinrent le point de départ d'accidents bien connus, c'est-à-dire de phlegmons qui ne furent conjurés par aucun des moyens usités en pareils cas. L'inflammation traumatique ne sut pas se borner, elle s'étendit sans relâche, et les opérations radicales, l'amputation de la jambe et du bras, employées comme dernière ressource, ne firent peut-être que hâter le dénouement.

Cette forme de mort lente ou du moins retardée est la plus commune : on l'attribue volontiers à des complications fortuites comme peuvent en offrir toutes les lésions traumatiques. Mais, en réalité, c'est la constitution des sujets qui la prépare et la rend souvent inévitable.

Obs. III. — *Fracture de l'astragale par coup de feu. — Extirpation de cet os. — Fusées purulentes. — Phlegmon profond. — Amputation au tiers supérieur de la jambe. — Pyohémie. — Mort.*

B..., 45 ans, teinturier, blessé le 17 novembre, entre à l'hôpital Lariboisière le lendemain. C'est un homme de petite taille, assez chétif, au teint blafard. Etant allé marauder près de Saint-Denis, il a reçu au pied gauche une balle, qui a traversé le tarse un peu en avant des malléoles. De la situation des orifices, je conclus que l'astragale a dû être atteint. Les tendons ont été ménagés, car le blessé, qui d'ailleurs paraît peu sensible à la douleur, exécute tous les mouvements du pied.

L'exploration avec le petit doigt permet de constater dans le trajet de nombreux fragments osseux, que je me dispose à enlever après avoir débridé les plaies d'entrée et de sortire. J'extrais, en effet, la tête de l'astragale en plusieurs pièces; mais m'étant aperçu chemin faisant que l'articulation tibio-tarsienne était ouverte à sa partie antérieure, je crus utile d'enlever le reste de l'os, opération qui m'a déjà donné de bons résultats. La manœuvre est assez laborieuse; mais, dès qu'elle est terminée, la plaie, largement ouverte, permet au pus un écoulement facile, que j'assure d'ailleurs à l'aide de deux drains volumineux. Le membre est convenablement assujetti dans une gouttière.

Les plaies sont remplies de charpie alcoolisée, et des compresses mouillées du même liquide recouvrent le pied et la partie inférieure de la jambe.

L'opération avait été pratiquée à quatre heures du soir. La nuit fut agitée, et le malade eut le délire pendant quelques heures.

Le lendemain matin, il était calme, insouciant, presque gai; il n'accuse aucune douleur, et, malgré ma défense, agite continuellement ses orteils pour me montrer que tout va bien. La fièvre est modérée, l'appétit conservé.

Les jours suivants se passent bien, quant à l'état général. Le sommeil seul fait défaut, en dépit de l'opium, donné à la dose de *dix* centigrammes.

L'état local est moins satisfaisant. Les plaies sont blafardes, recouvertes d'un enduit grisâtre et ne se détergent pas. La suppuration est sanieuse et de mauvaise odeur, malgré le renouvellment fréquent des pansements et des injections avec l'alcool étendu et la liqueur Labarraque.

Les gaînes tendineuses péri-malléolaires se prennent, ainsi que le tissu cellulaire lâche du dos du pied. — Je pratique quelques débridements, que le malade supporte sans accuser de souffrance.

Le 23, la nuit a été mauvaise et troublée par des rêves caractéristiques. B... a vu des rats descendre du plancher et courir sur son lit. Les mains sont agitées d'un petit tremblement aussi significatif. La peau est chaude, le pouls fréquent, la température élevée. Soif vive, inappétence absolue. Au reste, toujours le même sourire un peu hébété. Nulle inquiétude sur son état, nul soupçon sur la gravité du mal. Réponses brèves et monosyllabiques. Le laudanum, à la dose de 40 gouttes, administré dans du vin, produit une nuit meilleure, mais le phlegmon remonte toujours, et je suis forcé de faire, le 27, de nouvelles incisions vers la partie moyenne de la jambe, pour ouvrir une large fusée en nappe, qui sépare la soléaire des muscles de la couche profonde. Plusieurs drains sont placés de haut en bas, et transversalement, afin de pousser des injections isolées matin et soir.

Cette opération, assez longue, est supportée avec stoïcisme ou indifférence; à peine le patient se plaint.

Le 29, je constate une nouvelle fusée dans la gaîne même des vaisseaux tibiaux postérieurs. Le pied est tuméfié, ainsi que la jambe, dans les deux tiers inférieurs. La suppuration est très abondante et infecte. Le malade maigrit et prend une teinte terreuse. Je tente, comme dernière ressource, l'amputation de la jambe au lieu d'élection, avec l'aide du chloroforme, qui produit une vive agitation.

Cette nouvelle secousse ne modifie l'état général ni en bien ni en mal, et le lendemain nous retrouvons notre homme dans les mêmes conditions que la veille. Le moignon n'est point gonflé, point douloureux; cependant un frisson s'est montré la veille au soir et la nuit a été encore agitée par des rêves. Le 1er, à dix heures du matin, le malade s'éteint dans le calme le plus parfait, quarante-huit heures après l'amputation.

Autopsie. — Foie et reins un peu pâles, mais sans lésions profondes; rate assez volumineuse, diffluente; trois abcès métastatiques dans le poumon gauche. A droite, cinq ou six abcès dans le lobe inférieur. Pleurésie exsudative interlobaire et pariétale; épanchement séro-purulent, peu abondant. La cavité crânienne n'a pas été ouverte.

Point de phlébite du moignon ni de la cuisse. Nulle ébauche de travail réparateur à la surface de la plaie.

L'examen du membre amputé nous avait montré des fusées purulentes dans tous les interstices musculaires, une infiltration de même nature des muscles péronier et jambier postérieur, de nombreuses traces de phlébite dans les veines intra-musculaires et dans les veines tibiales antérieures et postérieures. De plus, une inflammation de l'articulation calcanéo-cuboïdienne.

(1) On a avancé, j'ignore en vérité sur quelles preuves, que les ivrognes étaient réfractaires à l'anesthésie : c'est une erreur. Le chloroforme provoque seulement une excitation souvent très-violente, et, dans les heures qui suivent, un malaise prononcé.

Bien que l'alcoolisme soit évident, d'après l'ensemble des symptômes, les lésions viscérales n'étaient pas encore très-prononcées; aussi n'a-t-on pas observé de symptômes violents.

La pyohémie a eu le temps de se produire. Elle a été préparée par les lésions locales du membre blessé, c'est-à-dire par le phlegmon diffus profond, la suppuration des muscles et surtout les nombreux foyers de phlébite. Le nombre et l'âge des collections métastatiques pleurales et pulmonaires, l'absence d'inflammation du moignon démontrent que cette pyohémie existait déjà quand a été pratiquée la section du membre; mais elle ne s'était révélée par aucun signe pathognomonique, sans quoi je me serais certainement abstenu. Au reste, je donne ce fait comme un type de ceux où tous les efforts de la thérapeutique sont condamnés presque fatalement à l'impuissance.

Peut-être l'amputation sus-malléolaire pratiquée le premier jour eût-elle sauvé la vie; mais, outre qu'une mesure aussi extrême eût enfreint tous les préceptes de la chirurgie conservatrice, rien ne prouve qu'elle eût empêché l'évolution funeste et prévenu le phlegmon et l'infection purulente, tant ces complications sont fréquentes à la suite des amputations traumatiques primitives pratiquées dans nos hôpitaux.

(Sera continué.)

NÉCROLOGIE

Le corps médical de la ville de Mézières (Ardennes) vient de perdre l'un de ses membres les plus éminents.

M. le docteur Jules-Amédée Stein, médecin en chef de l'hôpital civil et militaire, chevalier de la Légion d'honneur, ancien interne lauréat des hôpitaux de Paris, etc., est mort le 11 mai dans cette ville, où il exerçait la médecine et la chirurgie depuis l'année 1834. Fils d'un médecin, qui lui-même avait été interne des hôpitaux de Paris et avait exercé à Mézières de la façon la plus honorable, il avait été envoyé en mission dans le département lors du choléra de 1832, étant alors interne à Saint-Antoine, et, à cette occasion, il avait reçu une médaille d'or. Fixé dans sa ville natale, il avait bientôt acquis l'estime et l'affection de tous par son zèle, son dévouement et ses profondes connaissances. Doué d'une mémoire prodigieuse, il parlait la plupart des langues de l'Europe. La fatigue, une maladie accidentelle qui l'atteignit l'année dernière, et surtout la douleur de voir les Prussiens envahir sa patrie, épuisèrent ses forces, et il mourut laissant à un de ses fils, médecin comme lui, le devoir si digne de continuer ses vertus de famille.

— Nous avons le regret d'apprendre la mort du docteur André Michalski, qui a succombé à l'âge de 67 ans, après une carrière longue et pénible.

Attaché à Vierzon (Cher) au service médical du chemin de fer d'Orléans depuis 1846, il a, pendant 25 ans, rempli ses fonctions avec une énergique volonté qui ne s'est pas ralentie, même aux derniers moments de son existence. Il est l'auteur de plusieurs rapports intéressants dont l'un, sur un cas de désarticulation scapulo-humérale, mérita spécialement, en 1857, l'attention de l'Académie de médecine, et lui valut les remercîments de la savante assemblée.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1870.

237. Conor (Louis). Du tétanos spontané *a frigore*.
238. Lèbre (Nicolas). Du tannin, de son emploi thérapeutique.
239. Faure (John). De l'hydrate de chloral et de ses propriétés physiologiques et thérapeutiques.
240. Abadie (Charles). Étude sur la myopie stationnaire et progressive.
241. Jolly (Alcée). Des ruptures utérines pendant le travail de l'accouchement, considérées surtout au point de vue des symptômes et du traitement.
242. Neyret (Victor). Étude sur la gangrène pulmonaire.

L'Établissement d'hydrothérapie d'Auxerre à vendre, par suite du décès du docteur Fontaine, directeur de l'Établissement. S'adresser à Mme Ve Fontaine, rue Française, 4, Auxerre.

— Bonne clientèle à prendre à une heure de Paris. — S'adresser au bureau du journal.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

De l'absorption par la muqueuse vésico-uréthrale, par le docteur ALLING, ancien interne des hôpitaux de Paris. In-8°. — Prix : 1 fr. 50.

Revue photographique des hôpitaux de Paris, Bulletin médical publié par A. DE MONTMÉJA et BOURNEVILLE. Numéros de novembre et décembre 1870, avec 4 photographies. — Prix des deux numéros, 4 francs.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois. . . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 12 juillet 1871.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Oh! combien il y a de différence entre savoir fonder et savoir renverser! Combien eut raison le poëte dans ce vers fameux :

La critique est aisée, et l'art est difficile.

vers devenu lieu commun, et qu'à peine on ose citer, tant il représente bien la sagesse des nations et par suite est devenu vulgaire.

M. Chauffard, comme critique, a des qualités admirables; il s'est fait applaudir universellement tant qu'il s'est borné à détruire toutes ces théories allemandes préconisées par M. Verneuil; il a montré le mieux du monde leur petitesse, leur insuffisance, et l'étroitesse de vues qu'il faut pour s'en contenter.

Tout était donc pour le mieux; mais, hélas! au lieu de s'en tenir à cette argumentation vraiment belle et très-scientifique, il n'a pu résister au désir d'émettre lui-même sa théorie; et comme il arrive le plus souvent en pareil cas, voulant réagir, il a péché par un excès de réaction.

Pour lui, l'infection purulente est principalement le résultat de la spontanéité humaine. L'absorption du pus en nature ou de quelques-uns de ses éléments n'a plus rien à voir dans ce fait, qui, comme dans la théorie de M. Verneuil, mais par une raison contraire, devient presque normal chez l'homme suppurant.

C'est une simple déviation de cette fonction, je dirais presque de cette faculté de purulence que la nature éveille chez ceux qui ont des cicatrisations à effectuer, des plaies à combler.

L'homme qui suppure est tout un pour suppurer, comme l'homme sain est tout un pour remplir ses diverses fonctions.

Ainsi s'expliquent d'une part les accidents de purulence disséminés dans les organes du blessé ou de l'opéré, et, d'autre part, leur rareté extrême, sinon leur absence absolue, chez quiconque ne fait pas de pus sur quelque plaie.

Je résume ici la pensée de M. Chauffard, telle que l'impression, peut-être un peu vive, m'en est restée; mais comme le discours du célèbre professeur sera reproduit *in extenso* dans nos colonnes, nos lecteurs se trouveront à même de juger de la mesure dans laquelle, peut-être, ce rendu compte aura forcé la note.

Le fait est que M. Chauffard fait de l'infection purulente une affection de cause interne, qui comme toutes les affections de même origine, peut éclater parfois à l'occasion d'une circonstance extérieure. Il ne s'agit donc plus de chercher dans la plaie des éléments funestes, que l'absorption locale pourrait introduire dans l'économie. Le miasme spécial, s'il existe et quand il existe, a pour pénétrer de plus larges voies, par exemple, celle de l'absorption pulmonaire. S'il n'agit que chez les blessés, c'est parce qu'eux seuls sont en sécrétion de purulence.

Ainsi l'organisme devient tout : et l'absorption, l'échange des liquides, les décompositions locales, l'état de la plaie et du pus, tout cela est réduit à rien.

Voilà bien l'extrême réaction, contre qui ne tient aucun compte de l'organisme.

Eh bien, je crois que la vérité, celle qui découle de l'observation et qu'on peut nommer éternelle, est presque aussi loin de M. Chauffard que des Allemands eux-mêmes et de M. Verneuil. Les uns comme les autres ont oublié une bonne partie du problème.

Il n'est pas au monde de maladie si spécifique, fût-ce la variole ou la syphilis, qu'on ne puisse lui appliquer les arguments de M. Chauffard, et en attribuer la production à l'organisme entrant en jeu spontanément alors qu'il se trouve éveillé par une cause occasionnelle.

L'organisme peut résister à toutes les inoculations de variole et de syphilis. Chacun sait que certains sujets, très-exceptionnels, en très-petit nombre, ne peuvent pas contracter la variole ou la vaccine, quoi qu'on fasse, et que d'autres, impunément, ont pu braver la syphilis dans ses formes les plus sûrement contagieuses.

Eh bien, quel est le médecin observateur qui pourra dire : la variole et la syphilis sont des maladies spontanées?

Mais il y a là deux éléments qui, bien qu'en proportions diverses, entrent toujours dans la production des maladies de toute sorte : l'organisme qui vit et qui peut réagir; la cause morbide qui vient troubler son fonctionnement régulier.

La cause morbide peut être un germe, qui se transmet et se multiplie. C'est même ce qu'il faut absolument admettre toutes les fois qu'on a constaté la contagion. Dès lors on ne peut pas, sans leur ôter tout sens médical, se servir encore des expressions *spontanéité organique.*

Il n'y a rien de moins spontané, par rapport au terrain, que l'éclosion d'un germe, et pourtant qui niera l'influence du terrain sur le développement complet de ce germe et de son produit?

L'infection purulente est-elle contagieuse, au moins dans certains cas? Tous les observateurs sont d'accord pour l'admettre.

Ce n'est donc pas, ce ne peut être alors une maladie spontanée.

Mais il me semble très-probable que plusieurs causes, très-différentes, peuvent amener la production de ces abcès viscéraux multiples, généralement admis comme caractéristiques de l'infection purulente.

La meilleure preuve en est dans la marche spéciale qu'ils peuvent revêtir sous des influences encore inconnues : question de germe ou de terrain.

Notre excellent maître et ami, M. le docteur Richet, a recueilli cette année dans ses salles toute une série d'observations qui jetteront sur ce sujet un jour nouveau.

La crainte de déflorer son mémoire, encore inédit, nous empêche d'entrer aujourd'hui dans aucun détail; mais nous pouvons dire que chez les blessés qui se trouvaient en même temps dans ce même service, les dépôts purulents ont pris un aspect tellement insolite, qu'on pouvait songer à y voir une affection spéciale non décrite jusqu'ici.

Il serait urgent de faire connaître ces faits remarquables avant la clôture de la discussion académique.

Dr VICTOR REVILLOUT.

HOTEL-DIEU. — M. GUÉNEAU DE MUSSY.

Leçon clinique sur le diagnostic des affections du cœur et sur son évolution (1).

Nous avons déjà parlé de plusieurs des phénomènes qui s'accusent dans le cerveau : les facultés intellectuelles s'engourdissent, les fonctions sensorielles sont moins nettes, et quoique le malade dorme difficilement, il est souvent dans un état de demi-somnolence qui dégénère en une tendance au coma dans la période ultime et qui peut être imputé à l'augmentation de la sérosité intra-crânienne. Les hémorrhagies cérébrales sont en outre une conséquence assez commune de ces altérations cardio-vasculaires.

J'ai parlé de l'agrypine cardiaque : les souffrances du malade, l'impossibilité du décubitus horizontal, la gêne de la respiration y contribuent puissamment : dans toutes les dyspnées intenses; les malades évitent instinctivement de s'appuyer sur la poitrine pour laisser aux parois thoraciques toute la liberté et toute l'amplitude de leurs mouvements. Quand cependant le sommeil triomphe de tous ces obstacles, il est fréquemment interrompu par des réveils en sursaut, par des cauchemars et particulièrement par cette variété de cauchemar dont notre malade se plaignait; il leur semble qu'ils tombent dans un précipice. La difficulté de respirer est probablement la cause de cette sensation imaginaire qui est très-souvent observée. Les rêves, comme le délire, ont souvent pour point de départ des sensations réelles, auxquelles la faculté de percevoir donne une interprétation erronée.

L'état congestif du poumon se traduit par la toux, l'oppression, une sécrétion catarrhale et, plus souvent encore que dans le cerveau, par des ruptures vasculaires qui donnent lieu à des infiltrations hématiques du poumon, en d'autres termes, à des apoplexies pulmonaires. Assez souvent, le sang, en même temps qu'il s'épanche dans la trame de l'organe, est rejeté au dehors, il colore les crachats ou il s'échappe par la bouche en quantité beaucoup plus considérable, et dénonce cette complication; mais, dans beaucoup de cas, l'hémoptysie fait défaut, ou elle ne se montre que plusieurs jours après le début de l'hémorrhagie. En 1849, j'ai indiqué ce dont j'ai plus de quarante fois depuis vérifié l'exactitude, et qui peut faire reconnaître l'apoplexie pulmonaire, alors même qu'elle forme un noyau très-circonscrit, ou que, localisée dans le centre du poumon, elle échappe à l'auscultation. Si, plus superficiel, le foyer hémorrhagique amène quelques modifications du bruit respiratoire, telles que la faiblesse de l'expansion, l'expiration prolongée, le souffle, le râle sous-crépitant, en l'absence des crachats hémoptoïques, ce signe peut en déterminer la signification et fixer le diagnostic.

C'est une odeur toute spéciale de l'haleine, aigre et alliacée à la fois, qui rappelle la teinture de raifort et qui est celle que l'on retrouve après la mort quand on flaire un de ces foyers apoplectiques. Elle est due à l'altération que le sang infiltré dans le poumon subit au contact de l'air, et, suivant l'étendue du foyer, cette étendue pourra être perçue à une grande distance, ou il faudra approcher le nez du malade pour la sentir; dans certains cas même, elle sera intermittente. On conçoit que des infiltrations sanguines des gencives pourraient donner naissance à une odeur semblable. Mais, dans ce cas, l'erreur est facile à éviter.

La première fois que j'ai constaté ce phénomène, c'était en 1849; je faisais un cours de clinique à la Charité : approchant du lit d'un malade qui offrait tous les signes d'un rétrécissement mitral, je fus frappé de cette odeur forte, pénétrante; le malade ne crachait pas de sang; quelques jours après il succomba, et je trouvai à l'autopsie un foyer très-étendu d'apoplexie pulmonaire.

Dans le lit vis-à-vis était un malade atteint de la même affection. Quelques jours après, je constatai chez ce dernier l'odeur que j'avais observée chez le premier. Les crachats étaient incolores; l'auscultation faisait constater dans un point un peu d'obscurité relative du son, un peu de faiblesse du bruit respiratoire avec prolongement de l'expiration.

La réunion de ces phénomènes me fit admettre une hémorrhagie pulmonaire. Pendant huit jours, les élèves interrogeaient avec curiosité le crachoir pour y chercher la confirmation de mon diagnostic; mais l'expectoration sanglante, signe classique de l'apoplexie pulmonaire, ne se montra que le neuvième jour, et, quelques jours après, l'autopsie vint donner à mes prévisions une triste, mais incontestable démonstration.

Puisque j'ai l'occasion de parler de ce fait, que j'ai communiqué en 1850 à la Société des hôpitaux, je l'appuierai d'une dernière observation :

En 1860, j'avais dans mon service à la Pitié une femme atteinte d'affection du cœur. Je sentis un jour chez elle l'odeur de l'apoplexie pulmonaire, et en même temps je trouvai derrière l'aisselle droite un peu d'obscurité du son, avec élévation de la tonalité, faiblesse et raréfaction du murmure vésiculaire, et retentissement de la voix. Je diagnostiquai un noyau apoplectique profond. Trois semaines après environ, je remis le service entre les mains de mon éminent confrère le docteur Charcot, en lui signalant ces circonstances et l'interprétation que je leur avais donnée. Il eut l'occasion de faire la nécropsie, et trouva dans le point indiqué, à une certaine distance de la surface, un foyer apoplectique du volume d'une petite prune. La malade n'avait jamais craché de sang.

Je le répète, j'ai observé une quarantaine de faits analogues, et si j'ai consacré à ce point de séméiotique un développement que son importance ne justifie pas, c'est que jusqu'ici, à part la communication que j'ai faite à la Société des hôpitaux, je n'avais pas eu l'occasion de le publier (1).

Il est très-commun de trouver les poumons emphysémateux dans la période avancée des affections cardiaques. Cet emphysème est la conséquence de la toux, de la dyspnée et de la congestion broncho-pulmonaire.

Des épanchements séreux se montrent très-souvent dans les derniers stades de la maladie. On retrouve dans la cavité abdominale l'état congestif que nous avons constaté dans les autres cavités splanchniques; le foie, augmenté de volume, fait sous les côtes une saillie douloureuse à la pression. Cette sensibilité morbide est commune à toutes les congestions hépatiques, quelle qu'en soit la condition pathogénique.

Dans les affections du cœur, cette congestion aboutit à une modification de la nutrition. Une prolifération celluleuse, qui

(1) Fin. — Voir les numéros des 21 et 23 mars 1871.

(1) Nous ne devons négliger, pour arriver au diagnostic, aucune des données fournies par les sens, et, dans plusieurs maladies, les odeurs exhalées par le malade ou émanées de ses sécrétions, ont une importance réelle. J'ai plusieurs fois diagnostiqué le diabète à une odeur très-forte et comme alcoolique de l'haleine. Je ne la crois pas constante; mais, quand elle existe, elle peut appeler l'attention du médecin.

commence, dit M. Lanceraux, par les radicules de la veine cave, augmente l'épaisseur de la capsule de Glisson et des cloisons interlobulaires.

La tuméfaction de la rate, sans être aussi constante ni aussi prononcée, est assez souvent observée. Les villosités intestinales présentent une couleur violacée; les glandes muqueuses sont saillantes. Les reins, également congestionnés, laissent quelquefois transsuder de l'albumine.

L'estomac est habituellement météorisé, et les malades sont tourmentés par de la flatulence, phénomène commun, suivant la remarque de Graves, dans les affections dyspnéiques.

Au milieu de toutes ces localisations morbides qui altèrent dans leur structure et troublent dans leurs fonctions les organes de la nutrition et de l'hématose, le sang s'altère, il devient moins riche en globules, et, sous les dilatations variqueuses des petits vaisseaux, sous les plaques violacées qui accusent la gêne de la circulation dans les téguments de la face, il n'est pas rare de voir une teinte jaunâtre de la peau, témoignage de l'anémie.

C'est un signe de la cachexie cardiaque qui marque une phase avancée de la maladie, cachexie d'autant plus grave que tous les éléments de réparation font défaut. Tous les organes nutritifs sont touchés par l'action morbide, et cette altération irréparable de la nutrition, en affaiblissant l'énergie du cœur, le rend de plus en plus impuissant à triompher des obstacles qui troublent ses fonctions.

Dans le second fait, dont je vous ai déjà rendu compte il y a quelques jours, je ne vous rappellerai qu'un seul point intéressant au point de vue de l'auscultation du cœur et des signes qu'elle fournit.

Depuis Hope on admet que les bruits morbides du cœur qui sont exclusivement perçus à la base se rattachent aux lésions des orifices artériels, à moins qu'ils ne dépendent d'un trouble dynamique comme on l'observe dans l'anémie.

Le docteur Stoker a apporté quelques restrictions à la valeur absolue du fameux diagramme de Hope, qui dans l'immense majorité des cas, il faut en convenir, est d'accord avec l'observation.

Le fait que je vais résumer en quelques mots nous montre une exception à la loi exprimée par le diagramme, mais en même temps il nous explique la cause de cette exception, qui avait été reconnue pendant la vie, et, par conséquent, ne nous avait pas induit en erreur.

Il s'agissait d'un malade offrant tous les signes extérieurs qui marquent la période avancée des affections cardiaques. La face était violacée, les lèvres livides, les veines jugulaires offraient des battements isochrones aux pulsations artérielles.

Chez cet homme le poumon emphysémateux avait, par l'intermédiaire de la plèvre, contracté des adhérences avec la région précordiale du thorax et avec la face externe du péricarde; il recouvrait le cœur dans une grande partie de son étendue.

Le son pulmonaire était perçu partout, excepté derrière le sternum et dans un très-petit espace à gauche de cet os. Cependant, par la percussion profonde on constatait une submatité légère mais étendue derrière cette sonorité superficielle. Les bruits respiratoires, mêlés de sibilus étaient entendus dans toute la région précordiale, et les bruits du cœur y étaient à peu près inappréciables; au niveau de la pointe cependant on entendait un bruit de souffle faible et éloigné. Là où le son était mat contre le sternum, dans le point correspondant à la base du cœur, on entendait un bruit de souffle systolique rude, fort, *qui ne se propageait pas sur le trajet de l'aorte ascendante;* le pouls était étroit, serré, comme dans les rétrécissements des orifices, et cependant on sentait que la contraction ventriculaire était énergique. Depuis longtemps le malade éprouvait des troubles respiratoires accusant un état congestif des poumons.

Je conclus de ces phénomènes à l'existence d'une insuffisance avec rétrécissement de l'orifice mitral.

Dans les conditions habituelles, les bruits qui ont leur origine à cet orifice sont transmis à la pointe du cœur, où ils présentent leur maximum d'intensité, parce que cette pointe est la partie du ventricule qui a les rapports les plus immédiats et les plus directs avec la région précordiale. Ces rapports deviennent plus intimes encore à chaque systole, pendant laquelle la pointe du cœur vient presser la paroi thoracique et lui transmet directement les bruits qui peuvent se produire dans la cavité ventriculaire.

Chez notre malade, une lame immobile du poumon était interposée entre la pointe du cœur et les côtes, opposant à la conduction des bruits ventriculaires un corps spongieux, plein d'air emprisonné dans d'innombrables alvéoles et mauvais conducteur du son. La base au contraire appuyait contre la paroi thoracique, dans le point qui correspond aux anneaux ventriculaires, et lui pouvait transmettre plus directement les bruits de ces orifices. C'était précisément là qu'on entendait le bruit de souffle, et ce bruit ne se propageait pas derrière et à droite du sternum, sur le trajet de l'aorte ascendante.

Cette circonstance m'empêchait de localiser l'origine de ce bruit dans l'orifice aortique; donc il devait être attribué à une insuffisance de la valvule mitrale.

Le caractère du pouls me faisait supposer qu'avec cette insuffisance existait un rétrécissement de l'orifice mitral. L'intensité des troubles pulmonaires et le pouls veineux s'accordaient avec cette hypothèse. L'absence du souffle présystolique n'était pas un motif suffisant pour rejeter l'idée d'un rétrécissement, car si ce souffle, quand il existe, indique toujours un rétrécissement, on sait que tout rétrécissement n'en est pas accompagné; il suppose en général une hypertrophie de l'oreillette, ou une énergie de sa contraction qui n'existe pas toujours.

L'autopsie confirma ces présomptions. La valvule mitrale formait un entonnoir rigide et béant. Le cœur droit était dilaté et le bruit perçu à la base pouvait bien se rattacher à l'insuffisance de la valvule tricuspide, aussi bien qu'à la lésion de la mitrale; mais quand ces deux bruits coexistent, étant parfaitement isochrones, ils se confondent en un seul.

Ainsi les lésions auriculo-ventriculaires peuvent dans certaines conditions donner lieu à des bruits morbides qui ont leur maximum à la base du cœur, mais qui ne se propagent pas sur le trajet des vaisseaux.

SUR LE
NOUVEAU PROCÉDÉ DE L'EXTRACTION DE LA CATARACTE
APPELÉE EXTRACTION LATÉRALE.

Par le Dr X. Galezowski.

Le traitement des cataractes a éveillé de tout temps l'attention des chirurgiens, surtout depuis l'époque où Daniel a érigé en méthode une opération qui consistait à faire sortir le cristallin opacifié à travers la plaie cornéenne. Mais on sait quelle lutte incessante n'a cessé de se produire chaque fois qu'on voulait choisir entre la méthode d'extraction ou celle d'abaissement. Aujourd'hui la question paraît être complètement jugée en faveur presque exclusive de la première méthode, et c'est à peine si on réserve la méthode d'abaissement pour des cas exceptionnels, que nous n'avons pas besoin d'énumérer.

Depuis plusieurs années, les ophthalmologistes font des recherches incessantes dans le but de rendre à la méthode d'extraction le plus de sécurité possible, et les modifications apportées à l'extraction à lambeau par Desmarres père, Jacobson et Wolffe, de même que les procédés nouveaux d'extraction linéaire de Græfe, Crischett, prouvent combien on peut espérer dans un avenir prochain pour le résultat de l'opération de la cataracte.

Le procédé que nous venons exposer ici présente des avantages réels sur les autres méthodes, et il me semble appelé à rendre des services réels dans la pratique chirurgicale. Il est simple dans son exécution et expose l'œil opéré à moins de dangers que tous les autres. Peut-être pourra-t-il remplacer dans un grand nombre de cas l'extraction à lambeau et les autres méthodes employées avec différents succès jusqu'à nos jours.

Voici la description de ma méthode, telle que je la pratique actuellement, et à laquelle j'ai donné le nom d'extraction latérale.

Extraction latérale de la cataracte. — Procédé de l'auteur. — Pour qu'une méthode d'extraction de la cataracte puisse réussir, il faut qu'elle remplisse les conditions suivantes : 1° l'incision de la cornée doit être suffisamment grande pour permettre la sortie facile du cristallin à travers la plaie; 2° la plaie doit être disposée de telle façon que la réunion par première intention soit favorisée par la coaptation de la plaie; 3° le procédé opératoire réussira d'autant plus facilement que son exécution sera plus facile et qu'elle permettra de déjouer tous les accidents au fur et à mesure qu'ils se produiront dans les différents temps de l'opération.

Le procédé que j'ai mis en pratique remplit, comme on le verra plus loin, toutes ces conditions, et permet d'obtenir les résultats définitifs aussi satisfaisants que possible. Il est simple dans son exécution et prédispose bien moins souvent aux accidents que toutes les autres méthodes. Il consiste en une incision semi-lunaire scléroticο-cornéenne pratiquée sur le bord externe de la cornée et prolongée jusqu'à une certaine distance sous la conjonctive : le lambeau ainsi taillé dans la cornée est en même temps terminé par une bande de la conjonctive qui facilite la réunion par première intention. Elle est pratiquée au moyen d'un couteau tout spécial qui a été construit par M. Collin sur mon plan.

Instruments : Blépharostat à ressort, grand format; une pince à fixer et à ressort; un couteau coudé (mon modèle); une pince à pupille artificielle; un kystitome avec une curette, et une paire de ciseaux courbes.

Manœuvre opératoire. — *Premier temps.* Après avoir couché le malade dans un lit, j'écarte les paupières avec le blépharostat (je suppose que l'opération est pratiquée sur l'œil gauche), de la main gauche je saisis le globe de l'œil avec la pince à fixer, tout près de la cornée et à l'angle interne de l'œil; puis, de la main droite, je saisis le couteau coudé, et en tournant son tranchant du côté de l'angle externe, je fais la ponction sur la sclérotique, à 2 millimètres et demi du bord inférieur de la cornée, et une fois entré dans la chambre antérieure, au devant de la surface antérieure de l'iris, je pousse l'instrument directement de bas en haut, la lame couchée parallèlement à la surface de l'iris. Arrivé avec la pointe du couteau vers la limite supérieure de la chambre antérieure, je fais la contre-ponction, puis je fais le mouvement de va-et-vient, de dedans en dehors, et je cherche à me rapprocher, avec le tranchant, vers le bord externe de la cornée. L'incision n'est faite d'abord que de l'épaisseur de la cornée; puis j'avance mon couteau sous la conjonctive, et je ne termine la section de cette dernière qu'après avoir détaché un lambeau de 3 à 4 centimètres de la conjonctive. Mon incision est tout entière dans la cornée, excepté la ponction et la contre-ponction, qui dépassent chacune cette membrane de 2 millimètres.

Deuxième temps. — La pince à fixer est confiée à un aide, qui attire doucement l'œil opéré en dedans, et pendant ce temps je saisis avec la pince l'iris qui fait hernie dans la plaie; je l'attire suffisamment au dehors et je l'excise avec les ciseaux courbes tout près de la plaie cornéenne.

Troisième temps. — Après avoir vidé le sang de la chambre antérieure avec une curette, si le sang s'y est accumulé, j'introduis le kystitome large dans la chambre antérieure jusqu'au bord interne de la pupille, je tourne le tranchant du côté de la capsule et je l'incise d'abord de dedans en dehors, et ensuite de haut en bas parallèlement à la plaie cornéenne.

Quatrième temps. — Le chirurgien reprend de la main gauche la pince à fixer, qu'il appuie plus ou moins fortement sur le globe de l'œil pour faire engager le cristallin dans la plaie, et pendant ce temps, il appuie avec la curette sur le bord sclérotical de la plaie pour écarter autant que possible les deux bords de la plaie et faciliter la sortie du cristallin. Après quelques efforts de ce genre, le cristallin s'engage dans la plaie et sort ensuite au dehors.

Le dégagement du cristallin est suivi de sortie immédiate des couches corticales, dont une partie qui est restée dans la chambre antérieure doit être retirée avec une curette. Les bords de la plaie ayant été bien nettoyés et mis en coaptation, on applique un bandage très-légèrement compressif, et je préfère me servir à cet effet de bandes en mousseline fine mais serrée, qui se tiennent bien fixe sur la tête et ne réchauffent pas autant que les bandes en flanelle dont se servent si généralement les allemands.

Suites de l'opération. — Elles sont des plus simples, dès le lendemain, la plaie se trouve en coaptation, les malades généralement ne souffrent point, quelques-uns se plaignent pendant trois ou quatre jours de picotements ou de douleurs sourdes au pourtour de l'orbite, sensation du gravier entre les paupières, etc. Mais la cicatrisation complète de la plaie ne peut être obtenue qu'après douze ou quinze jours.

Comme le résultat définitif est un rétablissement parfait de la vue; sauf un cas les couches corticales obstruaient une partie de la pupille, mais le fait est encore trop récent pour qu'on ne puisse espérer leur résorption.

J'ai pratiqué cette opération dix fois, et je n'ai eu qu'un seul insuccès, qui selon moi est dû à l'état d'ivresse permanente et d'alcoolisme chronique dans lequel se trouvait le malade. Les raisons qui me font faire cette supposition, c'est que la plaie de la cornée s'est très-bien cicatrisée. La cornée a conservée sa température, mais l'œil était pris au bout de huit jours d'une iritis suppurative, puis d'une cyclite, qui amena la perte de la vue. Dans un cas la pupille est restée fermée par les exsudations, ce qui exigera une opération d'iridectomie. Mais cette complication avait sa raison dans une modification que j'ai voulu introduire dans la méthode et qui consistait à ne pas faire d'excision de l'iris. Depuis j'ai abandonné cette modification et j'excise toujours l'iris.

Raisons qui m'ont décidé à introduire les modifications opératoires dans les méthodes d'extraction qu'on pratique jusqu'à présent. — Parmi les méthodes opératoires d'extraction qui se pratiquent journellement sur les cataractes, la plus belle de toutes est incontestablement la *méthode française,* méthode de Daviel ou extraction à lambeaux. Mais les résultats satisfaisants ne sont pas aussi fréquents qu'on pourrait le désirer, ce qui tient à des causes très-variées. D'abord cette opération est une des plus difficiles, elle exige beaucoup d'habitude chez le chirurgien, et surtout beaucoup de calme et de force de volonté chez le malade, et une conformation régulière de l'œil; que l'une ou l'autre de ces conditions fasse défaut et l'opération manquera totalement.

En admettant que l'opération en elle-même soit exécutée très-régulièrement, les suites peuvent-être des plus désastreuses, et l'œil peut se perdre soit par l'imprudence du malade, soit par les efforts de toux, d'asthme, de vomissements, etc.

Après l'extraction à lambeau on cherche ordinairement à obtenir la réunion de la plaie cornéenne par première intention. Or la méthode simple de Daviel est loin d'offrir toutes les conditions favorables à ce sujet. La moitié de la cornée étant détachée dans toute sa circonférence, il en résulte une grande mobilité du lambeau à chaque mouvement de l'œil, surtout si le malade tousse, s'il est asthmatique, etc., et pour peu que cet état se prolonge, d'autres accidents peuvent surgir. On voit ainsi l'iris s'enflammer, la pupille se boucher; ou bien l'iris fait hernie dans la plaie et donne lieu à un staphylôme considérable. Dans d'autres cas plus graves encore, l'œil peut se vider dans les efforts de toux, la cornée peut s'enflammer et s'opacifier en partie ou en totalité, ou bien ne recevant pas pendant longtemps de nutrition suffisante, elle se sphacèle en entier et l'œil se perd.

Pour prévenir tous ces accidents, Desmarres père a introduit une modification très-heureuse dans le procédé opératoire. Il détache avec le lambeau cornéen une petite bride conjonctivale au milieu même du lambeau. Cette petite bride conjonctivale étant vasculaire, prend adhérence rapidement avec la surface dont elle a été détachée et tient ainsi les bords de la plaie rapprochés.

C'était un réel progrès accompli; mais les résultats n'étaient pas pourtant aussi satisfaisants qu'on l'aurait voulu.

De Græfe avait aperçu le premier quel grand avantage avaient les plaies linéaires de la cornée sur toutes les autres, et, quoique avant lui on n'appliquait la méthode d'extraction linéaire qu'aux cataractes molles, il a réussi à l'adapter, en la modifiant complétement, à l'extraction des cataractes dures et volumineuses. Sa méthode d'*extraction linéaire modifiée* donne, comme on sait, des résultats très-supérieurs à celle de l'extraction à lambeau, qu'elle soit exécutée d'après les règles posées par l'auteur lui-même, l'incision étant dans la partie supérieure de l'œil et tout entière dans le bord sclérotical, soit qu'elle soit pratiquée en bas et avec la modification introduite par Crischett, qui conseille de maintenir la plus grande portion de l'incision sur la cornée. (Voir, pour les détails, *Traité des maladies des yeux,* Galesowski.)

Mais l'un et l'autre de ces procédés présentent des inconvénients réels que nous allons exposer brièvement :

1° En ce qui concerne le procédé de Græfe lui-même, disons d'abord que, pour faire sortir le cristallin par une plaie faite en haut, on trouvera chez certains individus nerveux et agités des difficultés considérables. D'autre part, si le corps vitré s'échappait avant la sortie du cristallin, il n'y aurait d'autre ressource, pour achever l'opération, que d'aller chercher la cataracte avec la curette; or on sait combien il est difficile d'exécuter cette manœuvre lorsqu'on doit introduire la curette par dessus le rebord orbitaire sourcilier. L'incision trop périphérique constitue aussi un inconvénient; placée tout entière dans le rebord sclérotical, elle se trouve, après l'iridiotomie, en face du corps vitré, qui se rompt avec une très-grande facilité et s'écoule au dehors, surtout si le cristallin est

un peu volumineux et a quelque peine à traverser une plaie linéaire ou semi-lunaire. Il y a encore deux autres inconvénients qui ne sont pas sans danger pour le résultat de l'opération, c'est que la plaie étant très-rapprochée du grand cercle vasculaire de l'iris, l'excision de cette dernière membrane donne lieu à une hémorrhagie souvent des plus abondantes, qui remplit la chambre antérieure de sang et gêne l'opération, et quelquefois même qui laisse une prédisposition à des hémorrhagies consécutives. La plaie scléroticale peut quelquefois être suivie d'une inflammation assez intense du cercle ciliaire, qui se termine même par une irido-cyclite.

2° Pour toutes ces raisons, on doit donner la préférence au procédé de Critchett. L'incision est presque en entier dans la cornée; il n'y a que la ponction et la contre-ponction qui se trouvent sur la sclérotique. Mais cette opération présente d'autres inconvénients que j'ai souvent observés.

Ces inconvénients sont les suivants :

(a) La plaie étant faite dans la partie inférieure de la cornée, prédispose plus facilement que les autres aux prolapsus du corps vitré;

(b) Cette même position est très-défavorable pour la réunion de la plaie par première intention. J'ai vu, en effet, la plaie résister pendant 15 et 20 jours à la réunion, et la chambre antérieure se vider au bout de 4 et 5 semaines, malgré la coaptation complète de la plaie. En supposant qu'on ait affaire à un malade peu docile, ou chez lequel les paupières sont tendues et enflammées, on doit craindre des accidents graves du côté de la cornée et de l'iris. Cette résistance à la cicatrisation s'explique facilement par la position déclive de la plaie, sur laquelle pèse l'humeur aqueuse qui désunie ses bords;

(c) J'ai observé assez souvent des exsudations se former dans la pupille et constituer des membranes exsudatives s'étendant entre la capsule et la plaie cornéenne : ce sont des cataractes secondaires, qu'on est forcé d'extraire par une seconde opération; enfin :

(d) Lorsqu'on se trouve en présence de difficultés particulières de sortie du cristallin, on est forcé de le retirer au moyen d'une curette introduite au-dessous du noyau; or, cette manœuvre ne se fait pas toujours facilement à travers une plaie située en bas de la cornée, et peut donner lieu à quelques accidents;

(e) La discission se fait aussi très-difficilement dans ce procédé, et on est forcé de se servir d'un kystitome en acier non trempé, auquel on donne, au moment de l'opération, des courbures variées, et malgré cela l'exécution de ce temps de l'opération est difficile. Ces mêmes difficultés surgissent lorsque le corps vitré s'échappe avant la sortie du cristallin, et qu'il faut avec la curette extraire la cornée.

Avantages du procédé de l'auteur. — Tous ces inconvénients sont complétement écartés par mon procédé. La plaie est faite toute entière dans la cornée, et il n'y a que la ponction et la contre-ponction qui dépassent cette membrane, et comme en même temps un large lambeau de la conjonctive se trouve détaché avec le lambeau semi-lunaire de la cornée, la plaie se cicatrise avec la plus grande facilité.

Un autre avantage, bien plus grand que tous les autres, résulte incontestablement de la position de la plaie au bord externe de la cornée. Là, la sortie du corps vitré est bien moins à craindre qu'ailleurs, et on peut maintenir sans danger les paupières écartées avec blépharostat pendant toute la durée de l'opération.

La position de la plaie au bord externe de la cornée donne un accès facile à tous les instruments, soit qu'on veuille faire la discission de la capsule, soit qu'on soit forcé d'entrer avec la curette dans la chambre postérieure et derrière le noyau, pour retirer le cristallin.

L'incision de la cornée avec le couteau de mon modèle se fait avec la plus grande facilité ; ayant une forme coudée, il peut être



appliqué même dans les yeux qui se trouvent cachés profondément dans l'orbite, ce qui ne pourrait être obtenu ni avec le couteau de Beer ni celui de Græfe.

J'ai cru utile de donner au tranchant, vers sa pointe, une légère courbure en serpette, ce qui rend plus facile la section définitive de la cornée et de la conjonctive. On trouvera cet instrument chez MM. Collin et Robert, successeurs de M. Charrière.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 11 juillet 1871. — Présidence de M. Wurtz.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet des rapports et des états de vaccination pratiquée dans le département de la Gironde et de l'Aveyron. (Commission de vaccine.)

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend : 1° une note de M. P. Guyot sur la valeur toxique de l'azuline. Ce produit employé en peinture serait complétement innocent des accidents toxiques dont on l'a accusé; 2° un mémoire de M. Galezowski sur un nouveau procédé d'extraction de la cataracte, appelé *Extraction latérale scléroticо-cornéenne*. (Voir plus haut.)

LECTURE

DE LA PONCTION DANS LA PNEUMATOSE GASTRO-INTESTINALE.

M. le professeur Fonssagrives, membre correspondant de la Faculté de Montpellier, commence par faire l'historique de la question. Sans s'arrêter à la pneumatose péritonéale, il établit que la ponction est habituellement employée en Bolivie contre la pneumatose gastrique, très-fréquente dans ces contrées, et qu'il est de tradition en France de rapporter à Récamier les premières observations de ponction dans la pneumatose. Les faits de Récamier n'ont été publiés nulle part *in extenso*, mais il paraît certain qu'une ou plusieurs fois la ponction a donné de bons résultats entre les mains du clinicien de l'Hôtel-Dieu.

Depuis lors, Velpeau et Nélaton ont l'un et l'autre employé la ponction contre la pneumatose gastro-intestinale. Mais cette pratique ne devint pas usuelle, et elle n'est d'un usage fréquent que dans la médecine vétérinaire.

Comme je m'occupais de cette question, continue M. Fonssagrives, j'appris qu'un médecin de Toulouse, atteint de néphrite suppurée, avait été trois jours de suite ponctionné pour une pneumatose gastro-intestinale asphyxique; ces trois ponctions avaient sauvé le malade, sans lui laisser d'autre souvenir que celui du soulagement immédiat et considérable qu'il avait chaque fois éprouvé.

Bien entendu, quand je dis que le malade avait été sauvé, je parle de l'asphyxie, et non de la néphrite suppurée, affection fatale.

Quelque temps après, dans la même ville, un autre malade avait été pris également de pneumatose asphyxique, et avait été sauvé de même, bien que les ponctions eussent été faites, vu l'urgence, avec un trocart à hydrocèle, beaucoup trop gros par conséquent. On dut le ponctionner trois fois pour arriver à la guérison.

Je connaissais ces faits, lorsqu'il y a un mois environ je fus appelé auprès d'une personne qui, depuis longtemps, avait l'habitude de remédier, à l'aide de pilules de Dehaut, à une constipation très-opiniâtre. D'ordinaire ce remède empirique lui réussissait parfaitement; mais ce jour-là, après avoir pris plusieurs pilules de Dehaut, le malade se sentit ballonné, et bientôt la pneumatose gastro-intestinale devint telle, que la mort paraissait imminente. Déjà le pouls était faible, petit, rapide, la face grippée. L'introduction d'une sonde dans le rectum fut sans résultat.

J'appelai en consultation un de mes confrères, le docteur Courty, et nous décidâmes ensemble de faire une ponction sur un point de la région hypogastrique, que la distension du colon rendait saillant. La canule, très-fine, laissa échapper un mélange de gaz et de matières liquides, le ventre se détendit, et bientôt après il se produisit une véritable débâcle. Aucun accident d'aucun genre n'avait suivi l'opération.

Mes recherches bibliographiques m'ont fait trouver 88 cas de ponctions sur 16 individus. Un seul, dont M. Jules Stein a rapporté l'observation, en a subi 50 à lui seul sans inconvénients. De tels faits doivent encourager, surtout quand on sait qu'il n'est pas très-rare de perdre des malades par suite de pneumatose gastro-intestinale. Pour ma part, je me rappelle avoir vu mourir, il y a douze ans environ, une dame que j'eusse probablement sauvée si je lui eusse fait la ponction. Bien entendu, il ne faut recourir à ce moyen qu'en cas de nécessité; mais, je le répète, les cas de nécessité ne sont pas très-rares.

Peut-être la ponction serait-elle aussi utile dans les hernies étranglées avant ou après l'opération, pour faciliter le taxis en dégonflant l'intestin, ou pour permettre la rentrée facile de l'intestin mis à nu.

Je faisais ces réflexions, et déjà j'avais appris qu'un professeur de Londres employait généralement cette pratique, lorsque je viens de lire dans la *Gazette hebdomadaire* l'observation suivante, due au docteur Duplouy.

Je fus appelé le 3 août 1870, à Tonnay, auprès de M. G..., propriétaire, âgé de 81 ans, atteint depuis plus de vingt ans d'un catarrhe pulmonaire, et porteur depuis un mois seulement d'une hernie inguinale droite, survenue pendant les efforts de la toux. Sa constitution est robuste, ses idées sont lucides; ses fonctions s'accomplissent bien d'ordinaire, sauf une tendance marquée à la constipation. A deux reprises déjà, depuis la production de cette infirmité, M. le docteur Bouthet-Desjennetières a dû intervenir pour faire rentrer l'intestin dans le ventre, et conseillé un bandage qui n'a point été porté régulièrement.

Le 30 juillet, la tumeur devient de nouveau irréductible, son volume s'accroît sensiblement; les selles se suppriment, et quelques coliques apparaissent. Appelé deux jours après le début de ces accidents, M. le docteur Gaudin tente le taxis simple, et, n'y pouvant réussir, renouvelle les tentatives dans le bain, après avoir prescrit infructueusement un purgatif et un lavement fortement salin. M. le docteur Léon, agrégé d'anatomie à l'Ecole de Rochefort, appelé en mon absence le lendemain matin, ne réussit pas mieux sous l'influence du chloroforme. Les symptômes s'étant aggravés pendant la nuit, je pars, le 3 août au matin, en compagnie de M. Léon, pour Tonnay-Charente, prêt à pratiquer au besoin l'opération avec le concours éclairé de nos deux honorables confrères.

Le malade éprouve des douleurs spontanées assez vives partant de l'anneau inguinal et s'irradiant vers l'intérieur de l'abdomen, le ventre est légèrement ballonné, à peine douloureux à la palpation. La langue est un peu sèche, la soif vive; les boissons sont incessamment rejetées par le vomissement, mais les matières rejetées n'ont point l'apparence fécaloïde; la constipation est absolue.

Le pouls est à 86, un peu serré; il offre ces intermittences qu'explique facilement l'âge avancé du sujet; les forces sont considérablement abattues, le visage anxieux, altéré; légère réfrigération des extrémités.

La tumeur, grosse comme un œuf de poule, plonge au fond du scrotum; sans être très-dure, elle offre une rénitence très-marquée; elle est sonore à la percussion et donne à la pression une sensation très-manifeste de gargouillement qui indique la présence de gaz et de liquides. La peau qui la recouvre a conservé sa couleur naturelle; elle est flasque, peu chargée de graisse et glisse facilement à la surface de la tumeur : nous avons évidemment affaire à une entérocèle. M. le docteur Bouthet, qui a déjà eu l'occasion de la réduire, n'y a jamais constaté d'épiploon.

En vain essayons-nous à tour de rôle le taxis soutenu, en nous efforçant de refouler les gaz et les liquides dans l'intérieur du ventre par une compression méthodique dirigée du fond vers le col. La hernie, dont la tension est pourtant bien loin d'être considérable, se laisse refouler dans le trajet inguinal; mais il est impossible de lui faire franchir l'anneau interne. En face de cette résistance inattendue, pénétré des dangers de l'opération chez un vieillard de cet âge, je conçois l'idée d'aspirer par une ponction inoffensive les produits liquides et gazeux. J'ai employé l'aspirateur de 45 grammes, modèle Charrière; l'aiguille n° 2 étant introduite dans la partie la plus déclive et en même temps la plus saillante de la tumeur, nous pratiquons une première aspiration, qui n'amène que des gaz, mais qui détermine néanmoins une détente assez prononcée pour nous encourager à persévérer. Nous laissons l'aiguille en place, et, armant de nouveau l'aspirateur, nous parvenons à extraire une cuillerée à bouche de matières fécaloïdes liquéfiées, offrant une couleur jaune brunâtre assez foncée et une odeur caractéristique. Une troisième application nous donne des matières analogues à peu près en égale quantité. La tumeur est assouplie au point de permettre de frotter les tuniques intestinales l'une contre l'autre, et la réduction n'est plus qu'un jeu. Nous n'avons pas hésité à la faire : que pouvions-nous craindre en effet d'une simple piqûre faite sur l'intestin dans l'état de distension? L'éraillement léger de ses fibres ne devait-il pas s'effacer tout naturellement par le retour des tuniques à l'état de flaccidité? Il s'agissait, du reste, d'une lésion tout à fait sous-cutanée, et il nous semblait que si Velpeau et bien d'autres avaient pu, sans trop de regrets, replacer dans le ventre, après débridement, des intestins atteints de petites perforations, nous pouvions bien nous bercer de l'espoir qu'il ne se ferait dans le péritoine aucun suintement compromettant.

Le succès a dépassé notre attente; nous nous sommes bornés à prescrire du bouillon et une potion légèrement opiacée, et, le soir même de l'opération, sans le secours d'aucun purgatif, le malade a eu une selle abondante; les coliques se sont apaisées, et, à partir de ce moment, c'est-à-dire depuis dix mois, on n'a jamais observé le moindre accident du côté de la hernie.

J'ai voulu revoir hier cet intéressant malade avant de transcrire son observation : je l'ai trouvé, sauf l'affaiblissement qu'il doit à son âge et à son catarrhe, dans un état très-satisfaisant.

Il y a donc lieu d'étudier encore cette question et de faire dans ce sens des expériences nouvelles. Je crois, pour ma part, que cette ponction serait également utile dans la pneumatose limitée à une anse de l'intestin.

M. Bouley. Je voudrais présenter quelques observations sur la communication intéressante de M. Fonssagrives, mais j'aurais peur d'être entraîné trop loin, et je remets mes observations à la séance prochaine.

M. Fonssagrives. Je ne serai plus à Paris.

M. le Président. Du moment où M. Bouley désire ne pas parler aujourd'hui...

M. Bouley. Je ne voudrais pas retarder la suite du discours de M. Chauffard; la discussion sur l'infection purulente ne peut être ainsi mise de côté pour une autre.

M. Larrey. Ceci a été fait dans de nombreuses circonstances, quand des correspondants se trouvaient de passage.

M. Depaul. Si la discussion se continue, j'aurai aussi à parler d'un fait très-intéressant sur la ponction.

M. Bouley. Vous allez aborder le fond de la question.

M. Depaul. Ce que je veux dire, c'est que je suis prêt à parler, si l'Académie le désire.

M. Bouley. Et moi aussi; mais je réclame l'ordre du jour, par déférence pour M. Chauffard.

M. Piorry. Je suis aussi prêt à parler.

M. Bouley et *plusieurs autres membres*. L'ordre du jour!

M. Piorry. Si M. le Président voulait bien m'écouter....

M. Bouley. L'ordre du jour!

M. le Président. La parole est à M. Chauffard, pour la continuation de son discours sur l'infection purulente.

(A suivre.)

MÉMOIRES DE PRIX ADRESSÉS A L'ACADÉMIE

POUR LE CONCOURS DE 1871

Prix de l'Académie (aucun mémoire).

Prix Portal (aucun mémoire).

Prix Civrieux. N° 1. Épigraphe : La véritable base scientifique de la thérapeutique doit être donnée par la connaissance de l'action physiologique des causes morbides des médicaments et des poisons.

Prix Barbier. N° 1. *Cessante causâ cessat effectus.*
— N° 2. Recherches sur la staphylorrhaphie chez les enfants.
— N° 3. Épidémie cholérique dans la commune de Carde, etc.

Prix Capuron. N. 1. J'étais dans ces conditions d'incertitude et de doute que Descartes exige pour la recherche de la vérité.
— N° 2. L'art des accouchements est aussi noble par son sujet qu'utile par sa fin, etc., etc.

Prix Amussat. N° 1. Traité des fractures non consolidées, etc.
— N° 2. Des blessures par armes à feu perfectionnées.
— N° 3. Traité des déviations des dents.

Prix Godard. N° 1. De la sciatique.
— N° 2. L'uranoplastie et les divisions congénitales du palais.
— N° 3. Histoire médicale du tatouage.

CORRESPONDANCE

Monsieur et très-honoré confrère,

La perte cruelle que vient de faire notre famille, dans la personne de mon cher frère le docteur Vincent Duval fils, a produit une confusion. Beaucoup de gens croient que c'est moi que le malheur a frappé. Je vous serai bien obligé de vouloir bien, en rectifiant cette erreur dans votre estimable journal, prévenir nos honorables confrères que, durant le bombardement des deux siéges, l'établissement hydrothérapique de Chaillot-Passy que j'ai fondé, il y a seize ans déjà, a eu l'heureuse fortune de n'être point atteint, que je n'ai cessé de le diriger, 1, rue du Dôme, et que, rouvert le 1er juin, je continue, comme auparavant, à y donner moi-même les douches le matin, de 7 heures à 11 heures, et l'après-midi, de 4 heures à 6 heures.

Agréez, je vous prie, mes salutations les plus distinguées et les plus confraternelles.

Em. Duval.

Paris, le 4 juillet 1871.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1870.

243. Lassaigne (Pierre). Quelques considérations sur l'alcoolisme dans ses rapports avec la pneumonie, la variole et l'érysipèle.

244. Napiéralski (Erasme). Du chloral au point de vue chimique, physiologique et thérapeutique.

245. Rousseau (Jules-Paul). De l'endocardite ulcéreuse.

246. Breen (James). De la méningite cérébro-spinale tuberculeuse.

247. Petit (Félix). Blépharo-conjonctivite.

248. Rochet (Ernest). Des accidents tardifs dans l'anesthésie chirurgicale.

249. Coudeville (Louis). Du catarrhe bronchique pseudo-gangréneux.

250. Gazeau (Charles). Nouvelles recherches expérimentales sur la pharmacologie, la physiologie et la thérapeutique du coca.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments ou autres objets).

De l'inflammation primitive aiguë de la moelle des os, par le docteur Culot, ancien interne des hôpitaux. In-8°. — Prix : 2 francs.

Malades et blessés. Ambulance de l'hôpital Rothschild pendant le siége de Paris, par le docteur Job. In-8°. — Prix : 1 fr. 50.

Des complications cardiaques dans la variole et notamment de la myocardite varioleuse, par le docteur Desnos et Henri Huchard, interne des hôpitaux. — Gr. in-8° de 56 pages. — Prix : 1 fr. 50.

Des altérations de l'œil dans l'albuminurie et le diabète, par M. le docteur Mohammed Off, professeur-adjoint d'ophthalmologie à l'École de médecine du Caire. In-8° avec planches en chromolithographie. — Prix : 4 fr. 50.

Revue photographique des hôpitaux de Paris. Bulletin médical publié par A. de Montméja et Bourneville; numéros de septembre et octobre 1870, avec 4 photographies. — Prix des deux numéros : 4 fr.

Des rétrécissements de l'urèthre et de leur guérison radicale et instantanée par un nouveau procédé, la divulsion rétrograde, par M. le docteur Moreau Wolf, chevalier de la Légion d'honneur. In-8°. — Prix : 3 francs.

Étude sur le diagnostic et le traitement chirurgical des étranglements internes, par M. le docteur Larguier des Bancels, ancien préparateur du cours d'anatomie chirurgicale de l'amphithéâtre des hôpitaux. In-8°. — Prix : 3 francs.

Des différentes formes de l'ovarite aiguë, par le docteur Scaglia. In-8 de 116 pages. — Prix broché : 2 fr.

Traitement du cancer du col de l'utérus par la galvano caustique thermique, par M. le docteur Amussat fils; broch. in-8. — Prix : 2 fr.

De la transfusion du sang défibriné, nouveau procédé pratique, par le docteur De Belina, ancien professeur agrégé à la Faculté de Heidelberg. In-8. — Prix : 2 fr.

Des gastrites chroniques, par le docteur E. Bottentuit, ancien interne des hôpitaux de Paris, médecin aux eaux de Plombières. Delahaye, 1867. — Prix : 2 fr.

Des dyspepsies flatulentes à forme douloureuse et de leur traitement par les eaux de Plombières, par le docteur E. Bottentuit, ancien interne des hôpitaux de Paris, médecin consultant aux eaux de Plombières. Germer-Baillière, 1870. — Prix : 1 fr.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

SOMMAIRE. — Pourriture d'hôpital; traitement de cette affection par le camphre en poudre (M. Netter). — Rupture du cœur; mort subite (M. Védié). — ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Documents pour servir à l'histoire du mouvement scientifique pendant le siége de Paris.

Paris, le 13 juillet 1871.

POURRITURE D'HOPITAL

TRAITEMENT DE CETTE AFFECTION PAR LE CAMPHRE EN POUDRE (1).

V

Parmi les médecins qui à Rennes avaient suivi mes premiers succès, s'est trouvé M. le docteur aide-major Galzain; détaché après cela à Vannes, il m'écrit un jour la lettre suivante :

« Le 2 février, en visitant une salle de blessés, établie dans une ambulance privée à Vannes, je constate une petite épidémie de pourriture d'hôpital.

Les six blessés que contient cette salle sont tous plus ou moins gravement atteints par cette maladie. Cinq d'entre eux, blessés aux doigts des mains, désireux de se rendre dans leurs foyers, n'ont pu être soumis que trois jours à mon observation. Pour n'avoir plus à y revenir, j'ouvre une parenthèse pour constater que malgré le peu de temps pendant lequel ces blessés ont été soumis au traitement par le camphre appliqué en abondance, l'effet salutaire de cette médication a été très-manifeste. Ces cinq blessés mis hors de cause, reste le sixième qui fait l'objet de l'observation suivante :

OBSERVATION. — Maignan (Louis), garde mobile de la Mayenne, est atteint le 10 janvier par une balle qui occasionne une plaie contuse légère à la poitrine, au-dessous de la pointe du cœur.

Le 2 *février*, lors de ma visite à l'ambulance, voici quel est l'état de la plaie : Perte de substance de forme ovalaire, dont le grand diamètre parallèle aux côtes mesure *douze* centimètres, et le petit diamètre *dix*. Cette plaie, d'aspect sale, baignée d'un pus sanieux et fétide, est excavée à son centre, déchiquetée sur ses bords, dont la coloration est violacée. Une auréole de même couleur avec tissu induré s'étend à deux centimètres au-delà des bords.

L'état général du blessé est mauvais; sa blessure lui occasionne de vives douleurs.

Un pansement simple a été la seule médication depuis l'entrée du malade à l'ambulance de Vannes (15 janvier). Chaque jour, dit-il, le mal s'aggrave et il désespère de sa guérison.

Les résultats heureux obtenus par le médecin principal, Netter, dans des plaies de ce genre par l'usage du camphre, me reviennent aussitôt à la mémoire, et sur le champ je remplis à niveau de camphre cette grande perte de substance, en ayant soin de relever les bords de la plaie pour faire pénétrer partout le médicament. Un gâteau de charpie, une ceinture pour maintenir le tout, et le pansement est fait. A renouveler soir et matin.

Le 5 *février* une amélioration manifeste s'était déjà produite. La plaie est détergée presque entièrement, sauf à la partie supérieure. Des bourgeons rosés se voient à la partie inférieure dont le bord correspondant n'est plus décollé ni induré. L'auréole violacée et indurée a également disparu dans cette région. La suppuration est de meilleure nature, la douleur considérablement diminuée.

J'insiste sur ce point que le bord supérieur de la plaie est resté décollé et induré, malgré sa position apparente plus favorable à la guérison que celle du bord inférieure qui, cependant, a plus bénéficié de l'amélioration. Ce détail a de l'importance en ce qu'il témoigne du cas qu'on doit faire de la quantité dans cette application topique du camphre; en effet, dans ce cas particulier, le médicament soigneusement introduit sous la peau du bord supérieur tendait toujours à échapper en grande partie, ce que l'on constatait en levant le pansement. C'est donc à poignée qu'il faut manier le camphre pour obtenir de grands résultats.

Le 20 février M... quittait Vannes pour aller en convalescence. A cette époque la plaie n'avait plus que quatre centimètres dans son plus grand diamètre et tout par ailleurs allait pour le mieux, état local comme état général.

Le détail remarqué dans cette intéressante observation est en effet d'une grande importance. Quand dans une pourriture d'hôpital, un des bords de la plaie ne se modifie pas tout de suite avec le camphre, il ne faut pas crier aussitôt à l'infidélité du remède et avancer qu'il en est de cet agent comme des autres, tantôt réussissant, tantôt échouant ; mais on doit se demander à quoi tient l'échec partiel, simple retard. Dans une des précédentes observations, un des bords ne se recollait pas, parce que la matière liquéfiée s'amassait dans l'enfoncement existant; ici, c'est parce que le camphre n'est pas resté en place. Cherchez donc la cause des échecs partiels, et ne vous hâtez pas d'en triompher. Avis au confrère qui écrit dans le journal politique *la France*.

La relation de ce qui s'est passé à Vannes (six blessés atteints) venant se joindre aux faits de Combourg, il est aussi démontré que le camphre, appliqué sur la pourriture d'hôpital, réussit dans les cas épidémiques aussi bien que dans les cas sporadiques.

Enfin l'observation de M. Galzain offre le fait remarquable d'une plaie mesurant 12 centimètres sur 10 à la date du 2 février et qui, le 20 du même mois, n'en offre plus que 4 dans son plus grand sens, marche de cicatrisation en plein hiver qui ne me semble pas ordinaire et qui soulève la question de savoir si, en dehors de la pourriture d'hôpital, la poudre de camphre ne serait pas utile dans les plaies en général.

A. NETTER.

(*A suivre.*)

(1) Suite. — Voir les numéros des 2, 4, 7 et 14 mars 1871.

ASILE DES ALIÉNÉS D'ÉVREUX. — M. M. VÉDIÉ.

Rupture du cœur. — Mort subite.

(Observation recueillie par M. M. VÉDIÉ, interne du service.)

La nommée M..., entrée à l'Asile le 5 mars 1870, était atteinte de démence. Un moment, la présence d'idées de grandeur très-accentuées et très-variables avait fait supposer un commencement de paralysie générale; mais la suite ne confirma pas cette idée. Sans nous étendre davantage sur les symptômes cérébraux, nous aborderons tout de suite ce qui a trait à la lésion du cœur.

Dès l'arrivée de la malade, nous avons constaté une grande irrégularité du pouls : tantôt des pulsations semblent manquer, tantôt les battements de l'artère sont précipités ou ralentis. De temps en temps elle a des battements de cœur, mais passagers. A l'auscultation, on n'entend pas de bruit anormal. La malade est souvent agitée et cause beaucoup. Tout à coup, le 2 juin 1871, elle tombe dans un état de prostration relatif par rapport à son agitation habituelle, et le 3 on la trouve morte dans son lit sans qu'aucun bruit ait attiré l'attention, même de ses voisines.

Nous remarquons que la face et les membres sont cyanosés, les lèvres bleuâtres. Nous pensons, en songeant d'ailleurs aux symptômes qu'offrait la circulation, que la mort peut être due à une rupture du cœur plutôt qu'à une apoplexie foudroyante.

AUTOPSIE. — *Cerveau.* — Indépendamment des autres lésions cérébrales, nous trouvons presque toutes les artères du cerveau athéromateuses. Dans les points où elles ne sont pas jaunes, elles sont très-rouges ou bleuâtres; leurs parois sont épaissies. Les veines sont très-volumineuses.

Cœur.—L'ouverture du péricarde confirme le diagnostic. D'abord, nous remarquons qu'il offre un volume considérable. En pratiquant une petite incision, il s'échappe, presque en jet, un sang noir fluide. Nous agrandissons l'ouverture et nous trouvons alors un magnifique caillot qui entoure complètement le cœur, excepté à la pointe. Il présente à la base une épaisseur beaucoup plus grande qui va toujours en diminuant vers la pointe. Après l'avoir enlevé avec soin, nous trouvons, à la partie antérieure de l'oreillette droite, une ouverture un peu plus grande qu'une pièce de deux francs, ronde, régulière, qui se trouve au tiers droit d'une tache d'un rouge violacé, quadrilatère. Cette tache violacée semble due à un ramollissement des fibres musculaires de l'oreillette, plus marqué en cet endroit que dans le reste du cœur. Tout l'organe, en effet, est flasque, graisseux, moins consistant, et un peu plus volumineux qu'un cœur ordinaire. La paroi de l'oreillette est très-amincie au pourtour de l'ouverture. Elle a en cet endroit un millimètre tout au plus.

La cavité de l'oreillette est très-agrandie. Nous ne trouvons pas de rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire droit; l'orifice gauche au contraire semble petit. Le ventricule gauche est très-grand et les parois épaisses. Il y a un rétrécissement aortique manifeste causée par une dégénérescence crétacée des valvules sigmoïdes. L'aorte présente quelques plaques athéromateuses.

Les caillots retirés du péricarde pèsent 21 grammes. Ils remplissent un grand verre. Nous évaluons aussi le liquide écoulé du péricarde à un grand verre.

Les ruptures spontanées du cœur, surtout celles des oreillettes étant assez rares (Morgani, Ollivier, Grisolles), nous avons cru qu'il pourrait être intéressant de publier cette observation.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 11 juillet 1871 (1). — Présidence de M. WURTZ.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur l'infection purulente.

(1) Suite. — Voir le dernier numéro.

M. CHAUFFARD donne lecture de la deuxième partie de son discours; il s'exprime ainsi :

La chirurgie française, dans ses longues études sur l'infection purulente, avait poursuivi un double but, l'un qu'elle avait atteint, l'autre fuyant incessamment devant elle : le premier consistait à fixer avec précision les caractères cliniques et anatomiques de l'infection purulente, à la distinguer de tous les autres accidents fébriles qui peuvent atteindre un blessé, à la constituer, en un mot, comme unité et espèce morbides ayant ses analogues nosologiques, mais néanmoins nettement définie, et facile à discerner au lit du malade. La seconde poursuite était celle d'une pathogénie rationnelle des accidents morbides de l'infection purulente, en particulier, des abcès métastatiques; elle avait échoué en se réduisant à de pures recherches mécanico organiques, en n'attribuant pas à l'ensemble des phénomènes généraux la part d'activité prépondérante qui leur revient. Cet insuccès n'affaiblissait pas l'importance de la première œuvre : le succès de celle-ci témoignait de cette sûreté clinique qui valait naguère à la médecine et à la chirurgie françaises une si incontestable supériorité. Sans doute, dans cette histoire nosologique de l'infection purulente, on avait trop délaissé les rapports de ce mal redoutable avec les autres accidents fébriles et généraux que le traumatisme suscite; ces rapports, nous le verrons, ont une valeur marquée, surtout au point de vue de la pathologie générale et de l'histoire doctrinale du traumatisme. Mais le résultat cherché était obtenu; on savait discerner l'infection purulente; on ne la confondait avec aucun autre état morbide; on avait analysé tous ses symptômes et tous ses signes, les lésions diverses qu'elle provoque dans les solides et dans les liquides, sa marche progressive du début à la fin, de façon à retracer de la maladie un tableau qui ne le cédait à aucun autre pour la précision du diagnostic, pour la certitude du pronostic.

Ce labeur de la chirurgie française est près de sombrer, si les théories allemandes viennent à triompher sans conteste. L'infection purulente, d'après ces théories, n'offre plus en soi rien de distinct, rien qui lui appartienne en propre. Croire qu'on doit et qu'on peut la discerner, est une illusion; on le prend même de haut avec la chirurgie classique qui a créé ces illusions; on lui dit son fait sans ménagements; écoutons à ce sujet M. Verneuil; il s'exprime ainsi dans son premier discours :

« Que diriez-vous d'un nosographe qui, ayant à décrire et à classer la pneumonie, ne s'occuperait que du troisième degré de la maladie et qui définirait la pneumonie, la suppuration du poumon? Que vaudrait sa définition? Quel degré d'exactitude présenteraient ses descriptions? Avec un tel procédé, il aboutirait à un pronostic fatal et à une thérapeutique nulle. Vous reprocheriez justement à ce nosographe d'avoir scindé arbitrairement une unité pathologique et d'avoir pris la partie pour le tout... C'est une grave erreur que de créer ainsi des espèces morbides artificielles avec des états morbides qui sont, non pas la maladie tout entière, mais les terminaisons, les expressions ultimes de la maladie. On ne voit que la fin, et l'on ne tient aucun compte ni du début, ni de l'évolution, ni des états intermédiaires.

« Eh bien! cette erreur grave on l'a toujours commise et on la commet encore aujourd'hui pour l'infection purulente. On taille arbitrairement, dans le bloc des accidents traumatiques et des complications des plaies, une forme à contours indécis, sans caractères déterminés, et on lui impose un nom. »

Je ne réclame point, messieurs, contre l'énergie avec laquelle notre collègue fustige toute l'œuvre clinique de ses devanciers et de nombre de ses contemporains; je la constate, au contraire, volontiers, et j'en fais honneur à l'énergie même de ses convictions; j'y trouverais, d'ailleurs, une excuse personnelle, si j'en avais besoin; car mes convictions opposées ne sont pas moins vives, et peut-être seront tout aussi franchement exprimées.

Ainsi donc, pour M. Verneuil, l'histoire nosologique de l'infection purulente n'est qu'une construction arbitraire, une œuvre à contours indécis, une forme sans caractères déterminés, n'ayant d'autre réalité que le nom qu'on lui impose. C'est une pure entité fictive. La science nouvelle a parlé, et voici ce que dit l'oracle : « L'infection purulente n'est qu'un degré avancé de la fièvre traumatique commune; elle est la forme grave, et la fièvre traumatique ordinaire la forme bénigne : mais ces deux formes relèvent du même fonds morbide, traduisent une même maladie, résultent d'un même empoisonnement, l'empoisonnement traumatique. Il n'y a pas seulement rapport entre la fièvre traumatique et l'infection purulente, il y a identité de nature; l'une et l'autre sont une même maladie septique, ne variant que par la dose du poison. » Ecoutons encore M. Verneuil; voici ses trois dernières conclusions :

« 6° Comme tous les empoisonnements, la septicémie peut être foudroyante ou seulement rapide, ou successive, ou lente. Dans le premier cas, elle tue sans laisser de traces. Si le poison pénètre en très-petite quantité, il peut être expulsé; alors la guérison est possible. Si la dose est trop faible pour tuer d'un seul coup, mais trop forte pour être éliminée, la maladie se prolonge, les lésions secondaires surviennent et l'on a affaire alors à l'infection purulente classique.

« 7° L'infection purulente n'est donc point une maladie spéciale,

mais seulement une terminaison de la septicémie, c'est l'empoisonnement, plus des lésions fortuites, surajoutées, qui, par leur nature et leur siége, aggravent le pronostic jusqu'à le rendre presque inévitablement mortel.

« 8° La septicémie et l'infection purulente doivent être conjointement étudiées, car elles sont inséparables. La seconde est à la première ce que la syphilis tertiaire est à la syphilis primaire et secondaire, ce que la cachexie cancéreuse est au cancer, ce que la phthisie est à la scrofule, etc. »

Cette dernière conclusion était peut-être inutile, car qu'ajoute-t-elle aux déclarations si explicites qui précèdent? Mais on aime à insister sur des vérités si méconnues jusqu'ici, et l'on en renouvelle l'affirmation à plaisir. Renouveler une affirmation n'est ni la confirmer, ni la prouver : et ici, où sont les preuves et que valent-elles? On nous en présente de deux ordres : les unes qui ont décidé la question, preuves déterminantes et premières, sont les prétendues preuves expérimentales, relatées déjà à propos de la fièvre traumatique, et que l'on reproduit au sujet de l'infection purulente; les injections de pus répétées dans les veines d'un chien amènent à leur suite des hypérémies partielles, des infarctus hémorrhagiques; et n'eût-il pas été surprenant que de tels infarctus eussent fait défaut après les injections de pus, alors qu'on les rencontre après les injections contenant des poudres impalpables et inertes? Voilà les preuves directes sur lesquelles on fonde l'identité de la fièvre traumatique et de la pyohémie : nous savons déjà ce qu'elles valent relativement à la fièvre traumatique, et nous pourrions nous contenter de dire que de ce côté elles deviennent, par cela seul, nulles à fonder cette prétendue identité. Nous verrons cependant, plus tard, ce qu'elles prouvent quant à la pyohémie, et nous trouverons dans cet examen un complément, s'il était nécessaire, de la démonstration que nous avons déjà fournie.

Mais il est, ai-je dit, un autre ordre de preuves appelées en témoignage. On ne pouvait, en effet, sur de simples expérimentations pratiquées sur l'animal, imparfaite et très-hypothétique reproduction des faits pathologiques, renverser une œuvre clinique des plus considérables, universellement acceptée, à laquelle avait collaboré une longue et célèbre suite de générations chirurgicales. Il fallait aborder cette œuvre clinique, et l'ébranler pour la faire déchoir du rang auquel elle s'était élevée. Certainement, l'expérimentation était la note majeure, la dominante de toutes ces interprétations nouvelles; sans elle, sans les inductions qu'on en tirait, on aurait vu les faits cliniques comme tout le monde, et l'on n'aurait pas songé à l'identité inaperçue que l'on proclame aujourd'hui. Mais cette identité proclamée, il fallait rétrospectivement la retrouver dans la clinique, ou du moins, s'il était difficile de l'y rencontrer, il fallait détruire l'infection purulente comme espèce morbide, montrer qu'elle n'était qu'une création arbitraire, une forme à contour indécis, sans caractères déterminés. M. Verneuil, dont je viens de rappeler les expressions, n'a pas manqué à ce devoir logique. Il a esquissé devant l'Académie une sorte de réfutation clinique de la conception française de l'infection purulente, réfutation qu'il convient d'interroger à son tour; car tout ce qui touche à la clinique possède une puissance d'enseignement que les systèmes s'efforcent en vain d'amoindrir; tout ce qu'elle condamne est condamné sans retour.

« Les partisans des théories anciennes, nous dit M. Verneuil, seraient fort embarrassés de répondre avec précision à ces simples questions : Comment et quand commence l'infection purulente? Comment finit-elle? Quel est son caractère pathognomonique? Ils répondraient peut-être : le signe initial, c'est le frisson; le phénomène terminal, c'est la mort; le caractère anatomique le plus constant, c'est la formation d'abcès multiples, indice et résultat de l'adultération du sang par le pus.

« Mais combien de fois on voit se manifester, dans le cours des affections chirurgicales, des frissons, même multiples, non suivis d'infection purulente! Cela s'observe dans l'érysipèle, dans la lymphangite, dans le phlegmon diffus, dans les inflammations de voisinage, dans la gangrène partielle, dans les hémorrhagies secondaires, dans les accidents intermittents divers, au début des affections intercurrentes, etc. Alors l'infection manquant, on pense qu'on a fait une erreur de diagnostic.

« Le frisson initial n'a donc rien de pathognomonique. Les terminaisons sont aussi vagues et aussi variables. La mort n'est pas le terme constant de l'infection purulente; il y a des guérisons avérées. Quant à la phlébite, aux abcès et aux suppurations multiples, beaucoup de sujets supposés pyohémiques succombent sans en présenter de traces.

« Il faut donc renoncer aux idées généralement reçues sur l'infection purulente. Il faut cesser de faire une maladie spéciale d'un état morbide qui n'est que la terminaison d'accidents variés consécutifs aux plaies. »

L'argumentation de notre savant collègue se réduit, en résumé, à ces deux termes : l'infection purulente n'a pas de symptôme pathognomonique, ses lésions ne sont ni constantes ni caractéristiques. Que M. Verneuil me permette de le dire nettement, de ces deux affirmations, la première ne prouve absolument rien; la seconde est, de tout point, contestable.

Monneret le disait dans son *Traité de pathologie générale*, et tous ceux qui s'occupent de cette partie de la science le reconnaissent, il n'est pas de symptôme pathognomonique d'une maladie; les symptômes les plus constants, les plus caractéristiques d'une affection peuvent manquer, et cette affection exister. Il en est ainsi pour toutes les maladies, et j'entends parler ici des maladies vraies, des maladies affectives ou internes; il n'en est pas qui ne puisse se montrer sans le symptôme qui lui semble le plus nécessaire. Voyez les fièvres éruptives : en quelle maladie y a-t-il un symptôme plus nécessaire que celui de l'éruption à ces fièvres? Eh bien! il est des cas où l'éruption manque, d'autres où elle revêt un aspect, une forme visible, tout différents de ceux qu'on lui connaît, et cependant la fièvre éruptive subsiste dans son intégrité, dans sa nature propre. Rappelez-vous, à ce sujet, les scarlatines frustes que décrivait si bien Trousseau; ici l'éruption semblait faire défaut; rappelez-vous, dans l'épidémie de variole que nous venons de traverser, ces cas trop nombreux où l'éruption pustuleuse se trouvait remplacée par une éruption scarlatiniforme, à teinte vineuse et foncée, avec hémorrhagies sous-conjonctivales, exsudation hémorrhagique par toutes les muqueuses, et mort plus ou moins rapide, sans qu'aucune pustulation apparût sur un point de l'enveloppe cutanée; c'étaient là des varioles, quoique l'apparence éruptive fût celle de certaines scarlatines hémorrhagiques. Nul ne contestera que la rachialgie et la céphalalgie intenses ne soient des symptômes tranchés de la période d'invasion de la variole; et cependant ils peuvent manquer, et la variole se déclarer, comme ils peuvent apparaître dans le début de toute autre affection fébrile; ira-t-on nier pour cela leur valeur diagnostique toute particulière? La tuberculisation aiguë et la fièvre typhoïde sont souvent tellement comparables dans leur appareil syptomatique, que l'autopsie seule peut éclairer le diagnostic; contestera-t-on, sur ce fait, le caractère propre de ces deux maladies, doutera-t-on de leur individualité, de leur existence, comme espèce morbide? Je pourrais multiplier ces exemples; mais ces vérités sont tellement palpables que je m'étonne de me voir conduit à invoquer leur appui. De ce que le frisson peut manquer dans certains cas rares d'infection purulente, de ce qu'il apparaît au début d'autres affections, cela affaiblit-il la valeur, le caractère vraiment pathognomonique des frissons répétés, se déclarant, à une époque déterminée, chez un blessé en pleine suppuration, et dont en même temps l'état général subit une atteinte profonde, dont la plaie prend un mauvais aspect, dont le teint acquiert cette coloration spéciale des pyohémiques, dont le système nerveux s'affecte, déchoit de sa résistance et de son harmonie fonctionnelle, descend par degrés à l'état ataxique et à la prostration ultime? Quoi! ce tableau de pyohémique perd son éloquence clinique et sa puissance démonstrative, parce que tel ou tel trait peut y manquer ou se rencontrer ailleurs? Mais alors quel tableau conserverez-vous de ceux que l'observation médicale a si laborieusement dessinés! Quel résistera à cette analyse dissolvante, qui se porte d'un symptôme à l'autre sans s'élever au-dessus des apparences isolées, pour saisir la physionomie d'ensemble et l'allure de l'évolution morbide?

Pour nous, et pour l'École française dont nous défendons ici les œuvres contre les importations allemandes, l'infection purulente constitue un des états morbides les plus nettement définis, non-seulement par son appareil symptomatique propre, comme nous venons de l'indiquer, mais encore par l'effroyable constance de sa terminaison, et par le caractère si tranché de ses lésions. M. Verneuil nous dit que les terminaisons de la pyohémie sont vagues et variables; de sa part, cette assertion est toute naturelle, puisqu'il confond la pyohémie avec la fièvre traumatique, et tous les accidents d'infection putride ou autres qui surviennent chez les blessés. Ainsi confondue avec tout ce qui n'est pas elle, il n'est pas étonnant que l'on déclare variable le fait le plus invariable de la maladie. Mais si l'on abandonne les vues systématiques et si l'on considère l'infection purulente en vrai clinicien, comme nos maîtres le faisaient, quelle fatalité dans le pronostic! Je n'examine pas ici le plus ou moins de probabilité qu'offrent les cas de prétendue guérison relatés par de savants observateurs; je ne me prononce pas, en particulier, sur celui qui nous a été présenté au début de cette discussion; mais l'extrême rareté de ces faits, les doutes trop légitimes dont ils demeurent entachés, sont la plus manifeste preuve que nulle maladie n'offre un pronostic plus absolument grave que l'infection purulente; et cette terminaison constante ajoute à son histoire un caractère distinctif malheureusement trop certain.

L'étude des lésions anatomiques de la pyohémie vient en marquer, d'un trait décisif, l'existence propre. Si, par impossible, on pouvait imaginer que tous les caractères précédents fussent vrais, et que, cependant, à ces caractères vinssent répondre des lésions variables, sans physionomie commune, sans allure spéciale bien accentuée, on pourrait douter de l'individualité de la maladie et de la signification nosologique de tous ces symptômes enchaînés. Mais la nature n'offre pas ces contradictions dans les tableaux qu'elle nous retrace, et les lésions de la pyohémie sont en harmonie avec les autres traits de son histoire. Notre savant collègue, M. Verneuil, vient cependant contester ce fait, comme tous les autres; il nie et la constance et l'essentialité de ces lésions.

Beaucoup de sujets supposés pyohémiques, nous dit-il, succombent sans présenter trace des lésions de la pyohémie, phlébite, abcès, suppurations multiples. Je ne crois pas qu'une telle proposition soit acceptée d'aucun observateur impartial. Sans doute, je ne prétends pas que tout pyohémique meure nécessairement avec des abcès métastatiques ou des phlébites suppurées : sauf dans les maladies qui consistent dans la genèse et l'évolution des produits hétérologues, il n'est pas plus de lésions que de symptômes pathognomoniques. Qu'est, d'ailleurs, une lésion, sinon un symptôme des altérations nutrives et plastiques? Qui pourrait dire où commencent et où finissent les lésions et les symptômes? Un blessé peut mourir en puissance de pyohémie, avec son sang pyohémique, et néanmoins avant que des dépôts purulents se soient disséminés dans ses tissus. Toutefois, de pareils faits sont infiniment rares; et cela, parce qu'il s'agit ici, non d'un symptôme qui est commun à l'infection purulente et à bien d'autres états morbides, comme le frisson, mais d'un symptôme-lésion qui touche à l'essence même de la maladie, qui traduit directement, et dans sa plénitude, l'état pyohémique. Si M. Verneuil prétend que beaucoup de sujets succombent sans présenter trace de ces lésions, cela tient à ce qu'ayant rejeté toute notion spéciale de la pyohémie, il englobe sous un même chef, septicémie, et la pyohémie et d'autres états morbides profondément distincts; et dès lors que prouve, pour nous, ce qu'il voit ou ne voit pas à l'autopsie? S'il nous était donné d'analyser ces observations de prétendue pyohémie, où l'autopsie ne dévoile aucune des lésions caractéristiques de la maladie, nous serions sûr d'avance d'y rencontrer uniquement ou des cas d'autopsie imparfaite, ou beaucoup plus souvent des cas où la maladie n'était en rien la pyohémie elle-même.

M. Verneuil complète son œuvre de négation en repoussant l'essensialité des lésions pyohémiques. La suppuration du poumon, suivant lui, n'est pas la caractéristique essentielle, mais la terminaison de la pneumonie. Il en est de même des abcès pyohémiques; ils sont l'expression ultime de la septicémie, dont la fièvre traumatique est l'expression première et commune. Notre collègue va même plus loin : dans sa septième conclusion, il qualifie de lésions *fortuites, surajoutées*, les lésions pyohémiques. Cette opinion est celle qu'il affectionne et qu'il vulgarise. Aussi la retrouvons-nous sous la plume fidèle de ses élèves; l'interne actuel de M. Verneuil, dont nous mentionnions le travail dans notre précédent discours, M. Gustave Richelot, écrit sous les inspirations de son maître : *Les abcès métastatiques n'ont qu'une valeur très-secondaire et ne constituent qu'un fait anatomique fortuit.*

Voilà donc, sur ce point, l'expression suprême des doctrines nouvelles; les lésions de la pyohémie constituent un fait anatomique fortuit! Eh bien! je l'avoue sans détour, de toutes les erreurs que je viens de combattre, celle-ci est celle qui me révolte le plus. Je montrerai bientôt, lorsque j'exposerai la pathogénie de l'infection purulente, telle que je la conçois, tout ce que ces lésions ont d'essentiel et de fondamental; mais avant d'en arriver à un exposé qui pourrait ne pas vous convaincre, j'invoquerai encore et toujours la clinique, qui, bien interrogée, ne saurait jamais avoir tort. Quoi! on attribuerait un caractère purement fortuit à des lésions d'une constance presque absolue et succédant à une évolution morbide tellement tranchée par ses symptômes, son allure, sa physionomie propre, qu'elle est une de celles dont le diagnostic offre la plus manifeste certitude! Ce seraient là les signes d'une lésion fortuite! Quels seraient donc ceux d'une lésion spéciale et fondamentale? Ce n'est pas tout cependant, et je n'ai pas indiqué encore la marque essentielle des lésions pyohémiques : est-il, en effet, un fait pathologique plus expressif et plus saillant que celui de ces suppurations s'effectuant, rapides et silencieuses, au sein des parenchymes viscéraux, sans y trahir leur présence par aucune souffrance locale, ou s'épanchant, comme par un flot brusque et néanmoins inaperçu, dans une cavité séreuse ou articulaire, sans y réveiller aucune de ces douleurs qui traduisent si vivement tout travail inflammatoire de ces cavités? Les suppurations pyohémiques sont tellement latentes, que, très-souvent, l'autopsie seule les décèle. A ce caractère si spécial de leur latence, il faut ajouter celui de leur multiplicité et de leur indépendance apparente; il n'en est pas où l'autopsie ne puisse les montrer, et cela comme par une diffusion sans règle et en dehors de toute prévision calculable.

Tous ces faits cliniques sont d'observation vulgaire; je ne l'ignore pas, et je n'ai pas la prétention d'en invoquer d'autres. Les vérités médicales communes, quand on en a le sentiment vrai et qu'on sait les interroger, sont les plus fécondes, celles dont la méditation ne lasse jamais. Quel enseignement clinique supérieur à celui que livrent ces suppurations si insolites dans leur allure, si particulières dans leur mode évolutif, si spéciales, en outre, à la pyohémie, qu'on ne les rencontre véritablement que dans les états pyohémiques, et que, à elles seules, elles en sont l'évidente affirmation? Aussi reviendrons-nous sur ces vérités, et leur demanderons-nous de nouvelles lumières quand nous chercherons à dégager de ses obscurités la pathogénie de l'infection purulente; pour le moment, il nous suffit de leur devoir une éclatante confirmation du caractère essentiel des lésions pyohémiques. Non, de tels faits, d'un caractère si entier et si absolu, si constants qu'on les rencontre semblables, même dans les espèces animales sujettes à la pyohémie, ne sont ni fortuits ni accessoires. Nul ne mérite plus qu'eux le nom d'essentiels.

La chirurgie française l'avait si bien compris que, de génération en génération, elle s'est dépensée en études et en longues discussions pour rattacher directement à la suppuration de la plaie la formation des abcès dits métastatiques; elle n'y a pas réussi, à mon sens, parce qu'elle ne voulait concevoir et admettre, entre la suppuration locale et les abcès éloignés, que des liens d'ordre mécanique et chimique; mais ses essais infructueux témoignaient pourtant qu'elle sentait qu'il existait ici autre chose qu'une coexistence fortuite ou que des rapports accessoires; elle comprenait qu'il y avait une dépendance étroite, des relations intimes et profondes; les lésions lui paraissaient essentielles comme la pyohémie elle-même. Ces conclusions, nous espérons que la science française saura les maintenir, et qu'elle ne reniera pas un passé de saine observation pour s'adonner à des spéculations expérimentales venues de l'étranger. Elle a tout intérêt à ne pas se soumettre précipitamment à des changements que ses propres travaux n'ont pas suscités, et à des témérités d'opinion que sa vieille sagesse n'a jamais connues.

De tout ce qui précède, nous nous croyons autorisé à dire, au nom de la clinique, que l'infection purulente n'est pas la fin banale d'une série d'accidents morbides, et à conclure à son caratère essentiel. C'est une confirmation nouvelle, et non sans valeur, des idées que nous avons émises sur la fièvre traumatique; nous sommes en droit de séparer la pyohémie de cette fièvre, au lieu d'en faire comme le terme régulier; nous sommes en droit de repousser ces hypothèses de poussée ou d'entrée successives de poison pour imaginer, ici la fièvre traumatique, pour expliquer, là, la pyohémie; comme si dans l'organisme vivant, les pénétrations pareilles, à supposer qu'on les admette, pouvaient s'effectuer avec cette régularité que la seringue apporte aux injections expérimentales. Que ces expérimentateurs allemands me rendent la nature petite en voulant la soumettre à leurs imaginations, et que nous sommes crédules de les croire sur parole! Sachons lire, par nous-mêmes, dans le livre vivant de la nature; nous la trouverons moins facile à se prêter à toutes ces pauvretés mécaniques, plus active et plus spontanée dans ses œuvres, dans ses genèses pathologiques, comme dans ses fonctions physiologiques.

Nous voici donc conduit à rechercher la pathogénie propre de l'infection purulente. Ici les plus sérieuses difficultés nous attendent. La chirurgie française, comme l'a justement fait remarquer M. Verneuil, a ouvert la voie aux théories allemandes; celles-ci n'ont fait que confirmer, quant à la pyohémie, les idées de pathogénie conçues par nos prédécesseurs et nos maîtres, et, en effet, je le reconnais sans peine, d'un côté l'aspect infectieux et typhique du pyohémique, sa mort presque fatale; et d'un autre côté, la présence nécessaire d'une plaie supparante pour produire la pyohémie, l'état pyohémique du sang, la coexistence d'abcès disséminés dans les parenchymes viscéraux, donnaient à la résorption du pus par la plaie, et à la puissance infectieuse de ce pus résorbé, une probabilité d'opinion dont je ne conteste pas la valeur apparente. Cependant, malgré cet accord des travaux français et allemands, bien fait pour en imposer d'autorité, malgré le caractère aisé des hypothèses qu'ils appuient, et leur rapide vulgarisation, je résiste aux opinions émises. Je les trouve précisément trop aisées, un peu superficielles et vaines, et la nature vivante, telle que je l'observe en ses plus communes opérations, est bien autrement cachée et profonde. Je trouve, en

outre, que ces hypothèses ne répondent pas à l'ensemble des faits, et qu'il en est, de nombreux et d'avérés, qui les contredisent formellement.

Je pourrais, en effet, contre la théorie de l'infection purulente par résorption septicémique du pus, appeler en témoignage la plupart des faits et des considérations que j'ai déjà invoqués contre la théorie correspondante de la fièvre traumatique. Je reproduirais, dans son invincible réalité, ce défaut absolu de proportionnalité entre les effets toxiques produits et la cause toxémique productrice; je montrerais que ni l'âge, ni le sexe, ni le tempérament, ni les conditions locales de la plaie, ni les conditions de milieu ne fournissent une explication valable de ces écarts entre la cause et l'effet. Mais recommencer une argumentation pareille serait fatigant et inutile. Je me bornerai à signaler ce fait qui m'a autrefois profondément surpris, pendant dix années de pratique passées en province. Sortant de l'internat en chirurgie de Paris, de l'hôpital des Cliniques et de celui de la Charité, on peut penser si j'étais habitué à voir l'infection purulente prélever sa déplorable moisson de blessés et d'opérés. Arrivé en province, une pratique étendue, même chirurgicale, me montra bientôt un tout autre spectacle. Je vis, souvent dans les plus mauvaises conditions de milieu, les plus graves opérations réussir; les amputations des membres, en particulier, guérir sans que l'infection purulente vînt jamais réclamer son tribut. Je m'infermai auprès de mes confrères, je dressai une sorte d'enquête dans toutes les petites villes environnantes, et j'acquis la certitude que l'infection purulente était un accident inconnu; pour ma part, je n'en observai pas un seul cas durant mon long séjour en Provence. Eh bien! Messieurs, ce seul fait a, pour moi, toute la puissance d'une démonstration. Les conditions des plaies sont semblables, et même ici sont plus mauvaises, la plaie étant souvent plus mal soignée; la production du poison traumatique s'opère, et même la résorption s'en effectuerait, au vu des théories allemandes, puisque la fièvre traumatique se produit; et jamais l'infection purulente ne se déclarerait à son tour! En vertu de quel privilége singulier? Pourquoi à une première poussée ou pénétration de poison, n'en succéderait-il jamais une seconde? La physiologie, en province, ne reconnaîtrait-elle pas les mêmes lois qu'à Paris et dans les grandes villes?

De tels faits ne pouvaient pas ne pas obtenir dans la science le retentissement qui leur était dû. Ils ont à peu près amené la plupart des chirurgiens à admettre, en dehors des résorptions purulentes ou toxémiques effectuées par la plaie, une cause infectieuse miasmatique produite par l'encombrement des blessés, cause qui intervenait puissamment dans la genèse de la pyohémie. S'attachant à cette idée et lui donnant toute son extension, l'un de nos distingués collègues, M. Alph. Guérin, créait l'expression de *typhus chirurgical*, voulant indiquer ainsi que l'infection purulente était, dans son principe, une infection générale de même ordre que celle des typhus et des fièvres paludéennes. Cette puissance exclusive donnée à l'infection miasmatique amenait une objection capitale, et M. Verneuil n'a pas manqué de s'en emparer et de l'opposer à la pathogénie purement miasmatique. Pourquoi, en effet, l'infection purulente ne survient-elle que chez les blessés? Si l'absorption de miasmes suffit à l'engendrer, on doit l'observer chez tous ceux qui s'exposent à cette absorption, et non chez les seuls blessés. M. Verneuil reproche donc à M. Alph. Guérin « de faire trop bon marché de la plaie, de la lésion traumatique primitive et des modifications très-variées que peut subir le travail réparateur. » A des reproches si fondés, Tessier répondait autrefois par l'admission de l'infection purulente spontanée. Ne comprenant pas le rôle pathogénique que joue, dans la pyohémie, la suppuration locale, il croyait tourner la difficulté en alléguant quelques faits douteux de pyohémie sans plaie. Mais ces rares faits, même avérés, sont-ils capables de détruire une aussi fondamentale objection? Effacent-ils les rapports évidents et primordiaux qui lient l'infection purulente à une suppuration locale? On ne saurait le soutenir : l'existence de faits exceptionnels ne supprime pas la raison des faits communs; c'est celle-ci qu'il faut d'abord chercher, et c'est elle qui doit livrer ensuite la raison de l'exception.

M. Alphonse Guérin a cru concilier toutes les exigences en déclarant que son typhus chirurgical reconnaît bien pour cause une affection miasmatique, mais que cette infection se fait uniquement par la plaie, et que l'agent miasmatique que la plaie absorbe est fourni par la décomposition du pus qui baigne la plaie. En localisant ainsi et l'agent infectieux et la voie d'absorption, notre savant collègue me paraît rapprocher singulièrement sa théorie de celle que l'école allemande et que M. Verneuil professent relativement à la pyohémie; pour ceux-ci, comme pour M. Alphonse Guérin, la plaie fournit le poison et l'absorbe; il n'y a de différence, entre les deux manières de voir, que dans la généralisation de la théorie septicémique, que l'école allemande étend jusqu'à la fièvre traumatique. Mais, dois-je le dire? M. Alphonse Guérin, poussé par la contradiction qui lui est opposée, est allé plus loin que ne le souffre l'idée première qui l'a inspiré. Cette idée c'est celle d'infection miasmatique, c'est celle d'un typhus chirurgical d'origine miasmatique.

Eh bien! il ne peut, pour l'unique besoin de répondre à une objection, réduire cette idée à celle d'un empoisonnement par les liquides altérés, sécrétés et absorbés à la surface d'une plaie; il ne peut sacrifier ainsi toute l'étiologie miasmatique qu'il invoque; il ne peut supprimer les miasmes organiques que l'accumulation des blessés engendre, dont l'air des salles infectées se charge, et que l'absorption par les voies pulmonaires entraîne incessamment dans le torrent circulatoire. Ces voies, toujours ouvertes, fournissent aux miasmes organiques une porte d'entrée autrement large et sûre que celle que peut fournir une plaie, souvent étroite ou soustraite au contact de l'air extérieur. La théorie pathogénique de M. Alphonse Guérin repose sur une vue juste, celle que les milieux infectieux constituent une des causes étiologiques les plus puissantes dans la genèse de l'infection purulente; à cette idée se rattache celle de la contagion de la pyohémie, contagion qui, comme toutes les contagions typhiques, s'exerce par la contamination de l'air ambiant; qu'il n'amoindrisse aucune de ces conditions étiologiques, afin de rendre à la plaie un rôle équivoque qui le ramène au giron des théories allemandes. Pour nous, la suppuration locale est une condition essentielle de la pyohémie, et la pathogénie de cette affection redoutable doit d'abord reposer sur cette condition primordiale; mais cette condition, nous le montrerons, n'est en rien celle de fournir à un poison local une porte d'entrée spéciale, et sans laquelle ce poison ne saurait pénétrer dans l'économie.

DOCUMENTS

POUR SERVIR A L'HISTOIRE DU MOUVEMENT SCIENTIFIQUE PENDANT LE SIÉGE DE PARIS (1).

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 13 décembre 1870. — Présidence de M. Denonvilliers.

(Suite et fin.)

Obs. IV. — *Fracture du condyle huméral avec plaie. — Phlegmon superficiel et profond. — Arthrite purulente. — Amputation. — Mort.*

M..., 43 ans, doreur sur bois. Entré à l'hôpital le 1[er] décembre, à onze heures du soir, en état d'ivresse. Deux heures auparavant, il a été renversé par une voiture et porte en plusieurs points du corps des traces de contusion, la plupart sans gravité; la seule lésion sérieuse siége au coude gauche. Là, M. Richelot, interne de service, reconnaît, avec sagacité, une fracture du condyle avec subluxation du coude en dedans. Une plaie de quelques millimètres à peine d'étendue se remarque à 3 centimètres environ de l'interligne articulaire, au niveau du bord externe de l'humérus. Elle fournit du sang noir en abondance; partout ailleurs, sur la périphérie de la jointure, les téguments sont indemnes.

La réduction est faite avec la plus grande facilité et sans douleurs notables. La petite plaie est obturée avec la baudruche et le collodion. Le membre, convenablement immobilisé dans la demi-flexion, est placé sur un coussin. La région blessée est couverte de compresses résolutives. En un mot, les premiers soins sont donnés avec autant d'opportunité que d'intelligence. Le lendemain matin, j'approuve ces soins, et les choses étant en fort bon état, je n'entreprends pas même d'exploration nouvelle. La douleur est nulle et le gonflement modéré; l'occlusion est parfaite.

Mon attention se porte surtout vers l'état général. M... est de taille moyenne, grêle sans maigreur. La face est pâle; le pouls apyrétique. C'est un de ces ouvriers intelligents, moitié artistes, à figure énergique, à barbe longue, à œil brillant, s'exprimant avec une certaine recherche empreinte d'affectation. Chez lui, point de trace d'abrutissement, mais, au contraire, indices d'un état habituel d'exaltation.

Quiconque a observé avec quelque soin la classe ouvrière de Paris sait que le type que je viens d'esquisser se livre malheureusement à des excès alcooliques sinon violents, au moins continus.

J'énonçai tout haut mes soupçons; M... protesta avec vivacité et dans des termes qui ne firent que les confirmer. J'appris d'ailleurs que notre blessé vivait assez mal dans son ménage; que depuis six mois il était oisif, faute d'ouvrage, et qu'il menait une vie peu régulière. Il m'avoua lui-même que depuis longtemps il digérait mal, avait perdu l'appétit et surtout le sommeil.

Ses parents ajoutèrent quelques informations. M..., jadis excellent ouvrier, quoique toujours excitable, avait éprouvé un vif chagrin deux années auparavant; alors il avait commencé à boire de l'absinthe en petite quantité, il est vrai; six mois de ce poison avaient suffi pour amener des vertiges et de l'affaiblissement des membres.

Ces symptômes avaient beaucoup augmenté depuis la cessation du travail.

Ces renseignements étaient déjà décisifs; le développement des accidents locaux contribua, de son côté, à me convaincre.

Dès le lendemain, en effet, le mal s'était singulièrement aggravé. La petite plaie, loin de se réunir, s'était agrandie et fournissait sous l'opercule de baudruche une suppuration séro-sanguinolente. Le coude avait gonflé; les téguments étaient d'un rouge livide et assez largement décollés. Une première eschare s'était formée au niveau du radius, une seconde au niveau de l'épitrochlée. J'incisai la première et passai un drain sous la peau décollée.

Le 4, au matin, le phlegmon avait encore progressé; la rougeur et le gonflement comprenaient les moitiés supérieure de l'avant-bras et inférieure du bras. Le pus sortait en abondance des ouvertures pratiquées; l'arthrite du coude était évidente; un stylet, introduit avec précaution, constatait la dénudation de l'épicondyle. Les injections, deux débridements superficiels, les pansements désinfectants réitérés ne purent arrêter les progrès du phlegmon, et je dus, dès le 5, songer à une action chirurgicale plus énergique.

L'état général s'aggravait simultanément. Soif presque inextinguible. Appétit nul. Constipation opiniâtre. Vomissements muqueux de temps à autre. Inquiétudes continuelles. Insomnie persistante, malgré l'opium, à la dose de 10 centigrammes. La température et la fréquence du pouls étaient modérées le matin, mais le soir il y avait une recrudescence très-marquée. Le thermomètre alors dépassait 39 degrés et le pouls montait à plus de 100. M..., taciturne, stoïque, et résigné en apparence le matin, était atteint le soir d'une véritable divagation. Il se croyait perdu, accusait des douleurs insupportables, certainement imaginaires, et me suppliait d'employer le chloroforme pour l'examiner, s'offrant à le payer si le médicament était trop cher. Il se déclarait d'ailleurs préparé au sacrifice de son bras, redoutant qu'il fût déjà trop tard pour l'amputation.

Le lendemain matin cet éréthisme avait cessé, mais laissait après lui une dépression très-considérable. L'opium étant impuissant à procurer le sommeil, j'essayai la digitale à la dose de 2 grammes de teinture : même insuccès.

Voyant enfin que le phlegmon gagnait toujours, que le pus sortait à la fois de l'articulation, de la région sous-cutanée largement décollée, et même des interstices musculaires de l'avant-bras, je me décidai à pratiquer l'amputation du bras; il me fallait aller jusqu'au quart supérieur dans l'épaisseur même du deltoïde pour dépasser les limites de l'altération de la peau.

J'avais un instant songé à pratiquer la résection du coude, mais je fus arrêté par la crainte d'une suppuration prolongée et de la continuation des phénomènes inflammatoires. La chirurgie radicale me paraît, dans ce cas, plus efficace et plus conservatrice que la chirurgie conservatrice elle-même. L'examen du membre démontra d'ailleurs que l'amputation était indispensable. En effet, autour de la jointure et à plusieurs centimètres de distance, tant sur le bras que sur l'avant-bras, le pus avait fusé, détruit le tissu cellulaire, infiltré les muscles et formé plusieurs foyers sans communication avec la plaie principale. La résection eût donc été à peu près inutile.

J'amputai par le procédé à deux lambeaux, interne et externe, qui s'affrontèrent naturellement et que je réunis dans la plus grande partie de leur étendue avec quelques bandelettes de baudruche et le collodion.

L'opération, comme dans le cas précédent, n'apporta tout d'abord à l'état général ni amélioration ni aggravation sensibles. Les symptômes continuèrent et se compliquèrent d'un hoquet intermittent très-incommode, phénomène commun chez les buveurs d'absinthe et qu'on suspendit de temps à autre à l'aide de la glace, de l'opium et des boissons gazeuses. La plaie ne fut à l'extérieur le siége d'aucun travail inflammatoire, les lambeaux restèrent pâles et mous; mais, dans la profondeur, le tissu cellulaire de la gaîne des vaisseaux et des interstices musculaires devint noirâtre et putrilagineux, comme s'il était frappé de sphacèle. Un suintement sanguin apparut à la fin du troisième jour, et se renouvela plus intense le lendemain, quelques heures avant la mort. Le malade, pris d'un délire tranquille et d'un affaissement progressif, succomba sans souffrance, un peu plus de quatre jours après l'amputation.

Les faits qui précèdent représentent presque tous les types de l'évolution inexorable que je voulais mettre en lumière. Ils ont eu la même terminaison après l'emploi des méthodes variées de la thérapeutique chirurgicale. Ils se ressemblent encore en cela que les lésions initiales épargnant les organes essentiels à la vie eussent été, dans d'autres circonstances, très-susceptibles de guérison. Une blessure du pied, du coude, du bras, alors même que les os sont intéressés, ne compromettent pas directement l'existence, et il nous arrive bien souvent d'en obtenir la cure. Dans ce moment même je conduis à bien trois blessures d'armes à feu ayant le même siége et que j'ai traitées par la résection de l'humérus, du coude et des os du pied. A la vérité, les sujets sont exempts de toute tare organique.

Chez le cocher, les lésions étaient plus sérieuses, puisqu'elles atteignaient les viscères abdominaux. Mais, en somme, il n'y avait que des fissures du rein, du foie et de la capsule surrénale, avec épanchement sanguin circonscrit. Le travail réparateur aurait pu fort bien s'opérer à l'abri du contact de l'air, comme la science en possède de nombreux exemples. Il n'y avait d'ailleurs au siége même de ses désordres nulle trace d'inflammation, nul vestige de suppuration, et c'est par le poumon, non atteint par la violence, que la mort paraît s'être produite.

Si dans les deux derniers cas la blessure ou les opérations pratiquées ont pu faire naître des accidents locaux capables d'entraîner la mort au bout d'un temps assez long, il n'en fut pas de même pour les deux premiers, où la terminaison fatale est survenue inopinément avec une rapidité telle que les complications ordinaires n'avaient pas encore eu le temps de se montrer. Il n'est donc pas possible de refuser à ces cas une physionomie spéciale et de nier l'existence d'un élément particulier de malignité.

Le lien commun de toutes ces issues funestes est, sans aucun doute, l'alcoolisme.

En présence de tels faits, plusieurs questions s'imposent à l'esprit. Quel peut être la cause d'une disproportion si évidente entre la gravité des lésions primitives et la gravité de leur évolution?

Faut-il attribuer celle-ci aux lésions viscérales antérieures, à une altération suraiguë du sang, à l'adultération de ce fluide par les liquides absorbés à la surface de la plaie? Toutes ces hypothèses reposent sur des bases acceptables, mais aucune d'elles ne peut s'appliquer à la généralité des cas. Admettons que les lésions du foie, des reins, de l'estomac, des méninges amènent la mort; comment expliquer que deux ou trois jours avant la blessure ces lésions soient presque ignorées et compatibles avec une santé convenable en apparence? Comment expliquer qu'une fracture ou une plaie les aggrave aussi rapidement?

L'absorption des matières est à coup sûr fort nuisible, et lorsqu'elle s'effectue dans de grandes proportions par de larges surfaces, que les fluides sont très-délétères et quasi virulents, la mort s'explique assez bien, quelle que soit la constitution des sujets. Mais en cas de petites plaies et même de lésions sous-cutanées qui n'engendrent pas de matières putrides, on voit de temps en temps surgir chez les alcooliques des accidents tout aussi graves, tout aussi foudroyants que ceux dont nos observations nous fournissent des exemples.

J'aime donc mieux m'arrêter dans la voie des suppositions et vous laisser le soin de m'éclairer sur la pathogénie de la mort dans de telles conditions.

Une seconde question non moins pressante est celle-ci : Étant donné un blessé, comment savoir aussitôt s'il est alcoolique? Il ne faut guère compter sur ses aveux directs. Tel homme du peuple se croit sobre en absorbant quotidiennement trois ou quatre litres de vin et une demi-douzaine de verres de liqueur. S'il a une profession un peu rude, il s'imagine ne prendre qu'une quantité de boisson tout à fait raisonnable, utile même à l'entretien et à la conservation de ses forces. Dans une classe plus élevée, on cache avec plus de soin encore les habitudes d'intempérance, ou bien on vit avec ce préjugé que les boissons de bonne qualité ne sauraient être nuisibles à la santé.

Toujours est-il que c'est par surprise le plus souvent et en procédant avec tact et perspicacité qu'on soupçonne et qu'on reconnaît l'alcoolisme.

Lorsque je possédais moins d'expérience et que j'étais moins préoccupé de cette grande question de l'état organique des blessés, j'arrivais bien à reconnaître les effets de l'alcool, soit à l'apparition du délire, soit en raison des anomalies du travail réparateur; mais déjà il était bien tard, et je m'attache aujourd'hui en diagnostic à prévoir avant de constater, comme je voudrais en thérapeutique prévenir plutôt que combattre.

(1) Suite. — Voir le dernier numéro.

Par bonheur, les difficultés du diagnostic précoce ne sont pas très-grandes pour quiconque a l'esprit en éveil et s'est mis au courant de la symptomatologie de l'alcoolisme si habilement exposé par nos confrères les médecins. Mais après le diagnostic posé et le pronostic établi, le redoutable problème de la thérapeutique médicale et chirurgicale se dresse inévitablement, et c'est ici que je fais un appel direct à vos lumière, en déclarant avec humilité et regret qu'après de longues méditations j'en suis encore à la période de doute et d'incertitude.

Aux thérapeutistes, aux médecins je demanderai, un alcoolique étant blessé, ce qu'il convient de faire pour conjurer l'explosion des accidents généraux, et aux cas où ceux-ci ont apparu, comment il faudra les combattre. J'ai essayé les alcooliques, l'opium à doses faibles ou fortes, le bromure de potassium, le chloral, la digitale; j'ai sauvé quelques malades, ou du moins je le crois. J'en ai perdu d'autres dans des conditions identiques en apparence. Alors j'ai douté, j'ai varié les essais, j'ai employé, abandonné et repris le même agent, et aujourd'hui je n'ai plus guère de conviction ni d'assurance.

Aux chirurgiens à leur tour, je demanderai de mettre un terme à mes perplexités et de m'offrir un moyen de chasser le découragement profond dont je suis saisi.

J'ai essayé tous les pansements, j'ai tenté l'expectation vigilante avec toutes ses ressources, j'ai lutté pied à pied avec tous les accidents locaux, avec toutes les complications prévues et imprévues. En cas de fractures compliquées, j'ai fait des résections, puis des amputations, j'ai été tour à tour conservateur et radical. J'ai agi de bonne heure, puis j'ai essayé de n'opérer qu'après le premier orage traumatique, et comme après toutes ces recherches j'ai consigné beaucoup de revers et à peine quelques succès, je n'ai pu encore me poser à moi-même que des préceptes empiriques sans bases valables.

Au bout de six années pour le moins d'études consciencieuses, je ne sais pas même à l'avance par quelle voie la mort va attaquer mes blessés. L'un succombe au *delirium tremens*, l'autre à un état gastrique mal déterminé, celui-ci à la septicémie aiguë, celui-là à la pyohémie classique, un cinquième devint albuminurique, un sixième hydropique par lésion du foie; l'hémorrhagie consécutive prend aussi sa part dans les désastres, et devant tous ces ennemis je ne suis assuré que de mon impuissance presque absolue.

Il m'en coûterait peu, messieurs, de faire devant vous une aussi triste confession et de m'accuser d'impéritie, si vous pouviez m'apprendre ce que j'ignore et m'aider à réparer le mal que j'ai peut-être commis innocemment. Je serais encore heureux si vous me prouviez que j'ai assombri le tableau et que j'ai eu affaire à des séries malheureuses. Bien que la classe des ivrognes ne soit pas très-intéressante et que la mort ne soit pour un très-grand nombre d'entre eux que le châtiment presque mérité d'une vie inutile, sinon dangereuse à la société, nous devons comme médecins déplorer la léthalité terrible qui les frappe.

Les insuccès ordinaires de la chirurgie chez les alcooliques ont encore un grave inconvénient sur lequel j'appelle en terminant votre attention.

L'expérience isolée d'un homme, si vaste qu'on la suppose, est impuissante à faire la science. Jusqu'à l'époque encore bien éloignée peut-être où le dogme chirurgical sera définitivement fixé, il faudra s'aider de la méthode numérique, c'est-à-dire de la statistique, dont nous reconnaissons tous les importants services.

Pour juger comparativement les méthodes thérapeutiques, les procédés opératoires, la chirurgie conservatrice mise en regard de la chirurgie radicale, les résections opposées aux amputations, etc., il faudra rassembler beaucoup de faits, les classer et les compter. Mais comment faire entrer dans les statistiques dichotomiques telles qu'on les dresse aujourd'hui des faits où ni l'opportunité de l'action, ni l'excellence des méthodes, ni l'habileté des opérateurs, ni la sollicitude des aides ne jouent le rôle principal, où tous les calculs sont déjoués par l'usage antérieur du vin blanc, de l'eau-de-vie ou de l'absinthe, où comptent à peine dans les prévisions le milieu, la blessure, mais seulement l'état organique du blessé?

Mettre en série des faits aussi spéciaux, n'est-ce pas introduire dans la méthode numérique un facteur évidemment vicieux pour arriver à des résultats certainement inexacts et trompeurs?

Il suffit, je crois, d'énoncer une proposition aussi élémentaire pour qu'à l'avenir une catégorie particulière soit instituée dans nos statistiques chirurgicales pour le cas où nos opérations, si elles ne hâtent pas parfois la mort des malades, sont le plus souvent impuissantes à les sauver, parce que ceux-ci, de leur fait même, sont presque inexorablement condamnés à mourir.

Conclusions. — 1° Les lésions traumatiques offrent une gravité exceptionnelle chez les sujets entachés d'alcoolisme.

2° La mort survient parfois avec une rapidité foudroyante, sans qu'il soit possible de la prévoir et de l'expliquer.

3° Dans d'autres cas elle est causée soit par des accidents généraux ayant pour origine les organes internes, soit par des accidents nés de la blessure et dus à l'absence des phénomènes réparateurs naturels.

4° La cause première de ces accidents peut être attribuée souvent, mais non toujours, à des lésions viscérales antérieures. L'altération primitive ou consécutive du sang joue sans doute un certain rôle, mais la science ne l'a pas encore nettement établi.

5° Le diagnostic de l'alcoolisme antérieur à la blessure est ordinairement assez facile; il importe beaucoup de le poser avant le développement des accidents locaux ou généraux.

6° La thérapeutique préventive ou curative est encore mal fixée, et ceci s'applique aussi bien au traitement pharmaceutique qu'au traitement chirurgical.

7° Les indications et contre-indications opératoires sont encore vagues et incertaines. Avec toutes les méthodes on recueille plus de revers que de succès, et il en sera ainsi tant que la prophylaxie et la thérapeutique médicales ne seront pas plus avancées.

8° Les résultats obtenus par la chirurgie conservatrice ou radicale chez les sujets alcooliques doivent être mis à part dans les statistiques générales.

COMITÉ SECRET.

L'Académie se forme à quatre heures et demie en comité secret, pour entendre la lecture du rapport de M. Henri Roger sur les titres des candidats aux places vacantes de membre associé national et de correspondant national.

La séance est levée.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 14 juillet 1871.

POURRITURE D'HOPITAL

TRAITEMENT DE CETTE AFFECTION PAR LE CAMPHRE EN POUDRE (1)

VI

Voici maintenant une nouvelle série d'observations recueillies sur des blessés évacués de Versailles sur Rennes.

Observations recueillies par M. le docteur aide-major Castaing, dans le service de M. Mulot, médecin-major de première classe.

Antécédents. — B... (Ladislas), sergent-major de la légion étrangère, est blessé le 16 avril au combat de Neuilly. Se trouvant dans les combles d'une maison, une balle est venue l'atteindre à la région occipitale. Le projectile a frappé le crâne obliquement, un peu au-dessous de la protubérance occipitale externe. Au moment de la blessure, le sergent-major s'affaisse sur lui-même sans perdre connaissance. Il ne peut parler, mais il entend distinctement tout ce qui se dit autour de lui. Cet état dura un quart d'heure. Le malade sent à peine une légère douleur; une hémorrhagie assez abondante se déclare, s'arrêtant bientôt d'elle-même. Le blessé est porté à l'ambulance, où il passe la nuit sans sommeil, et avec d'assez vives douleurs de tête. Le lendemain 17 avril, il est envoyé sur un cacolet à l'ambulance de Saint-Cyr. Pendant le trajet, il est très-affaibli et perd connaissance. Le 18, frissons et fièvre ; la blessure est pansée avec l'eau phéniquée et l'eau-de-vie camphrée. Le 19, fièvre moins forte, mais étourdissements et perte de connaissance. Les jours suivants la fièvre continue ; grand abattement; mais point de symptôme de compression du cerveau. Pendant la nuit, insomnie persistante. Le 24 avril, le malade est évacué sur l'hôpital de Rennes.

Etat actuel. — 25. — Blessure oblique et de forme ovale à la région indiquée. Elle mesure 8 centimètres de longueur sur 3 dans l'autre sens, profonde de 3 centimètres. Le fond de la plaie est moins étendu que l'ouverture extérieure. On y voit battre le cerveau ou plutôt les esquilles qui, complétement détachées de l'occipital, sont encore adhérentes à la dure-mère, dont elles suivent le mouvement. Les bords de la plaie sont gonflés, œdémateux. La surface est recouverte d'une matière grisâtre, pulpeuse, d'une certaine consistance, et présentant une odeur infecte. Les voisins de lit sont incommodés de cette odeur, qui s'exhale à travers même le pansement. En un mot, on trouve tous les signes de la pourriture d'hôpital. État général satisfaisant; pas de fièvre ; insomnie.

Prescription : pansement avec la poudre de camphre.

26 (lendemain). La matière grisâtre s'est ramollie ; la suppuration, plus abondante, est de meilleure nature. L'odeur de la plaie est de beaucoup diminuée. Le médecin traitant, M. Mulot, enlève une partie de la matière pulpeuse qui obstruait la plaie, et il extrait en même temps une esquille appartenant à la table externe de l'occipital. — Continuation du camphre.

27 (surlendemain). La plaie est nettoyée presque complétement; on aperçoit des bourgeons charnus d'une belle couleur ; l'odeur a disparu; la suppuration est normale. — Même médication locale.

28. La plaie bourgeonne dans toute son étendue ; les bords sont dégorgés; on extrait une nouvelle esquille ; persistance de l'insomnie ; douleurs locales, mais pendant le pansement seulement.

27, 30 et jours suivants, la plaie est devenue simple et marche vers sa cicatrisation.

1er juin. La plaie est près de se fermer au fond d'une dépression osseuse de trois à quatre centimètres, suite de la perte de substance.

REMARQUES. — Ne voulant pas fatiguer le lecteur par des redites sur la liquéfaction de la matière pulpeuse et le *rapport* qui existe entre cette liquéfaction et la disparition du mal, coïncidence qui ressort et ressortira de toutes nos observations, je me bornerai à signaler ce que chacune de celles-ci offre de plus particulièrement caractéristique. Ici il y a lieu de noter l'*odeur* de la plaie, odeur tellement fétide *qu'à travers l'appareil du pansement elle incommodait les voisins de lit.* Or, le lendemain de la médication par le camphre, elle se trouve avoir *beaucoup diminué*, et le surlendemain elle *a disparu!* C'est là, ce me semble, un détail très-important dans une maladie reconnue comme contagieuse et infectant les plaies des voisins de lit ; ainsi s'explique pourquoi la plupart de mes pourritures, notamment celle-là ayant été traitées dans les salles communes des blessés, il n'y a pas eu transmission.

Sous ce rapport, ma pratique pourrait être utilisée dans des maladies autres que la pourriture, comme le prouve le fait suivant. Un jour j'arrive au Mans, où je traite avec le même succès une pourriture dans le service de l'honorable M. Morduet. Je suis accompagné, dans mes visites à l'hôpital, par un aide-major de la garnison. Voici que le matin de mon départ, après quatre jours de séjour, mon confrère de l'armée me pria de visiter avec lui une ambulance privée où il traitait les blessés. « Je ne vous ai pas parlé jusqu'aujourd'hui de cette ambulance, me dit-il, parce qu'un de mes amputés était dans un fort mauvais état, ayant le moignon gangrené. L'odeur étant insupportable, et vous ayant vu si bien réussir avec le camphre contre la pourriture, j'ai tout de suite appliqué le remède sur le moignon. Or, présentement, l'odeur a disparu, et mon blessé est présentable. »

Effectivement, il n'y avait plus d'odeur; même le blessé allait mieux, me témoignant sa satisfaction, ainsi que l'honorable famille qui le soignait. J'ignore ce qu'il en est advenu depuis.

N'y aurait-il pas lieu d'expérimenter aussi dans l'*infection purulente* actuellement encore régnante à Paris, et où il y a des plaies sentant mauvais, cause peut-être des érysipèles qui s'observent dans les salles ? Cette expérimentation est d'autant plus indiquée que, d'après M. Salleron, le perchlorure de fer appliqué sur les plaies dans l'infection purulente y ramène la suppuration au grand profit de l'état général. (Voir ses observations, *Recueil de médecine militaire*, 1859, t. II.)

A. NETTER.

(*A suivre.*)

ASILE DES ALIÉNÉS D'ÉVREUX. — M. VEDIÉ.

Cas de hernie diaphragmatique étranglée terminé par la mort.

Le nommé L..., entré à l'asile d'Evreux le 9 novembre 1870, était atteint de manie. Nous ne nous étendrons que sur les symptômes de sa maladie qui se rapportent à sa hernie diaphragmatique, cause de la mort.

Ce malade, avant son entrée était souvent agité et mangeait très-peu.

Dans les premiers jours après son arrivée, l'agitation continue, puis fait place à un calme assez complet. Mais l'anorexie persiste; de plus, outre les symptômes cérébraux, voici ce que nous observons :

L... se plaint souvent de constipation, mais la plupart du temps, quand il y a huit jours déjà qu'il n'a pas été à la garde-robe. Il a souvent du ténesme. Il dit quelquefois à un de ses camarades qu'il souffre au-dessous du sein gauche; mais il ne s'en plaint pas à nous, parce que cette douleur est très-faible.

A ce moment, nous noterons que dans ses moments d'agitation, il se frappait souvent la poitrine, acte qui était certainement en rapport avec ses idées religieuses, mais qui pouvait bien aussi être en rapport avec la lésion révélée par l'autopsie.

Plus tard surviennent par intermittences des vomissements. Le malade rend tout ou partie de son dîner. Néanmoins il continue d'aller et venir et de s'occuper un peu. Il s'imagine que ses aliments sont empoisonnés. (Il avait d'ailleurs, depuis longtemps, des hallucinations de la vue et de l'ouïe.) Il manifeste vaguement l'intention de se suicider, précisément en s'empoisonnant.

Tout à coup le 9 juin, il se dit souffrant, se plaint de coliques et se couche. Il avait été à la garde-robe les jours précédents, mais très-peu. Le ventre est ballonné, la langue est belle ; d'ailleurs le malade n'éprouve pas autre chose que quelques coliques. On lui administre un lavement purgatif qu'il rend aussitôt. Le lendemain, nouveau lavement, mais sans plus de succès. Les coliques continuent, mais sont faibles. Il mange un peu et ne se plaint pas beaucoup.

Le 11, les symptômes s'aggravent d'une manière formidable et en très-peu de temps. Une entéro-péritonite se manifeste, météorisme considérable, vomissements acides, coliques revenant par accès, fièvre, etc. Le malade éprouve surtout des douleurs très-grandes dans tout le ventre, légèrement plus fortes du côté gauche. La constipation qui nous intrigue, nous fait penser à une hernie étranglée, mais l'examen de l'abdomen ne nous révèle rien à ce sujet.

Nous diagnostiquons alors comme cause de l'entéro-péritonite, un iléus en faisant cette remarque, toutefois que le malade n'indique rien qui puisse révéler le siége de cette lésion. Nous remarquons une légère oppression, mais c'est le seul symptôme apparent du côté de la poitrine. Nous l'attribuons à la difficulté de la respiration diaphragmatique. On administre un purgatif, mais il le vomit; d'ailleurs, les vomissements deviennent de plus en plus abondants et prennent l'odeur et la couleur des matières fécales. Le malade ne peut plus rien prendre sans vomir. Boissons rafraîchissantes, café noir, etc., il rend tout presque immédiatement. Des fomentations, des cataplasmes, des irrigations froides, lui procurent un peu de soulagement ; mais dès l'aggravation des symptômes, le malade nous a dit qu'il se sentait perdu. Les forces diminuent de plus en plus ; le pouls s'affaiblit et devient presque imperceptible. L... tombe dans un coma qui se termine par la mort le 12 juin, à 6 heures du soir.

AUTOPSIE. — A l'autopsie, voici les lésions très-curieuses que nous trouvons : Une hernie de l'angle gauche du colon transverse à travers le diaphragme. Tous les rapports sont changés. L'estomac est refoulé à droite sous le foie et comprimé ; l'intestin grêle et le colon ascendant et transverse, considérablement dilatés, recouvrent le colon descendant, qui est aplati et revenu complétement sur lui-même.

Tout l'intestin est très-infect et rempli en partie de gaz, en partie d'un liquide jaune verdâtre dont nous évaluons la quantité à 2 ou 3 litres. Le cœcum a atteint le volume d'un estomac ordinaire, pendant que l'estomac, au contraire, atteint à peine le volume d'un cœcum. Il y a de la péritonite autour de la hernie. Quant à la hernie elle-même, elle est formée par le gros intestin et une masse séro-adipeuse roulée sur elle-même qui nous paraît appartenir au grand épiploon. Le tout forme une saillie plus grosse que le poing qui comprime la partie inférieure du poumon gauche et refoule le cœur un peu à droite. La hernie soulève la plèvre, mais ne semble pas entourée complétement par le péritoine. L'épiploon entoure l'intestin, excepté en avant et en haut.

L'anse herniée forme une sorte d'ampoule remplie de gaz, pouvant communiquer, quoique difficilement, avec le colon descendant.

L'ouverture du diaphragme, qui paraît ancienne, est circulaire et est moins grande qu'une pièce de 5 francs; elle est située vers le milieu de la moitié gauche du diaphragme, près du centre phrénique, qui est très-mince. Cette ouverture semble produite à l'insertion même de quelques fibres du diaphragme sur le centre phrénique. L'étroitesse de l'anneau formé par le diaphragme, par rapport à la grosseur de la hernie, est très-remarquable. La portion supérieure de l'anse herniée peut glisser avec peine sur l'anneau diaphragmatique; mais la portion inférieure a contracté des adhérences avec le diaphragme et la plèvre. La portion d'épiploon herniée offre une injection considérable qui lui donne une couleur d'un brun rosé. Le colon descendant est revenu sur lui-même, mais progressivement, c'est-à-dire que près de la portion étranglée il a un diamètre plus grand que si on le considère plus bas; il est donc en entonnoir. L'S iliaque et le rectum admettent à peine l'introduction de l'index.

La présence des adhérences entre la hernie et le diaphragme, et les symptômes observés depuis plusieurs mois, nous font penser que la hernie datait d'une époque assez reculée; mais elle était probablement peu considérable. Puis, sous l'influence d'un effort, une nouvelle portion d'anse intestinale a dû pénétrer dans la poitrine.

Cet accroissement de la hernie, joint à l'accumulation des gaz qui ont dilaté l'anse herniée de manière à en fermer l'orifice inférieur, a pu suffire à arrêter le passage des matières intestinales. De là l'entéro-péritonite et les symptômes d'étranglement.

Cas de hernie du cœcum étranglée terminé par la mort.

Le nommé B..., entré à l'asile le 13 juin 1870, est atteint de lypémanie avec accès passagers d'agitation. Il a d'ailleurs l'esprit très-borné. Il est petit et bossu. Mais nous ne nous occuperons que du fait chirurgical.

Ce malade avait depuis plusieurs mois une hernie inguinale droite de la grosseur d'un œuf de poule. Elle rentrait très-facilement et il la maintenait au moyen d'un bandage.

Après une agitation des plus violentes, B... est atteint dans les premiers jours d'août d'une constipation assez opiniâtre dont il ne nous avertit pas. Au bout de quelques jours des coliques surviennent; il ne dit rien encore. Du reste, il était tombé dans un état de stupeur profonde. Enfin, vaincu par la douleur, il nous avertit de ses coliques et nous dit que depuis quelques jours sa hernie est ressortie; qu'elle lui fait du mal et qu'il va difficilement à la garde-robe. La hernie offre en effet le volume des deux poings : les bains n'ont aucun succès. On essaye en vain de réduire. Purgatifs et lavements, rien ne réussit. Les symptômes marchent rapidement, et bientôt, il n'y a plus de doute, on a affaire à une hernie étranglée. Tous les moyens ayant échoué, le débridement est pratiqué le 11 août.

L'opération se passe très-bien; mais on remarque que la hernie est formée aux trois-quarts par une masse considérable d'épiploon autour de l'intestin que l'on entrevoit à peine, mais que l'on sent assez bien. On remarque qu'il est dur et volumineux.

Dès lors nous sommes frappés de cette idée que ce ne doit pas être l'intestin grêle qui s'est hernié, mais le cœcum. La hernie rentre assez facilement dans l'abdomen, mais elle a une grande tendance à ressortir.

D'ailleurs, aucun signe de gangrène.

La journée de l'opération se passe très-bien, mais le lendemain,

(1) Suite. — Voir le dernier numéro.

c'est tout autre chose. Douleur vive, rougeur diffuse, dans la fosse iliaque droite, symptômes d'un phlegmon profond accompagné de péritonite. Les jours suivants, les symptômes s'aggravent. La tumeur de la fosse iliaque augmente. Une tache livide apparaît sur les lèvres de la plaie qui laissent couler un pus abondant dont l'odeur devient ammoniacale. On pense qu'un anus contre nature va se former. Bientôt en effet des matières stercorales s'écoulent par la plaie. Le malade se trouve soulagé. Mais il faut pratiquer une contre-ouverture à la partie la plus inférieure du scrotum pour donner issue au liquide sanio-purulent qui, à chaque effort un peu brusque d'expiration, fuse dans la cavité vaginale, malgré les soins que l'on prend pour l'écouler au dehors.

Pendant plusieurs jours, par le moyen de toniques et de pansements multipliés, les forces du malade se soutiennent et l'on espère encore. Mais le phlegmon gagne chaque jour un peu et une nouvelle eschare se forme à quelques centimètres de l'orifice externe du canal inguinal; elle est grande comme une pièce de cinq francs, irrégulière en haut et se termine en bas au milieu de l'arcade crurale.

Des lambeaux d'épiploon sortent de temps en temps par la plaie en même temps que les matières stercorales; ils font quelquefois bouchon, et on est obligé de les tirer avec des pinces.

Pour comble de malheur une pneumonie se déclare à la base droite, le 17 août. Le pouls devient de plus en plus mauvais; les forces baissent rapidement; l'oppression augmente et le malade meurt le 18 août.

Autopsie. — Nous ne parlerons que des lésions intéressantes au point de vue chirurgical.

Colonne vertébrale. — Déviée considérablement à droite, en haut, au point qu'il n'y a que l'épaisseur d'un doigt entre les corps des vertèbres et l'angle postérieur des côtes, puis une courbe contraire, moins accentuée au niveau de l'épigastre, et enfin une dernière courbe à droite de l'angle sacro-vertébral, de telle sorte que la fosse iliaque de ce côté a une hauteur et une profondeur moindres que la fosse iliaque gauche, ce qui n'a pas peu contribué, selon moi, à la production de la hernie.

Poumon droit.— Conformation en rapport avec la conformation de la colonne vertébrale. — Lobe inférieur droit siége d'une pneumonie.

Intestins. — La hernie était formée par le cœcum qui, gangrené par suite d'étranglement, s'est ouvert largement au pourtour de la valvule iléo-cœcale et de l'orifice de l'intestin grêle.

Celui-ci ne tient plus au cœcum que par la valvule. L'ouverture cœcale est plus grande qu'une pièce de cinq francs; l'ouverture intestinale comme une pièce d'un franc.

La première laisse couler un liquide jaune quand on presse l'intestin, la seconde un liquide verdâtre. Ces deux intestins s'ouvrent dans une cavité qui serait assez grande pour contenir trois oranges et qui est limitée de toutes parts par le péritoine enflammé, épaissi. La cavité contient un liquide sanieux, putride et de l'épiploon sphacélé. Le foie nage dans un peu de pus épaissi, très-reconnaissable quoique mêlé à d'autres matières. Cette cavité communique largement avec l'extérieur par l'ouverture du canal inguinal.

Les bourgeons charnus qui se montraient tout autour de la plaie sont sphacélés.

Le duodénum présente de la vascularisation. Il y a un peu de météorisme stomacal et intestinal. Plusieurs anses intestinales ont contracté ensemble des adhérences au pourtour de la cavité; ces anses sont situées à l'union du tiers inférieur de l'intestin grêle avec les deux tiers supérieurs.

Nous noterons enfin que tout le gros intestin a subi un retrait sur lui-même et que sa cavité est considérablement rétrécie.

A propos de ces deux observations, on remarquera une fois de plus combien il est difficile de saisir une affection au début chez les aliénés. Il est rare de les voir, excepté les hypochondriaques, se plaindre au moment où on pourrait leur administrer le plus efficacement un remède. Si ces deux malades avaient tous deux accusé les premiers symptômes, l'administration d'un purgatif à ce moment aurait pu être de la plus grande utilité.

DOCUMENTS

POUR SERVIR A L'HISTOIRE DU MOUVEMENT SCIENTIFIQUE PENDANT LE SIÉGE DE PARIS (1).

14 DÉCEMBRE

XXIII. **Corps de santé de l'armée.** — Par décret en date du 13 décembre :

Les médecins et pharmaciens principaux de première classe du corps de santé de l'armée de terre pourront être à l'avenir maintenus dans le cadre d'activité jusqu'à l'âge de 62 ans.

XXIV. **Variétés.** — M. Guillaume Depping publie dans le *Journal officiel* l'article suivant :

Inventaire d'un portefeuille prussien trouvé sur le champ de bataille.

Vieux portefeuille usé, sali, déteint, dis-nous ta destinée? Dis-nous ceux qui t'ont possédé tour à tour, car, si j'en juge par ton contenu, tu as dû passer par plusieurs mains; — il en est jusqu'à trois que l'on pourrait compter. Ton premier maître, expirant, t'aura remis à quelque camarade plus heureux que le fer ou le plomb avait épargné; un peu plus tard, ou seulement un peu plus loin, ce survivant de quelques jours ou de quelques minutes sera tombé lui-même; un troisième t'aura recueilli et gardé jusqu'au moment où la mort l'aura frappé à son tour. C'est ainsi que tu as été trouvé, gisant sur le champ de bataille, et c'est ainsi que tu as pénétré seul dans Paris, alors que ceux qui t'avaient porté jusque-là comptaient y entrer en conquérants.

Un retour triomphal les attendait; on leur écrivait même qu'on avait déjà coupé des lauriers pour eux. Grenadiers du régiment de la reine Augusta, vous n'irez plus au bois, comme dit la vieille ronde française, avec celles dont les noms sont écrits dans les replis de ce portefeuille, et les lauriers coupés sont depuis longtemps flétris.

Il y a de tout sous cette enveloppe délabrée, même de la poésie... et en quel voisinage! dans un méchant cahier dont on ne voudrait pas pour livre de blanchisseuse, à côté d'un compte de ménage, au milieu des carottes, des pois et du céleri, c'est une ballade dans le goût allemand le plus pur. Les vers, d'une écriture grossière et d'une orthographe équivoque, doivent être la copie d'un soldat. Plus loin, c'est une poésie originale : des stances adressées par un guerrier à sa maîtresse, qui lui avait envoyé quelques rimes de sa composition; côte à côte une contremarque de théâtre. Ici, un livret de sous-officier avec le nom du porteur, livret où sont rappelés les principaux articles du code militaire : peine de mort ou détention dans une forteresse, telle est la perspective monotone qu'on y fait briller comme encouragement aux yeux du soldat; quelques pages blanches, avec en-tête imprimé, sont destinées à recevoir le détail des effets d'équipement distribués à la troupe : chemises (on en donne deux par an), bottes et ressemelage de bottes (le soldat en reçoit une paire tous les sept mois et un quart), etc.; à côté de ces objets de ménage du troupier, la lettre d'une sœur, plus préoccupée de l'âme que de la vie de son frère, et qui lui envoie un gage béni, procurant l'absolution complète des péchés, *in articulo mortis*; — des cartes de femmes, avec l'adresse et le numéro; près de là, quelques lignes écrites par une vieille mère dont la main tremblote; — des cartes-poste de l'armée allemande en blanc; une autre répondue; — une carte de visite portant ces mots : « Savignac, farinier-grènetier, la Chapelle-en-Serval, Oise. » (les Prussiens ont dû passer par là); une autre carte de visite cornée, accompagnée d'une adresse de marchand : « 43, rue de Rambuteau, Panzel et Hilleshein, fabrique de maroquinerie, porte-monnaies, etc. » La carte cornée est au nom de Henri Panzel. Cette rencontre bizarre ne permet-elle pas de supposer que le propriétaire du portefeuille a servi dans le susdit magasin avant de servir dans l'armée allemande? Encore un des mohicans d'outre-Rhin dont Paris était inondé, qui vivaient de notre vie et qui nous ont payé du prix qu'on sait notre hospitalité.

En attendant, là-bas, on désire la paix, on l'appelle; des femmes prient, des mères gémissent; dans certaines provinces catholiques, on organise même des processions solennelles. La preuve en est fournie par quelques-unes des lettres du portefeuille que nous avons sous les yeux.

C'est au 4e régiment de grenadiers de la garde, régiment de la reine Augusta, qu'appartenaient les soldats à qui les lettres ont été adressées, ce qui prouve, soit dit en passant, que la garde prussienne a pris part aux derniers combats. La plus vieille de ces lettres est du mois d'août; la plus récente, du 19 octobre. Elles ont été écrites de différentes villes des bords du Rhin; de Crefeld, dont la prospérité est l'œuvre des réfugiés français qui s'y établirent après la révocation de l'édit de Nantes, — de Gladbach, de Viersen, d'ailleurs encore.

« Mon cher frère, écrit-on au sous-officier H..., le 13 septembre 1870, Dieu veuille que vous reveniez bientôt tous dans notre chère patrie et que vous n'ayez plus à risquer votre vie contre des hordes sauvages. A ce que nous apprenons de différents côtés, vous devez avoir à endurer bien des privations et surtout à souffrir de la faim. Ne pouvant t'envoyer aucun paquet, nous t'adressons ci-joint de quoi remplir ta pipe une couple de fois, car nous avons entendu dire que là-bas le tabac était fort cher. Pour de l'argent, nous ne pouvons malheureusement t'en envoyer; nous-mêmes nous ne gagnons rien, presque toutes les affaires sont en souffrance. Donne-nous bientôt de tes nouvelles, et dis-nous si vous entrerez prochainement à Paris. Tu auras sans doute entendu parler du vilain tour que les Français nous ont joué, ou du moins ont voulu nous jouer à Laon, où ils ont fait sauter les braves Allemands. Quels chiens que ces gens-là! Pendant ce temps, Napoléon est bien tranquille à Wilhelmshœhe; la légende : *En route pour Cassel* s'est vérifiée à son endroit. »

Le signataire de cette lettre était trop jeune pour le service militaire; mais il y a un autre frère que la guerre a saisi :

« Tu sauras, mon cher frère, — écrit du fort Blücher, 24 août, le nouvel enrôlé à celui qui est déjà sous les drapeaux, — que j'ai été rappelé depuis un mois. Je t'indique le lieu de ma résidence, si tu es encore de ce monde. Mon pauvre petit Hermann (son fils, sans doute) est au ciel; il est mort et on l'a enterré, sans que je fusse là!... Nous recevons à l'instant même l'ordre de départ, Dieu merci! Demain, dans l'après-midi, nous serons à Sarrelouis par le chemin de fer, et peut-être nous rencontrerons-nous encore une fois, car on dit que nous devons pousser à Thionville. »

Au reste, tous sont en marche : frères, parents, amis. Auguste, un de ces derniers, y passe à son tour. Avant la guerre, il écrivait à son ami, le sous-oficier, des lettres si joviales!

En voici une du 18 mai :

«... Charles et moi, nous prenons, plus que jamais, du goût pour la bière blanche de Crefeld. Hier, nous en avons bu chacun *quinze* verres; j'écris le chiffre en toutes lettres. Quand je bois ainsi d'une seule et même espèce de bière, il m'est impossible de me *soûler*. Pour remplir un peu le vide qui se fait, à ce que tu m'apprends, au fond de tes poches, je t'envoie ce chiffon de papier. »

Au reste, le nouveau soldat n'a pas trop à se plaindre; l'heure des adieux, toujours si douloureuse, a été adoucie pour lui par un aimable souvenir : un billet anonyme, tracé finement au crayon, contient un quatrain qu'on lui envoie « pour le consoler. » C'est une variation sur le thème : *Ah! quel plaisir d'être soldat!* (*Ach! welche Lust soldat zu sein!*) — Il y répond en vers, du bivouac, et sur le même bout de papier :

« Mais non! mon doux trésor (*mein schœtzchen*), cette vie n'est pas si douce que vous le croyez. Le matin, quand le tambour bat, il faut déjà être éveillé. Il faut aller faire l'exercice; tourner à droite, tourner à gauche. — A midi, quand vient l'heure du dîner, on se trouve seul à son repas. Ni le manger, ni le boire, n'ont de charme. — Ah! si ma belle était auprès de moi.—Le soir... »

Ici, le traducteur s'arrête. Tout à l'heure, la mine de plomb était presque effacée, il craignait de ne pas bien lire; à présent, il craindrait d'avoir trop bien lu.

A un autre, le grenadier J..., on écrit de Gladbach, 15 août :

« Mon cher J..., quelle joie, quand nous avons reçu ta carte-poste, car Dieu a entendu notre prière et t'a préservé jusqu'ici de tous les dangers. Il ne se passe pas de jour, ni de nuit, où nous ne lui adressions nos prières pour qu'il te ramène au milieu de nous. G. J..., qui m'est si cher, va également partir; il est de la levée générale et incorporé dans l'infanterie. Les événements qui viennent d'avoir lieu ont été accueillis ici avec une grande joie, mêlée pourtant d'une profonde tristesse. Nous ne pouvons pas assez remercier Dieu pour les victoires qu'il accorde à nos soldats, après de rudes combats. Nous espérons qu'il nous assistera encore et vous ramènera bientôt dans cette chère patrie. Je t'annoncerai qu'il y a ici beaucoup de blessés du voisinage. Cette semaine, il en est venu un convoi entier, ils ont été placés chez les habitants. — Anna D... »

Les lauriers dont nous parlions plus haut sont promis par la signataire dans le *post-scriptum* : nous ne savons si le destinataire les a reçus; mais une circulaire imprimée sur papier bleuâtre, ornée d'un timbre municipal, nous apprend que la petite ville de Viersen a ouvert une souscription patriotique, et envoyé un don en argent à tous ceux de ses enfants qui sont à l'armée.

« Au grenadier J...

« Depuis que nos braves soldats sont partis avec enthousiasme pour entreprendre la guerre sainte, pour soutenir l'honneur et la liberté des provinces du Rhin, de la Prusse et de l'Allemagne, nos vœux et nos prières les accompagnent. Nous savons qu'ils supportent avec courage et résignation les fatigues et les sacrifices qui leur sont imposés. Aussi sommes-nous heureux de pouvoir leur envoyer un don patriotique de *deux thalers* (7 fr. 50), dû à la libéralité de nos concitoyens. Qu'ils combattent bravement pour Dieu, le roi et la patrie, et qu'ils reviennent victorieux!

« Au nom du comité, le président, le docteur Kirch, bourgmestre. »

Les amis de J... s'efforcent d'entretenir le grenadier dans les mêmes sentiments :

« La conversation de tous les jours et de tout le monde ne roule que sur la guerre, lui écrit-on le 25 août. Nous venons d'apprendre que tu es entré en France. Dès que nous entendons dire qu'une bataille a eu lieu et que tant et tant de milliers d'hommes ont été tués, nous nous disons : Il est peut-être parmi les blessés, ou même parmi les morts.

» Dans les derniers jours surtout, quand la nouvelle est arrivée ici de plusieurs combats livrés auprès de Metz, combats des plus sanglants (on évalue la perte des Français seuls à plus de 50,000) cette pensée nous est revenue. Hier, sont arrivés ici les premiers blessés, au nombre de cinquante-deux; on dit qu'à la fin de la semaine, il en viendra cinquante autres. Ce sont des Bavarois, des Wurtembergeois, des Saxons et deux Français. On a le plus grand soin de ces pauvres blessés. Quand on les considère, on se fait une légère idée des horreurs de la guerre, et penser que notre cher ami pourra rester ainsi, entre les mains ennemies, sur un territoire ennemi!

« Aujourd'hui est arrivée une dépêche annonçant que les Prussiens ont occupé Châlons, et qu'ils marchent sur Paris. On est heureux d'apprendre que les troupes prussiennes s'avancent toujours et surmontent tous les obstacles qu'elles rencontrent. Mais on voit avec angoisse arriver le moment où elles seront devant Paris. Quand on entend dire qu'il se prépare à Metz un *pompardement...* »

Le mot est écrit ainsi dans l'original. Ce mot, quand le signataire de la lettre le prononce, doit lui remplir la bouche.

«... un *pompardement* tel que le monde n'en a encore jamais vu (*sic*), on se demande : Que sera-ce à Paris? Que de malheureux y resteront! Mais il faut espérer que nos soldats victorieux éteindront ainsi jusqu'à la dernière étincelle de l'arrogance française, en entrant dans leur capitale. — Chaque soir, à sept heures et demie, on dit des prières pour nos braves soldats, afin que Dieu les protége. Nos prières, à nous, te concernent particulièrement, pour que tu puisses revenir sain et sauf. Mais si la volonté de Dieu était que tu fusses blessé ou même que tu reçusses la mort, *für's Vaterland* (pour la patrie), console-toi en pensant que les portes du royaume des cieux sont ouvertes aux braves soldats. »

Voilà les sentiments que l'empire a réveillés en Allemagne! On y revient au fanatisme de la guerre de l'indépendance.

« Tire-moi à bout-portant sur ces Français, écrit un juif au même soldat, en date du 27 août, et montre-leur ce que sont les Allemands quand on a la fantaisie de se frotter à eux. Ici (à Vierzon) tout va bien. Nous avons établi une ambulance, et chacun s'empresse pour adoucir les souffrances des soldats. C'est le devoir de tout juif qui a dans la poitrine un cœur prussien. »

Un autre écrit, le 22 septembre :

« Courage! encore un coup de collier, l'attaque de Paris, où les journaux disent que nos troupes sont déjà depuis huit jours avec des pièces de la plus forte artillerie, et tout sera terminé. Les Français seront anéantis avec leurs affreuses mitrailleuses et leurs turcos dont les cruautés dépassent tout ce qu'on peut imaginer (*sic*). Et ce résultat sera dû à nos braves soldats qui ont lutté courageusement et en désespérés contre ces affreux instruments de carnage qu'on ne devrait pas tolérer, même à la guerre.

« La semaine passée, il est mort ici deux soldats des suites de leurs blessures. Ils ont été enterrés avec une solennité telle que Viersen n'en avait jamais vu de pareille... »

(1) Fin. — Voir le dernier numéro.

Encore au même, du 19 octobre :

« Cher J..., as-tu reçu les deux petits paquets sous forme de lettre que nous t'avons adressés par la poste, et qui contenaient du tabac? On dit que c'est la privation dont vous avez le plus à souffrir. Quelle a été notre douleur en apprenant que tu étais à l'Hôpital! On raconte ici mille choses des maladies dangereuses qui ont éclaté dans l'armée. Les journaux annoncent que le bombardement de Paris commencera le 18 de ce mois, en même temps que celui de Metz. Il est probable que ces places ne pourront pas tenir longtemps, et alors enfin on fera la paix et vous pourrez revenir dans votre cher pays... »

La lettre se termine par une sentence morale et pieuse, en quatre vers, destinée à réconforter l'âme du soldat. Ce ne sont pas des vers que la signataire de la lettre suivante envoie à son frère A..., sans indication de date :

« Cher frère, j'ai reçu de tes nouvelles avec la plus grande joie, car je vois que tu es sain et sauf et en bonne santé. Je me suis conformée à tes désirs : j'ai cousu après le scapulaire une croix d'indulgence mortuaire, en sorte que si Dieu devait te rappeler à lui, quand tu porteras cette croix, tu aurais l'absolution complète à l'heure de la mort. Il en est de même de la médaille qui y est jointe. J'ai pensé que tu pourrais la donner à un de tes camarades qui n'en aurait pas; sinon tu la garderas pour toi. Ici, à Munster, nous sommes presque toujours réunies en prières. Mercredi, il y avait à la cathédrale et, dimanche dernier, dans toutes les églises, des prières de treize heures. Lundi prochain, une procession ira en pèlerinage à Telgt.

« Partout, les particuliers, et surtout les couvents, ont offert leurs maisons pour en faire des hôpitaux. On montre beaucoup de zèle; on fait tout ce qu'on peut pour les blessés et pour les familles de ceux qui sont morts. Je t'en prie, mon cher frère, écris-moi dès que cela te sera possible, et ne me laisse pas si longtemps dans cette cruelle incertitude. Tu ne te figures pas combien j'étais impatiente d'avoir de tes nouvelles; mes pensées te suivent partout, le soir, en me couchant, le matin, dès que je m'éveille. Comment en serait-il autrement? Mais j'ai la ferme confiance que Dieu te préservera des dangers et que tu traverseras sain et sauf même la grêle de balles la plus terrible, et que tu reviendras parmi nous; il le peut, si telle est sa volonté sainte, à laquelle nous devons nous soumettre humblement.

« P. S. — Si tu n'étais pas encore de la confrérie du scapulaire, tu pourrais t'y faire admettre dans la première ville catholique où tu entreras. »

Ce n'est probablement pas le Westphalien dévôt à qui ces lignes sont adressées qui a transcrit la ballade que nous trouvons au fond du portefeuille, et par laquelle nous terminerons notre inventaire :

« Les flammes du bivouac brillent au loin à travers la nuit sombre; trois guerriers sont réunis; ils pensent à la bataille qui va avoir lieu.

« Ils parlent de guerre et de combats, et leur pensée erre dans l'avenir; ils se voient de retour dans la patrie, après la victoire; quelle douce joie!

« Le premier tire de sa poche une gourde; amis, dit-il, voyez ce qu'elle m'a donné; combien de fois ce gage d'amour n'a-t-il pas apaisé ma soif?

« Et quand nous serons revenus, assis aux côtés de ma fidèle amie, je viderai le flacon en lui portant un toast d'amour.

« Voyez, dit le second, ce mouchoir qui me vient de mon amie; combien ce présent me rend heureux! C'est elle qui l'a cousu, c'est elle qui l'a porté.

« Et quand, après ces temps d'orage, nous rentrerons dans la paix et dans le repos, j'agiterai de loin ce mouchoir pour lui souhaiter la bienvenue.

« Le troisième a légèrement pâli, il regarde les flammes d'un air sombre : Moi, dit-il, je n'ai pas de gage d'amour, car elle est depuis longtemps au tombeau.

« Rien ne m'attire donc plus vers la maison natale. Tout m'attire au contraire vers l'endroit où repose mon amie. Oh! si les balles qui sifflent pouvaient me coucher à côté d'elle dans la tombe!

« Les flammes du bivouac brillent de nouveau dans la nuit sombre. Les trois amis sont encore une fois rassemblés après une lutte sanglante.

« La tempête déchaînée sur les champs de bataille ne s'inquiète guère de ceux qui souffrent, ne s'inquiète guère de ceux qui aiment. L'un des guerriers porte dans sa poitrine fracassée les éclats de sa gourde;

« L'autre a de larges plaies dans le crâne, car le sabre a frappé juste; — sur les chairs ouvertes, un mouchoir est étendu, teint d'un sang couleur de pourpre.

« Et le troisième regarde avec douleur les blessures de ses amis. Lui, aucune balle ne l'a touché! Il contemple les cadavres et pleure! »

Sur le champ de bataille de Waterloo, on ramassa de même des fragments de vers, des romances et des poésies légères; Walter Scott, qui passa par là quelques jours après, en a donné la traduction dans ses lettres écrites de Paris en 1815.

XXV. **Ambulances.** — A la liste des « bonnes » ambulances que nous avons signalées hier dans la note 4 de notre article, nous ajouterons les suivantes : celles de la Bibliothèque nationale; du Jardin des plantes (ambulance fondée par les professeurs); de la Société des dépôts et comptes-courants; de la rue Saint-Benoît; du boulevard Richard-Lenoir; du passage Violet; de M. Didot; de la *Belle Jardinière*. Nous pensons qu'on n'a pas encore assez utilisé le palais des Tuileries, qu'on pourrait apporter certaines améliorations à l'ambulance du Théâtre-Français; enfin, que le gouvernement rendra un très grand service en aménageant convenablement les vastes locaux occupés autrefois par les Magasins-Réunis, et en y installant plus particulièrement les convalescens, peut-être même des malades, pourvu qu'ils soient bien séparés des convalescens et que leurs maladies ne soient pas épidémiques. Encore une fois, nous parlons seulement des ambulances que nous avons visitées jusqu'à ce jour. Ch. Daremberg.

17 DÉCEMBRE.

XXVI. **Légion d'honneur.** — Par décret en date du 26 décembre 1870, ont été promus dans l'ordre de la Légion d'honneur, pour prendre rang du 8 décembre 1870, au grade d'officier :

M. Mutel (Alexandre-Guillaume), médecin-major de 1er classe, chargé du service de santé de la 3e division, 2e corps de la 2e armée : chevalier du 29 décembre 1860; 23 ans de service, 14 campagnes.

M. Ohicr (Célestin-Servant-Pierre), médecin-major de 1re classe, chargé du service de santé de l'artillerie du 1er corps de la 2e armée : chevalier du 14 septembre 1855; 28 ans de service, 11 campagnes.

XXVII. **Hygiène alimentaire.** — M. JULES GUÉRIN publie dans la *Gazette médicale* quelques considérations sur la chair des animaux.

Il a été beaucoup question, dans ces derniers temps, de faire entrer dans l'alimentation du siége la viande des animaux les moins habitués à cet honneur. Jusqu'ici le côté plaisant du sujet l'a emporté sur le côté sérieux : on a parlé de repas plus ou moins apocryphes, dans lesquels la traditionnelle gibelotte de chat a été singulièrement distancée par les terrines de foie de chat, les filets de chien sautés et les brochettes de rat rôtis, le tout relevé par les plus savoureux coulis. Comme toujours, l'esprit français a trouvé, dans la situation la plus grave, à placer son sel, qui en a été l'assaisonnement. Tout le monde a dit son mot avec plus ou moins d'esprit. En tête, comme toujours s'est trouvé notre inimitable Cham, dont le charmant crayon a su faire oublier un instant les tristesses du siége (avec sa queue pour la viande de rats) (1). Cependant au fond de tout cela il y a une question d'extrême intérêt scientifique, à laquelle personne ne paraît avoir songé, et qui, dans la situation actuelle, devient d'un intérêt universel.

Déjà nous avons, dans un précédent article sur la viande de cheval (2), recherché jusqu'où cette viande pourrait entrer dans l'alimentation usuelle. Cette viande, avons-nous dit, se compose de la chair de l'animal, plus du fumet particulier qui la caractérise; et nous avons fait voir que, dépouillée de ce fumet, la viande de cheval peut rivaliser pour ses propriétés nutritives avec la viande de bœuf ou de mouton. Aujourd'hui il suffit de généraliser nos observations et de les appliquer à toutes les provenances du règne animal pour donner satisfaction aux tentatives plus excentriques de l'instinct alimentaire.

On peut poser immédiatement en principe que tous les animaux sont propres à l'alimentation; mais hâtons-nous d'ajouter qu'ils ne sont pas également bons ni agréables à manger.

L'expérience dont il est toujours bon de partir, a fait voir dès longtemps que tous les animaux se mangent entre eux, et que l'homme lui-même, quand il y a été contraint par la nécessité a puisé à tous les degrés de l'échelle animale sans en excepter son semblable. Une érudition facile rappellerait ce qui s'est passé à cet égard dans les différents siéges et dans toutes les situations difficiles où l'homme a été réduit à faire usage de tout. Or chacune de ces tristes épreuves a été pour lui une occasion de s'assurer que le cercle de ses ressources alimentaires est aussi grand que la nature organique tout entière. C'est qu'en effet, au point de vue alibile comme au point de vue philosophique, l'animal est un et l'unité de composition est aussi vraie pour l'estomac que pour l'esprit. On est dispensé d'insister sur cette double vérité, par la seule considération de l'identité des principes organiques dans toute la série, lesquels n'acquièrent de différence que par la différence de leur agencement et mode d'association dans la hiérarchie des espèces, et secondairement par la spécificité des organes et des fonctions auxquels ces principes sont employés.

Il résulte de cette première considération qu'il y a chez tous les animaux une trame commune, la trame organique, c'est-à-dire le premier canevas sur lequel se dessinent les richesses infinies et variées du règne. Pour bien saisir l'importance de cette vérité au point de vue qui nous occupe, il suffit de concentrer son attention sur les innombrables ressources que l'on a tirées des différentes parties de l'animal le plus usuellement comestible : aujourd'hui tout se mange dans le bœuf et le cheval, y compris la peau et les os; et les si intéressantes communinations de M. Frémy sur l'osséine sont le dernier mot du substratum comestible de la trame organique. Eh bien! ce qu'on a constaté dans une espèce existe dans toutes les espèces : de même que tout peut se manger dans le bœuf le cheval, le mouton et le porc, de même il n'est pas un animal de la série qui ne puisse offrir des éléments de réparation à l'homme, à l'exemple d'une foule d'animaux qui se nourrissent à leur tour de toutes les provenances de l'animalité.

Ce premier fait suffit donc à lui seul pour établir que tous les animaux renferment une trame organique commune et que cette trame possède des éléments alibiles susceptibles de servir au grand travail de réparation nutritive de l'homme et des animaux. On peut ajouter que chacun d'eux est susceptible d'offrir comme une ébauche de la transformation que l'élément alibile doit subir pour s'assimiler à la trame humaine. Il ne faudrait pas cependant conclure de cette première donnée purement spéculative que le palais de l'homme et son estomac se montreraient d'assez bonne composition pour accepter d'emblée cet aliment général et en quelque façon chimique et philosophique. La digestion du corps est plus difficile que celle de l'esprit. Il convient donc pour rendre l'aliment général, et pour ainsi dire absolu, acceptable par l'un comme par l'autre, de le considérer d'une manière moins abstraite et plus pratique.

La liste des animaux comestibles est déjà grande. L'accroissement de cette liste est illimité. On se rend compte de la limite où il s'est renfermé jusqu'ici par certaines répugnances fondées et par d'autres répugnances n'ayant pour motif sérieux que les préjugés de l'estomac et de l'esprit. Il suffit donc pour étendre le nécrologe culinaire de l'animalité d'examiner à fond les obstacles qui se sont opposés jusqu'ici à son accroissement.

Les répugnances fondées sont, ainsi que nous l'avons dit dans notre précédent article sur la viande de cheval, des antipathies instinctives tout à fait irréfléchies.

L'homme n'a pas mangé jusqu'ici de la baleine ou du crocodile, parce que la chair de ces animaux a une consistance et un goût qui répugnent à nos papilles nerveuses. Cette répugnance, qui s'étend à une foule de produits animaux, est encore plus sensible et plus fondée à l'endroit de certains végétaux. La très-grande amertume du quinquina ou l'odeur repoussante de la valériane suffisent à motiver le dégoût que ces plantes provoquent. Cet ordre de répugnance est par conséquent très-fondé : il est l'expression d'un antagonisme comme l'indice d'une impossibilité radicale et définitive à amener la trame des animaux et des végétaux qui le produisent à un état de conciliation qui les rende comestibles? Non, sans doute, et là est toute la question.

Nous avons déjà indiqué, à propos de la viande de cheval, l'opportunité et le moyen d'en neutraliser le fumet qui peut, dans cette viande, déplaire à certains estomacs. Le cas particulier peut être généralisé. Il faut rechercher en quoi consiste l'élément de la répugnance, et si cet élément est de l'ordre chimique, c'est-à-dire accessible aux réactifs de la chimie, il faut demander à cette science de le faire disparaître, soit en le neutralisant, soit en donnant le moyen d'en expurger l'animal et le végétal. Le lavage, la macération, l'ébullition, la distillation ne constituent-ils pas un premier ordre de moyens d'atteindre ce but? Mais ce ne sont encore là que des moyens pour ainsi dire extérieurs et physiques. La science peut pénétrer plus profondément dans les organismes; elle peut, comme elle l'a fait pour le marron d'Inde, pour le manioc, neutraliser les principes nauséeux ou vénéneux qui se trouvent combinés à leur pulpe; elle en retire ainsi une excellente fécule et l'apétissant tapioca. La route est toute tracée par ces exemples; il n'y a aucune raison de douter que la nature entière ne puisse être tributaire de la méthode. Nul motif ne saurait exister d'en excepter la trame organique des animaux, même les plus inférieurs. Ceux-ci, d'une composition chimique plus compliquée et plus délicate que celle des végétaux, peuvent rendre cette expurgation plus difficile; mais une fois la question posée et comprise, on en voit bientôt la solution. Ce qui vient d'être fait pour l'osséine n'est qu'un cas particulier du système, et nous oserions dire qu'il est aussi facile d'expurger tous les animaux des principes antipathiques qu'ils renferment que de ramener l'os à ses derniers éléments alibiles.

Si des généralités, où nous sommes restés jusqu'ici, nous descendons dans des ordres de faits plus spéciaux et plus vulgaires, que d'exemples n'avons-nous pas tous les jours sous les yeux de la possibilité de changer le goût et jusqu'à la nuture de la chair animale! Qu'est-ce que le lapin

« Qui sent encore le chou dont on l'avait nourri, »

si ce n'est la révélation la plus positive d'une des causes les plus vulgaires qui peuvent imprimer à l'animal un goût désagréable? Et cependant le même animal nourri de thym et de serpolet nous donne une chair parfumée, délicieuse au goût. N'est-ce pas le même animal, n'est-ce pas la même chair qui ont contracté l'un et l'autre un goût différent, suivant l'aliment qui les a nourris? Et ce poisson, pêché dans la vase des étangs, que lui faut-il pour perdre ce goût détestable et acquérir le goût savoureux du poisson d'eau courante? Il faut tout simplement le faire dégorger pendant un petit nombre de jours. Voilà, si nous ne nous trompons, des exemples vulgaires de la façon dont la chair animale peut changer de goût. Il est incontestable que les fumets qui caractérisent les espèces sont plus profondément incorporés dans la trame organique; mais, si indissolublement unis qu'ils soient avec cette trame, il sera toujours possible de les en expulser, et de ramener cette trame aux qualités et propriétés générale de la chair animale. La condition capitale à laquelle cette chair devra satisfaire, ce sera de renfermer un ou plusieurs des éléments reconnus alibiles : la fibrine, la gélatine, l'albumine ou tout autre élément non encore déterminé. Il en sera de même des végétaux; il leur faudra satisfaire à cette contition de l'*iatropa manioc*, dans lequel une fécule excellente est associée à un principe repoussant, âcre et vénéneux, c'est-à-dire de renfermer quelqu'un des principes qui se rencontrent dans ceux que la nature et l'usage ont plus particulièrement consacrés comme alimentaires. Ainsi ramenés à leurs éléments alibiles les plus généraux, toutes les substances de la nature organique, animaux et végétaux, pourront constituer une sorte d'aliment général, universel, auquel l'art culinaire donnerait la forme et le goût particuliers qui conviendraient à chacun : ce serait l'aliment ramené à sa plus simple expression.

Le second ordre de difficultés, c'est-à-dire les répugnances morales, ne reposent que sur des préjugés, préjugés fondés jusqu'à un certain point, mais que dans les circonstances il faut savoir braver. Qui aurait prévu que l'usage de la viande de cheval, si difficile à introduire dans l'alimentation publique avant notre état de siége, parviendrait à se faire accepter aussi complétement? Le préjugé seul s'y était opposé; mais le besoin a vaincu le préjugé. Il est peu de personnes aujourd'hui qui ne s'accommodent parfaitement d'un beefteck de cheval ou d'âne. Il en serait de même du chat, du chien ou du rat s'il y avait absolue nécessité. On ne fait aucune difficulté de reconnaître que le préfugé qui a écarté jusqu'ici ces viandes immondes de nos tables fournies de bœuf ou de mouton, n'est pas sans quelque fondement; mais il y a du choix à faire même dans cette catégorie de pis-aller; le rat d'égout qui se nourrit d'immondices et le rat de grenier qui se sature de grains ou qui trouve son gîte dans un fromage de Hollande, auront un fumet qui trahira, comme le lapin de Boileau, la qualité de leur régime. N'est-ce pas le cas de répéter avec Brillat-Savarin « Dis-moi ce que tu manges, je te dirai ce que tu es. »

Il est presque superflu de rappeler comme expédient accessoire les moyens de tromper les répugnances imaginaires ou fondées qui sont provoquées par l'usage des viandes inusitées, c'est de les assaisonner avec des substances d'un goût agréable.

Voilà donc comment on peut agrandir indéfiniment le cercle de l'alimentation. Ce cercle comprend presque sans exception tout le règne organique animal ou végétal, et il se résume dans cette proposition : chasser de la trame organique tout ce qui s'y trouve d'antipathique au goût ou de nuisible à l'économie, et n'en conserver que les éléments reconnus alibiles. Certes, on ne saurait avoir la

(1) *Charivari* du 8 décembre.
(2) *Gazette médicale* du 29 octobre.

prétention d'enrichir de cette façon la carte des restaurateurs ; ce n'est pas de cela qu'il s'agit : il s'agit tout simplement d'accroître nos ressources alimentaires, et d'imiter, dans les circonstances difficiles où nous nous trouvons, ce que font les animaux eux-mêmes lorsqu'ils sont aux prises avec les plus dures nécessités. Le lièvre et le lapin, le chevreuil et le daim, quand les rudes hiver ont desséché l'herbe de nos bois, ne se montrent pas plus difficiles : ils rongent l'écorce des taillis ; amère ou non, agréable ou désagréable, ils y trouvent, sans le secours de la cuisine ou de la chimie, de quoi remplacer la verdure. Faisons comme eux.

Notre conclusion est donc : on peut manger tout dans l'animal ; on peut manger tous les animaux.

JULES GUÉRIN.

CONCOURS

Le ministre secrétaire d'Etat au département de l'instruction publique et des cultes,

Vu le statut de l'agrégation du 19 août 1857,

Arrête :

Article 1er. Il sera ouvert, dans les Facultés de médecine de Paris et de Montpellier, aux époques ci-après désignées, six concours d'agrégation, savoir :

A Paris, 1° le 15 janvier 1872, un concours pour six places dans la section de médecine ; 2° le 6 mai 1872, un concours pour cinq places dans la section de chirurgie et accouchements. Un des agrégés nouvellement nommés devra entrer immédiatement en fonctions, pour terminer son exercice le 1er novembre 1877 ; 3° le 15 novembre 1872, un concour pour trois places dans la section des sciences biologiques (anatomie, histologie et physiologie), et des sciences physiques (chimie médicale et pharmacie).

A Montpellier, 1° le 15 janvier 1872, un concours pour deux places dans la section de médecine ; 2° le 1er avril 1872, un concours pour une place dans la section de chirurgie et accouchements ; 3° le 3 juin 1872, un concours pour deux places dans la section des sciences physiques (chimie et physique). L'agrégé nommé pour la classe de physique devra entrer immédiatement en fonction pour terminer son exercice le 1er novembre 1880.

Sauf les deux exceptions ci-dessus mentionnées, tous les agrégés nommés auxdits concours entreront en exercice le 1er novembre 1874, pour en sortir : à Paris, le 1er novembre 1880, à Montpellier, le 1er novembre 1883.

Art. 2. M. le vice-recteur de l'Académie de Paris et M. le recteur de l'Académie de Montpellier sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté.

Paris, le 11 juillet 1871.

JULES SIMON.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments ou autres objets).

—

De l'inflammation primitive aiguë de la moelle des os, par le docteur CULOT, ancien interne des hôpitaux. In-8°. — Prix : 2 francs.

Malades et blessés. Ambulance de l'hôpital Rothschild pendant le siége de Paris, par le docteur JOB. In-8°. — Prix : 1 fr. 50.

Des complications cardiaques dans la variole et notamment de la myocardite varioleuse, par le docteur DESNOS et Henri HUCHARD, interne des hôpitaux. — Gr. in-8° de 56 pages. — Prix : 1 fr. 50.

Des altérations de l'œil dans l'albuminurie et le diabète par M. le docteur MOHAMMED OFF, professeur-adjoint d'ophthalmologie à l'École de médecine du Caire. In-8° avec planches en chromolithographie. — Prix : 4 fr. 50.

Revue photographique des hôpitaux de Paris. Bulletin médical publié par A. de Montméja et Bourneville ; numéros de septembre et octobre 1870, avec 4 photographies. — Prix des deux numéros : 4 fr.

Des rétrécissements de l'urèthre et de leur guérison radicale et instantanée par un nouveau procédé, la divulsion rétrograde, par M. le docteur MOREAU WOLF, chevalier de la Légion d'honneur. In-8°. — Prix : 3 francs.

Étude sur le diagnostic et le traitement chirurgical des étranglements internes, par M. le docteur LARGUIER DES BANCELS, ancien préparateur du cours d'anatomie chirurgicale de l'amphithéâtre des hôpitaux. In-8°. — Prix : 3 francs.

Des différentes formes de l'ovarite aiguë, par le docteur SCAGLIA. In-8 de 116 pages. — Prix broché : 2 fr.

Traitement du cancer du col de l'utérus par la galvano caustique thermique, par M. le docteur AMUSSAT fils ; broch. in-8. — Prix : 2 fr.

Des gastrites chroniques, par le docteur E. BOTTENTUIT, ancien interne des hôpitaux de Paris, médecin aux eaux de Plombières. Delahaye, 1867. — Prix : 2 fr.

Des dyspepsies flatulentes à forme douloureuse et de leur traitement par les eaux de Plombières, par le docteur E. BOTTENTUIT, ancien interne des hôpitaux de Paris, médecin consultant aux eaux de Plombières. Germer-Baillière, 1870. — Prix : 1 fr.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

Le journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 15 juillet 1871.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Pansement des plaies.

OCCLUSION. — PANSEMENTS RARES. — APPAREILS INAMOVIBLES. — OUATE COLLODIONNÉE. — BANDELETTES COLLODIONNÉES.

Nous avons décrit dans notre dernière revue clinique la méthode d'occlusion des plaies préconisée par M. Alphonse Guérin. Cette méthode est expérimentée en ce moment dans plusieurs services, et partout on constate un premier avantage, celui de diminuer dans une proportion considérable la sensibilité du moignon ou de la plaie. Les amputés deviennent ainsi des plus faciles à mouvoir et à transporter s'il y a lieu.

Hier encore, dans le service de M. Guyon, à l'hôpital Necker, nous avons vu un jeune malade très-débilité, très-pusillanime, qui, amputé de la cuisse depuis trois jours pour une affection scrofuleuse, poussait des cris de terreur à la seule pensée de voir soulever son moignon et changer l'alèze qui le supportait. L'alèze fut changée et le soulèvement du moignon causa si peu de douleur, que le jeune homme, encouragé, se mit à le mouvoir lui-même. L'expérience était concluante.

En ce qui touche l'odeur du pus renfermé sous la ouate, les résultats sont moins satisfaisants. Beaucoup de malades se plaignent vivement de cette odeur, surtout quand la plaie est située sur les bras ou sur la poitrine.

Hier, pour cette seule raison, M. Guyon dut changer un pansement à la ouate, posé depuis seulement douze jours sur la poitrine d'une malade amputée du sein.

La plaie fut trouvée en très-bon état et le pansement fut renouvelé.

Dans cette région, le *modus faciendi* est particulier. Voici comment a procédé M. Guyon : il ne s'est pas borné à entourer le thorax de feuilles d'ouate fixées par une bande roulée, mais il eut soin de faire passer l'ouate obliquement sur chaque épaule et de la ramener en la croisant, de manière à garnir complétement la partie supérieure de la poitrine ; puis, pour exercer la compression, il remplaça les bandes roulées par un simple bandage de corps fortement serré et fixé sur les épaules à l'aide de bretelles. Ainsi exécuté, le pansement ne manque pas d'une certaine élégance, et le croisement de l'ouate sur le haut de la poitrine doit empêcher le pus d'affecter aussi péniblement l'odorat de la malade.

Reste à savoir quels sont les résultats de la nouvelle méthode par rapport à la mortalité.

A ce point de vue, les autres expériences étant trop récentes, nous n'avons encore que la statistique de M. Alphonse Guérin. Elle indique 16 morts sur 35 grandes amputations, *exclusivement;* les blessures graves elles-mêmes n'y étaient pas comprises, comme nous l'avions d'abord cru.

Trois éléments concourent dans le mode de pansement de M. Alphonse Guérin : le filtrage de l'air par l'ouate, la compression élastique, la rareté des pansements. Il serait assez difficile de faire la part de chacun d'eux dans les résultats obtenus.

Le filtrage de l'air, sa purification par un moyen quelconque, en un mot l'occlusion de la plaie par rapport aux germes atmosphériques est une des idées dominantes des chirurgiens, depuis les travaux de Pasteur. Nous avons déjà mentionné souvent dans nos revues cliniques les procédés, imaginés dans ce but par M. le professeur Lister, alors qu'il était à Glasgow. C'est par la filtration naturelle de l'air dans les petites bronches que M. Lister expliquait l'innocuité des plaies du poumon par fracture de côte, et dans une de ses belles leçons, le professeur Tindall a démontré expérimentalement l'absence de tout germe atmosphérique dans l'air expiré.

Ainsi la tendance générale des esprits serait plutôt d'exagérer encore l'influence de l'occlusion par des substances pouvant filtrer l'air.

Ce n'est pourtant point à cette cause unique qu'il faut attribuer probablement le peu d'abondance relative de la sécrétion purulente chez la plupart des malades pansés par M. Alphonse Guérin. La compression élastique qui empêche un trop grand abord des liquides dans des tissus dont la tonicité vitale est diminuée, agit certainement dans ce sens. C'est même, il faut le dire, un des grands avantages que présente le procédé de M. Alphonse Guérin sur les procédés d'occlusion par aspiration pneumatique.

Enfin la rareté des pansements peut certainement influer d'une manière avantageuse sur la prompte organisation des éléments cicatriciels ; et la viscosité du pus étalé par couches tenaces sur les plaies des malades pansés devant nous après vingt jours, nous a semblé devoir expliquer en partie la puissante végétation des bourgeons charnus.

Les pansements rares après occlusion ont été souvent préconisés ; c'était la pratique du baron Larrey, lors des guerres du premier empire, et on ne s'inquiétait pas alors comme à présent du contact possible de l'air avec le pus. La tradition en est restée chez ceux qui ont fait leurs études vers cette époque ; elle a inspiré plus d'un procédé qui réussit.

C'est ainsi que M. Guyon, sur le conseil d'un médecin de Versailles, traite depuis longtemps les ulcères de la jambe en entourant la jambe malade d'un bandage dextriné, qu'il laisse en place pendant plusieurs mois.

Les malades peuvent se remettre dès le premier jour à leur travail, ils vont et viennent à leur ordinaire, sans plus souffrir, et les ulcères se guérissent sous la cuirasse qui les recouvre.

Le succès de cette pratique est une nouvelle présomption favorable pour la méthode de M. Alphonse Guérin.

— Les procédés d'occlusion que nous avons mentionnés jusqu'ici sont tous des procédés d'occlusion incomplète : ils permettent au pus de sortir, et par conséquent n'empêchent pas absolument l'entrée de l'air.

Ce sont les seuls qu'on puisse mettre en usage lorsqu'il s'agit de plaies qu'on ne veut pas fermer par première intention.

Dans le cas contraire, quand on cherche à transformer réellement une plaie extérieure en plaie sous-cutanée, il faut songer à rétablir la continuité de la peau, pour ainsi dire, en se servant d'une cuirasse protectrice qui adhère partout avec elle.

A cet effet, tout le monde emploie le collodion, mais la manière de s'en servir n'est nullement indifférente.

Le collodion seul, riciné ou non riciné, est une protection à peu près illusoire, à moins que l'ouverture de la peau ne soit extrêmement petite.

Etalé sur de la baudruche, le collodion la fait adhérer parfaitement, et c'est ainsi que M. Richet ferme souvent le foyer de fractures que la pénétration d'un fragment à travers la peau faisait communiquer avec l'air extérieur.

M. Guillon, dans le même but, se sert tout simplement de très-minces flocons de ouate qu'il imbibe de collodion. S'il veut donner de l'épaisseur à la cuirasse protectrice, il procède couche par couche ; et ces couches en se séchant forment une espèce de carton des plus solides et des plus tenaces.

Ce procédé est très-pratique, car on a partout de la ouate, et c'est pourquoi je crois utile de le faire connaître à nos lecteurs.

— Ce qu'on reproche surtout au collodion, c'est d'irriter souvent les tissus entamés qu'il touche.

Lorsqu'il s'agit non plus d'occlusion, mais simplement de réunion, cet inconvénient est considérable. Aussi préfère-t-on encore généralement les bandelettes de diachylon aux bandelettes collodionnées dans toutes les opérations autoplastiques et même dans le pansement des plaies déjà anciennes.

Et cependant, particulièrement pour ces dernières, le collodion adhérant infiniment mieux que le diachylon, peut rendre de très-grands services pour le rétrécissement final des surfaces cicatricielles.

J'ai beaucoup employé le collodion cette année dans mes ambulances et infirmeries, et il m'a plus d'une fois donné des résultats presque inattendus.

En voici un exemple :

Un garde national, cinq fois blessé à l'affaire de Montretout, avait reçu, entre autres, de très-près, dans la jambe gauche, une balle qui, pénétrant de dedans en dehors et d'avant en arrière, encochant le tibia, était allée ressortir à la partie postérieure externe du mollet. L'ouverture d'entrée, circulaire, avait à peu près 4 centimètres d'un côté à l'autre, et lorsque la séparation

---

FEUILLETON

LETTRE SUR LE MALTHUSIANISME.

Dans la *Gazette* du 25 février 1871, vous publiez une Conférence de M. Guéneau de Mussy sur la médecine sociale, et dans cette leçon, le professeur mentionne une cause de destruction sociale : le malthusianisme.

Je vous demande la permission de soumettre, par votre intermédiaire, à l'appréciation de nos confrères, des considérations que je n'ai vues présentées nulle part.

Le malthusianisme est une erreur.

Malthus n'est pas arrivé à la vérité, parce qu'il a péché contre une des règles que Descartes a établies quand il a recommandé d'éviter l'énumération incomplète.

Mathus n'a tenu compte que des climats froids, il n'a pas fait entrer les climats chauds dans son énumération et dans ses calculs.

Pour combler cette lacune et pour relever cette erreur, on peut établir et considérer comme vraie une loi de population que vous appellerez, si vous le voulez : *la loi des pays chauds*, et dire : vous pouvez jeter dans les pays chauds telle masse de population que vous voudrez, toute celle aussi exorbitante que vous puissiez la supposer, que pourra produire la fécondité des pays froids, et les pays chauds la dévoreront.

Ceci demande une explication : ce n'est pas à dire que les hommes qui seront envoyés dans les pays chauds en seront immédiatement dévorés, non ; mais voici ce qui arrivera.

Ce qui arrivera est la conséquence du fait physiologique que voici : la vertu prolifique de la race humaine dans les pays chauds ne suffit pas à la conservation de l'espèce.

Vous n'avez jamais vu, dans l'histoire d'aucun peuple, une invasion, partant des pays chauds, se précipiter sur les pays froids; je dis une invasion nécessitée par un excédant de population et non pas une expédition militaire accidentelle; tandis que toutes les invasions des peuples du Nord ont été causées par un excédant de population qui les a poussés vers les pays du Midi moins encombrés : comme aujourd'hui encore la race anglaise émigre vers tous les points du globe, comme aussi trois cent mille Allemands quittent, tous les ans, leur pays pour émigrer en Amérique.

Si ce fait physiologique est vrai, et j'appelle sur cette assertion le contrôle et la critique de tous les géographes, la conséquence en est simple et elle est forcée.

Quel sera le sort des hommes envoyés dans les pays chauds. Je viens de dire que le climat ne les dévorera pas immédiatement, loin de là ; — si telle était leur destinée, la perspective serait peu engageante ; — tout au contraire, la vie dans les pays chauds est plus douce que dans les climats froids : ici, nous sommes des misérables, des bûcherons, des charbonniers; là, ce sont des princes, des rois. C'est dans les climats chauds seulement qu'il est vrai de dire que l'homme est le roi de la création. Mais voici le revers de la médaille : cette royauté est éphémère, le corps s'amollit, l'énergie disparaît, et après quelques générations, la race dépérit et l'espèce s'éteint. L'oisiveté nécessitée par la chaleur, oisiveté fort douce à savourer, produit un fruit amer : l'absence de postérité, ce que les hommes primitifs considéraient comme le plus grand malheur ; et c'est à cause de cela que la polygamie s'est introduite dans les pays chauds. Mais, puisque nous sommes des égoïstes, cet avenir est-il capable de nous effrayer et de nous rebuter ? Après nous, le déluge, c'est-à-dire une nouvelle émigration ; et les pays froids pourront ainsi, à perpétuité, déverser l'excédant de leur population dans les pays chauds sans craindre de les encombrer.

Ainsi le principe de population de Malthus est une erreur; il ne porte pas le caractère d'une vérité générale, universelle, et le pratiquer est un crime, c'est un crime social. La nation française veut être amoindrie ; ne doit-elle pas craindre d'être asservie. Déjà elle est affaiblie par le luxe, la mollesse, la lâcheté qui sont les prétextes ou les fruits du malthusianisme. Pour nous délivrer de son étreinte, il ne nous reste qu'une ancre de salut, c'est de *former des colonies florissantes*. Nous en avons les éléments : le Sénégale, la Guyane, l'Algérie, l'Algérie surtout, que tous les peuples de l'Europe doivent nous envier, et par un funeste aveuglement, nous les négligeons. Mais développer ces points de vues serait sortir de notre rôle médical.

Nous sommes vingt mille médecins en France, ne pourrions-nous pas contribuer à retarder la décadence de notre nation qui, après les Grecs et les Romains a été l'honneur de l'humanité? Nous pénétrons dans les entrailles des populations, répandons-y cette idée qui seule peut nous sauver : il faut former des colonies. Dès lors, notre activité a un aliment, nous avons un avenir ; notre industrie, notre commerce, ont des débouchés assurés, constants, et nous ne chercherons plus à *étouffer notre race*.

Répétons-le, parce que cela est vrai : les populations peuvent s'abandonner, en toute liberté, à leur fécondité naturelle, la terre ne leur manquera pas.

Dr S. FLEURY.

des tissus mortifiés fut achevée, ce qui demanda plus de quinze jours, la plaie se présenta comme un vaste cratère à ouverture supérieure ovalaire, ayant son grand diamètre antéro-postérieur.

D'une part la rétraction des muscles, d'autre part le glissement en bas des tissus par leur propre poids, lui avaient donné cette forme.

Plus d'une fois dans les jours précédents, ne voulant pas introduire de drain afin de pouvoir en venir à panser mon malade comme je l'ai fait en définitive, j'avais dû, pour donner plus facile issue au pus accumulé, écarter, avec un stylet les bords de la plaie inférieure, mécaniquement rapprochés. J'avais pratiqué de fréquents lavages, et cinq fois j'avais rempli la plaie de jus de citron pour en modifier la surface, quand le pus devenait trop fétide. Chaque fois j'avais constaté qu'en effet au pansement suivant le pus avait bien moins d'odeur.

Enfin la plaie était détergée, belle et rose; le pus, bien que toujours mêlé d'un peu de sang, n'était plus fétide, et on pouvait songer à une prompte cicatrisation si les surfaces étaient mises en contact, et si le pus ne séjournait plus entre elles.

Il me sembla que je pouvais atteindre à la fois ce double but.

Je voulus d'abord relever le mollet et rendre la plaie inférieure béante. J'y parvins à l'aide de bandelettes d'un tissu très-fort, mais peu serré, qui furent placées sur le mollet, plus haut et plus bas que l'ouverture.

Pour poser chacune de ces bandelettes, j'en fixais une extrémité, préalablement imbibée de collodion, sur un point un peu antérieur à une ligne qui, parallèle à l'axe du membre, aurait passé par le milieu de la plaie inférieure.

Une fois le collodion séché et l'adhérence bien établie dans le premier tiers de la bandelette que j'employais, j'exerçais sur elle une certaine traction en facilitant de l'autre main l'ascension en masse, puis, laissant une espèce de pont non collodionné de quelques centimètres, je plissais fortement la peau dans cet intervalle, et je fixais l'autre extrémité de ma bandelette sur la région antérieure de la jambe.

Ainsi, bien qu'aucune bandelette ne la couvrît encore, par la seule action de celles que j'avais passées au-dessus et au-dessous, la plaie d'entrée se trouvait déjà beaucoup moins béante.

Je mis alors à son niveau, sur le mollet, une autre bandelette, qui commençant à mi-distance entre les deux plaies, fut fixée comme les autres à la partie antérieure de la jambe.

Cette bandelette avait le double but de rapprocher les bords de la plaie et d'exercer sur celle-ci une pression qui, sur les points où les dégâts causés par la balle et la rétraction musculaire avaient produit un si grand vide, permit l'accolement des surfaces suppurantes.

Je n'atteignis pas complétement mon but du premier coup. Je dus renouveler le pansement pièce à pièce trois jours de suite, en exerçant chaque jour une nouvelle traction sur les tissus, pour donner à la plaie la forme linéaire dans un sens parallèle à l'axe du membre.

Mais, dès le premier jour, je constatai avec étonnement que, par suite sans doute du rapprochement des parois, la suppuration était réduite à très-peu de chose.

L'adhésion eut lieu tellement vite, que le quatrième jour la plaie n'était plus qu'une plaie de surface (laquelle, saupoudrée de carbonate de plomb, guérit elle-même très-rapidement); et la perte de substance a pu être comblée ainsi, comme par première intention ou à peu près, avec très-peu de tissu rétractile; la plaie antérieure a laissé une cicatrice linéaire, comme je l'espérais.

J'avais eu cette fois à remplir des indications qui sont loin de se présenter tous les jours; mais dans une prochaine revue clinique, je parlerai d'autres résultats obtenus à l'aide de bandelettes collodionnées, dans des conditions moins exceptionnelles.

Dr Victor Revillout.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 11 juillet 1871 (1). — Présidence de M. Wurtz.

Messieurs, je ne me condamne jamais au rôle de critique sans regrets, et je n'éprouve aucune des satisfactions ingrates qu'il peut procurer. Je ne m'y résous qu'en vue d'un ensemble de vérités auxquelles il faut faire la place qui, dans ma pensée, leur est due. J'arrive maintenant à ces vérités, et me voici en face de ce but, dont la poursuite est ma légitime excuse. Je désire que les forces ne me trahissent pas.

La fièvre traumatique, nous l'avons vu, a pour condition pathogénique fondamentale le concours de l'organisme tout entier aux actes préparateurs de la réparation traumatique. La vie locale des parties lésées s'émeut, se transforme, et entre en un travail profond qui, en se réfléchissant et en puisant dans l'économie, suscite la fièvre traumatique. Celle-ci est comme un témoignage que la vie du tout souffre et réagit dans la vie de la partie atteinte.

Mais bientôt le travail local s'organise, prend sa forme définitive, la plaie se couvre de bourgeons, la suppuration s'établit. A ce moment, la fièvre traumatique se calme et s'éteint par degrés; la vie générale paraît se désintéresser des actes traumatiques locaux; la sécrétion purulente, qui est ici l'acte majeur et essentiel, semble s'isoler et appartenir exclusivement à la partie lésée. Il n'en est rien, et la sécrétion du pus demeure un fait essentiellement et primitivement général. Elle a besoin, pour s'accomplir dans des conditions normales et réparatrices, du concours absolu de tout l'organisme; et ce concours, pour être efficace, veut le calme et l'harmonie de toutes les fonctions. C'est à ces seules conditions que le travail médicateur d'une suppuration plastique peut s'effectuer sainement et librement. Que le moindre trouble vienne impressionner l'organisme, qu'il subisse un accès fébrile, que les fonctions de nutrition s'affectent, que des souffrances morales, graves ou durables, atteignent le blessé, et toute l'œuvre traumatique locale se trouble, s'arrête, rétrograde même; les bourgeons charnus s'affaissent et pâlissent, la suppuration s'altère et tarit, la plaie prend un aspect mauvais. C'est que ce n'est pas la plaie qui fait le pus, c'est le blessé tout entier, c'est sa vie plastique, fondement de toutes les fonctions ou vies particulières de l'individu. Or la vie plastique a besoin que rien ne vienne distraire ou opprimer ses forces, pour que, silencieusement, elle puisse les tourner toutes à l'œuvre absorbante et déprimante de la pyogénie. Toute émotion, toute déviation, toute faiblesse primitive ou acquise de la vie plastique est une condition de trouble pour l'activité pyogénique, une source de compromission pour la réparation traumatique, de danger même pour le blessé.

La vie plastique n'a point d'organe ou de centre distincts; elle émerge de l'organisme entier: tout en part, tout y aboutit. Cependant, elle a sa représentation plus spéciale dans l'humeur nutritive fondamentale, dans le sang. Le sang, c'est la vie plastique coulante, si j'ose emprunter à Bordeu une image célèbre. C'est donc dans le sang que doit se trouver le témoignage visible du concours de l'organisme à l'activité pyogénique. La plaie qui suppure emprunte au sang les matériaux propres du pus; et cela quelle que soit la physiologie pathologique adoptée sur la suppuration, que l'on accepte celle de Virchow, à laquelle j'ajoutais foi naguère, ou que l'on se range à celle émise par Conheim, que sont venues confirmer les observations de MM. Vulpian et Hayem. Que les globules du pus soient dus à une prolifération des éléments du tissu dit conjonctif, tissu que j'appelerais plus volontiers tissu primordial ou, pour mieux encore exprimer sa fonction, tissu générateur commun; ou que ces globules sortent directement de la masse du sang, à travers une sorte de déhiscence des capillaires sanguins; dans l'un comme dans l'autre cas, c'est le sang qui fournit les éléments nécessaires à cette prolifération précipitée ou à cette accumulation et à cette séparation de leucocytes à travers les vaisseaux capillaires. Chez le blessé, le sang est donc dans un état pathologique, que cet état soit ou non appréciable à nos moyens d'investigation. Et, de fait, les plus récentes observations tendent à prouver ou rendent très-probable une exagération dans le nombre, et, par conséquent, une hypergénèse des globules blancs dans le sang de l'individu qui suppure. Je citerai à cet égard un fait du plus haut intérêt et presque démonstratif de la thèse que j'avance, qu'un très-distingué collègue des hôpitaux, M. le docteur Brouardel, relatait dans une séance de la Société médicale des hôpitaux, pendant que les Allemands foudroyaient cette ville si malheureuse alors, et depuis, hélas! plus malheureuse encore. M. Brouardel nous signalait dans le sang des varioleux convalescents, alors qu'ils allaient subir la série, souvent si longue, des abcès secondaires, une accumulation tout à fait insolite de leucocytes. Cette accumulation n'était pas un simple reliquat de la variole antécédente; non, car dans les cas heureux où les abcès secondaires ne devaient pas apparaître, on n'observait aucune exagération dans le nombre des globules blancs; quand ces abcès étaient imminents, alors seulement se manifestait cette hypergénèse de leucocytes; si bien que celle-ci, une fois constatée, on pouvait prédire l'apparition future des abcès sous-cutanés. Ce fait ne prouve-t-il pas que l'organisme prépare dans le sang la sécrétion pyogénique? Si, chez le blessé qui suppure, cette hypergénèse des leucocytes est plus difficile à démontrer, cela tient sans doute à ce que la suppuration, par sa continuité, par son flux incessant, soustrait à mesure la plus grande part des leucocytes incessamment produits et renouvelés; ils ne peuvent ainsi s'accumuler, de façon à apparaître plus nombreux, sous le champ du microscope; mais la réalité du travail pathologique qui les forme n'en subsiste pas moins.

Ce travail pathologique, cette leucocytose pyogénique ont été, d'ailleurs, constatés dans le sang même des blessés, alors que, par suite de troubles graves, la fonction médicatrice s'arrêtait dans la plaie, se flétrissait et se desséchait, que des frissons survenaient et que la pyohémie se déclarait. Dans ce cas, le sang examiné a souvent présenté une augmentation anormale dans le chiffre des globules blancs; et ce sont les leucocytes ainsi accumulés qui ont fait croire à la pénétration du pus en nature de la plaie dans le sang. La théorie de la phlébite, comme cause de l'infection purulente, s'est longtemps appuyée sur cette prétendue pénétration. Aujourd'hui, la lumière s'est faite sur ces points, sans que cependant elle ait conduit à la vue même de la réalité.

La vie plastique et le sang du blessé sont donc en un état permanent, quoique caché, de suractivité, d'hypergénésie, je dirai presque de fermentation. Aussi, comme tous les états pathologiques et temporaires, forment-ils un équilibre instable, que le moindre choc ébranle. Cet équilibre varie, d'ailleurs, suivant les individus: les uns, dont les humeurs sont fortement et sainement constituées, dont la plasticité est énergique et résistante, supportent, sans presque la ressentir, la suractivité pyogénique; d'autres, dont les humeurs cèdent aux moindres causes de dissociation, dont la vie plastique est nativement faible ou minée par de mauvaises conditions hygiéniques, supportent mal le surcroît de travail imposé à leur organisme; ils sont voués d'avance à tous les accidents, à toutes les complications traumatiques. Nous verrons bientôt quelles sont les conditions étiologiques favorables ou défavorables au maintien d'une bonne plasticité; nous nous bornons, pour l'instant, à signaler cette instabilité variable de l'équilibre pathologique chez le blessé: nous le voyons toujours prêt à fléchir, à tomber d'oscillation en oscillation, et parfois le moment arrive où il cède définitivement pour ne plus se relever.

Or qu'advient-il lorsque cet équilibre pathologique est troublé, lorsque la suractivité pyogénique du blessé est déviée de son évolution normale? Il arrive alors ce qui survient toujours en pareil cas: c'est que, vaincue, la partie saine de l'organisme est entraînée dans le tourbillon morbide; la maladie s'assimile par degrés l'organisme; celui-ci se transforme bientôt; il ne conserve plus rien d'hygide, il est absorbé, converti dans le mode morbide qui s'est emparé de lui; plus rien de sain ne subsiste; une certaine apparence organique peut sembler se dérober à cette conquête du mal; en puissance, sinon dans le fait visible, la conquête est complète. C'est ainsi que, à un moment donné, le cancéreux devient tout cancer, le tuberculeux tout tubercule, l'arthritique tout rhumatisme ou tout goutte, le syphilitique tout syphilis, le typhique tout typhus. De même, le blessé pyogénique peut devenir tout pus; la pyogénie est créée.

Mais nous ne sommes encore qu'au début, qu'à l'assise première de la pathogénie de l'infection purulente: il nous faut pénétrer plus avant dans ce vaste sujet. Les maladies que nous venons de citer sont des maladies très-spéciales, diasthésiques ou spécifiques; elles ne peuvent donc avoir qu'une façon de tourner à elles et de conquérir l'organisme; leur expression la plus haute et ultime n'est que la conclusion directe de leur forme première; ce sont des maladies complètes, achevées dès leur apparition. Il n'en est pas de même de la suractivité plastique, de la fonction pyogénique du blessé. Quoique accidentel et temporaire, cet état conserve une physionomie commune et presque physiologique. Sa déviation peut donc se manifester sous plusieurs formes pathologiques; c'est à l'observation clinique à caractériser ces formes. Voici ce qu'elle nous a montré:

En premier lieu, la fonction pyogénique du blessé est surexcitée, mais sans que sa forme primitive et commune soit absolument dénaturée. La vie plastique saine n'est pas tout entière entraînée, quoiqu'elle entre déjà dans le mouvement morbide; elle résiste, et son pouvoir conservateur et médicateur domine la perturbation accidentelle de la pyogénie normale. La pyohémie qui survient demeure, dans ces cas, commune; elle contracte le caractère inflammatoire simple, qui est le caractère commun de la pathologie. C'est là ce que j'appellerai la pyohémie commune. Les cas n'en sont pas rares, et il n'est pas de médecins et de chirurgiens qui n'en aient observé. J'en pourrais mentionner plusieurs exemples; j'en indiquerai un seul, pour montrer ce que j'entends par fièvre purulente ou pyohémique commune: celui d'une femme entrée à l'hôpital Cochin pour un phlegmon de la fosse iliaque; la collection purulente fut ouverte au-dessus du pli de l'aine; quelques jours après, frisson, fièvre pyohémique; un phlegmon sous-deltoïdien se déclara; dès que la fluctuation parut, je pratiquai de bonne heure une ouverture et une contre-ouverture, et je passai un drain d'une ouverture à l'autre; les symptômes inflammatoires tombèrent, la fièvre céda, l'état général se releva, et, malgré le pronostic grave que j'avais porté, la malade guérit du phlegmon primitif et du phlegmon secondaire. C'était non une véritable infection purulente, mais une fièvre pyohémique commune; et c'est à ces formes communes de la pyohémie qu'il faut rapporter, suivant moi, la plupart des cas d'infection purulente guérie avec ou sans sulfate de quinine; tels sont, en particulier, les cas relatés au début de cette discussion par notre collègue M. Broca.

Les accoucheurs observent fréquemment la pyohémie commune. A celle-ci se rattachent, en effet, les phlegmons que présentent si souvent les femmes en état puerpéral; on sait à quel point l'état de l'accouchée est pathologiquement semblable à celui d'un blessé; on a été jusqu'à les assimiler pleinement; l'infection purulente n'a pas de représentation plus exacte que la fièvre puerpérale, ou typhus des accouchées; ces rapports peuvent se poursuivre jusque dans la pyohémie commune des accouchées. Les cas de guérison de fièvre puerpérale appartiennent pour la plupart à la pyohémie commune, ou encore à des inflammations communes par voisinage ou contiguïté de tissu. La guérison de la fièvre purulente grave, ou de la pyohémie infectieuse et maligne des accouchées, est aussi problématique que la guérison de la véritable infection purulente.

Les médecins enfin observent aussi la pyohémie commune: pour n'en citer qu'un exemple des plus fréquents, les abcès consécutifs de la variole que sont-ils, sinon la manifestation d'une fièvre purulente commune? État pyohémique du sang, fièvre nouvelle, surgissant au milieu du calme d'une convalescence commençante, et annonçant les abcès rapides et multiples qui vont se disséminer dans tout le tissu cellulaire sous-cutané, c'est là le tableau le plus achevé de l'état pyohémique, et comme la transition de la forme commune à la forme grave et maligne. Que d'exemples analogues d'abcès multiples ou successifs n'observe-t-on pas, dans la pathologie infantile surtout, et qui tous relèvent de l'état pyohémique commun!

La pyohémie commune n'est pas toujours exempte de danger, quoique le pronostic en soit généralement favorable; il est des cas où la mort survient; mais la gravité est alors due non au caractère propre de la maladie, mais à l'abondance et à la durée des suppurations, qui amènent l'épuisement général, ou à une complication fortuite. Il en est tout autrement dans la pyohémie infectieuse dont il nous reste à parler.

Billroth dit quelque part que l'infection purulente est une forme maligne et spéciale de la fièvre traumatique; je ne sais à quel point cette proposition peut être tenue pour exacte, au vu des théories allemandes; car il n'y a entre l'empoisonnement septicémique de la fièvre traumatique et celui de l'infection purulente qu'une différence de degré; et une telle différence ne peut fournir ni malignité ni spécialité d'un état à l'autre. Mais la proposition du pathologiste allemand devient exacte, en la modifiant ainsi: l'infection purulente est une forme maligne et spéciale de la pyohémie; elle est l'état malin de l'activité pyogénique qui existe chez tout blessé. Sous des influences étiologiques que nous déterminerons bientôt, le mouvement pyogénique normal et médicateur s'altère, se pervertit, dénature la masse entière des humeurs; l'organisation saine et vivante ne résiste plus; elle passe toute à la maladie, et celle-ci, en acquérant ce degré de puissance, se détermine, s'achève, contracte le caractère spécifique. L'activité pyogénique semble devenir l'activité fondamentale et unique de l'organisme; la vie plastique pousse tout à la purulence; le sang devient pus, on engendre du pus partout.

Voyez, en effet, ce pyohémique: ses poumons, son foie, ses reins, ses cavités séreuses, ses vaisseaux, tous les foyers de sa vie viscérale et nutritive se contaminent de pus; celui-ci se dépose de ci, de là, en collections grandes ou petites; ici à l'état d'infarctus préparatoire, là à l'état d'abcès achevé, en nombre plus ou moins considérable; mais qu'importe le nombre? Alors qu'il n'y aurait qu'un

(1) Suite. — Voir l'avant-dernier numéro.

seul de ces abcès, l'organisme n'en serait pas moins en puissance, tout conquis au pus. Aussi de quelle nouvelle et insolite façon se forment les dépôts purulents ! Il n'y a plus ici de ces phénomènes inflammatoires locaux, préparateurs et organisateurs, en quelque sorte, du dépôt de pus, témoignage de la résistance et de l'action de la vie commune, non, le pus se dépose silencieusement, sans gonflement des tissus, sans douleur transmise par les nerfs de la partie, et ce dépôt s'opère rapidement, d'un jour à l'autre, sans aucune préparation visible, à l'insu du malade et souvent de l'observateur : tant le pus est le liquide naturel de ces organismes dont la plasticité est devenue purulente, tant il coule de source dans ces tissus, tant son contact passe inaperçu dans ces milieux qui lui appartiennent ! En même temps, la physionomie du malade revêt un caractère si spécial et si accentué, qu'à son seul aspect on peut souvent dire d'un blessé, il s'infecte de pus; des frissons intenses et répétés se déclarent, frissons que les théories allemandes nous donnent comme un témoignage de l'entrée de doses successives d'un poison traumatique.

Je ne connais pas d'empoisonnement où chaque dose de poison amène son frisson; mais je sais que toutes les perturbations rapides et profondes de l'organisme s'annoncent par un frisson; je sais, surtout, que toutes les fois que l'organisme fait du pus dans les viscères ou dans les cavités internes, ou dans la profondeur des membres, il prélude à ce travail pyogénique par des frissons répétés; le frissonnement est le symptôme propre de la purulence; et, lorsqu'il vient à manquer, c'est d'ordinaire qu'il s'agit de malades tombés déjà dans une prostration telle, que tout sentiment interne et toute réaction sont éteints chez eux. La stupeur typhique et le délire succèdent bientôt aux premiers symptômes de la pyohémie maligne, et la mort termine fatalement une vie dont toutes les fonctions convergent à la pyogénie. Le pronostic est donc funeste sans réserve ; quand la pyohémie guérit, c'est qu'elle n'est ni maligne ni spécifique. Sans faire de cercle vicieux, et en s'en rapportant à l'observation clinique qui marche si bien de concert avec les données vraies de la pathogénie, on arrive à cette conclusion; celle-ci, d'ailleurs, n'a rien de décourageant pour l'art; car, jusqu'à la défaite, il y a parfois à espérer que l'on a affaire à la pyohémie commune, non maligne, et, dès lors, l'art doit tendre à maintenir et à préserver cet état, où la maladie est curable.

J'ai dit de la pyohémie maligne qu'elle était spécifique. Et en effet, messieurs, lorsque la maladie s'élève à ce degré de formation et de puissance qu'elle entraîne à elle et s'assimile pleinement la vie, cette maladie est ou diathésique, s'il s'agit d'états chroniques, ou spécifique, s'il s'agit de maladie virulente ou aiguë. La pyohémie maligne, qui rentre dans ce dernier ordre de maladies aiguës complètes, est de soi spécifique et infectieuse. Tout l'organisme est acquis au pus, toutes ses fonctions sont pyogéniques, tous ses produits, exhalés ou non, sont spécifiques, sollicitent à la purulence maligne l'organisme sain qui les absorbe. La contagion, par exhalation et absorption miasmatiques, ne s'explique pas dans les théories septicémiques importées d'Allemagne; il faut ici un empoisonnement direct par poussées et doses successives à travers la plaie; la pyohémie maligne, telle que nous la concevons, aboutit au contraire et naturellement à la spécificité. Il n'est pas nécessaire pour cela de la supposer née de causes spécifiques, d'une contagion préalable; nous avons démontré, dans notre livre *Sur la spontanéité et la spécificité morbides*, que la spécificité — contrairement aux opinions reçues — avait son caractère essentiel, non dans l'intervention d'une cause spécifique comme cause productrice de la maladie, mais dans la génération de produits spécifiques par la maladie, que celle-ci soit née de causes communes ou de causes spécifiques. Cette vérité de pathologie générale reçoit ici une application nouvelle; la pyohémie maligne chez l'homme, née de causes communes, comme la morve chez le cheval, s'élève à la spécificité et peut devenir génératrice de miasmes morbigènes. Mais, par cela que la pyohémie maligne engendre des produits spécifiques, il est évidemment des cas où ces produits absorbés provoqueront la maladie. Dans ces cas, la pyohémie maligne, ne naissant plus de causes communes, semble reconnaître une autre pathogénie. Il n'en est rien; car nous avons établi, dans ce même ouvrage, que la cause spécifique, dans son action, n'était nullement directe et rigoureusement déterminante; elle ne faisait jamais que solliciter, provoquer la spontanéité vivante; celle-ci demeurait toujours maîtresse et cause véritable de la génération morbide. La pyohémie maligne, provoquée ou non par une cause spécifique, reconnaît donc toujours, dans sa genèse et dans son évolution, les mêmes conditions pathogéniques; il lui faut toujours pour point de départ un organisme en activité pyogénique, en travail médicateur d'un traumatisme, et, par conséquent, une plaie suppurante; un organisme sain demeure insensible à toutes les sollicitations spécifiques de la pyohémie; il n'est pas dans les conditions voulues pour l'engendrer.

Si dans les salles de nos hôpitaux où la pyohémie maligne sévit en permanence, cette terrible affection provient souvent de l'infection spécifique, il est des cas non moins fréquents où elle naît sous l'influence d'autres causes non spécifiques. Ainsi, par exemple, dans ces ambulances nombreuses que les combats autour de Paris ont si promptement remplies de blessés, l'infection purulente s'est aussitôt déclarée. Sous l'action de quelles causes sont survenus les premiers cas, alors qu'aucun produit spécifique n'avait pu pénétrer dans les milieux où étaient réunis les blessés? Ici se présentent les conditions si justement accusées de l'encombrement, de l'accumulation des blessés dans les mêmes salles. L'action de ces causes, que l'on pourrait appeler causes infectieuses communes, par opposition aux causes infectieuses spécifiques, cette action désastreuse vient hautement confirmer les données de la pathogénie nouvelle que nous exposons.

En effet, où se trouvent les conditions de résistance de l'organisme à l'entraînement pyohémique ? Uniquement dans le bon état des humeurs. Que les humeurs soit fortement et sainement plastiques, que le sang soit inaltéré dans sa vie, dans sa crase et dans ses forces constitutives, qu'aucun principe morbide ne l'ait pénétré et préparé à une dissociation funeste, et le blessé pourra accomplir sûrement son œuvre de réparation traumatique, il pourra supporter sans péril le travail de pyogénie qui retentit et remon e jusque dans ses humeurs. Mais si ses humeurs ont déjà subi quelque atteinte qui compromette leur plasticité, le danger devient grand. Or, il n'est pas de condition antiplastique plus fâcheuse que celle de l'encombrement et de l'infection commune qu'il amène. Les humeurs altérées par cette infection sont prêtes à toutes les dégradations; elles cèdent à toutes les perversions pathologiques; affaiblies dans leur constitution vivante par un principe de désorganisation latente, cette désorganisation éclate sous l'influence des modifications intimes que la pyogénie nécessite en elles. L'encombrement est donc une cause prédisposante des plus efficaces de la pyohémie maligne. Il en est surtout ainsi lorsque cet encombrement est produit par une accumulation de blessés. Le blessé, même celui qui n'est pas pyohémique, est hostile à son voisin blessé; de la surface des plaies et des pièces de pansement baignées par le pus s'échappent des miasmes qui, confinés dans un même lieu, infectent l'air dans lequel ils séjournent, fermentent et s'altèrent. L'infection par l'agglomération des blessés est ainsi bien près de perdre le caractère commun et de devenir spécifique. De là l'utilité des tentes et des baraquements, où les blessés sont réunis en petit nombre, où l'air circule librement et est incessamment renouvelé.

Il n'y a pas que l'encombrement et l'agglomération des blessés qui soient une cause de dégradation plastique des humeurs, et qui prédisposent à la pyohémie maligne; il y a le séjour dans les grandes villes, soit lorsque celui-ci est habituel et que l'individu n'en connaît pas d'autres, soit lorsque le séjour est récent, mais qu'il s'agit d'un individu quittant les champs ou le village pour entrer dans une grande ville. Une cité populeuse est, à bien dire, comme un immense baraquement, constamment rempli d'une masse humaine, agglomérée, parquée sur d'étroits espaces où l'air est confiné, imparfaitement renouvelé, où s'établit une atmosphère artificielle, profondément viciée, et viciant fatalement tous ceux qui la respirent. On peut affirmer que la plasticité de tous ceux qui vivent dans les grandes villes, surtout des nouveaux-venus, et de ceux dont la condition sociale est malaisée, est sourdement minée, et qu'elle offre une proie facile à la pyohémie maligne. Aussi, malgré tous les soins, malgré les conditions d'installation dans lesquelles on placera le blessé des grandes villes, malgré même son transport momentané à la campagne, il ne sera pas à l'abri de l'infection purulente. Il faudrait, pour le préserver, l'envoyer à l'air des champs un an avant l'opération qu'il doit subir, pour que ses humeurs pussent s'y renouveler et y retrouver la force plastique perdue. De la sorte, le transport à la campagne mériterait la confiance que quelques chirurgiens lui accordent trop aisément.

Ai-je besoin maintenant d'expliquer comment et pourquoi la pyohémie maligne est inconnue aux populations des campagnes et des petites villes, pourquoi elle n'a pas de prise sur ces organi mes dont la plasticité demeure dans sa vigueur première, inaltérée et résistante à tous les ébranlements ? Si rien ne peut expliquer cette préservation, suivant les théories allemandes, si le poison traumatique doit pénétrer à travers les plaies de l'habitant des campagnes comme de l'habitant des villes, il n'en est plus de même lorsque la cause de la pyohémie est placée dans l'organisme lui-même, dans les actes spéciaux que le traumatisme suscite en lui ; dans ces cas, les forces propres de l'organisme règlent tout, sa préservation comme sa déchéance morbide.

Les causes infectieuses ne sont pas seules antiplastiques. A côté d'elles, quoique bien distinctes, il faut placer les influences morales tristes; que leur intervention soit subite, comme les terreurs brusques, ou de mauvaises nouvelles annoncées au blessé; ou qu'elle soit persistante et durable comme le sont les passions tristes, la nostalgie, le découragement, les réflexions sombres sur l'avenir. Rien, en effet, n'abaisse plus puissamment la vie plastique que les dépressions morales; rien n'est plus propre à faire échouer cette énergie vivante qui a à conduire l'œuvre instable et délicate des réparations traumatiques. Toutes ces causes, quoique de sources bien éloignées, concourent donc au même but, la malignité imprimée à l'état pyogénique. Et cet état produit, la maladie devient infectieuse et spécifique, que l'infection et la spécificité soient ou non intervenues comme cause provocatrice dans sa genèse.

Nous avons montré par quel enchaînement naturel la symptomatologie et l'étiologie de la pyohémie maligne se lient à la pathogénie véritable de cette affection, et cela sans avoir besoin d'invoquer des exceptions, sans réserver aux explications de l'avenir une longue suite de faits obscurs ou contradictoires. Nous pourrions étendre cette démonstration et, des points essentiels ou principaux, aller aux détails secondaires, aux faits accessoires. Ce serait un travail inutile, le premier contenant en soi le second. Nous nous bornerons à quelques remarques sur les rapports de la pyohémie maligne avec la fièvre traumatique, et sur les enseignements que nous livre la pathologie comparée.

La chirurgie française avait jusqu'ici considéré comme nuls les rapports de l'infection purulente avec la fièvre et les autres accidents fébriles traumatiques. L'école allemande a poussé ces rapports jusqu'à l'identité de nature, n'acceptant, entre ces états morbides divers, que des différences de degré. La vérité n'est ni d'un côté ni de l'autre; nous croyons que notre doctrine pathogénique la traduit dans sa réalité, sans exagérer ni affaiblir les rapports existants. La fièvre traumatique, en effet, et la pyohémie maligne, qui sont les extrémités opposées des accidents traumatiques généraux, ont leur commune raison d'être dans la participation que l'organisme vivant du blessé prend aux actes réparateurs que le traumatisme suscite. Ici, la participation est normale, presque physiologique, dominée par les forces saines de l'économie, par une vie plastique harmonique et forte; là, la participation est marquée d'un caractère funeste, l'économie saine est vaincue, la plasticité est entraînée dans une dissociation invincible et ultime. Entre ces deux extrêmes se place la pyohémie commune, avec ses formes et sa gravité variables, qui sert de transition entre la fièvre traumatique pure et la pyohémie maligne; de façon qu'une suite non interrompue d'accidents et de faits morbides conduit de l'une à l'autre le pathologiste et le clinicien. Mais cet enchaînement des choses n'affaiblit en rien le caractère essentiel de la pyohémie maligne. Il l'affermit, au contraire, en l'expliquant, et le montre sous son jour véritable. La fièvre traumatique et la pyohémie commune, c'est la vie qui lutte et qui organise son triomphe, malgré tous les ébranlements; la pyohémie maligne, c'est la vie entraînée et se précipitant à sa perte. A ce moment, l'ordre primitif des choses est transformé et la modalité vivante contracte une essence nouvelle.

« C'est le propre des théories solides de n'avoir rien à craindre des recherches exactes postérieures à leur promulgation, et tout au contraire d'y puiser des forces nouvelles. » Ces paroles, écrites par M. Verneuil à l'occasion du discours de notre éminent collègue M. Bouley, expriment une vérité dont je suis depuis longtemps convaincu, et que confirme éloquemment le spectacle des ruines accumulées dans notre science par les théories hâtives nées de quelques faits expérimentaux. J'accepte donc ces paroles, et je leur trouve une application immédiate dans les faits intéressants apportés dans cette discussion par M. Bouley. Deux grands herbivores, le bœuf et le cheval, sont, le dernier très-sujet à l'infection purulente, le premier rebelle à cette affection, et la contractant très-rarement. En même temps, M. Bouley signale entre les deux espèces animales ces différences pathologiques : le cheval possède une plasticité très-faible, toutes ses plaies suppurent inévitablement et longtemps, il a une tendance extrême à faire du pus; le bœuf, au contraire, résiste énergiquement à la suppuration; ses humeurs, fortement plastiques, se refusent à se convertir en pus; ses plaies, se recouvrant de simples exsudats plastiques, ne suppurent ordinairement pas. Peut-on imaginer un rapport plus manifeste entre la faculté pyogénique et l'infection purulente? Ici faculté pyogénique très-prononcée, pyohémie très fréquente ; là les conditions sont toutes deux inverses. Cela ne conduit-il pas à supposer qu'il y a entre la faculté pyogénique et la pyohémie des relations de cause à effet? Et cela n'est-il pas la confirmation la plus directe de la pathogénie exposée par nous? Qu'est la pyohémie, en effet, sinon la représentation pathologique et déviée du travail pyogénique normal que le traumatisme soulève ? Nous ne saurions imaginer un supplément de démonstration plus convaincant que celui que la pathologie comparée est venu nous offrir. Et cet appui, la pathologie comparée ne le fournit pas pareillement aux théories allemandes; car ce n'est pas le pus qui est le véhicule de la septicémie, suivant ces théories; tous les liquides sécrétés à la surface des plaies, surtout ceux qui sont altérés, les détritus moléculaires qui se séparent à la surface de la division traumatique, voilà les véhicules, ou mieux voilà le poison traumatique; et un tel poison existe aussi bien chez le bœuf que chez le cheval. La disposition pyogénique générale n'y change rien; elle ne rend pas l'empoisonnement plus facile.

Messieurs, la pathogénie de la fièvre traumatique est celle de l'infection purulente que j'oppose aux conceptions allemandes, offrent un caractère philosophique et médical dont je tiens à les marquer avant de finir; L'une et l'autre, en effet, relèvent absolument de la spontanéité propre de l'organisme. C'est l'organisme vivant qui conçoit et conduit la fièvre traumatique et son évolution; c'est lui qui se fait pyogénique, qui engendre le pus en son sein vivant et dans la plaie qui lui est attachée, c'est lui enfin qui se transforme et passe soit à l'état pyohémique commun, soit à l'état pyohémique malin. Cette démarche ascensionnelle de la maladie, l'organisme blessé l'opère de lui-même, par ses seules forces, par son activité physiologique et pathologique, par ses facultés génératrices qui de l'impression morbide montent jusqu'à la création de la maladie achevée et spécifique.

Et quand j'invoque ici la spontanéité organique je n'entends pas invoquer, comme on le répète trop souvent, un pouvoir capricieux et sans règle. Agir spontanément n'a jamais signifié agir sans cause, mais trouver sa cause en soi; et trouver en soi la cause effective de ses actes, n'est en rien supprimer les causes occasionnelles et provocatrices. Les occasions et provocations morbides, au contraire, sous-entendent toujours une spontanéité à laquelle elles s'adressent ; sinon les unes et les autres seraient causes effectives et déterminantes. Ces vérités presque banales, si ordinairement méconnues en médecine, étant préalablement fixées, nous le disons : la fièvre traumatique et l'infection purulente sont des maladies spontanées du blessé ; la seconde reconnaissant un ensemble varié de causes occasionnelles ou provocatrices dont les plus importantes sont l'encombrement, le séjour dans les grandes villes, les influences morales triste et déprimantes.

En regard de cette spontanéité créatrice de la maladie, nous placerons la passivité dans laquelle la pathogénie allemande maintient l'organisme blessé. Un poison sécrété à la surface des plaies, ou dû à l'action nuisible de l'air, pénètre dans l'économie et l'infecte. Ici l'organisme ne crée pas la maladie, il la subit ; il n'engendre ni la fièvre traumatique, ni l'infection purulente ; celles-ci sont des empoisonnements, des faits de provenance externe et non interne. Ce ne sont donc pas des maladies vraies, telles que la pathologie les conçoit ; ce sont des accidents toxiques, comparables en quelque sorte aux accidents traumatiques; il n'y a de réelle différence entre eux que celle qui résulte des agents lésant et de la lésion produite. Mais dans l'un comme dans l'autre cas, l'organisme est passif devant l'atteinte morbide ; il est lésé et détruit, ou seulement ébranlé par la lésion ; celle-ci reste le fait primitif et majeur.

Cette opposition que je signale entre la conception pathologique vraie qui répond à la spontanéité morbide, et la fausse qui répond à la passivité, se rencontre toutes les fois que, au lieu de demander l'idée pathogénique à l'observation entière et clinique de la maladie, on va la demander à une expérimentation quelconque sur les animaux vivants. Il faut le savoir, l'expérimentation ne pourra jamais livrer que la raison d'un fait isolé, d'un symptôme, au plus d'un groupe de phénomènes morbides ; jamais elle ne livrera la raison d'une maladie entière, d'une affection proprement dite ; parce que, pour avoir la raison de celle-ci, il faut remonter jusqu'à la vie elle-même que jamais l'expérimentateur ne rencontrera sous ses instruments d'analyse. Voilà pourquoi la méthode expérimentale, qui peut nous fournir une source si abondante de vérités, fournit aussi une source inépuisable d'erreurs, lorsque l'on prétend lui demander ce qu'elle ne peut donner, la raison vivante d'une maladie. Elle mettra toujours l'état passif là où règne l'état actif; elle substituera toujours une étiologie de convention à la réalité étiologique; elle effacera, en un mot, la spontanéité organique et son œuvre incessante. Ces vérités de pathologie générale devraient être inscrites dans tous les laboratoires pour en chasser les illusions dangereuses qui y naissent. Elles préviendraient ce flot d'assertion mobiles et contradictoires qui embrassent le mouvement ascensionnel de la médecine contemporaine, et inondent d'opinions téméraires les faits acquis par les progrès continus de l'observation ; mais

prévoir et prévenir, remonter aux causes pour arrêter les effets, n'est guère le propre de notre époque irréfléchie et troublée où les sens dominent, où les passions entraînent, où l'intelligence universelle est si étrangement affaiblie.

Messieurs, en terminant ce long exposé, je songe malgré moi à l'accueil qui l'attend. Je ne me fais pas illusion à cet égard. La pathogénie que j'ai défendue devant vous n'est pas importée d'Allemagne; elle ne repose pas sur des inductions téméraires, tirées de quelques faits expérimentaux; elle n'apporte pas quelques-uns de ces raisonnements physico-chimiques que l'on prend si volontiers pour guide dans l'ordre vivant et pathologique; non, elle est uniquement fondée sur le riche et inépuisable fonds de l'observation clinique, exploré à la lumière des simples et grandes vérités traditionnelles de la médecine. C'est dans la méditation de ces vérités que j'ai vu, sur ce point-là comme sur tant d'autres, se lever des lueurs nouvelles qui m'ont fait, je crois, pénétrer plus avant dans le sens intime et réel des choses vivantes. La faveur présente n'est guère acquise à cette direction de la science. On lui refuse l'intelligence du progrès; on la traite souvent en ennemie; le doute et le sarcasme ne la ménagent pas.

Cependant, je lui demeure de plus en plus attaché; et j'ose librement produire les fruits de mon obscur travail. C'est que je ne lui dois pas seulement ces fruits mal nourris; je lui dois, par dessus tout, une conception générale qui m'a fait, de la médecine, une science grande et forte, vivant de sa vie propre, dominant les sciences auxquelles elle emprunte sans rien perdre de son autonome virtualité, grandissant et se développant sans cesse, mais sachant résister à toutes ces manies de théories changeantes et de spéculations arbitraires, à tous ces allers et retours de systèmes et d'erreurs, qui ont couvert le sol médical de plus de ruines que n'en montra jamais le vieil empire ravagé par les barbares, que n'en montre aujourd'hui le sol désolé de la patrie. Oui, je l'avoue, je ne voudrais pas devoir un seul jour de succès et de popularité à la gloire d'ajouter une ruine, dans l'avenir, à toutes les ruines du passé.

(*A suivre.*)

L'Établissement d'hydrothérapie d'Auxerre à vendre, par suite du décès du docteur Fontaine, directeur de l'Établissement. S'adresser à Mme Ve Fontaine, rue Française, 4, Auxerre.

— Bonne clientèle à prendre à une heure de Paris. — S'adresser au bureau du journal.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments ou autres objets).

De l'inflammation primitive aiguë de la moelle des os, par le docteur Culot, ancien interne des hôpitaux. In-8°. — Prix : 2 francs.

Des complications cardiaques dans la variole et notamment de la myocardite varioleuse, par le docteur Desnos et Henri Huchard, interne des hôpitaux. — Gr. in-8° de 56 pages. — Prix : 1 fr. 50.

Des altérations de l'œil dans l'albuminurie et le diabète, par M. le docteur Mohammed Off, professeur-adjoint d'ophthalmologie à l'École de médecine du Caire. In-8° avec planches en chromolithographie. — Prix : 4 fr. 50.

Revue photographique des hôpitaux de Paris. Bulletin médical publié par A. de Montméja et Bourneville; numéros de septembre et octobre 1870, avec 4 photographies. — Prix des deux numéros : 4 fr.

Des rétrécissements de l'urèthre et de leur guérison radicale et instantanée par un nouveau procédé, la divulsion rétrograde, par M. le docteur Moreau Wolf, chevalier de la Légion d'honneur. In-8°. — Prix : 3 francs.

Malades et blessés. Ambulance de l'hôpital Rothschild pendant le siége de Paris, par le docteur Job. In-8°. — Prix : 1 fr. 50.

Étude sur le diagnostic et le traitement chirurgical des étranglements internes, par M. le docteur Larguier des Bancels, ancien préparateur du cours d'anatomie chirurgicale de l'amphithéâtre des hôpitaux. In-8°. — Prix : 3 francs.

Des différentes formes de l'ovarite aiguë, par le docteur Scaglia. In-8 de 116 pages. — Prix broché : 2 fr.

Traitement du cancer du col de l'utérus par la galvano-caustique thermique, par M. le docteur Amussat fils; broch. in-8. — Prix : 2 fr.

Des gastrites chroniques, par le docteur E. Bottentuit, ancien interne des hôpitaux de Paris, médecin aux eaux de Plombières. Delahaye, 1867. — Prix : 2 fr.

Des dyspepsies flatulentes à forme douloureuse et de leur traitement par les eaux de Plombières, par le docteur E. Bottentuit, ancien interne des hôpitaux de Paris, médecin consultant aux eaux de Plombières. Germer-Baillière, 1870. — Prix : 1 fr.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :

Trois mois. .	8 fr. 50 c.
Six mois. . .	16 —
Un an.	30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 17 juillet 1871.

POURRITURE D'HOPITAL

TRAITEMENT DE CETTE AFFECTION PAR LE CAMPHRE EN POUDRE (1).

VI

Observations recueillies par M. le docteur Castaing.

G*** (Jules), sergent-fourrier au 41e de marche, est blessé le 9 avril à l'affaire de Châtillon. Balle à la joue droite. La plaie est peu profonde, donnant lieu à une hémorrhagie peu abondante.

Du 10 avril au 25, à Versailles, la plaie marchait vers sa cicatrisation, lorsque, le 25, après un accès de fièvre intense, surgit un érysipèle à la face. En même temps, la pourriture apparaît à la plaie. (Eau phéniquée et alcool camphré.)

Le 3 mai, le malade est évacué sur l'hôpital de Rennes.

4 mai. — *État actuel.* On ne voit plus de trace de l'érysipèle et l'état général est bon. La plaie, de forme ovale, occupe la joue droite, mesurant 5 centimètres sur 3; les bords sont irréguliers, déchiquetés; on y observe une vive rougeur et du gonflement. L'induration s'étend à 1 centimètre des bords. La plaie a une odeur infecte, remplie d'une matière plus sèche qu'humide; cependant on peut voir un pus séreux, fétide sous les bords décollés de la plaie. La pourriture d'hôpital est évidente.

On panse avec la poudre de camphre, sans toucher à la matière qui remplit la plaie. Le malade sent pendant quelques heures un léger picotement. La nuit est bonne.

5 mai. — La plaie se nettoie. La matière grisâtre est fondue au centre de la plaie; on y aperçoit au milieu des bourgeons charnus de formation récente. Le pus est plus abondant et de meilleure nature. La pourriture de la plaie contient encore de la matière pulpeuse, mais plus ramollie que la veille. Les bords sont un peu dégonflés et moins rouges. L'induration persiste. L'odeur a diminué. (Continuation avec la poudre de camphre.)

6 mai. — Le mieux continue. La plaie est vidée de la matière pulpeuse qui la remplissait; on peut alors juger de sa profondeur, qui est de 2 centimètres. Les bourgeons charnus se développent sur le fond de la plaie. Le pus, plus abondant que la veille, n'offre plus d'odeur infecte. Le décollement persiste encore, mais plus marqué à la partie inférieure qu'en haut. Les bords sont moins gonflés et moins indurés; la rougeur a presque disparu.

Le 7 mai, l'amélioration apparaît encore davantage.

Le 8 mai, les bords sont dégonflés, l'induration a disparu, le décollement, insignifiant en haut, persiste à la partie inférieure. (Même pansement.)

Le 9 mai, le bourgeonnement se fait avec une telle rapidité, que le camphre est supprimé.

Le 10 et jours suivants, le décollement inférieur disparaît peu à peu et la plaie se cicatrise rapidement.

REMARQUES. La pourriture a surgi immédiatement après un accès de fièvre intense et l'apparition d'un érysipèle à la face, siége de la plaie. Dans une autre observation, plaie au coude, nous verrons également la pourriture se compliquer au début d'un érysipèle autour de la plaie, et l'érysipèle disparaître plus rapidement que la pourriture, par un traitement approprié.

C'est le 4 mai que le camphre a été appliqué pour la première fois, et dès le 9, le bourgeonnement se fait avec une telle rapidité que le remède est supprimé; nouveau fait semblant démontrer que le camphre en poudre active aussi le bourgeonnement.

Dans cette observation, le rapport entre l'application du camphre et la liquéfaction de la matière pulpeuse ressort pleinement, l'attention du médecin qui a recueilli le fait ayant été appelée sur ce point.

Observation recueillie par M. Castaing.

R... (Louis), sergent au 70e de marche, fut blessé le 22 avril à Châtillon. Pendant qu'il chargeait son fusil, un obus a effondré un mur derrière lequel il se trouvait. Son fusil a éclaté. L'homme renversé s'est relevé porteur d'une blessure à l'éminence Thénar de la main droite, et de profondes écorchures sur le dos des quatre derniers doigts de la même main. Pansé immédiatement, il a été dirigé sur l'hôpital de Versailles. Là, pendant les premiers jours, on a pansé les plaies avec de l'eau fraîche; puis, vers la fin du mois, les plaies ayant pris une mauvaise odeur et la suppuration étant devenue moins abondante, on a alors employé le perchlorure de fer et l'alcool. Le 2 mai, il est évacué sur Rennes.

3 mai. — L'état général est peu satisfaisant; le blessé a de la fièvre, la langue est sale, l'appétit faible; la plaie de l'éminence Thénar mesure 2 centimètres et demi de longueur sur 2 environ de largeur. Les bords sont durs, rouges, élevés, très-élevés, donnant à l'ensemble de la plaie l'aspect d'une tumeur. Celle-ci est remplie d'une matière d'un gris foncé, exhalant une mauvaise odeur; un pus sanieux se voit sous les bords, le centre est sec. Les plaies des doigts sont sèches et recouvertes de la même matière grisâtre. (Purgatif et pansement avec de la poudre de camphre.)

4 mai. — L'état du malade est assez satisfaisant, la suppuration est plus abondante et de meilleure nature, quoique présentant encore une mauvaise odeur. La matière grisâtre a disparu sur le pourtour de la plaie; le fond est encore occupé par un amas gris assez adhérent. Bords un peu dégonflés. Les plaies des doigts se nettoient et suppurent.

5 mai. — État général satisfaisant. L'odeur de la plaie a disparu. Bords moins gonflés, mais encore élevés. Suppuration normale. Bourgeons charnus d'une belle couleur sur le pourtour de la plaie; le fond est encore occupé par la matière pulpeuse assez adhérente, mais plus ramollie que la veille. Le mieux se continue pour les plaies des doigts. (Même pansement.)

6 mai. — Empâtement disparu. Suppuration normale sans odeur. Bourgeonnement général, sauf dans le fond de la plaie, où l'on voit encore quelques lambeaux de matière grisâtre. Leur grande ténacité décide le médecin traitant à les enlever avec les ciseaux. Les plaies des doigts sont très-bien.

9 mai. — Pansement au camphre, supprimé pour les plaies des doigts.

11 mai. — Camphre supprimé partout.

12 mai et jours suivants. — Les plaies bourgeonnent et se cicatrisent.

REMARQUES. Disons d'abord que ce malade, ainsi que le précédent, ont été traités journellement en présence de M. Saget, chirurgien principal en retraite, et de M. le docteur Dreyfus, de Paris, passagèrement à Rennes.

Comme chez le dernier malade, la blessure s'est trouvée limitée à une petite surface de la main. Le premier jour, après l'avoir couverte de camphre, j'ai fixé par dessus un verre à ventouse, de façon à pouvoir voir ce qui se passerait; or, neuf heures après, la poudre blanche était convertie en un magma fondant et du liquide suintait sous les bords de la ventouse, constatation directe de la liquéfaction de la matière grise. Dès le lendemain, celle-ci a fait défaut sur le pourtour de la plaie, tandis qu'au centre elle résista quelques jours à l'action du remède, sans doute à cause de la présence de l'aponévrose. J'aurais dû attendre l'élimination et non pas exciser, car à la paume de la main j'aurais pu provoquer une hémorrhagie, ce que j'ai vu arriver dans un autre cas, à Nantes.

A. NETTER.

(1) Suite. — Voir les numéros des 2, 4, 7 14, 23 et 30 mars 1871.

DE L'EMPLOI DE LA MÉDICATION THERMALE

ET DES EAUX DE BOURBONNE EN PARTICULIER, DANS LE TRAITEMENT DES LÉSIONS TRAUMATIQUES RÉCENTES : BLESSURES DE GUERRE, PLAIES D'ARMES A FEU, COMPLIQUÉES OU NON DE FRACTURES.

Par M. CABASSE, médecin-major.

Il nous paraît très-intéressant et surtout très-opportun, dans les circonstances actuelles, de revenir encore sur cette question, et d'appeler de nouveau l'attention sur l'efficacité du traitement thermal dans les lésions traumatiques récentes.

L'efficacité de la médication thermale, pour remédier à certains accidents consécutifs aux blessures de guerre, n'est contesté aujourd'hui par personne.

Les sources de Bourbonne, de Baréges, de Plombières, les boues de Saint-Amand, bien que de composition différente, jouissent en particulier d'une réputation méritée et séculaire.

C'est que toutes possèdent une propriété importante commune, peut-être *la plus importante*, celle d'être excitantes, celle de pouvoir produire sur toutes les fonctions de l'économie une stimulation, d'agir en un mot sur l'irritabilité. C'est à ce mode d'action que ces eaux doivent leur efficacité dans toutes les affections chroniques en général, atoniques, asthéniques, dans toutes celles où il est nécessaire d'imprimer à l'économie un coup de fouet et surtout de modifier l'acte nutritif. C'est à cette action excitante que les eaux minérales doivent l'indication de leur utilité, dans un nombre si considérable de maladies. Mais si on consulte les traités spéciaux, on verra, que pour la majorité des hydrologistes, appartenant à la génération médicale qui a précédé la nôtre, pour les partisans de la doctrine physiologique heureusement agonisante, pour tous ceux qui ne veulent voir dans l'*inflammation* qu'un *symptôme morbide*, la question d'ancienneté est de rigueur avant de pouvoir sans inconvénients recourir à la médication thermale.

Disons donc avant d'aller plus loin, comment, au début de notre carrière, hydrologue improvisé et inexpérimenté, comment nous avons été obligé en quelque sorte par les circonstances à employer le traitement thermal chez un nombre considérable de blessés, peu de temps après l'accident.

Le 4 octobre 1845, lorsque je rejoignis à la smala d'Abd-el-Kader les malheureux échappés au désastre de Sidi Ibrahim, au nombre de 95, je trouvai parmi eux 65 blessés français. Avec 14 hommes qui avaient pu gagner Djemma, c'étaient là tous les survivants à la destruction du 8e bataillon de chasseurs à pied et de deux escadrons du 2e hussards. Il y avait en outre 50 Arabe environ atteints de coups de feu à la même affaire (23 septembre), auxquels je dus également prodiguer des soins.

Sans autre ressource que ma trousse, je manquais de tout, linge, charpie, médicaments, vivres même ; je n'avais à ma disposition que quelques lambeaux de toile de coton, provenant des chemises ou des tuniques, de la bourre, de l'étoupe grossière ou de la laine pour remplacer la charpie.

A quelques centaines de pas du camp, il y avait sur les bords de la Melonija plusieurs sources thermales salines et ferrugineuses. Des Kabyles malades venaient presque chaque jour se baigner dans un réservoir taillé dans le roc, et pouvant contenir trois ou quatre personnes à la fois.

Je résolus d'utiliser ces eaux afin de pouvoir faire servir de suite à un nouveau pansement les rares lambeaux de linge que j'avais à ma disposition. Je fis venir ou transporter chaque matin près de ces sources mes blessés, pour y faire le pansement. J'avais là sous la main de l'eau chaude à discrétion. Chacun à tour de rôle prenait un bain ou plongeait dans l'eau la partie malade, ou bien faisait des lotions, mais seulement pendant le temps nécessaire pour détacher les pièces du pansement. L'étoupe et les lambeaux de linge étaient lavés avec soin par des infirmiers improvisés, puis séchés au soleil et servaient ensuite pour un autre pansement.

La température de l'eau du réservoir était, autant que nous avons pu en juger, de 32° à 35° centigrades.

On éprouvait en y entrant une sensation de chaleur désagréable, qu'on pouvait sans peine supporter au bout de quelques instants.

Sous l'influence des premiers bains, les plaies prirent en général un bon aspect; la suppuration devenue plus abondante, crémeuse, de bonne nature, pour me servir de l'expression consacrée, facilita et hâta la sortie des esquilles ou corps étrangers qui avaient échappé à nos minutieuses recherches.

Les nombreux vers dont les plaies étaient envahies sortaient presque aussitôt que la partie malade était plongée dans l'eau. Les blessés, auxquels ces hôtes incommodes causaient des démangeaisons insupportables, en furent heureusement débarrassés au bout de peu de jours.

Malgré la gravité des blessures et les mauvaises conditions dans lesquelles nous nous trouvions au début, la cicatrisation s'opéra dans un temps très-court. J'eus peu de morts à déplorer, je perdis seulement cinq blessés. Tous les autres guérirent, sans que j'aie eu à observer aucun des accidents graves qui viennent si souvent compliquer les plaies par armes à feu.

Ces résultats, avec de nombreuses observations, ont été consignés dans ma thèse, et après de nouvelles recherches reproduits en partie dans la *Gazette d'hydrologie de Strasbourg* (novembre, année 1858, et mars 1860).

Rappelé à Paris en 1847, nous avons été adjoint à notre excellent camarade Didiot, aujourd'hui secrétaire du Conseil de santé, alors chef de clinique, pour surveiller les pansements, au mois de juin 1848, dans le service de notre regretté maître Baudens, chirurgien en chef au Val-de-Grâce. Ce dernier avait été chargé par le ministre de la guerre d'aller dans tous les hôpitaux civils de Paris visiter les blessés militaires qui s'y trouvaient en grand nombre; nous avions été choisis par lui pour l'accompagner dans sa mission.

C'est sous l'impression défavorable des traitements en vigueur à cette époque que notre thèse a été écrite, et que nous avons conçu l'idée de compléter à la première occasion nos recherches sur l'emploi de la médication thermale dans le traitement des

plaies d'armes à feu récentes. Lorsque notre collègue et ami Verjus, qui est mort depuis si malheureusement au Mexique, a publié sa thèse : *De l'emploi du froid comme antiphlogistique dans le traitement des plaies chirurgicales*, nous discutions, et je m'efforçais en vain pour le convaincre et lui démontrer la supériorité du traitement par *l'eau chaude.*

Nous eûmes occasion de venir pour la première fois à Bourbonne faire usage des eaux, et y chercher la guérison d'accidents consécutifs à des fièvres rebelles, contractées trois ans auparavant pendant notre séjour en Afrique.

L'idée de l'efficacité et de l'emploi du traitement thermal dans les plaies d'armes à feu récentes, et surtout dans celles qui sont compliquées de fractures, ne rencontra qu'incrédulité et unanime opposition de la part de tout le personnel médical militaire (Terrin, Ballard, Ferut, Fenin).

Des circonstances particulières nous ayant depuis souvent rappelé à Bourbonne nous ont permis de fournir aujourd'hui des faits nombreux et irrécusables.

Voici quel était déjà en 1863, sur le sujet qui nous occupe, l'opinion de M. le docteur Cabrol, hydrologue expérimenté, et qui, pendant sept années, a exercé à l'hôpital de Bourbonne les fonctions de médecin en chef.

« M. Cabase, médecin-major, a souvent puisé aux archives de Bourbonne des inspirations médicales qui ont mis à l'ordre du jour des questions épineuses, telles que celle du traitement par les eaux des lésions traumatiques récentes, celle de la syphilis réveillée et guérie à Bourbonne (nous avons dit par le traitement spécifique), etc., questions, surtout la première, qui ne pouvaient être posées et résolues que par un médecin d'expérience, forcé, comme l'a été M. Cabasse, pendant sa captivité chez Abd-el-Kader, de faire feu de toutes pièces, et d'établir de préférence ses pauvres ambulances dénuées de tout au bord des eaux thermales de la terre d'Afrique. C'est cet empirisme imposé par les circonstances qui, dans les mains du praticien sincère, s'est transformé en une méthode rationnelle que des faits isolés de la pratique locale et l'observation ultérieure sont venus définitivement sanctionner. » (Hôpital militaire de Bourbonne, *Revue rétrospective*, année 1862 ; *Revue d'hydrologie de Strasbourg*, décembre.)

Nous avons eu au mois d'octobre dernier l'occasion d'étudier sur plus de 100 blessés l'action du traitement thermal, et d'en vérifier les excellents résultats.

La veille de l'entrée des Prussiens à Épinal, l'évacuation de l'hôpital a amené à Bourbonne 370 malades. Nous avons reçu à cette occasion, le 12 et le 13 octobre, dans notre division, 81 des blessés à l'affaire de la Bourgonce (6 octobre). De son côté M. de Finance en a reçu 31. Il représentait à lui seul le personnel médical, où il ne restait plus qu'une trentaine de malades, qui n'avaient pu être évacués à la clôture de la saison thermale. Le personnel administratif et les infirmiers, à l'exception de quelques-uns, étaient aussi partis. Il fallut tout improviser et tout organiser dans un hôpital mal approvisionné et qui n'est nullement disposé pour y traiter des malades pendant l'hiver.

Je me trouvais alors de passage à Bourbonne, à peine remis d'une atteinte de paraplégie rhumatismale, à la suite des fatigues de la malheureuse campagne de Sedan. Je fus requis d'urgence pour faire le service d'une division, jusqu'au 6 avril dernier.

Le nombre des malades traités dans notre service pendant cette période a été de 687, dont 114 blessés, 334 atteints d'affections diverses, 249 varioleux évacués presque tous de Langres. Nous devons, pour compléter le chiffre des malades de cette catégorie, l'augmenter de 35 qui ont contracté la variole dans les salles. Il faut ajouter encore 95 malades prussiens.

Cette énumération nous a paru nécessaire parce que, à partir du 1er janvier, l'agglomération et l'encombrement de nos salles a entravé et retardé la cicatrisation des plaies et la guerison de 19 blessés qui nous restaient à cette époque. Des symptômes, il est vrai peu graves, de pourriture d'hôpital, ont été observés dans les deux services. Nous devons ajouter qu'on ne doit pas mettre sur le compte du traitement thermal le développement de cette complication. Depuis un mois nous avions dû supprimer les bains à cause de la rigueur de la saison, et cette influence fâcheuse s'est fait sentir également chez les blessés de la division voisine, auxquels il n'avait pas été prescrit un seul bain depuis leur entrée à l'hôpital.

Sous le rapport de la variété des projectiles chez les premiers blessés de la Bourgonce; il y en avait de toutes sortes : balles françaises et prussiennes, éclats d'obus, de pierres, etc. Les blessures produites par les projectiles d'artillerie étaient en général moins graves et proportionnellement moins nombreuses que chez les blessés que nous avions eu occasion d'observer pendant les trois jours de bataille devant Sedan.

Il n'y avait pas de membres emportés ni de blessures assez graves pour nécessiter l'amputation immédiate.

Nous avons reçu dans les diverses ambulances de Givonne, dont le service nous a été confié, 730 blessés. Nous avons dû, sur ce nombre, pratiquer ou faire pratiquer, dans l'espace de 3 jours, plus de 40 amputations.

La concentration de ces blessés à Bourbonne était pour nous une occasion inespérée pour compléter nos recherches, en faisant de la chirurgie conservatrice, et pour résoudre définitivement la question importante de l'utilité et de l'efficacité du traitement thermal, dans les plaies d'armes à feu récentes.

Nous nous bornerons à indiquer par région, dans le tableau suivant, le siége des lésions :

DÉSIGNATION du siége des coups de feu.		NOMBRE	OBSERVATIONS
Tête		6	Dont une pénétrante.
Face		3	Deux compliquées de fracture du maxillaire supérieur.
Cou		3	Dont deux graves.
Poitrine		9	Chez un blessé la balle a traversé les deux bras et toute l'étendue de la poitrine, à 0,05mm au-dessus des deux clavicules (5 ouvertures).
Abdomen		3	Une pénétrante.
Membre supérieur.	Epaule	5	
	Bras	13	Dont deux avec fracture comminutive de l'humérus.
	Coude	4	Trois compliquées de lésion osseuse et ayant intéressé l'articulation.
	Avant-bras	6	Une ayant intéressé l'articulation radio-carpienne.
	Main	23	Moitié compliquée de lésions osseuses.
Membre inférieur.	Cuisse	21	Sans lésions osseuses.
	Genou	2	Ayant intéressé l'articulation.
	Jambe	15	Sans fractures.
	Pied	10	Cinq compliquées de lésions osseuses.

Malgré les mauvaises conditions hygiéniques dont nous avons parlé plus haut : agglomération et encombrement dans les salles, mal ou non chauffées, vêtements d'hôpital, capotes, pantalons, chemises, chaussettes, draps de lit insuffisants, et ne permettant pas l'échange du linge aussi souvent que le besoin s'en faisait sentir ; malgré l'influence fâcheuse de l'épidémie de variole, dont 6 de nos blessés ont été atteints ; malgré la complication, chez quelques-uns, de symptômes peu graves de pourriture d'hôpital, les résultats obtenus ont dépassé nos espérances, et ont été *extraordinairement* sinon *exceptionnellement* heureux.

Le 1er décembre, plus de la moitié étaient guéris, 31 étaient sortis de l'hôpital ; les autres avaient été improvisés infirmiers.

Le 1er janvier il ne nous restait plus que 19 blessés dans nos salles. Chez quelques-uns de ces derniers, atteints de pourriture d'hôpital, la situation, à partir de cette époque, ne s'est améliorée que lorsque la diminution du chiffre des malades nous a permis de les isoler dans une salle particulière, et surtout lorsqu'au mois de mars nous avons pu reprendre l'usage des bains.

Nous n'avons pas eu chez les blessés un seul décès à enregistrer. C'est là ce qui nous excusera de nous être permis de dire, en parlant des résultats obtenus, qu'ils avaient été extraordinairement heureux.

La mortalité, en général, a été peu élevée pendant cette période de 6 mois, malgré la gravité de plusieurs cas de variole hémorrhagique, *variole noire;* nous avons eu à déplorer 10 décès seulement sur un total de 792 malades qui ont été traités dans la division. Deux ont succombé moins de 6 heures après leur entrée à l'hôpital.

Les maladies causes de décès ont été : fièvre muqueuse, 1; bronchite chronique, 2; phthisie galopante, 1; variole, 4; variole hémorrhagique, 2.

Mode d'emploi de la médication thermale dans les lésions traumatiques récentes.

Les bains locaux ou généraux, les lotions ou fomentations, les injections dans les trajets fistuleux comme adjuvants sont, suivant les indications particulières, les seuls modes d'administration de la médication thermale appliquée au traitement des lésions traumatiques récentes.

L'emploi de ces divers moyens devra de la part du chirurgien être l'objet d'une attention incessante et de chaque jour. Autant il est nécessaire, pour obtenir une prompte cicatrisation, d'entretenir dans les plaies un certain degré d'excitation, autant il serait dangereux de dépasser des limites plus faciles à connaître, avec un peu d'expérience, qu'à bien préciser.

Aussitôt qu'apparaîtront les symptômes inflammatoires, se traduisant par une abondance plus grande de la suppuration, par une rougeur érysipélateuse de la plaie, avec tendance à s'étendre aux parties voisines, les bains seront suspendus ou éloignés. Le plus souvent le repos seul suffit pour permettre au bout de quelques jours la reprise du traitement thermal.

Nous avons souvent constaté les bons effets d'onctions avec l'huile ou la pommade mercurielle belladonnées.

Notre collègue et ami Tamisier a préconisé et dit avoir obtenu d'excellents résultats de l'emploi des cataplasmes saturnés.

Quelques scarifications faites à propos sont souvent le moyen le plus efficace et le plus sûr pour faire cesser ces symptômes d'excitation trop vive.

Une intervention plus active de la chirurgie est souvent nécessaire pour faciliter la sortie des esquilles ou corps étrangers qui ont pu échapper aux recherches minutieuses, si indispensables, que le chirurgien ne doit jamais manquer de faire le plus tôt possible après l'accident (1).

Nous allons maintenant, dans un chapitre séparé, nous occuper de l'emploi de la médication thermale dans les fractures et dans les plaies d'armes à feu compliquées de lésions osseuses.

(1) Voir : « Note et observations relatant de la présence de corps étrangers, projectiles, esquilles, fragments de vêtements ou autres, dans les plaies par armes à feu. » (*Gazette des Hôpitaux*, 8 octobre 1867.)

DOCUMENTS

POUR SERVIR A L'HISTOIRE DU MOUVEMENT SCIENTIFIQUE PENDANT LE SIÉGE DE PARIS (1).

XXVIII. **Ambulances.** — M. le docteur Nicaise publie dans la *Gazette médicale* l'observation suivante :

AMBULANCE DE LA PRESSE.

Service de la rue Monceau. — M. Nicaise.

Suppuration de la gaîne du muscle long fléchisseur propre du pouce ; ouverture de cette gaîne.

Par le docteur Nicaise.

La suppuration de la gaîne du muscle long fléchisseur propre du pouce s'observe le plus souvent à la suite d'un panaris tendineux du pouce. L'inflammation est d'abord limitée à ce doigt, elle gagne ensuite la gaîne synoviale du tendon du long fléchisseur propre, puis bientôt toute la gaîne du muscle. A ce moment, le tendon et le corps charnu du muscle sont entourés ou infiltrés par le pus. Si un traitement convenable ne vient pas arrêter la maladie, il arrive parfois que la gaîne du long fléchisseur propre se rompt, et que le pus se répand au milieu des couches musculaires de l'avant-bras, donnant lieu alors à des symptômes locaux et généraux graves, qui peuvent nécessiter une amputation ou même mettre la vie du malade en danger. Il y a donc urgence à agir, et à agir de bonne heure, aussitôt que l'on peut reconnaître ou prévoir l'existence du pus dans la gaîne du fléchisseur propre.

J'ai eu dernièrement l'occasion d'observer un cas de ce genre, dans lequel l'opération faite de bonne heure a donné de bons résultats.

Je rapporte d'abord l'observation de mon malade ; je décrirai ensuite l'opération que je crois applicable à tous les cas de ce genre.

Panaris tendineux du pouce droit ; suppuration de la gaîne du long fléchisseur propre du pouce ; incision ; Guérison.

Observation recueillie par M. Gouin.

Q..., âgé de 22 ans, mobile d'Ille-et-Vilaine, est amené le 15 novembre 1870 à l'ambulance de la Presse, rue Monceau, dans le service de M. Nicaise. Ce malade est atteint d'un panaris profond du pouce droit.

Pas de maladies antérieures ; constitution bonne ; tempérament lymphatique ; vacciné.

15 novembre. Q... s'est fait, il y a huit jours, une piqûre à la face palmaire du pouce droit, au niveau de l'articulation des deux phalanges ; le corps piquant était la grosse extrémité d'une aiguille qui, du reste, a été retirée entière.

Depuis quatre jours le malade éprouve des élancements.

16. On constate un gonflement considérable du pouce et de l'éminence thénar ; ce gonflement est un peu moindre sur la main et l'avant-bras. La peau de toute l'étendue de la face palmaire du pouce est mortifiée et le cercle d'élimination commence à se dessiner.

Incision de l'eschare sur la ligne médiane dans toute la longueur du pouce ; écoulement d'une grande quantité de pus. Manuluve prolongé, d'une heure ; cataplasmes.

17. Le malade n'a pas dormi, à cause des douleurs violentes qu'il éprouve dans l'avant-bras. L'état général est bon.

La peau de l'avant-bras est rouge ; il y a un *œdème superficiel* limité à la partie inférieure de la face antérieure de cette région ; on sent, après quelques recherches, une fluctuation profonde.

Incision verticale de 4 à 5 centimètres au-dessus du poignet et immédiatement en dehors du tendon du muscle grand palmaire ; après la section de l'aponévrose antibrachiale, l'opération est continuée avec la sonde cannelée, et bientôt on arrive sur la gaîne du muscle fléchisseur propre du pouce, qui est déchirée, et permet l'écoulement du pus. Il y eut une légère hémorrhagie veineuse.

Manuluves prolongés ; cataplasmes ; purgation avec 40 grammes de sulfate de magnésie.

18. La rougeur a disparu ; en pressant au-dessus de l'incision, on fait sortir le pus en abondance.

21. Etat général très-bon ; appétit revenu. L'écoulement du pus ne se produit plus quand on presse au niveau de l'éminence thénar.

23. L'eschare est enlevée avec la pince et les ciseaux ; on voit alors le tendon du fléchisseur à nu et mortifié.

27. Le pus devient liquide et séreux, la cicatrisation se fait régulièrement.

28. L'extrémité mortifiée du tendon se détache de la partie saine au niveau de l'extrémité inférieure du premier métacarpien.

29. La dernière phalange du pouce est nécrosée presque complétement, et l'articulation des deux phalanges entre elles est complétement ouverte.

Cicatrisation régulière. Pansement au cérat.

Ce malade a été opéré huit jours après la piqûre et quatre jours après le développement des premiers symptômes. L'incision faite au niveau du pouce était commandée d'urgence ; il n'y avait pas là à hésiter ; mais on pouvait peut-être attendre, avant de faire l'incision sur l'avant-bras, que le foyer purulent fût mieux indiqué et qu'il précisât lui-même le lieu de l'incision.

En tenant compte d'un certain gonflement de l'avant-bras, de l'existence de douleurs assez vives au-dessus du poignet et d'un œdème superficiel au même point, je fis l'ouverture de la gaîne du muscle fléchisseur et il s'écoula une certaine quantité de pus.

Avant de décrire l'opération, rappelons quels sont les organes qui sont en avant du muscle long fléchisseur propre du pouce. Nous avons, de dehors en dedans, le muscle long supinateur, l'artère ra-

(1) Suite. — Voir le dernier numéro.

diale et ses deux veines satellites, le muscle grand palmaire et enfin le muscle fléchisseur sublime.

D'un autre côté, la synoviale du muscle long fléchisseur du pouce est indépendante de celles des autres muscles fléchisseurs; elle s'étend de l'articulation des deux phalanges du pouce entre elles jusqu'à 1 centimètre environ au-dessus du ligament annulaire antérieur du carpe, mesurant une longueur de 10 à 12 centimètres; sa partie la plus large est au niveau et au-dessus de l'anneau carpien.

L'extrémité supérieure de la gaîne synoviale du long fléchisseur propre, immédiatement au-dessus du ligament annulaire, est en rapport avec l'aponévrose de l'avant-bras, dans l'intervalle qui existe entre les tendons du grand et du petit palmaire. Mais bientôt le muscle grand palmaire croise obliquement le long fléchisseur propre laissant en dehors de lui tout le corps charnu de ce dernier muscle.

Rappelons encore que le tendon du long fléchisseur passe en avant de l'extrémité externe du scaphoïde, et plus bas, dans un canal ostéo-fibreux, creusé sur la face antérieure du trapèze.

Ces données anatomiques indiquent nettement les incisions que l'on peut faire pour ouvrir soit la synoviale tendineuse, soit la gaîne fibreuse du muscle long fléchisseur propre du pouce.

Si l'on veut ouvrir l'extrémité supérieure de la synoviale tendineuse, on peut y arriver par deux chemins différents :

1° Faire immédiatement au-dessus du talon de la main, sur le *bord interne* du tendon du grand palmaire, une incision verticale de 4 à 5 centimètres. Après avoir coupé la peau et le tissu cellulaire, on incise l'aponévrose antibrachiale, et avec la sonde cannelée, laissant en dedans le petit palmaire et le fléchisseur sublime, on va déchirer la synoviale tendineuse.

2° Faire immédiatement au-dessus du talon de la main, sur le *bord externe* du tendon du grand palmaire, une incision verticale de 4 à 5 centimètres. Après avoir incisé l'aponévrose antibrachiale, il faut prendre les plus grandes précautions, car on se trouve sur le trajet de l'artère radiale. On continuera donc l'opération avec la sonde cannelée, en ayant soin de la maintenir toujours en contact avec le bord externe du tendon du grand palmaire. L'extrémité supérieure de la gaîne tendineuse est directement en arrière et sera bientôt ouverte.

Si le pus s'est répandu dans la gaîne fibreuse du muscle, ce que l'on pourra préjuger par le siége des douleurs et de l'œdème superficiel, et aussi, dans certains cas, par une fluctuation profonde, c'est alors cette gaîne qu'il faut ouvrir, à une distance plus ou moins éloignée du poignet.

D'après les rapports anatomiques que nous avons rappelés plus haut, c'est toujours en dehors du grand palmaire que l'on devra faire l'incision. Il faudra encore se méfier de l'artère radiale et achever l'opération avec la sonde cannelée.

Chez le malade dont l'observation est rapportée ci-dessus, j'ai fait sur le bord externe du tendon du grand palmaire une incision verticale de 4 à 5 centimètres, descendant à 1 centimètre du talon de la main. Une fois l'aponévrose antibrachiale incisée, introduisant une sonde cannelée entre le tendon du grand palmaire et les vaisseaux radiaux, j'ai déchiré les tissus et ouvert la gaîne du muscle; il s'écoula une certaine quantité de pus.

On pourrait songer à introduire un tube à drainage entre l'incision au pouce et celle faite à l'avant-bras, mais l'étroitesse du canal ostéo-fibreux, situé en avant du trapèze, rend cette opération impossible.

En résumé, dans le cas de suppuration de la gaîne du long fléchisseur du pouce, il y a de grands avantages à faire de *très-bonne heure* l'ouverture de cette gaîne. L'incision sera faite plus ou moins haut, selon que les symptômes indiqueront une suppuration plus ou moins étendue de la gaîne; mais toujours il faudra avoir soin d'éviter l'artère radiale, et pour cela il suffira de laisser toujours la sonde cannelée en contact avec le bord externe du tendon du grand palmaire.

19 DÉCEMBRE.

XXIX. **Ordre du jour.** — M. le docteur Ory, aide-major au 10e bataillon de la mobile de la Seine, est mis à l'ordre du jour de l'armée. — A pansé les blessés au milieu de la fusillade; a eu son caporal blessé à côté de lui.

Académie des sciences. — L'Académie tient séance.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 19 décembre 1870. — Présidence de M. Liouville.

MÉMOIRES ET COMMUNICATIONS DES MEMBRES ET DES CORRESPONDANTS DE L'ACADÉMIE.

M. LE PRÉSIDENT DE L'INSTITUT invite l'Académie à désigner l'un de ses membres pour la représenter, comme lecteur, dans la prochaine séance trimestrielle, fixée au mercredi 4 janvier 1871.

Histoire des sciences. — M. CHEVREUL présente un *Résumé historique des travaux dont la gélatine a été l'objet.*

Rien de plus intéressant que l'histoire des écrits relatifs à des faits scientifiques susceptibles d'applications, surtout quand ils le sont à l'économie domestique.

L'histoire des travaux dont la gélatine a été l'objet justifie cette proposition; mais je ne prétends pas la faire en ce moment, vu que je ne dispose pas du temps qu'elle exigerait, je me borne à tracer un résumé des principaux travaux dont elle se compose dans l'ordre chronologique où ils ont été produits.

§ I

L'origine de l'histoire de la gélatine date de la publication des travaux de D. Papin sur « la manière d'amollir les os et de faire cuire toutes sortes de viandes en fort peu de temps et à peu de frais. »

En 1680, R. Boyle avait parlé de son digesteur, et en 1682 Papin publia son livre.

Papin, en homme de génie et en observateur consciencieux, apprécia parfaitement les faits de la cuisson des matières alimentaires d'origine animale dans son digesteur; je me borne aux citations suivantes :

Si la cuisson des os a été faite à une chaleur trop grande, la gelée, étant moins forte, est aussi moins nourrissante (page 26).

Le brochet donne de la gelée par la cuisson, tandis que le maquereau n'en donne pas (page 44).

Le cartilage se dissout presque en entier et donne une forte gelée (page 71).

Enfin remarquons que la plupart des expériences de Papin ont été faites comparativement, et de plus que quelques auteurs ont eu tort de donner à croire que le bouillon qui sortait du digesteur avait toujours un goût d'empyreume : avant d'imaginer mon digesteur distillatoire (1) j'ai fait un assez grand nombre d'expériences avec le digesteur primitif pour protester contre cette allégation.

Je ne quitterai pas ce sujet sans faire remarquer que dans le rapport de Magendie fait au nom de la deuxième commission de la gélatine, la phrase soulignée dans la citation suivante n'est pas exacte :

« L'appareil où s'opéraient, dit Magendie, de si surprenantes transformations fut présenté à l'Académie, qui le vit fonctionner et put ainsi *contempler la vapeur à une haute température s'appliquant pour la première fois à des usages économiques* (2). »

Cette assertion est absolument inexacte, puisque le digesteur de Papin, loin d'avoir été imaginé pour faire agir la vapeur sur les corps, l'a été pour faire agir un liquide quelconque à une température plus élevée que celle qui le porte à l'ébullition sous la simple pression de l'air. Ajoutons que l'expression de *haute température* est impropre; la vérité est qu'il faut agir à une température supérieure à 100 degrés quand on opère avec de l'eau, mais toujours inférieure à celle qui altérerait la matière organique soumise à l'expérience.

§ II

Claude-Joseph Geoffroy le jeune, frère d'Étienne-François (3), s'était proposé, en 1730 et 1732, de déterminer ce que l'eau bouillante enlève aux viandes que l'on consomme ordinairement, et de connaître la proportion de l'extrait soluble pesé à l'état sec, relativement au résidu indissous pesé de même à l'état sec. Les deux matières étaient distillées ensuite (4).

Il soumit encore à l'action de l'eau bouillante les os, la corne de cerf, l'ivoire, etc.

Si les résultats généraux de ces recherches n'ont pas une grande valeur, il en est un auquel j'attache de l'importance, parce qu'il rentre dans une proposition générale que j'ai mise en avant comme règle de l'analyse immédiate organique, et pour bien faire comprendre l'esprit d'après lequel le chimiste qui l'exécute doit se guider.

Le but de cette analyse est d'isoler les espèces chimiques qui constituent immédiatement les êtres organisés, les résultats ne doivent donc pas être altérés; or la première observation à faire est de constater s'ils présentent les propriétés de la matière avant l'analyse.

Eh bien, c'est un exemple à suivre que je trouve dans le travail de Geoffroy.

Ayant soumis à la distillation au bain-marie chaque sorte de viande, il observa que le produit volatil de la viande de bœuf avait l'odeur propre au bouillon de cette viande.

Mes recherches ont appris que le principe odorant résidant à l'état latent dans une matière soluble est mis en liberté par la cuisson.

§ III

Jusqu'à l'année 1758 on n'avait pas d'idée précise de la nature chimique des os. Hérissant contribua beaucoup à la faire connaître par un travail remarquable qui était bien l'œuvre d'un maître.

Des os furent plongés dans 4 parties d'eau rendue acide par 1 partie d'acide azotique fumant. Après un certain temps, une matière indissoute conservait la forme de l'os, flexible, de nature organique, fut séparée d'une matière soluble dans l'acide, dont Hérissant constata la nature calcaire; mais alors on ne connaissait ni la composition des carbonates, ni celle des phosphates. C'est donc à Hérissant qu'est due la démonstration de ce fait capital : l'os est formé d'un tissu organisé et d'une matière calcaire.

Il étendit cette conclusion quelques années après (1766) aux coquilles terrestres, aux coquilles d'eaux douces et d'eaux salées, aux madrépores, au corail, et insista sur la beauté de l'organisation des tissus organiques durcis par la matière terreuse.

C'est donc à Hérissant qu'on doit le procédé d'extraction du parenchyme, du cartilage, de l'osséine au moyen des acides. Seulement, aujourd'hui on préfère avec raison l'acide chlorhydrique à l'acide azotique; mais n'omettons pas de faire remarquer que du temps de Hérissant il était plus facile de reproduire une eau acidulée toujours la même, en recourant à l'eau-forte, qu'en employant l'esprit de sel ou l'acide chlorhydrique.

§ IV

En juillet 1775 parut dans le *Journal de Physique* un écrit assez étendu intitulé : *Recherches sur une loi générale de la nature, ou mémoire sur la fusibilité et la dissolubilité des corps relativement à leur masse, où l'on trouve l'art de tirer facilement et sans frais une matière alimentaire de plusieurs corps dans lesquels on ne reconnaissait pas cette qualité*; par M. Changeux.

Je reproduis textuellement ce titre pour montrer la prétention de l'auteur, qui, plein de foi dans sa loi générale, se berce de l'espoir qu'elle mettra un jour les hommes en état de ne jamais craindre les horreurs de la famine.

(1) *Mémoires du Muséum d'Histoire naturelle*, t. Ier, p. 375.

(2) Tome XIII, p. 240, des *Compter rendus*.

(3) L'auteur de la *Table des affinités ou rapports des différentes substances en chimie*.

(4) Examen chimique des viandes qu'on emploie ordinairement dans les bouillons, par lequel on peut connaître la quantité d'extrait qu'elles fournissent, et ce que chaque bouillon doit contenir en suc nourrissant. (*Mémoires de l'Académie des sciences*, année 1730. Suite, *Analyse du pain*. 1732.)

Voyons l'application de la loi de Changeux au sujet qui nous occupe.

L'action du feu est relative à la masse des corps, de telle sorte que de deux parties égales d'un même corps, l'une présentera d'autant moins d'obstacle au feu qu'elle surpassera l'autre en surface.

En divisant les corps, on leur donne des propriétés qui peuvent les rendre aptes à des usages qu'on ne pouvait prévoir avant leur division, et Changeux cherche à en donner la preuve en s'occupant successivement des trois règnes.

Je ne parlerais pas du règne minéral, si Changeux n'avait pas décrit une expérience qui est précisément celle que M. Pelouze communiqua à l'Académie quelques mois avant sa mort.

« Le verre en masse, dit Changeux (1), est indissoluble dans l'eau, c'est pourquoi on en fait des vases, etc.; cependant il devient presque aussi dissoluble que le sel, lorsqu'on le réduit en poudre très-ténue. En effet, que l'on fasse bouillir cette poudre dans l'eau, et l'on sera étonné de l'énorme quantité qui sera fondue par cette simple opération. »

Passons aux graines des plantes farineuses. Sont-elles réduites en farine? elles se changent très-promptement au moyen de l'eau en une gelée alimentaire, ce qu'elles ne feraient que difficilement si elles étaient restées à l'état de masse. Remarquons en passant l'expression de *gelée alimentaire*, comme l'expression de *suc nourricier*; toutes les deux concernent des apparences, des formes, des propriétés de matières qu'on juge comme étant l'indice de la partie essentielle des aliments. Et voilà l'explication de l'opinion de ceux qui n'attribuent la propriété nutritive de la viande qu'à la gélatine qu'elle donne, et qui sérieusement soutiennent que les os sont plus nutritifs qu'elle parce que, à poids égal, ils renferment plus de gélatine.

Changeux se demande si le lin et le chanvre, après avoir été linge, ne deviendraient pas par l'infusion et la trituration un vrai parenchyme qui, purifié, pourrait être aussi alimentaire que la gelée fournie par les poudres des graines farineuses; il ajoute que ses expériences lui ont prouvé qu'il n'est pas de bois et de matière végétale qui par la division ne puisse servir de nourriture à l'homme.

Le raisonnement de Changeux, appliqué aux produits d'origine animale, le conduit à la conséquence qu'il suffit de ramollir et de dissoudre les parties les plus dures des animaux, telles que les cornes, les ongles, l'ivoire, les plumes, les poils, les barbes de baleine, etc., pour en faire une matière alimentaire.

Voilà comment l'auteur est conduit à reproduire l'idée de Papin relative à faire servir les os à l'alimentation; mais le procédé qu'il propose pour atteindre ce but n'exige plus de digesteur; il suffit de diviser les os le plus possible, soit au moyen d'un pilon, soit au moyen d'un moulin, et d'en soumettre la poudre à une heure d'ébullition dans l'eau. Le produit est une gelée, dit Changeux, aussi savoureuse, aussi restaurante que la gelée de viande.

« Quelques cuillerées de poudre d'os de bœuf, de veau, etc., fourniront une quantité énorme de gelée qu'on assaisonnera avec du sel et, si l'on veut, quelques aromates. »

N'insistons point sur la confusion, dans l'esprit de l'auteur, des propriétés chimiques et de l'affinité de la dissolution chimique d'une part, avec la division purement mécanique de la matière d'une autre part. Cette confusion était naturelle dans l'esprit d'un homme qui n'était pas chimiste. Quoi qu'il en soit, il n'est pas sans intérêt de rappeler ce que j'ai dit à propos de la découverte de la Montgolfière : des idées inexactes peuvent conduire à des découvertes, et dans le travail de Changeux que je rappelle, n'oublions pas l'altération profonde du verre en poudre par l'eau bouillante et l'importance de son expérience de la division mécanique des os pour en obtenir la gelée. Nous allons voir la haute estime que l'illustre Proust attachait à cette découverte.

§ V

Nous sommes arrivés à l'année 1791, époque à laquelle un opuscule intitulé : *Recherches sur les moyens d'améliorer la subsistance du soldat*, parut à Madrid, où l'auteur, Proust d'Angers, professait la chimie, après avoir quitté la chaire qu'il avait occupée à l'École d'artillerie de Ségovie.

Dire ici que le génie de Proust a été méconnu serait manquer étrangement à la vérité; car en 1816 l'Académie l'appelait dans son sein à la presque unanimité des suffrages, et pourtant il était absent de Paris et ne quitta point l'Anjou, où il mourut en 1826. Quoi qu'il en soit, hors de cette enceinte ses travaux ont-ils toujours été cités quand ils auraient dû l'être? je ne le pense pas, comme on le verra; aussi ne manquerai-je pas l'occasion de rappeler la grande part qu'il a dans l'histoire de la gélatine, en insistant sur le mérite scientifique de l'opuscule dont je viens de reproduire le titre.

Proust reconnaît, avec ses prédécesseurs et ses contemporains, en commençant son écrit, que la substance de la gelée existe dans la viande et dans les os, et qu'extrêmement attendrie dans la première, elle est bien mieux disposée à être dissoute par l'eau que ne l'est la substance de la gelée des seconds, qui se trouve en proportion plus forte, mais endurcie, sèche et comprimée dans des cellules des os. Le digesteur fut imaginé pour l'en extraire, mais les inconvénients de l'appareil ont empêché que l'usage s'en étendît.

Proust, mettant à profit l'observation de Changeux, relative à la préparation de la gelée, en a fait sentir l'importance en comparant la quantité de gelée obtenue des os réduits en quelques morceaux seulement, comme on le fait généralement dans les cuisines, avec la quantité de gelée obtenue des mêmes os après qu'on les a eus réduits en poudre.

Avant d'aller plus loin, disons la cause de l'exactitude des expériences de Proust. Sachant qu'elles ne peuvent être précises sans l'usage de la balance, et que si elles sont comparatives, les conséquences n'en sont acceptables qu'à la condition du contrôle auquel on soumet les produits amenés à un état identique, il reconnut en principe la nécessité d'amener à un état constant de siccité les gelées qu'il voulait comparer relativement à leurs poids respectifs,

(1) *Journal de physique*, t. VI, p. 40 (1775).

sachant que les *gelées* renferment des quantités trop variables d'eau pour donner des résultats certains. Proust appelle *pastilles de bouillon* ou simplement *pastilles*, les gelées amenées ainsi au même degré de siccité ; et, grâce à cette manière de procéder, l'auteur des *Recherches des moyens d'améliorer la subsistance du soldat* est arrivé à des conclusions qu'aucun travail postérieur à son opuscule de 1791 n'a pu contredire, comme je vais le démontrer sans peine.

A. Tous les os ne donnent pas la même quantité de gelée

En indiquant les quantités de pastilles obtenues des os, il a grand soin de distinguer ceux-ci, afin d'éviter les mécomptes résultant d'une moyenne prise sur des quantités dont les extrêmes seraient fort différents.

En outre, il distingue, pour chaque sorte d'os, deux cas très-différents : le premier est celui où les os ont été simplement cassés en quelques morceaux, comme on le fait dans les cuisines habituellement ; et le deuxième concerne les os mêmes qui déjà ont subi l'ébullition du pot-au-feu, que l'on soumet à une nouvelle cuisson, après les avoir pulvérisés, conformément à la prescription de Changeux.

Pour 1000 parties :

Les os de jambes de bœuf, séparés de la moelle et de leurs extrémités, ont donné	53,08	de pastilles.
Les os des articulations des cuisses et des jambes.	98 25	»
Les os des hanches ont donné	175,37	»

Voici maintenant les résultats obtenus des mêmes os simplement cassés, ensuite réduits en poudre :

1280 gros	1er cas gros	2e cas gros
Os de jambe	2,25	71,83 :: 1 : 31,9
« des articulations	6,50	120,00 :: 1 : 18,4
« de hanche	18,50	208,00 :: 1 : 11,2
« de côte et vertèbres.	?	178,00
« de mouton	?	154,00
« de cochon	?	155,00

B. Toutes les gelées d'os ne sont pas de la même qualité

Toutes les gelées ne sont pas identiques : celle des côtes est préférable à celle des os de hanche. La gelée des os de mouton a l'odeur de la viande de l'animal.

C. Préparations diverses de gelée d'os

1° *Bouillon.* — Si quelque chose justifie la règle suivie par Proust d'exprimer les quantités de gelée à l'état de pastille, c'est l'observation suivante appliquée à la préparation de bouillon d'os susceptible de se prendre en gelée à diverses températures.

1 partie de pastille et 31 parties d'eau donnent un bouillon qui se prend en gelée aux températures de zéro à 5 degrés.
» et 24 parties d'eau donnent un bouillon qui se prend en gelée aux températures de 6 à 9 degrés.
» et 18 à 20 parties d'eau donnent un bouillon qui se prend en gelée aux températures de 10 à 14 degrés.

2° *Blanc manger.* — On prend de 14 à 15 onces de gelée ; on y ajoute 1 once 5 de sucre, et du sel.

On tire avec elle le lait de 12 amandes douces et de 4 amandes amères, que l'on aromatise avec un peu d'écorce d'orange.

3° *Soupe.* — La gelée fait une soupe excellente avec des pois chiches, des choux, des navets et des carottes. C'est une sorte de julienne.

D. Bouillon de viande

Proust admet qu'il faut 3 ou 4 livres de viande pour obtenir 1 livre de gelée, tandis que les os en donnent bien davantage, comme on a pu le voir quand on les traite convenablement ; et il admet que 1 livre de gelée représente à peu près une demi-once de pastille ; en d'autres termes :

De 128 à 96 parties de viande donnent 32 parties de gelée représentant 1 partie de pastille ;

10 livres de viande désossée, c'est-à-dire 1280 gros ont donné 40 gros de pastille difficile à sécher. 8 gros ou 1 once de pastille ont donné un bouillon comparable à celui d'os, en ajoutant 20, 24, 31 onces d'eau selon la température.

Nous verrons dans un autre mémoire de Proust qu'en prescrivant d'ajouter à la ration du soldat la gelée que représentent 12 onces d'os pulvérisés, avec lard et légumes, il comprend dans cette ration la viande que le soldat reçoit. En définitive, sa décoction ou son bouillon d'os s'ajoute à du bouillon de viande.

Enfin Proust a encore le mérite d'avoir attiré l'attention sur l'avantage qu'il y a de retirer la graisse contenue dans les os. Si les os les plus denses n'en contiennent guère que 0,05 au plus, il en est qui en donne 0,125 et même 0,25. L'extraction en est fort simple, il suffit de jeter dans l'eau bouillante les os réduits en gros fragments et non en poudre ; car dans ce dernier état il se fait un mélange tellement intime que l'eau ne peut en séparer la graisse. J'ai mentionné une action analogue de la magnésie calcinée sur la graisse de porc (1).

Je passe beaucoup de détails intéressants ; mais ceux que je viens d'exposer m'ont paru indispensables pour montrer la supériorité avec laquelle Proust a traité ce sujet. Si le lecteur est curieux de recourir à l'original, il verra quelques réflexions heureusement exprimées sur la coutume du boucher de faire payer les os autant que la viande.

(A suivre.)

(1) *Recherches chimiques sur les corps gras d'origine organique*, p. 360; 1823.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois.. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 18 juillet 1871.

HOTEL-DIEU DE CLERMONT-FERRAND. — M. FLEURY.

Fistules urinaires pelvienne et fémorale, suite d'un coup de feu; uréthrotomie externe sans conducteur. — Guérison.

Observation recueillie par M. JOAL, interne du service.

L'hôtel-dieu de Clermont-Ferrand a reçu cette année un assez grand nombre de soldats blessés. Mais comme il était éloigné du centre des opérations militaires, les malades n'arrivaient qu'après avoir reçu les premiers soins dans les hôpitaux ou les ambulances les plus rapprochés du théâtre de la guerre. C'étaient donc des suites de blessures plutôt que des blessures elles-mêmes que nous avions à soigner; toutefois des projectiles, des fragments d'os, des corps étrangers, ont dû être extraits.

Parmi ces blessés, il en est un dont l'observation a été assez remarquable, pour lui valoir les honneurs de la publicité. C'est celle d'un jeune soldat qui est entré à notre hôpital pour y être traité d'une double fistule urinaire, l'une au périnée, et l'autre à la cuisse.

Agé de trente ans, G..... est un garçon fort et vigoureux. Il a fait la campagne de l'Est dans les rangs du 49e régiment de marche, et a été blessé le 19 janvier à Montbéliard, au moment où le genou droit appuyé à terre, il se disposait à faire feu de son arme. La balle dirigée de droite à gauche, et un peu de bas en haut, l'a atteint à la partie postérieure de la cuisse gauche, au niveau du pli fessier. De là, en traversant les adducteurs, elle est arrivée à la région périnéale, au niveau du muscle ischio-caverneux.

A cet endroit, changeant brusquement de direction, elle va horizontalement, en perforant l'urèthre, se loger dans la cuisse droite, un peu au-dessous de l'origine des bourses sur le trajet du grand adducteur. La balle était à 1 ou 1 1/2 centimètre au-dessous de la peau. Malgré cette blessure qui, il est vrai, n'avait intéressé aucune partie osseuse, le malade put en courant gagner l'ambulance établie à trois ou quatre kilomètres du champ de bataille. Là il essaya d'uriner, mais la miction ne put se faire par le méat urinaire; l'urine sortait par l'ouverture fistuleuse qui était à la partie postérieure de la cuisse gauche.

Un médecin-major examina le malade à cette ambulance, mais sans le sonder; il le fit évacuer sur l'hôpital de Mâcon où Ga..... arriva le 20 janvier.

Pendant le voyage les testicules du malade avaient augmenté de grosseur de plus du double. Etait-ce par suite d'une orchite, ou bien simplement à cause d'un œdème dans le tissu cellulaire? Le malade ne nous fournit pas le moindre renseignement à cet égard. Toujours est-il que le volume anormal de ces parties qui ne diminua que vers le 15 février, et la douleur très-vive causée par le passage de l'urine dans le trajet fistuleux étaient les deux accidents qui le préoccupaient.

Le 26 janvier, M. le docteur Gambon pratiqua l'extraction de la balle, et la plaie qu'il fit se guérit rapidement en quinze jours, malgré le malaise général, l'état fébrile et la violente céphalalgie dont souffrait alors G....., signes précurseurs de trois abcès, qui se développèrent au commencement de février. L'un était à la partie interne de la cuisse droite au-dessus de l'ouverture de sortie de la balle; les deux autres se trouvaient à la partie interne de la cuisse gauche, à 3 et 6 centimètres au-dessous de l'origine des bourses sur le trajet du projectile, abcès qui ne guérirent qu'à la fin de mars.

Vers les premiers jours de février, le malade avait commencé à uriner un peu par la verge; quelques gouttes d'urine s'échappaient d'abord par le méat urinaire lorsqu'il faisait de grands efforts. Peu à peu, la miction devint plus abondante, mais le jet était toujours en vrille, sans aucune force; le malade, selon l'expression vulgaire, urinait sur ses souliers. De plus, à la fin de la miction, qui était très-douloureuse, il ne pouvait pas retenir son urine qui, pendant quelques instants, continuait à tomber goutte à goutte, contrairement à sa volonté. Vers le 10 ou 12 février, le docteur essaya d'introduire d'abord une sonde d'argent, puis une bougie, dans l'urèthre du malade, mais il ne put y réussir. Il renouvela sans plus de succès deux autres fois ses tentatives de cathétérisme, vers les 20 et 25 février, époque à laquelle l'ouverture fistuleuse produite par l'entrée de la balle se ferma tout à fait. Dès lors la miction se faisait entièrement par le méat urinaire, mais avec tous les accidents qui caractérisent les rétrécissements de l'urèthre, lorsque le 20 mars, un abcès s'ouvrit dans le sillon qui sépare la région périnéale de la cuisse droite, au niveau de l'origine des bourses. Depuis ce moment, l'urine sort tantôt par cette ouverture, tantôt par la verge. G..... continua à rester à l'hôpital de Mâcon sans voir son état se modifier d'une manière sensible, jusqu'au 18 avril. Il sortit alors de cet hospice et fut évacué sur l'Hôtel-Dieu de Clermont, où il entra le 21 avril, et fut placé dans le service de M. Fleury.

Aux différentes questions que l'on adresse au malade, celui-ci répond par le récit que nous venons de faire, d'où il est facile de conclure que cet homme est atteint d'un rétrécissement de l'urèthre, consécutif à une déchirure du canal, produite par un projectile d'arme à feu. Si l'on examine le malade, on voit à la partie interne de la cuisse gauche une large cicatrice, partant de l'ouverture que nous retrouvons encore au périnée. Sur la partie interne de la cuisse droite, on retrouve aussi deux cicatrices.

Le 23, M. Henry essaya de pratiquer le cathétérisme d'abord avec une sonde en argent, puis avec des bougies de divers calibres, mais il ne put y réussir; les divers instruments ne pouvaient franchir un obstacle qui était à 14 centimètres du méat urinaire, c'est-à-dire dans la portion du canal répondant ordinairement à la partie membraneuse au niveau du bulbe. De plus, quand on se servait de sonde métallique, on pouvait facilement reconnaître avec le doigt le bec de la sonde qui venait donner la sensation d'un corps dur sous la peau de la région périnéale, 2 centimètres au-dessous de l'origine du bulbe, ce qui montrait que le rétrécissement devait occuper la paroi supérieure du canal, et que la fistule se trouvait au niveau de ce même rétrécissement sur la paroi inférieure.

Le 25, sur une invitation du docteur, le malade urina en notre présence, et là, nous pûmes nous convaincre qu'une partie de l'urine passait par l'ouverture fistuleuse du périnée, et l'autre partie par le méat urinaire. Le lendemain, de nouvelles tentatives de cathétérisme furent faites, mais sans aucun résultat, car la pointe de la bougie venait sortir dans l'ouverture fistuleuse existant à la cuisse droite. Il n'y avait donc plus à compter sur la dilatation comme moyen de traitement. L'uréthrotomie interne n'était pas non plus possible, puisque l'on était privé d'une voie conductrice. Restait donc l'uréthrotomie externe, opération qui devait encore être pratiquée sans conducteur. L'opération est donc décidée. C'est le seul moyen de guérison. Peut-être sera-t-elle longue, difficile à obtenir, entravée par une foule d'accidents; mais en présence de l'infirmité dont est atteint G....., devant le triste avenir qui lui est réservé, il n'y a pas à hésiter. L'opération est pratiquée le 3 mai.

Un cathéter assez volumineux est introduit dans l'urèthre. La pointe que l'on sent à travers la peau est arrêtée au niveau et un peu en arrière des bourses. Les parties molles de la région périnéale sont incisées, sur la ligne médiane, sans suivre la direction du raphé, qui est dévié et porté à droite. La section s'opère assez facilement; la peau est dure, constituée par un tissu indulaire mais peu vasculaire; aussi l'écoulement sanguin ne vient pas masquer les parties que l'on incise. Mais comme le bec du cathéter est un peu volumineux, on lui substitue une sonde en argent dont on sent mieux la pointe à l'angle supérieur de la plaie. Une section pratiquée sur la saillie qu'elle forme, permet de la faire paraître à l'extérieur. L'ouverture postérieure du canal est à découvert. On la reconnaît à la couleur de la muqueuse. Elle paraît taillée en bec de plume. Une sonde que l'on y introduit donne passage à l'urine, ce qui enlève toute espèce de doute sur le résultat de l'opération. Il ne s'agit plus maintenant que de relier les deux parties par un tube conducteur.

Une sonde en gomme élastique fut introduite à cet effet, par le méat urinaire, dans l'urèthre, et l'on arriva sans trop de difficulté dans la vessie.

La plaie extérieure fut couverte d'un linge enduit de cérat, pansement qui a été renouvelé deux fois par jour jusqu'à la fin de juin, époque de la guérison. Avec cette simple application, elle put échapper à ces graves complications que l'on ne rencontre que trop fréquemment dans les salles des hôpitaux encombrés! Nous voulons parler de la pourriture d'hôpital qui affectait alors les plaies de plusieurs malades placés dans la même salle que G.....; elle n'eut d'autre effet sur lui que de retarder un peu sa guérison.

Ce n'est pas à dire, toutefois, que nous n'ayons pas eu un seul instant à redouter une terminaison funeste de l'opération pratiquée, et que nous n'ayons jamais craint de voir survenir un de ces accidents qui compliquent les plaies uréthrales. Ainsi, le 6 mai, le malade se plaignait de ressentir dans toute la région périnéale une douleur bien plus vive que celle des trois jours précédents; en même temps survenaient une céphalalgie, un malaise général, un état fébrile assez prononcé. Le pouls atteignait 100 pulsations les 8 et 9 mai, 112 le 10 mai et 116 le 11. Nous eûmes alors la pensée que tous ces phénomènes généraux étaient les symptômes précurseurs d'une infiltration urineuse. Le gonflement de la verge, qui se montra subitement le lendemain, nous confirmait dans cette idée, lorsque le 13 mai l'on constata l'existence d'un abcès assez volumineux qui s'était formé à la racine du pénis. Une incision fut faite; il en sortit du pus fétide et mêlé de gaz. L'ouverture de l'abcès dissipa les phénomènes généraux qui nous avaient inquiétés, et nous montra ainsi que la véritable cause de la fièvre intense signalée n'était autre que le travail inflammatoire qui avait présidé à la formation de la collection purulente.

Quant à la cicatrice qui devait rétablir la continuité du canal de l'urèthre, elle s'est faite avec autant de promptitude et de régularité que nous pouvions l'espérer. La sonde en gomme élastique, introduite après l'opération, fut retirée le 9 mai; elle était alors chargée de sels calcaires, et son tissu était visiblement altéré. On essaya une sonde en caoutchouc vulcanisé sans obtenir de meilleurs résultats. On revint donc à l'usage des sondes primitives qu'on a eu soin de remplacer tous les cinq ou six jours. Dès le 25 mai, elles pouvaient être introduites sans mandrin. Enfin, le 5 juillet, on substitua à l'usage des sondes celui des bougies pleines, et G... sort de l'hôpital le 10 juillet, urinant avec un jet qui est assez gros et qui arrive sans de trop grands efforts.

On lui recommande d'introduire dans l'urèthre une bougie trois fois par jour en les gardant une heure chaque fois. Il se bornera ensuite à 2 cathétérismes, un le matin, l'autre le soir.

DE L'EMPLOI DES EAUX DE BOURBONNE
DANS LE TRAITEMENT DES FRACTURES.

Par M. CABASSE, médecin-major.

Tous les auteurs des traités spéciaux, depuis H. Jacob, 1570, sont unanimes et affirment l'efficacité des eaux de Bourbonne, pour remédier aux accidents consécutifs des fractures.

« Je ne veux obmettre (dit à ce sujet Jean Lebon, 1590), comme les coups, contusions, les cicatrices, les vulneres et playes, soyent d'espée, baston, pierre ou balle, ou autre chose s'y trouuent bien, et comme les mouuements perdus s'y recouuent braument et incroyablement, comme j'ai veu.... » (1).

On trouve dans Gauthier, ingénieur du roi, le passage suivant (*Dissertation sur les eaux de Bourbonne*, 1716) :

« Tout serait pour le mieux, et on aurait plus rien à souhaiter, s'il y avait un hôpital pour les pauvres soldats blessés qui viennent en foule, par rapport aux soulagements merveilleux qu'ils trouvent à leurs maux, soit en se baignant, soit en se douchant, soit en beuvant les eaux, et enfin en s'appliquant des boües sur leurs blessures qui opèrent infiniment mieux que tous les autres remèdes que l'art de la médecine a pu inventer. »

On a cru pendant longtemps que les eaux jouissaient de la propriété d'empêcher la consolidation et de ramollir le cal; c'est aujourd'hui encore une opinion généralement admise. Au point de vue de l'emploi des eaux dans le traitement des fractures, cette *prétendue* propriété est une des questions les plus importantes à résoudre.

Il en est fait mention pour la première fois dans l'ouvrage de Baudry (*Traité des eaux minérales de Bourbonne-les-Bains*, 1736) :

« La douche ne convient point, dit Baudry, aux blessures, aux fractures, aux luxations, aux foulures, sinon un certain temps, souvent même plusieurs mois après que les réductions des fractures ont été faites, que les calus des os et même des fibres sont bien consolidés..... »

Juvet, son successeur à Bourbonne et son gendre, est plus explicite encore :

« Itidem fracturæ jamdudùm curatæ sit ossea cumulatè duritia; si Borboniensæ thermæ citiùs comitantur, calefaciendo, dissolvendo, dissipando calli texturam, mollis, fit hic et diriter nunquàm coaliturus. »

Il fait suivre ce passage de l'observation suivante :

« Recordamur de femoris fractura a tribus mensibus apte collocati, coaliti; doloribus impeditus æger ad thermas nostras mittitur : balneis, buccis, lutis, remittebantur dolores; plaudebat sibi, et gratabatur : exactis tribus hebdomadis, simul atque progredi incepit, callus ex insperato dissiluit et quamvis juvenis sanus, robustus, redivit femore captus perpetim : dolorum immunis erat, quos fugaverant longinquitas et quies. » (Mémoire de Judes, médecin du roi, 1750.)

A partir de cette époque, presque tous les auteurs qui ont écrit sur Bourbonne, sans observations concluantes, sans faits nouveaux à l'appui, ont affirmé que les eaux jouissaient de la propriété de raffermir le cal. Cette opinion, reproduite par les médecins spécialistes d'autres stations thermales : Alibert, Ter-

(1) *Essai de bibliographie et d'histoire de Bourbonne*, par le docteur P. Bougard. Ouvrage très-intéressant qui a beaucoup facilité nos recherches, et très-utile à consulter pour tous ceux qui voudront faire des eaux de Bourbonne une étude spéciale.

rin, Ballard, Duplan; plus récemment encore par MM. Pétrequin, Yoequel, Dutrouleau, Constantin James, Patéron, a été acceptée comme une vérité et comme un fait acquis à la science par la majorité des praticiens, et par les chirurgiens les plus recommandables : Dupuytren, Foderé, Magistel, etc. » (1).

De là la prescription de dix-huit mois d'ancienneté pour les blessés atteints de fracture, comme condition rigoureuse d'admission dans les hôpitaux militaires thermaux. (Instruction du Conseil de santé, 6 mars 1857.)

« Jamais les eaux ne doivent être ordonnées à la suite des fractures, sans que dix-huit mois se soient écoulés depuis l'accident. »

Depuis les rapports annuels et les travaux des médecins militaires qui ont eu occasion d'observer des fractures récentes avantageusement traitées par les eaux, cette règle a été modifiée de la manière suivante : « Les eaux ne doivent pas être, en général, ordonnées à la suite des fractures sans qu'une année révolue se soit écoulée depuis l'accident. Cependant les médecins des hôpitaux et des corps de troupes sont autorisés à proposer pour les établissements thermaux des hommes atteints de fractures récentes (six mois à un an), lorsque tout traitement consécutif à l'application des appareils est épuisé et que la nature des accidents fait prévoir que les eaux seraient ultérieurement nécessaires. » (Instruction supplémentaire, etc. Mars 1862.)

Malgaigne, notre savant compatriote, avec le septicisme, l'esprit de critique et de judicieuse observation qu'il apportait dans l'étude des questions scientifiques, a vivement combattu l'opinion du ramollissement du cal : « Ni la théorie, ni l'expérience, dit-il en parlant des bains, douches, cataplasmes employés pour ramollir le cal, ne permettent de croire à l'efficacité de semblables moyens, non que des cataplasmes ou des bains ne puissent dissiper un reste d'engorgement autour du cal, mais sans agir sur le cal lui-même. (Malgaigne, *Traité des fractures*, p. 333.)

Dans une thèse remarquable, soutenue à Montpellier le 9 février 1850, par Deblangy (2), notre ancien collègue et camarade affirme que, contrairement aux assertions de M. Mabille, les eaux sont efficaces et conviennent à la cicatrisation des plaies. Mais, dans l'observation suivante, il ne se montre pas partisan de l'opinion du ramollissement du cal :

Un officier des chasseurs de Vincennes, porteur d'une fracture de la jambe, ne pouvait obtenir ni la cicatrisation de la plaie extérieure, ni la formation du cal. Depuis dix-huit mois, cet état déconcertait le chirurgien et le malade, qui déclarait, au reste, n'avoir jamais eu aucune vérole. La constitution était bonne; toutes les fonctions normales. En désespoir de cause, cet officier fut envoyé à Bourbonne. Dès les premiers bains, une éruption syphilitique bien caractérisée fit recourir au traitement spécial. L'usage des eaux fut continué, et une guérison rapide fut obtenue. Alors seulement le malade déclara avoir eu, à une époque bien éloignée, une écorchure et un échauffement.

Que répondront à cela les partisans du ramollissement du cal? (3)

« Le docteur Terrin, dit Fodéré, ne m'a pas moins fait remarquer aussi, d'après ses propres observations, que l'application de ces causes est capable de déterminer le ramollissement du cal, lorsqu'il est encore récent, et que dans ce cas, on doit éloigner le moment où l'on veut en faire usage. »

Balard est plus explicite encore, à l'article CONTRE-INDICATION, dans son *Précis sur les eaux minérales*, page 251 : « On doit bien se garder d'envoyer à Bourbonne les fractures récemment consolidées, à raison de la facilité du ramollissement du calus par les eaux de Bourbonne; à moins cependant que dans celles où la fracture a été mal réduite, et où le membre étant, par suite, devenue impotent, on eût le dessein de tenter une réduction plus conforme à l'état naturel et aux fonctions musculaires de ces parties.

Malgré les doutes que nous inspiraient ces affirmations précises, nous nous sommes livrés à de minutieuses recherches pour arriver à connaître la vérité sur la propriété du ramollissement du cal, et appeler sur cette intéressante question l'attention de nos collègues attachés aux établissements thermaux (4).

Il y avait dans ces affirmations une application thérapeutique précieuse pour les blessés atteints de fractures récentes, vicieusement consolidées, pour tous ces malheureux estropiés victimes quelquefois d'un appareil défectueux ou enlevé trop tôt à la sollicitation des malades. Ceux-ci ne manquent jamais d'attribuer à l'ignorance ou à l'incapacité du médecin la responsabitité des accidents qui, le plus souvent, sont le résultat de leur indocilité et du peu de soucis qu'ils prennent des recommandations qui leur sont faites.

Chaque année, nous voyons venir à Bourbonne un certain nombre de blessés atteints d'incurvations, de déformations si extraordinaires, qu'à n'en pas douter les résultats eussent été plus heureux si la nature seule se fût chargée des soins de la consolidation. Souvent l'accident remonte à dix ou douze ans; nous n'avons pas besoin d'ajouter qu'en général, dans de telles conditions, il n'y a rien à espérer d'heureux de l'emploi répété des eaux thermales.

Malgré le nombre considérable de blessés atteints de fractures venus chaque année à Bourbonne, nous avons inutilement cherché dans les archives de l'hôpital, collectionnées depuis plus de vingt-cinq ans, une seule observation de ramollissement du cal à la suite de l'usage des eaux.

Depuis cette époque, M. Duplan, médecin en chef de Barréges (*Recueil des mémoires de médecine militaire*, année 1850, t. V), a publié deux observations de reproduction de fractures de la rotule, attribuées par lui à l'action de la douche.

De son côté, le docteur Patéron, notre ancien collègue, a eu occasion d'observer à Bourbonne un blessé chez lequel, après une saison, il a pu obtenir, au moyen de l'appareil Baudens, le redressement d'une jambe fracturée, six mois après l'accident. Ce fait a été l'occasion d'un mémoire adressé à la Société d'hydrologie (*Annales de la Société*, t. V, p. 49), intitulé : *A quelle époque faut-il envoyer les fractures aux eaux de Bourbonne?*

Voilà donc, avec le fait de Juvel, les seules observations sur lesquelles a été étayée l'opinion de cette prétendue propriété que posséderaient les eaux thermales, les douches, de pouvoir ramollir le cal. Sont-elles concluantes, nous le demandons? Ne sont-ce pas là des faits exceptionnels, et la médication thermale a-t-elle été pour quelque chose dans la reproduction de la fracture? Quel est le chirurgien qui, dans sa pratique personnelle n'a pas eu occasion d'observer des faits plus nombreux de ramollissement du cal, de reproduction de fractures à la suite d'un mouvement, d'une chute, d'un faux pas, sans que le blessé ait fait jamais usage des eaux?

Nous avons, à deux reprises différentes, donné des soins à un écuyer de Saint-Cyr, aujourd'hui chef d'escadron, M. D..., chez lequel une fracture de la rotule s'est reproduite deux fois. La première en tombant dans un escalier, dix-huit mois après s'être fracturé la rotule dans une chute de cheval; la deuxième à la suite d'un faux pas, un an plus tard.

Nous avons recueilli, en 1865, au camp de Châlons, l'observation d'un artilleur atteint d'une fracture du fémur depuis six mois et chez lequel celle-ci s'est reproduite dans un mouvement que le blessé fit pour se retourner dans son lit. L'appareil avait été enlevé depuis plus de trois mois. Le blessé, à cette époque, allait et venait dans les cours et jouait avec ses camarades en s'aidant seulement d'une canne pour marcher.

Nous avons, le jour de la remise de notre service, assisté à la même époque à la levée, faite malgré nous, d'un appareil inamovible chez un soldat du 43e de ligne, qui, 50 jours auparavant, s'était fracturé l'extrémité inférieure et le condyle externe du fémur en tombant dans un escalier. Le blessé a pu, à dater de ce moment, se lever et marcher, la consolidation paraissait complète, la mensuration faite avec soin ne nous a pas permis le jour de la levée de l'appareil de constater le plus léger raccourcissement. Grande a été notre surprise quand, six semaines plus tard, nous avons retrouvé le blessé boitant très-fort, marchant péniblement par suite d'un rétrécissement consécutif du membre d'au moins 6 millimètres.

M. le docteur Nublat, aide-major attaché à notre service, a recueilli cette observation intéressante qui a été adressée au Conseil de santé.

M. le docteur Fano, agrégé de la Faculté de médecine de Paris, a publié dans l'*Union médicale* du 5 juillet 1859, une observation de ramollissement du cal.

Dans l'excellente thèse de notre ami le docteur Tamisier (*Des fractures de la rotule*), se trouvent relatées les observations de sept blessés venus à Bourbonne à la suite de fractures de cet os. Six ont obtenu une amélioration notable ; un seul n'a retiré de l'usage des eaux aucun soulagement.

Chargé depuis six années de la direction du service d'une division à l'hôpital militaire de Bourbonne, nous avons cherché maintes fois à obtenir le ramollissement du cal dans le cas de fractures récentes vicieusement consolidées. Jamais, malgré l'emploi des moyens les plus énergiques dont dispose la médication thermale, nos tentatives assez nombreuses n'ont été suivies de succès.

Nous citerons entre autres faits intéressants, un extrait de l'observation d'un blessé traité par nous cet hiver.

L..., soldat au 66e de ligne, atteint le 16 août d'une balle qui a fracturé communitivement l'humérus droit à la partie moyenne. Traité d'abord à Metz, entré dans notre service le 11 décembre.

Trajet fistuleux, consolidation vicieuse, cal volumineux, raccourcissement, ankylose presque complète du coude, membre dans l'extension.

Bains locaux et généraux très-fréquents jusqu'au 7 avril, jour de la sortie. La formation de deux petits phlegmons qui favorisent la sortie de petites esquilles, nécessite à deux reprise la suspension des bains ; persistance du cal, fermeture du trajet fistuleux.

Dans une salle voisine (1re division) se trouvait un blessé atteint d'un coup de feu au combat de la Bourgonce, qui avait également fracturé l'humérus à la même hauteur.

V..., sergent, 33e de ligne, coup de feu (balle Chassepot), le 6 octobre. Fracture comminutive de l'humérus gauche à la partie moyenne. Entré à l'hôpital de Bourbonne le 12 octobre. Application d'un appareil composé de deux gouttières en bois percées de fenêtres permettant le pansement journalier des plaies. Pas un bain n'est prescrit pendant la durée du séjour à l'hôpital. A la sortie, le 5 avril, la fracture n'est pas consolidée; persistance d'un trajet fistuleux.

Pour prouver que les bains thermaux n'entravent en rien le travail de consolidation des fractures, nous terminerons par l'extrait de l'observation suivante.

Ce fait ne serait pas un des moins intéressants de ceux publiés dernièrement par notre savant confrère, Beranger-Féraud, médecin principal de la marine. (*De la conservation des doigts séparés accidentellement; Gazette des Hôpitaux*, octobre 1870.)

M..., blessé le 6 octobre à la Bourgonce, entre dans notre service le 13. Un coup de feu à la cuisse droite, vaste plaie sans lésion osseuse (éclat d'obus). Ouverture d'entrée à 1 centimètre au-dessus de l'articulation, métacarpo-phalangienne du doigt articulaire; ouverture de sortie au niveau de la commissure de l'annulaire et du médius. Fracture comminative de l'extrémité inférieure de la première phalange de l'auriculaire et annulaire. Ces deux doigts ne tiennent plus la main que par deux lambeaux très-minces. Le blessé nous demande avec instance de les lui enlever; l'amputation devait en être faite le jour même où il s'est sauvé de l'ambulance d'Épinal.

Les plaies ayant bon aspect, après l'extraction de plusieurs esquilles, nous immobilisons les doigts sur une attelle.

A partir du 16 octobre (dix jours après l'accident), bains locaux ou généraux, alternés tous les deux ou trois jours; pansements rares, plumasseaux de charpie imbibés d'alcool ou d'eau phéniquée.

Cicatrisation rapide des plaies du doigt, consolidation régulière et guérison inespérée de ce coup de feu à la main le 15 janvier.

La pourriture d'hôpital qui a envahi la plaie de la cuisse, a retardé la sortie de ce blessé jusqu'au 5 avril.

L'observation suivante présente trop d'intérêt pour que nous la passions sous silence.

M. B..., jeune officier de marine, se trouvant à la chasse au mois de novembre 1869, se reposait les deux mains appuyées sur son fusil (système Lefaucheux). Sans qu'il pût en expliquer la cause, un coup de feu partit. La paume de la main gauche fut emportée et percée à jour comme une pièce de 5 francs; tous les os du métacarpe furent brisés en éclats; les nerfs et vaisseaux dilacérés; néanmoins l'hémorrhagie immédiate a été peu abondante. La main droite fut moins maltraitée; le doigt indicateur (fracture comminutive de la tête de la première phalange) et le pouce furent seuls atteints.

M. le docteur Finard, médecin principal en retraite, ex-professeur à l'hôpital militaire de Metz, appelé en toute hâte auprès du blessé, n'hésita pas, malgré la gravité de la blessure, surtout pour la main gauche, à faire de la chirurgie conservatrice, et à tenter de conserver le membre.

Une hémorrhagie consécutive abondante inspira à deux reprises des craintes sérieuses, et après toutes les péripéties d'une guérison inespérée, M. B... nous arrive à Bourbonne l'année dernière vers le 15 mai. Main énormément tuméfiée, en forme de palette, mouvements impossibles, perte à peu près complète de la fonction du membre, existence de trois trajets fistuleux.

Le blessé, qui ne peut se servir de ses mains, s'est fait accompagner de son frère, qui l'aide à slhabiller.

(*A suivre.*)

DOCUMENTS

POUR SERVIR A L'HISTOIRE DU MOUVEMENT SCIENTIFIQUE PENDANT LE SIÉGE DE PARIS (1).

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 19 décembre 1870. — Présidence de M. LIOUVILLE.

(Suite)

Résumé historique des travaux dont la gélatine a été l'objet.

§ VI

Il me reste, pour compléter ce que je me suis proposé de dire du travail de Proust sur la gelée des os, à ajouter quelques mots relatifs à un opuscule de Cadet de Vaux qui parut, je crois, en 1803, et qui fut, de la part de Proust, l'objet d'une critique pleine d'esprit. Mais pour que l'on comprenne bien tout ce qui va se rattacher à l'histoire du bouillon d'os dans la première moitié de ce siècle, je dois parler de l'influence que quelques personnes dites philantropes ont exercée sur l'usage du bouillon d'os dans les hôpitaux et les hospices, en voulant le substituer à celui du bouillon de viande; car sans la connaissance de cette influence, il est impossible de comprendre des faits relatifs aux deux commissions dites *de la gélatine* que je veux faire connaître.

1803. *Cadet de Vaux*, auteur d'une brochure *sur la gélatine des os et son bouillon.*

Cet écrit, postérieur de douze ans au moins à l'opuscule de Proust, et de deux ou trois ans à l'extrait de cet opuscule, inséré en 1801 au LIIIe volume du *Journal de physique*, demande quelques réflexions préalables relatives à l'état de la société parisienne de la fin du XVIIIe siècle et du commencement de celui-ci, si l'historien veut donner une idée juste des travaux sur la gélatine. La vérité l'exige de ma part, dans l'impossibilité où je me trouve de ne pas donner pleine raison à Proust, lorsqu'il réclame devant le public, avec autant de vivacité que d'esprit, le droit de priorité sur Cadet de Vaux; mais je ne voudrais pas que la condamnation, quelle qu'en soit la sévérité, donnât à penser que le juge a méconnu ce qu'il y avait d'honorable dans un philanthrope; des relations assez intimes, remontant à l'année 1818, ne me permettent pas le moindre doute sur le désintéressement de sa conduite; et homme du monde aimable et agréable, il m'a toujours paru avoir passé sa vie dans la meilleure société de Paris.

A partir de l'avénement de Louis XVI au trône, on compte bien peu d'écrits de quelque renom où se trouvent des mots plus répétés que *sensibilité* et *sensible*. Romances, pièces de théâtre, discours académiques, plaidoyers, écrits politiques, partout on les lit, partout on les relit. Les mots *philanthropie* et *philanthrope* sont de

(1) Voir *Revue d'hydrologie*, un intéressant article du docteur V. Bougard. Août 1860.
(2) *Considérations sur l'emploi des eaux minérales*, etc.
(3) *Essais de bibliographie*, déjà cité, p. 635.
(4) Voir *Revue d'hydrologie*, année 1858, p. 59.

(1) Suite. — Voir le dernier numéro.

la même époque; ils ont commencé à être fréquemment employés dans les discussions élevées entre les écrivains dits *économistes* et leurs adversaires; et tout le monde sait le prix que le marquis de Mirabeau attachait au titre de *l'ami des hommes!* Si le mot *sensible* fut peut-être trop fréquemment employé et le mot *philanthrope* un peu trop prodigué, je demanderai s'il n'y a pas quelque inconvénient à ce que des mots relatifs à des qualités morales, dont l'excellence est incontestable, reviennent continuellement dans la conversation et dans les écrits quotidiens?

La vérité est qu'un *philanthrope*, à la fin du XVIIIe siècle et au commencement du nôtre était quelque chose. Et qui pourrait en douter lorsqu'on a vu comme nous, en 1810, l'indignation de tant d'honnêtes gens après la représentation des *Deux Gendres!* ils ne pardonnaient pas à Étienne, l'auteur de cette comédie, d'avoir fait de Dervière, un des gendres, un *philanthrope*, duquel on dit dans la pièce : « Il s'est fait bienfaisant pour être quelque chose », et il faut dire que les sentiments de Dervière à l'égard de son beau-père Dupré ne sont nullement *philanthorpiques*.

Ces souvenirs fidèles d'un temps passé montrent donc qu'un *philanthrope* comptait alors pour quelque chose. Or Cadet de Vaux en était un, et à sa louange, je me plais à dire qu'il l'était de cœur. Que si on lui reproche d'avoir été bien avec tous les pouvoirs qui ont tour à tour gouverné la France, si l'on peut trouver un peu trop de zèle dans une lettre où il exprimait toute son indignation sur l'attentat de nivôse à la vie du premier consul rue Saint-Nicaise, hâtons-nous de faire remarquer que le *philanthrope* ne demanda jamais rien pour lui, et que, s'il s'approchait du pouvoir, l'intérêt seul de l'œuvre philanthropique, qui était sa vie même, le guidait. Honneur donc à des intentions dont le but unique était l'intérêt public!

Cet hommage mérité rendu à la mémoire de Cadet de Vaux me donne pleine liberté de le juger maintenant dans sa conduite à l'égard de l'auteur des *Recherches des moyens d'améliorer la subsistance du soldat.*

Cadet de Vaux reconnaît avoir su que Proust a travaillé sur les os; mais il s'est dispensé de lire ses recherches craignant, allègue-t-il, que les idées d'autrui enchaînent, paralysent sa pensée; il traite des os et de leur gélatine comme si personne avant lui n'en avait parlé, sauf Papin, inventeur d'une machine, d'un appareil qu'il a qualifié, en 1818, de volcan hydraulique, et qu'il a toujours considéré comme impropre à l'extraction économique de la gélatine des os. Et si, après avoir réalisé ses idées, il a pris connaissance des *Recherches des moyens d'améliorer la subsistance du soldat*, c'est pour dire que si leur auteur a donné au public des pastilles, Cadet lui a donné le vrai bouillon d'os, allégation sur laquelle je reviendrai bientôt.

La brochure publiée par Cadet, en 1803, est écrite facilement et avec bonhomie; loin de se glorifier de la découverte d'un moyen de rendre les os utiles à l'alimentation publique, absolument désintéressé dans la question de l'invention, il aime à en rapporter l'honneur à qui de droit, c'est-à-dire au *chien.*

En effet, que fait l'animal pour se nourrir de l'os?

Il le brise avec ses dents, l'humecte et le divise.

Quel mérite revient à Cadet dans l'invention du bouillon d'os?

Il n'est pas autre que d'avoir observé ce fait et de s'être dit ensuite : brisons, humectons et divisons les os.

Cependant, avant d'aller plus loin, Cadet s'est demandé : les os sont-ils nutritifs?

Et en cela, fidèle à la méthode *a posteriori expérimentale*, il a fait une expérience, et l'a faite comparative, et l'expérience a été affirmative; car, ayant fait préparer de la soupe pour ses chiens de basse-cour, il a renversé à côté une corbeille d'os, et les chiens de Cadet ont préféré les os à la soupe, et Cadet a conclu, en 1803, que les os nourrissent les chiens!

Fort de cette expérience, Cadet s'est dit : les os sont nutritifs. Il revient à Paris avec la conviction que le succès de l'extraction de la gélatine tenait à la division des os, et qu'il ne s'agissait que de substituer à la dent de l'animal le *pilon.*

Voilà en quels termes Cadet raconte la découverte du bouillon d'os! et après avoir reconnu le mérite du chien qui brise, humecte et divise les os, il dit qu'il a tranché le nœud gordien, et que l'idée de la pulvérisation des os est celle de l'œuf de Christophe Colomb!

De Changeux et de Proust, pas un mot.

Dans cet état de choses, Proust a-t-il tort de dire à Cadet :

« Ne vous attribuez pas le mérite de la pulvérisation des os. Si, pour l'opérer, il a fallu l'esprit de Christophe Colomb, comme vous l'avancez, c'est à Changeux qu'en revient le mérite, ainsi que je l'ai reconnu dans mon opuscule de 1791? »

Si Cadet de Vaux ne lut l'écrit de Proust qu'après avoir réalisé sa découverte, il ne fut ni juste ni habile en prétendant faire croire au public que Proust n'avait fait que des pastilles, tandis qu'il avait fait le vrai bouillon d'os.

Proust, dans son travail, avait satisfait à la science et à l'économie :

A la science, en ramenant, comme nous l'avons vu, toutes les gelées à un degré constant de siccité, seul moyen d'atteindre le but d'expériences comparatives;

A l'économie, en donnant des pastilles au soldat, au marin, aux voyageurs explorant des contrées non habitées ou sauvages, et enfin en donnant un bouillon immédiatement aux cuisines, aux hôpitaux et aux hospices.

Les conclusions de Proust sont trop instructives pour l'histoire, à l'égard des amis de la vérité et des jugements de l'histoire, pour que je n'en reproduise pas les principales. Je cite textuellement.

« M. Cadet n'est en date que le quatrième ou le cinquième qui ait conçu l'idée d'améliorer la subsistance du soldat au moyen de la pulvérisation des os....

« Quant à l'excellence, aux innombrables avantages, à la haute préférence que M. Cadet donne aux bouillons d'os sur ceux de viande, ces jus noirs, salés, âcres, qui échauffent la bouche, qui altèrent et qui sont, sous tous les rapports dialectiques, si inférieurs aux premiers, on les tiendra avec raison pour de pures exagérations que M. Cadet n'aurait jamais dû se permettre. De pareilles hyperboles et piperies peuvent figurer dans le langage du charlatanisme, mais elles ne peuvent que déparer celui des sciences exactes. Le bouillon d'os a, comme aliment, son prix sans doute, mais c'est pour l'indigence seulement, c'est pour le malheureux à qui le premier des biens est de satisfaire sa faim; pour l'homme aisé et même pour l'artisan qui peut mettre une livre de viande dans son pot, le bouillon d'os ne sera jamais au bouillon de viande que ce qu'est un poumon de vache cuit et salé à un bon aloyau bien rôti; et lorsque M. Cadet vient nous dire que rien n'est plus intéressant que l'étonnement de ses convives qui, la soupière enlevée, voient paraître, en place de la pièce de bœuf qu'ils attendent, un bol contenant quelques onces d'os pulvérisés, nous pensons que leur étonnement n'est pas moins fondé que le nôtre, quand nous le voyons sérieusement nous entretenir de pareils contes.

« .... Je prierai en conséquence M. Cadet de vouloir bien continuer de recevoir, au nom des inventeurs de l'amélioration de la subsistance du pauvre, les félicitations des sociétés savantes, des généraux, des préfets, des princes d'allemagne, etc., et même d'y répondre obligeamment, comme par le passé; mais aussi de mettre sur la liasse de cette correspondance : *affaires qui me sont étrangères*, sinon la postérité, qui sait tout mettre à sa place, saura bien aussi redresser les torts. »

§ VII

Je mentionne pour mémoire un travail de D'Arcet le père, qui fut inséré dans la *Décade philosophique*, en 1794.

§ VIII

Cadet de Vaux ne répondit pas à Proust; mais en 1818 parut une brochure de 112 pages intitulée : *De la gélatine des os et de son bouillon, dédiée à son A. R. Monseigneur le duc de Berri.*

Le nom de Proust, pas plus que celui de Changeux n'y sont cités; et Cadet, sans oublier sa reconnaissance pour le chien, se considère plus que jamais comme l'inventeur du bouillon d'os, et il dit :

« C'est en France que le bouillon d'os a pris naissance, il a dû éprouver le sort de toutes les découvertes qui y naissent. Que n'ai-je publié mon *Traité de gélatine* comme une traduction de l'anglais!

« La gélatine est l'élément par excellence; oui, dit-il. La gélatine des os est aux substances alimentaires animales, ce qu'est l'or aux autres métaux (1).

« Le bouillon de viande n'est point même, à rigoureusement parler, le bouillon de la santé, s'il n'est associé à d'autres éléments; il n'est pas, à coup sûr, le bouillon de la maladie, puisque souvent il l'aggrave; comment, d'après cela, pourrait-il être celui de la convalescence? Dès lors nous avons été autorisés (*sic*), à avancer qu'il ne soutenait pas la comparaison avec celui d'os, qui convient indistinctement à la santé, à l'enfance, à la vieillesse, aux constitutions faibles, enfin aux estomacs délicats, comme étant la gélatine pure, et que la digestion assimile sans effort à l'économie animale qui est toute gélatine. Il n'y a qu'une vieille sevreuse d'enfant qui puisse ne pas partager cette opinion, ainsi que la nourrice à laquelle on paye par mois tant de pot-au-feu qu'elle met ou ne met pas (2). »

Enfin citons textuellement l'observation que voici :

« Les disettes se distinguent en réelles et factices; or, en tout temps et en tout lieu, il y a disette réelle de viande pour les classes populeuses, et auxquelles nous apportons ce secours nouveau; mais si le quintal des os représente par la quantité de gélatine qu'il contient celle que donne six cents livres de viande, et que moitié des os de la viande consommée dans une ville suffise à nourrir ces classes, la disette de la viande n'est plus réelle, elle n'est que factice; puisque la viande, quand elle est épuisée de son suc, n'est plus rien que du lest; car c'est cette gélatine dissoute dans un bouillon de viande ou d'os qui seule constitue l'aliment; et la substance osseuse, avons nous dit, donne six fois plus de gélatine que la viande (3).

Les citations que je viens de faire, toutes textuelles, pourraient être considérées comme des propositions scientifiques, tant la manière dont Cadet les a formulées est absolue! En laissant de côté la question de savoir si la gélatine jouit de la propriété nutritive, sur laquelle je reviendrai (dans la deuxième partie), les propositions relatives à l'excellence du bouillon d'os et à la préférence qu'on doit lui accorder relativement au bouillon de viande sont le contraire de mon opinion. Il en est de même de la supériorité du premier sur le second expliquée par son homogénéité, c'est-à-dire sur ce que la gélatine possède les propriétés que j'attribue à une espèce chimique, et qui, par la même raison, s'assimile sans effort à l'économie animale qui est toute gélatine. Il en est encore de même de cette proposition : les viandes ne sont nutritives que par leur gélatine, le reste (c'est-à-dire la partie fibreuse et l'albumine cuite) ne fait rien à l'alimentation, ce n'est que du lest. Si vous ajoutez à cela que Cadet proscrit le bouilli, et recomande le rôti, et qu'il est démontré aujourd'hui, pour tous les chimistes, que le tissu qui donne la gelée n'est pas à l'état de gélatine dans le rôti, on aura une idée juste de la science de Cadet de Vaux en chimie organique.

Voilà ce que j'avais à dire de la brochure de Cadet de 1818, relativement à la partie scientifique.

Justifions maintenant la manière dont j'ai parlé de l'influence fâcheuse que peut avoir une réunion de personnes dont la plupart sont étrangères à la connaissance d'éléments scientifiques constituant essentiellement certains sujets dont elles s'occupent comme ensemble, comme association, comme société, où sont même en majorité les hommes les plus recommandables, les plus sincèrement dévoués au bonheur de l'humanité, parce qu'ils veulent employer tous les moyens dont ils disposent en faveur de leurs semblables; ces hommes, véritables philanthropes, ont toutes mes sympathies : mais quels sont les inconvénients cependant qu'une telle association peut avoir? les voici.

Ils viendront d'hommes se disant philanthropes et dont les uns le sont en réalité, tandis que les autres affectant de l'être n'obéissent qu'à leur seul intérêt. Eh bien, si ces deux groupes de personnes sont considérés par la société comme des membres actifs auxquels

(1) Page 20.
(2) Pages 49 et 50.
(3) Pages 92 et 93.

elle accorde l'autorité d'effectuer certains actes ressortissant de la science, il y aura inconvénient, danger même.

Afin de faire comprendre ma pensée et de prévenir toute équivoque, je distinguerai trois groupes de personnes, en citant des noms.

A la tête du premier, je place un duc de La Rochefoucauld-Liancourt et je m'incline devant sa mémoire. Je lui associe un nom plus modeste sans doute, mais qui n'en fut pas moins porté par un homme de bien, M. Deleuze, dont la nièce a épousé un de mes honorables confrères de la Société d'agriculture, M. Amédée Durand.

Je mets M. Cadet de Vaux dans le second groupe, comme homme désintéressé, mais incapable de diriger, au point de vue de la science, une association philanthropique occupée de l'alimentation publique.

Ne pouvant citer aucun personnage réel pour le troisième groupe, comprenant l'ambitieux, l'intrigant, le charlatan, l'intéressé, je reviens à la comédie des *Deux Gendres*, et je nomme Dervière, riche capitaliste. Il s'est fait bienfaisant, pour être quelque chose, avons-nous dit avec le poëte (1).

Un philanthrope à la fin du dix-huitième siècle et au commencement de celui-ci était quelque chose, ai-je dit; la preuve en est dans la brochure de Cadet de Vaux de 1818.

Il s'est dit l'inventeur du bouillon d'os. Personne ne l'a contredit. On l'a cru sur parole. Et c'est bien comme philanthrope qu'il a entretenu Sa Sainteté, et qu'il a su d'Elle « qu'à Rome le pape avait onze de ces établissements (de bouillon d'os); c'est de la bouche du Saint-Père que j'ai recueilli ces détails, et de sa main que j'ai été béni à titre d'ami de l'humanité (2). »

Les pages de 35 à 44 sont consacrées à un *Rapport sur l'institution du bouillon d'os, par le maire du premier arrondissement, présenté au roi* (Louis XVIII) *par délibération du bureau de charité.* (Extrait du *Moniteur.*)

Lorsqu'on présenta ce rapport au roi Louis XVIII, Cadet de Vaux était présent, et le rapport dit :

« .... Et M. Cadet de Vaux a obtenu la plus douce récompense que puisse désirer un ami de l'humanité dans les témoignages de bienveillance dont le Roi, S. A. R. Madame, et les Princes ont daigné l'honorer. Sa Majesté, en recevant le Rapport, a dit à M. Cadet de Vaux, avec cette bonté qui ajoute tant de prix aux paroles du Roi : « Je jouis du succès de cette institution, et c'est à vous, mon-« sieur, que l'humanité en sera redevable. » Ainsi le temps est revenu où les sciences utiles et les vues de bien public rendent facile l'accès du trône (3). »

Ai-je eu tort de dire qu'un philanthrophe était quelque chose? En voilà une preuve. Cadet de Vaux n'a pas fait une expérience qui n'eût été faite auparavant par Changeux et Proust; il est béni par le pape, Louis XVIII le remercie comme un bienfaiteur de l'humanité; et le nom du véritable inventeur du bouillon d'os, Proust, membre de l'Académie des sciences de l'Institut de France, n'est pas prononcé! et dans un rapport officiel inséré au *Moniteur* on dit : « Ainsi le temps est revenu où les sciences utiles et les vues de bien public rendent facile l'accès du trône! »

Certes si Cadet de Vaux a eu un mérite, c'est de n'avoir pas tiré parti de la position où la philanthropie l'avait élevé pour fonder une dynastie bourgeoise.

Il ne me reste plus pour terminer la première partie de ce résumé historique qu'à parler des travaux de D'Arcet.

Je ne prétends pas assurer qu'il partageât les opinions énoncées avec une conviction aussi parfaite que naïve par Cadet de Vaux; qu'il crût avec lui à la nécessité pour la santé publique de proscrire à toujours l'usage du bouillon de viande afin d'assurer l'usage du bouillon d'os, et qu'il considérât la gélatine de la viande comme le seul principe nutritif qu'elle contînt, la fibrine et l'albumine ne donnant que du lest au tube intestinal; mais il est certain que les faits suivants montrent qu'un accord parfait existait entre D'Arcet et Cadet de Vaux.

D'abord, Cadet de Vaux dit :

« M'abandonnant aux sentiments d'estime et d'attachement que m'inspire la personne de M. D'Arcet, mais surtout à celui de ma

(1) Lé dialogue suivant entre le beau-père Dupré et son fidèle domestique Comtois, meilleur juge de Dervière que son beau-père, qui cependant a tant à s'en plaindre, fait connaître pafaitement un des philanthropes de notre troisième groupe.

DUPRÉ.

Tu méconnais, Comtois, ses bonnes qualités :
Lui, c'est un philanthrope; il est des comités
De secours, d'indigence; il régit les hospices,
La maison des vieillards, le bureau des nourrices
Pour les pauvres toujours il compose, il écrit.

COMTOIS.

. . . .

DUPRÉ.

Dans les journaux encore on le vante aujourd'hui..

COMTOIS.

Les articles tout faits sont envoyés par lui.
Il a poussé si loin l'ardeur philanthropique
Qu'il nourrit tous ses gens de soupe économique.

DUPRÉ.

. . . .

COMTOIS.

Pour les temps de disette
Il vient d'imaginer un projet de diette.
Le régime est léger : pourtant, si je le crois,
En jeûnant de la sorte on peut vivre six mois.

DUPRÉ.

L'idée est singulière et l'invention neuve.

COMTOIS.

Eh bien! c'est moi qu'il prend pour en faire l'épreuve.

DUPRÉ.

Se peut-il?

COMTOIS.

Oui, monsieur, le charitable humain
Pour être bienfaisant me fait mourir de faim.
Ah! la philantropie est souvent bien barbare

(2) Page 24 de la brochure.
(3) Pages 42 et 43 de la brochure.

propre conviction, j'ai dû faire les honneurs de cette gélatine, préalablement extraite de la substance osseuse (par l'acide chlorhydrique); aussi me suis-je réuni à ce savant, du moment où il m'eut mis dans sa confidence, pour provoquer la concurrence de cette gélatine avec le bouillon d'os, et je me suis associé à ses expériences avec le désir de leur succès. »

Passons ensuite à D'Arcet. Dans un mémoire inséré au recueil dont M. de Moléon était l'éditeur, Cadet est uniquement cité pour des observations et des expériences qui appartiennent évidemment à Proust; et cependant D'Arcet cite le nom de l'auteur des *Recherches sur les moyens d'assurer la subsistance du soldat*. Par exemple, lorsque Proust, insistant sur la quantité de gélatine enlevée par le pot-au-feu aux os cassés en gros morceaux et celle que ces mêmes os réduits en poudre cèdent à l'eau bouillante, évidemment la fraction de 1/32ᵉ a été prise à Proust. Mais, ce qu'on n'a pas dit, ce résultat ne concerne que l'os de la jambe privé de ses extrémités, et diffère du résultat obtenu d'os différents soumis à la même épreuve.

D'Arcet se contente de donner la quantité moyenne de gélatine, de graisse et de matière inorganique des os :

Gélatine	30
Graisse	10
Matière inorganique	60

résultat bien différent des résultats précis de divers os obtenus par Proust.

Le fait principal des travaux de D'Arcet sur la gélatine est de l'avoir séparée des os au moyen de la vapeur d'eau produite sons une pression un peu plus forte que celle de l'atmosphère, parce qu'à une température plus élevée elle est disposée à se réduire en ammoniaque, dit-il.

D'Arcet reconnait que l'idée de son appareil est analogue à celle d'un appareil employé en pharmacie et mentionné dans l'édition de la *Pharmacie* de Baumé de 1790.

Indubitablement, l'extraction de la gélatine opérée à la vapeur avec un seul foyer agissant sur des os non pulvérisés est plus économique que l'ancien procédé.

Enfin D'Arcet a conseillé de préparer la gélatine pour l'office, et la colle forte pour les arts, en cuisant le parenchyme des os préalablement passés à l'acide chlorhydrique. Certes, je suis loin d'élever la moindre discussion à ce sujet; mais n'eût-il pas été convenable de rappeler que la séparation de la matière terreuse des os par les acides appartient à Hérissant? Seulement, il employait l'acide azotique étendu de quatre parties d'eau, tandis que D'Arcet, avec raison, a substitué à cet acide le chlorhydrique.

Voilà, je crois, un résumé fidèle des travaux dont la gélatine a été l'objet. Ces faits sont coordonnés selon l'ordre chronologique, et j'espère qu'on ne me reprochera pas d'avoir fait pencher la balance du côté où j'ai vu la justice.

Il me restera à dire dans la seconde partie les faits relatifs aux travaux des deux commissions de gélatine, et c'est dans cette partie que je répondrai d'une manière *catégorique* à M. Fremy.

(*A suivre.*)

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments ou autres objets).

Des différentes formes de l'ovarite aiguë, par le docteur Scaglia. In-8 de 116 pages. — Prix broché : 2 fr.

Traitement du cancer du col de l'utérus par la galvano-caustique thermique, par M. le docteur Amussat fils; broch. in-8. — Prix : 2 fr.

Des altérations de l'œil dans l'albuminurie et le diabète, par M. le docteur Mohammed Off, professeur-adjoint d'ophthalmologie à l'École de médecine du Caire. In-8° avec planches en chromolithographie. — Prix : 4 fr. 50.

Revue photographique des hôpitaux de Paris. Bulletin médical publié par A. de Montméja et Bourneville; numéros de septembre et octobre 1870, avec 4 photographies. — Prix des deux numéros : 4 fr.

Des rétrécissements de l'urèthre et de leur guérison radicale et instantanée par un nouveau procédé, la divulsion rétrograde, par M. le docteur Moreau-Wolf, chevalier de la Légion d'honneur. In-8°. — Prix : 3 francs.

Des complications cardiaques dans la variole et notamment de la myocardite varioleuse, par le docteur Desnos et Henri Huchard, interne des hôpitaux. — Gr. in-8° de 56 pages. — Prix : 1 fr. 50.

Étude sur le diagnostic et le traitement chirurgical des étranglements internes, par M. le docteur Larguier des Bancels, ancien préparateur du cours d'anatomie chirurgicale de l'amphithéâtre des hôpitaux. In-8°. — Prix : 3 francs.

Des gastrites chroniques, par le docteur E. Bottentuit, ancien interne des hôpitaux de Paris, médecin aux eaux de Plombières. Delahaye, 1867. — Prix : 2 fr.

De l'inflammation primitive aiguë de la moelle des os, par le docteur Culot, ancien interne des hôpitaux. In-8°. — Prix : 2 francs.

Malades et blessés. Ambulance de l'hôpital Rothschild pendant le siége de Paris, par le docteur Job. In-8°. — Prix : 1 fr. 50.

Le Directeur : Dʳ E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Etudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois. . . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

SOMMAIRE. — SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Pourriture d'hôpital; traitement par le camphre en poudre (M. Netter). — ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Documents pour servir à l'histoire du mouvement scientifique du siége de Paris. — Nouvelles. — Bulletin bibliographique.

Paris, le 19 juillet 1871.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

LE CONCOURS POUR LES FACULTÉS.

La discussion sur l'infection purulente vient d'être momentanément abandonnée.

Après une discussion incidente sur la ponction intestinale dans la tympanite, la séance a été remplie par une lecture semi-médicale, semi-politique, de M. Gustave Lagneau.

M. Lagneau voudrait qu'on supprimât la conscription, les exemptions pour défaut de taille, mauvaise denture, myopie, calvitie, pied plat, etc. ; que tout jeune homme capable de porter les armes fût forcé d'apprendre à s'en servir, et fît partie de l'armée active pendant le temps indispensable pour cette instruction ; mais pas davantage, car le séjour dans les villes de garnison augmente la mortalité parmi les jeunes gens, leur ôte le goût du travail, les expose à des maladies de toute espèce et les empêche de se marier, ce qui nuit à l'accroissement de la population.

D'une autre part, s'appuyant sur ce fait qu'il existe en France un certain nombre de races distinctes dont les qualités se transmettent par atavisme, M. Lagneau croit qu'il y aurait tout avantage à faire des groupements régionaux, afin de tirer un meilleur parti des qualités spéciales à chaque race.

Ainsi, partout l'organisation des gardes mobiles remplacerait celle des régiments; il n'y aurait plus de tirage au sort, plus de jeunes gens faisant le métier de soldats.

Puisque nous en sommes à parler de réformes, notons-en une qui, paraît-il, est à la veille de s'effectuer : on va rétablir le concours pour le professorat à la Faculté de médecine.

C'est la Faculté elle-même qui se trouve chargée par M. le ministre d'élaborer à ce sujet un projet de règlement nouveau.

Si nous sommes bien informés, de très-nombreuses modifications, et, nous sommes heureux de pouvoir le dire, de très-notables améliorations sur les règlements antérieurs, doivent trouver place dans ce projet.

Tel qu'il se pratiquait il y a quelque vingt ans, le concours prêtait certainement à des objections sérieuses.

Il obligeait à savoir par cœur un manuel des plus étendus et éloignait ainsi, sans profit pour la science, les concurrents parvenus à un âge où des facultés plus personnelles ont pris le pas sur la mémoire.

On citait les noms d'hommes remarquable, admirablement doués pour le professorat et qui étaient morts à la peine, après avoir usé le meilleur de leur vie à cette besogne ingrate.

D'autres s'étaient métamorphosés en de véritables serinettes dont toutes les loges cérébrales étaient meublées uniformément de questions ainsi préparées.

Comment, en effet, affronter l'épreuve d'une leçon professorale à improviser en trois heures sur une question prise au hasard entre quelques mille, si l'on ne cultive pas la faculté funeste de parler avant de penser, en s'abandonnant à la mémoire?

Vingt-quatre heures de préparation seront désormais accordées pour chacune des épreuves orales, et la composition écrite sera totalement supprimée.

Ainsi on n'aura plus à craindre de surprise : chacun pourra donner la mesure de ses forces dans les conditions habituelles du professorat. Les professeurs de médecine ont toujours au moins vingt-quatre heures pour préparer une leçon, même de clinique, et les plus éminents, les Trousseau, les Richet, n'ont jamais négligé de mettre ce temps à profit.

Comme l'a très-bien établi M. Lasègue, dans les *Annales de médecine*, c'est une preuve d'insuffisance et non de supériorité que d'avoir un jugement porté sur un malade dès les premiers regards, et de se croire préparé à en faire l'histoire sans plus observer, sans plus réfléchir.

Être toujours prêt à exposer, sur toute question, la science des autres sans y rien mettre de personnel, souvent sans même avoir compris, c'est encore bien plus une preuve d'incapacité scientifique, et c'était pourtant une condition des meilleures pour arriver par l'ancien mode de concours.

Cette première modification mérite donc de grands éloges, sans restriction aucune, et son utilité ne peut pas être mise en doute.

Il n'en est pas tout à fait ainsi de celles qui touchent à la thèse.

On a supprimé l'argumentation. Alors, à quoi bon cette thèse? Comment prouver que le candidat se l'est du moins assimilée, s'il ne l'a pas faite lui-même?

Le livre imprimé qui, dans le projet, doit précéder les épreuves orales et être fait dans l'espace d'un mois sur un sujet donné par les juges du concours, ce livre imprimé n'est pas une épreuve dont on puisse tenir aucun compte. Autrement, il constituerait un avantage souverainement injuste en faveur de ceux qui se font aider par des amis plus intelligents.

Sans argumentation, la thèse n'a donc d'autre raison d'être que l'utilité de la science considérée *in abstracto*. « Chacun des candidats va se trouver obligé de faire imprimer à ses frais un mémoire de médecine. Il en restera quelque chose dans les archives de la science. » Bien, s'il n'en reste rien du tout dans l'esprit des juges du concours.

Autrement la lutte peut n'avoir pas lieu à armes courtoises. Déjà l'appréciation des titres antérieurs permettait de tenir moins compte des épreuves les plus brillantes ; l'appréciation de cette thèse non discutée, non soutenue, ouvre la plus large carrière à l'expression des sympathies et antipathies personnelles. Le concours peut se trouver ainsi transformé en simple prétexte pour des choix arrêtés d'avance. La transition serait peu sensible pour passer d'un système à l'autre, et les ennemis du concours pourraient avoir satisfaction au moins autant que ses amis.

Les professeurs veulent être seuls juges des concours dans lesquels seront désignés leurs collègues. Ils ont raison au point de vue de la liberté d'enseignement que l'on s'attend à voir proclamer un jour ou l'autre.

Une Faculté libre doit se recruter et se compléter elle-même. L'intervention de l'Etat doit alors se borner à donner des subsides et à payer des traitements tant qu'il le juge convenable.

Le népotisme n'est plus à craindre quand il a pour frein la concurrence, quand le professeur de mérite, repoussé ici, trouve ailleurs un accueil d'autant plus certain.

Notre Faculté grandira quand elle aura à côté d'elle, à Paris même, une rivale. Paris est assez grand pour que deux facultés puissent y prospérer l'une et l'autre, et ce serait le meilleur moyen de donner à nos chères études le brillant qui leur manque un peu.

Dr VICTOR REVILLOUT.

POURRITURE D'HOPITAL

TRAITEMENT DE CETTE AFFECTION PAR LE CAMPHRE EN POUDRE (1).

VII

J'ai avancé que le camphre était un remède héroïque, réussissant constamment sans exception, aucune, et que si, par exception, la guérison ne s'opérait pas tout de suite, il y avait seulement retard dû à des complications morbides, ou bien à la présence d'aponevroses, tissus s'éliminant difficilement. Voici un fait offrant à lui seul la réunion de plusieurs de ces circonstances.

Un cas de pourriture, d'abord simple, loin de céder au camphre, se complique en plus d'une violente inflammation. Je suis appelé le quatrième jour de la phlogose et je fais mettre un large cataplasme par-dessus le camphre dont je fais continuer l'emploi. L'inflammation cède aussitôt, disparaissant totalement au bout de trois jours; mais la pourriture persiste, la matière grise ne se liquéfiant point. D'abord, je ne puis m'expliquer l'échec ; puis avec la réflexion je m'en rends compte. La plaie se trouvait située à la région externe et supérieure du coude et là, il y a très-peu de graisse, mais un *fascia superficialis* assez dense, résistant conséquemment à l'élimination. Alors j'enlève avec des ciseaux tout ce que je peux de matière morte et me voici au bout de deux jours, le camphre étant toujours continué, devant l'aponevrose parfaitement reconnaissable. J'y pratique avec la branche d'une pince à disséquer trois fentes dans le sens longitudinal, afin de respecter les nerfs qui sont visibles. Maintenant le remède pourra avoir son action complète et tout liquéfier. J'avais été appelé pour la première fois auprès du malade le 8 mai, et le 15 mai, la pourriture semblait absolument conjurée, quand tout à coup survint un nouvel accident dont il sera question tout à l'heure.

Voici l'observation exacte du cas, recueillie par un interne des hôpitaux de Paris, M. Rendu, présentement à l'hôpital Saint-Antoine.

OBSERVATION. — A..., soldat au 38e de marche, reçoit, le 30 *avril*, un coup de feu au bras droit à deux travers de doigt au-dessus du coude. Il est transporté à Versailles, où il reste deux jours, puis évacué le 3 *mai* sur Rennes. Il arrive dans la matinée *du 4*, où on l'examine pour la première fois.

La plaie est un séton simple, sans lésions osseuses : les deux orifices sont séparés par un intervalle de 3 centimètres de largeur. La surface en est contuse, grisâtre, assez fétide; elle est fort peu douloureuse, et le malade, qui fait tous les mouvements sans difficulté, se plaint surtout de la fatigue du voyage. Santé générale excellente : jamais de maladie antérieure : pas de fièvre au moment de son arrivée; tissus voisins absolument sains.

Dès le premier jour, on applique directement sur la plaie de la poudre de camphe et un plumasseau de charpie. Journée tranquille, mais nuit assez agitée.

5 *mai*. La plaie s'est agrandie un peu : elle est toujours sale ; les bords ne sont pas encore douloureux mais légèrement taillés à pic. On se borne à enlever le camphre, à laver la plaie *sans enlever aucun eschare*, et à renouveler le pansement comme la veille. Léger purgatif.

Journée assez bonne, mais le malade se plaint le soir de mal de tête. Nuit agitée, sans sommeil.

6 *mai*. Nous trouvons le malade en proie à une fièvre intense, à 110 pulsations; visage vultueux, douleurs vives au bras et à l'avant-bras qui sont gonflés. La plaie a considérablement grandi (d'un tiers au moins); les bords sont retroussés; le fonds de l'ulcère est grisâtre, rempli de lambeaux mous et pulpeux, mêlés à des débris de tissu cellulaire mortifié. Les parties molles circonvoisines sont tuméfiées, rouges, tendues, douloureuses, sur un parcours de deux centimètres au moins.

Même pansement. Camphre et charpie sèché. Sulfate de quinine, *un* gramme le soir.

7 *mai*. Les deux orifices de la plaie tendent à se rejoindre par l'érosion de leurs bords. Le pont intermédiaire a pris une teinte rouge sombre. Le fond est pulpeux et mortifié comme la veille : sur les bords, on constate un liséré noir bleuâtre, formé de tissu gangréné. Décollement périphérique assez étendu. Le gonflement et la rougeur des parties voisines continue sans augmenter.

Persistance des accidents généraux fébriles (céphalalgie, insomnie, chaleur, accélération du pouls, 100 p.).

Continuation du pansement et de la potion au sulfate de quinine.

8 *mai*. Le pont intermédiaire aux deux orifices a disparu; la plaie unique se présente sous forme d'une surface irrégulière de 7 à 8 centimètres, anfractueuse. Même aspect que la veille : pulpe épaisse, tenace; écoulement de sérosité abondante, fétide; quelques traînées de lymphangite, douleur axillaire.

Etat général un peu meilleur : moins de céphalalgie, mais persistance de la fièvre; il s'y joint de l'inappétence, ce qui fait prescrire un ipéca stibié.

On joint au pansement camphré un cataplasme pour faire tomber les accidents inflammatoires (1).

Nuit assez bonne jusqu'à trois heures du matin; à ce moment, douleurs vives.

9 *mai*. La rougeur a diminué, et la tuméfaction est moindre, mais la plaie a grandi. Même état de la pulpe, qui reste adhérente malgré un suintement considérable.

Il existe une notable détente dans les symptômes généraux : la fièvre est beaucoup moins forte; l'appétit est revenu.

Sirop de morphine, *trente* grammes; catasplasmes et camphre

10 *mai*. Le matin, un peu de somnolence; contraction des pupilles (effets de l'opium); du reste, nuit tranquille.

La plaie s'est encore agrandie, mais légèrement; l'inflammation circonvoisine s'est heureusement modifiée. Il reste encore une portion du bord, du côté externe, qui est rouge et induré.

L'aspect de la plaie reste le même : elle est recouverte d'une épaisse couche de matière grisâtre, tenace, insensible, sauf en quelques endroits, faisant corps ensemble. La lymphangite a disparu, il reste une légère douleur axillaire.

Suppression des cataplasmes : retour au pansement camphré sec.

11 *mai*. Suppuration abondante, quelques douleurs; odeur assez fétide de la plaie. Le camphre n'est liquéfié qu'en partie. La plaie ne s'est agrandie que d'une façon insignifiante; mais l'aspect n'en est plus le même. La pulpe est devenue moins cohérente : elle tremblote, et sur quelques points se réduit en bouillie. En frottant la surface de l'ulcère avec un linge assez rude, on voit la pulpe se soulever en masse et adhérer en partie au linge. Les bords sont encore rouges et bordés d'un mince liséré noirâtre.

Pas de fièvre : appétit bon, nourriture tonique.

Pansement. On enlève avec des ciseaux des portions de tissu

(1) Suite. — Voir les numéros des 2, 4, 7 14, 23, 30 mars et 1er avril 1871.

(1) C'est ce jour que j'ai été appelé à voir le malade, et c'est moi qui ai fait ajouter le cataplasme par dessus le camphre. — A. N.

sphacélé. On respecte la partie médiane, qui est très-sensible. A l'angle interne de la plaie, on aperçoit un ou deux bourgeons charnus.

12 *mai*. Pas de douleurs, mais insomnie. La plaie ne s'agrandit plus, pour ainsi dire, les bords sont affaissés partout. La pulpe est de plus en plus mollasse et sans consistance. On voit ramper au milieu d'elle des filets nerveux, dont le tiraillement est très-douloureux.

Après nettoyage, les bourgeons charnus apparaissent dans une certaine étendue, à la partie interne de la plaie. Ils dessinent la direction des fibres du long supinateur (1).

Même pansement.

13 *mai*. L'élimination se fait dans de bonnes conditions : la plaie est arrivée à son étendue définitive (près de 12 centimètres). On commence à voir des bourgeons charnus du côté externe de la plaie. Le grand supinateur et le triceps sont comme disséqués. L'aponévrose intermusculaire externe et le point d'émergence des filets cutanés du radial sont encore recouverts d'une pulpe épaisse.

14. Progrès sensibles : La plaie se déterge rapidement sur les bords et au centre.

15 mai. Il ne reste plus qu'un très-petit espace pulpeux non éliminé. Les filets cutanés du radial sont aujourd'hui détruits et se retrouvent dans les pièces du pansement. La plaie est rosée sur toute son étendue : on peut considérer la pourriture d'hôpital comme absolument conjurée (2).

La pourriture d'hôpital n'était pas conjurée du tout, car deux jours après, le 17, le petit espace pulpeux, du côté externe de la plaie, signalé le 15, commença à se développer et à s'étendre ; de ce côté, les bords devinrent de nouveau rouges, livides et indurés, en même temps frissons répétés suivis de fièvre intense avec grand malaise général et diarrhée. (Ipéca, sulfate de quinine et camphre.)

Pendant les trois jours suivants, cet état s'aggrave encore, toujours du côté externe, le restant de la plaie ne paraissait guère modifié, à part une particularité qu'il importe de mentionner. La plaie, dans son ensemble, suppura en quantité excessivement abondante, au point qu'un épais appareil de compresses et de bandes s'en trouvait traversé du matin au soir. La literie même présentait de grandes taches. Autre détail : les linges étaient tachés en bleu. Pendant tout ce temps, on appliquait la poudre de camphre, et l'insuccès paraissait tellement évident que déjà autour de moi on disait qu'il en était de cette médication comme de toutes les autres, ne devant pas non plus toujours réussir, et l'on avançait que peut-être il faudrait amputer.

Cependant, pour moi, la suppuration abondante et bleue n'était qu'une complication indépendante de la pourriture d'hôpital, et quant à l'extension de la pourriture à l'angle externe, j'eu l'idée qu'elle tenait à la particularité que l'abondance même de la suppuration entraînait le camphre ; que, du reste, au lever des pansements, je n'en retrouvais plus du tout en ce point, et le restant de la plaie ne m'en offrant chaque fois que fort peu aussi. Dans cette idée, je mis sur la plaie une quantité de camphre, cette fois-ci énorme, tassant le plus possible la poudre, l'enfonçant sous le bord externe avec une spatule, le plus loin possible. Or, au bout de vingt-quatre heures, le mal était décidément arrêté, et la recrudescence, apparue le 17, s'est complètement dissipée du 19 au 20 mai. Depuis ce jour jusqu'aujourd'hui 6 juin, la plaie n'a cessé de marcher vers sa cicatrisation, avec bords tout à fait intacts et bourgeons charnus serrés, la plaie étant aujourd'hui au niveau de la peau.

Le sujet quitte l'hôpital le 11 juillet, parfaitement guéri.

REMARQUES. Si un autre que moi eût traité le malade, certes la médication par le camphre aurait été depuis longtemps abandonnée pour quelqu'autre. C'est au camphre qu'on aurait attribué l'inflammation initiale, tandis qu'elle a disparu, le remède étant continué. La pourriture persistant, on aurait regardé le camphre comme un agent infidèle, et quand la recrudescence est survenue à la fin, c'est pour le coup qu'on aurait eu recours aux caustiques. Pour moi, convaincu par les nombreux faits antérieurs de la puissance du moyen, j'ai ici, devant chaque incident, cherché à me rendre compte pourquoi il y avait échec, et levant chaque fois l'obstacle, je suis arrivé au but. Le camphre ayant la propriété de liquéfier la graisse à la température voir 3 si la matière grise ne s'écoule pas dans les 24 à 48 heures, c'est qu'il y a quelque particularité faisant obstacle. Cherchez et vous trouverez.

A. NETTER.

(*A suivre*).

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 18 juillet 1871. — Présidence de M. WURTZ.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

1° Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné en 1870 dans le département de Maine-et-Loire et dans l'arrondissement de Montbrison (Commission des épidémies).

2° Des rapports sur le service médical des eaux minérales d'Allevard (Isère), par M. le docteur Niepsce ; de Saint-Amand (Nord), par M. le docteur Marbotin ; de Balaruc (Hérault), par M. le docteur Crouzet (Commission des eaux minérales).

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

1° Une observation d'opération césarienne pratiquée le 10 juillet courant, par M. le docteur Cautrel (de Magny). (Commission : MM. Hugnier et Devilliers.)

2° Une étude sur la vaccine, par M. le docteur Magnin, médecin-major (Commission de vaccine).

3° Une note sur le galega, par M. le docteur Lepage (d'Orléans). (Commission des remèdes nouveaux.)

PRÉSENTATIONS

M. LARREY présente un rapport de M. le docteur Ladureau, médecin principal, sur deux épidémies de fièvre typhoïde et de variole qui ont régné conjointement à Alger pendant l'hiver 1870-1871.

2° Deux mémoires de M. le docteur Luigi Ciniselli (de Crémone), sur le traitement des anévrysmes de l'aorte thoracique par l'électro-puncture.

3° Un mémoire sur l'occlusion intestinale, par M. le docteur Servier.

4° Deux mémoires de M. le docteur Jules Arnoul, l'un sur les origines et les affinités du typhus, l'autre sur l'alimentation et le régime du soldat.

M. DELPECH présente : 1°, en son nom, une brochure intitulée : *Le scorbut pendant le siége de Paris* ;

2° Aux noms de MM. les docteurs Weeker et Jaeger, un volume intitulé : *Traité des maladies du fond de l'œil et Atlas d'ophthalmoscopie*.

M. DEVILLIERS présente, de la part de M. le docteur Gros, un rapport sur le service médical du chemin de fer du Nord pendant l'année 1869.

M. AMÉDÉE LATOUR présente, de la part de M. Antonin Bossu la 6e édition d'un ouvrage intitulé : *Anthropologie ; étude des organes, fonctions et maladies de l'homme et de la femme*.

Discussion sur la tympanite asphyxique.

M. LE PRÉSIDENT. L'ordre du jour est très-chargé. Nous avons d'abord la discussion déjà commencée sur l'infection purulente. Puis, une discussion urgente sur l'ivrognerie et l'alcoolisme, discussion que nécessite le projet de loi qui va être proposé à la Chambre sur la même question. Enfin, nous avons à examiner le fait que M. Fonssagrives a apporté à cette tribune dans une des dernières séances.

Il nous paraît donc bon, si l'Académie y consent, de remettre à plus tard la question de l'infection purulente et de commencer de suite l'examen de celle de l'alcoolisme ; mais comme plusieurs membres ont manifesté le désir de dire quelques mots auparavant sur les observations de M. Fonssagrives, nous consacrerons une partie de cette séance aux courtes observations qu'ils ont dessein de faire sur ce dernier sujet.

M. PIORRY. J'avais demandé la parole.

M. LE PRÉSIDENT. Je ne la refuse à personne.

M. PIORRY. Vous me l'avez pourtant refusée.

M. LE PRÉSIDENT. Je n'ai pas entendu, et d'ailleurs, dans la dernière séance, j'avais été forcé de remettre à plus tard ce que M. Bouley et d'autres membres encore avaient dessein de dire. Mais que M. Piorry nous demande convenablement la parole, et nous la lui donnerons.

M. PIORRY. Je suis toujours et partout convenable, et j'ai dessein de l'être encore ; mais je tenais à constater un fait, c'est que je vous avais demandé la parole et que vous ne me l'avez pas donnée. Rappelez-vous que je suis votre doyen dans cette Académie.

M. LE PRÉSIDENT. Si M. Piorry désire avoir la parole, il l'aura.

M. PIORRY. Je n'en veux pas maintenant !

M. LE PRÉSIDENT. Eh bien ! alors je donne la parole à M. Bouley.

M. BOULEY. Les faits que M. Fonssagrives nous a communiqués m'ont fort intéressé ; mais, je dois le dire, c'est ici la médecine vétérinaire qui a ouvert la voie à la médecine humaine. Depuis longtemps, nous connaissions tous l'innocuité de la ponction abdominale pour la plupart des animaux domestiques. La première espèce animale pour laquelle l'expérience ait été faite est la race bovine et plus généralement encore les ruminants. On sait quel volume énorme prend parfois le ventre de ces pauvres bêtes. On dirait qu'elles vont éclater. Il est donc tout simple que dans cette occasion on ait songé tout d'abord à ouvrir aux gaz une issue. Les bergers employèrent leur couteau, les vétérinaires leur troquart ; mais, couteau ou troquart, l'effet fut le même ou, du moins, différait bien peu. Presque toujours l'animal se rétablissait, se guérissait, et la ponction n'avait aucun inconvénient. Cela encouragea à tenter l'opération sur un animal de genre différent, le cheval ; mais les résultats ne furent pas les mêmes. On avait voulu employer, pour le cheval, les mêmes troquarts dont on se servait pour le bœuf, et ce calibre se trouva être trop fort. Ce n'est pas par la taille de l'animal, mais par sa structure interne, par son espèce, qu'il faut juger de l'utilité et du mode d'une opération. On s'en aperçut bientôt. La ponction largement pratiquée amenait presque toujours chez le cheval des accidents graves, et l'on crut voir dans la ponction elle-même une opération généralement dangereuse et même mortelle. On y renonça. C'est alors qu'un vétérinaire connu, Bernard, eut l'idée de rétrécir le diamètre du troquart et du tube. Depuis lors, l'opération réussit chez le cheval comme elle avait réussi chez les ruminants, et elle est devenue banale, à ce point même que M. Charrier, le vétérinaire des Petites-Voitures, à Paris, a chargé les palefreniers de l'administration de la faire eux-mêmes. Il s'est borné à leur donner pour cela les troquarts nécessaires, leur a désigné l'endroit précis où elle devait se pratiquer sur le côté gauche du cheval, et cette opération n'a jamais eu d'inconvénients, même en de telles mains. Il fallait, pour cela, que l'innocuité de la ponction fut bien grande. Ajoutons, avant de finir, que cette opération a non-seulement été faite chez les animaux du dehors en dedans, mais même du dedans au dehors, si je puis m'exprimer ainsi. Chabert avait depuis longtemps essayé la ponction du cœcum par les voies rectales, et il avait réussi. On connaît l'histoire du *météore lumineux* qui lui apparut, à ce qu'il nous raconta, tandis qu'il opérait dans les ténèbres : le gaz avait pris feu à sa chandelle.

M. DEPAUL. J'ai entendu, moi aussi, ces faits de M. Fonssagrives avec un vif intérêt. J'en connaissais d'analogues ; car la ponction intestinale est depuis assez longtemps connue en France.

Il y a d'abord le fait de MM. Nélaton et Récamier suivi de bons résultats. Je n'en parle ici que pour réunir ces deux hommes qui ont agi ensemble sur une seule malade et non séparément comme on semblait le prétendre.

Après elle, M. Alphonse Guérin tenta lui-même la ponction chez une jeune femme de 25 ans presque complétement asphyxiée, froide et sans pouls, grâce à la tympanisation intestinale et qui fut ressuscitée pour ainsi dire par la ponction. On fut dans la suite obligé de réitérer trois fois l'opération les jours qui suivirent et la malade guérit. M. Alphonse Guérin m'a autorisé à citer ce fait à cette tribune. Enfin viennent quelques faits qui me sont personnels. Car moi aussi je me suis vivement préoccupé de cette question. La première fois que je songeai à faire la ponction, c'était chez une malade que visitaient également quatre autres médecins. Je regrette que M. Tardieu ne soit pas ici, il s'en souviendrait. Cette pauvre femme était enceinte et elle avait été subitement saisie d'une tympanite violente dont j'ignore la cause. Elle était déjà froide, décolorée, presque asphyxiée.

Je proposai alors la ponction, mais mes confrères n'y voulurent pas consentir et cette femme est morte étouffée. Je regretterai toute ma vie de ne pas avoir fait cette opération qui peut-être l'aurait sauvée.

Le second cas s'est produit il y a quelque temps seulement. C'était à la Clinique, chez une accouchée atteinte d'une péritonite généralisée. L'Académie sait ce que j'entends par ce terme. Car je ne confonds jamais cette affection très-grave par elle-même avec la fièvre puerpérale. Cette femme était refroidie, le pouls à peine perceptible. Nous pensions qu'elle mourrait le soir. En l'examinant je m'aperçus alors que l'estomac et les voies digestives étaient devenus énormes. Les intestins étaient boursouflés de gaz. J'essayai la ponction et j'enfonçai un petit troquart. Un bruit musical, une espèce de sifflement se fit alors entendre pendant à peu près une minute. Il sortit ensuite un peu de liquide ou de matières stercorales et le gaz cessa de s'échapper. Je revins dans la soirée, l'amélioration était sensible. Mais comme le lendemain le ventre s'était encore balloné je fis une nouvelle ponction sur l'une des anses intestinales parfaitement visible chez notre malade. Au bout de six semaines cette femme était guérie.

M. PIORRY. J'ai écouté la communication de M. Fonssagrives, avec une grande attention. Le sujet de la ponction m'avait depuis longtemps, 30 ans au moins, énormément occupé.

J'ai parlé dans mon *Traité de médecine pratique* d'une de mes premières observations en ce genre. Le malade avait eu une perforation spontanée de l'intestin et était à l'agonie. Son ventre était gonflé, balloné et l'asphyxie approchait. Je fis d'abord une première ponction dans l'abdomen qui amena un peu de mieux. Quelque temps après j'en fis une seconde et avec une sonde-syphon je pus extraire une grande quantité de gaz et de matières, et spécialement un liquide aqueux d'une odeur infecte. Pendant trois semaines durant, l'opération fut renouvelée à plusieurs reprises. L'état de ce malheureux était horrible. J'en suis encore à me demander comment il a pu vivre si longtemps ; mais enfin il succomba. A l'autopsie je constatai dans le péritoine des lésions telles, qu'elles n'auraient pu laisser aucun espoir de guérison. Mais je dois dire pourtant qu'en ce cas la ponction soulagea beaucoup le malade.

En dehors des cas de tympanite qui dilatent les intestins et les rendent tangibles pour l'opérateur, la ponction serait du reste très-difficile.

J'ai cherché souvent un lieu d'élection qui permit de la faire alors ; je ne l'ai pas encore trouvé, mais je ne désespère pas. On sait que pour me servir de l'expression d'un récent auteur allemand, je me suis occupé *un peu* de percussion. Eh bien, j'ai souvent cherché par la percussion quelque partie de l'intestin que l'on put facilement atteindre par la ponction. — J'ai pour cela percuté chez bien des malades le rein, le foie, le pancréas et je pense que c'est au-dessous du foie, à droite du pancréas, près de la courbure du duodénum que l'on trouvera le lieu d'élection dont nous parlions tout à l'heure. Au reste je n'ai pu moi-même achever mes expériences, car au moment où je m'en occupais j'ai dû donner ma démission de professeur, ou plutôt on m'a forcé de la donner. Je n'ai pas besoin d'insister sur ce sujet. J'ai raconté moi-même comment la chose s'est passée et on ne m'a pas encore répondu. Pour en revenir à la ponction, je crois qu'il ne faut pas faire cette opération à tout hasard, même dans les cas de tympanite. Il faut d'abord examiner, percuter, et la plupart du temps on constate que la tympanite n'est qu'un phénomène secondaire. En percutant les intestins on voit ordinairement que l'extrémité du coulon est obstrué et on peut faire cesser la tympanite en le débouchant par de légers lavements. Il ne faut donc recourir à la ponction que dans les cas extrêmes, quand il ne reste plus d'autres moyens pour empêcher l'asphixie et que le malade se meurt. Alors on peut ponctionner certaines parties du cœcum et surtout celles qui se trouvent isolées pour ainsi dire du reste des intestins. Mais c'est toujours avec une extrême réserve qu'on doit opérer.

M. BARTHE. Je n'ai qu'un mot à dire. On a parlé de tympanite péritonéale. Or la tympanite péritonéale essentielle est excessivement rare, si tant est qu'elle existe. La tympanite est généralement intestinale et elle est presque toujours due à l'occlusion. Or, en ce cas, la tympanite est un symptôme sans gravité. Il faut d'abord constater quelle en est la cause, car on a observé 50 ou 60 cas tous très-différents sous ce rapport les uns des autres. Si l'on ne peut faire cesser la tympanite par les procédés ordinaires et que l'on soit forcé d'agir par l'urgence du cas, il est bon de ponctionner, mais il faut se rappeler que presque jamais le succès de la ponction n'est aussi complet qu'on serait tenté de le croire ; il se fait alors des nœuds, pour ainsi dire, dans les intestins et chacune des anses intestinales se trouve isolée de la voisine. Il arrive donc qu'à la ponction l'anse que l'on a touchée s'affaisse, mais les autres restent aussi gonflées qu'auparavant. Il faut alors recommencer sans crainte l'opération, deux, trois ou quatre fois jusqu'à ce que le malade guérisse, et ne pas compter sur une amélioration qui n'est souvent que partielle et momentanée.

M. HUGUEER. Qu'on me permette de donner ici un procédé pratique qui m'a toujours réussi. Généralement on se sert pour la ponction d'un trocart ordinaire, c'est un grand tort. Le trocart a trois bords aigus qui coupent les tissus et ont l'inconvénient de permettre ainsi la pénétration des liquides ou des gaz. En 1858 j'ai voulu empêcher cet inconvénient en imaginant pour la ponction une *aiguille porte-canule* qui pénètre jusque dans les intestins sans bies

(1) Détail oublié : l'aponévrose étant devenue reconnaissable, j'y pratique trois fentes avec la branche d'une pince à disséquer. — A. N.

(2) M. Renéac, quittant Rennes, me remet l'observation. — A. N.

ser les fibres, mais en les écartant. Quand la ponction est faite, on retire l'aiguille et tout rentre dans l'état ordinaire. Ces jours derniers j'ai encore fait un certain nombre d'expériences sur d.s cadavres. Quand je retirais l'*aiguille porte-canule*, il ne sor ait plus, quoi qu'on fit, ni liquide ni gaz. Je me suis servi de cet instrument dans plusieurs cas de hernies étranglées qui avaient produit une forte tympanisation; il m'a toujours bien réussi. Je m'en suis servi également dans le cas fort curieux d'une jeune fille de vingt-deux ans, qui avait le rectum dévié du côté gauche, et comme étranglé par la pression d'un ligament de Douglas sur lequel il se recourbait. L'intestin avait fini par prendre un volume énorme, et je conserve encore cette pièce anatomique, car la jeune fille mourut malgré les ponctions qui avaient amené un soulagement momentané. Mais cet instrument est surtout utile, comme je l'ai dit, dans les cas de hernies étranglées. Car il permet de rentrer la hernie et fait éviter des débridements souvent assez dangereux et même mortels.

M. VERNEUIL. Je me défie de la ponction, car cette opération ne produit pas la plupart du temps les bons effets qu'on en attend. Dans les cas de tympanite, l'intestin se trouve divisé en petites loges et les différentes anses intestinales sont totalement séparées les unes des autres. La ponction ne peut donc rien ou presque rien faire.

M. BLOT. J'ai employé la ponction pour une malade à laquelle j'avais fait l'opération *césarienne*; tout à coup, pendant la nuit qui suivit l'opération, un gonflement énorme s'était produit. Les sutures avaient été rompues. L'intestin sortait et il y avait une distention telle que je ne pouvais rétablir les ligatures. C'est alors qu'avec une aiguille à suture je fis la ponction. Les gaz s'échappèrent en grande quantité et je pus faire rentrer l'intestin. Mais la malade finit par mourir des suites de l'opération césarienne qu'elle avait subie. La ponction ne fut pour rien dans cette terminaison fatale, car il n'y avait pas d'épanchements liquides ou gazeux dans les tissus ni de péritonite.

M. GIRALDÈS. J'ai souvent pratiqué des ponctions, elles n'ont jamais produit aucun inconvénient, aucun accident, aucune hémorrhagie. Cette opération a toujours été avantageuse. Dans la moitié des cas, la tympanite est causée par un enroulement du cœcum. Le gaz ne trouvant aucune issue, remplit alors la cavité du gr.s intestin; quand on vide la partie supérieure engorgée, les nœuds qui se sont produits s'effacent, l'intestin revient sur lui-même et l'étranglement interne disparaît.

M. FONSSAGRIVES. J'ai relevé 80 cas de ponction; je n'ai jamais vu que cette opération eut produit aucun accident ni aucune péritonite. Parfois les malades succombaient à l'affection qui avait été la cause ou l'occasion de la tympan te. Mais la ponction n'avait jamais en rien produit cette terminaison fatale.

Quant à l'instrument à employer pour la ponction, je dois dire qu'à mon avis il doit être aussi *ténu* que possible.

A ce point de vue, l'*aiguille porte-canule* de M. Huguier semble convenir admirablement.

Cependant un praticien a un jour pratiqué cette opération avec un trocart à hydrocèle sans qu'il en résultât aucun inconvénient. Ce médecin avait pour excuse l'urgence, car sa malade était presque asphyxiée et il l'a guérie. M. Piorry recommande de ne faire cette opération qu'avec une grande réserve, malgré son innocuité. Je suis de son avis. La ponction doit être la ressource de la dernière heure. Mais il est alors du devoir du médecin de la pratiquer. Pour moi, je regretterai toute ma vie d'avoir omis une fois de la faire pour une malade que j'aurais pu ainsi sauver et qui est morte asphyxiée. D'ailleurs les dangers de la ponction sont chimériques, et il faut la faire toutes les fois que l'asphyxie est à craindre, que la chaleur a déjà diminué et que la couleur a changé. On a parlé des difficultés d'évacuer le gaz. Cela n'est vrai que pour les péritonites chroniques, alors qu'il y a des adhérences. Généralement la ponction débarrasse complétement l'intestin des gaz qu'il renferme.

M. RICHET. M. Barthe disait tout à l'heure que la pneumatose péritonéale était excessivement rare, si tant est qu'elle existait. Pour moi j'en ai observé un cas.

M. BARTHE. De pneumatose péritonéale *essentielle?*

M. RICHET. Oui! vous allez le voir. La malade dont il s'agit était une femme âgée; elle éprouvait souvent après les repas des gonflements gazeux des voies digestives, qui se dissipaient assez promptement. Un jour ce gonflement ne se dissipa pas. L'asphyxie se produisit peu à peu. Quand j'arrivai, cette dame était déjà refroidie, le pouls presque insensible. Elle se mourait. J'examinai la malade. Le ventre était ballonné. Mais à mon grand étonnement les anses intestinales ne s'étaient pas développées; on ne les apercevait pas. Le gonflement était uniforme, et je diagnostiquai de suite une tympanite du péritoine lui-même. J'écartai alors la cicatrice ombilicale et à l'aide d'une simple canule que j'introduisis dans l'ouverture; un jet de gaz s'échappa aussitôt. Ce gaz n'avait pas d'odeur, et à deux pieds de distance il souffla à plusieurs reprises une lumière que je plaçai devant lui.

Je recueillis de ce gaz dans une bouteille, comptant le remettre à M. Wurtz pour l'examiner, ce que j'omis ensuite de faire. Quant à la malade, elle succomba quand même le lendemain, ou plutôt elle continua de mourir.

M. BARTHE. Je ne connais qu'un seul exemple de ce qu'on a appelé la pneumatose péritonéale essentielle; c'est le cas que Michel Lévy a publié en 1848. On en a parlé ici cet hiver, pendant le siége; et j'avais étudié la question. Michel Lévy ayant alors extrait 400 grammes de liquide.

M. FONSAGRIVES. J'ai ici les notes de cette observation. La ponction ne fut pas faite pendant la vie, mais après la mort.

M. BARTHE. Je retrouve aussi cette même observation dans mes papiers : ce n'est pas 400 grammes, mais bien 600 grammes de liquides qui ont été extraits.

M. RICHET. Dans mon observation il n'y avait pas de liquide mais bien un gaz complétement inodore.

M. GUÉNEAU DE MUSSY. J'ai écouté avec grand intérêt la communication de M. Fonsagrives, mais je ne puis partager l'opinion du savant auteur sur les causes qui peuvent empêcher les gaz de passer d'une anse intestinale à l'autre. Je ne crois pas que la péritonite, ou la présence de brides courant les intestins, soit nécessaire pour isoler ainsi une ou plusieurs anses intestinales. Déjà, il y a 5 ou 6 ans j'ai publié mes recherches sur l'inclusion des gaz dans la tympanite. M'étais demandé pourquoi les gaz restant des anses dans un tube ouvert des deux bouts, au lieu de s'échapper par l'anus ou par la bouche. J'avais attribué ce résultat à un *genouillement* de l'intestin, isolant les unes des autres les anses intestinales comme par des valvules. L'intestin grêle est le seul qui se courbe ainsi sur lui-même, aussi la ponction du gros intestin est-elle suivie d'un soulagement bien plus complet que celle de l'intestin grêle. J'en conclus que le gros intestin doit être choisi comme siége de la ponction toutes les fois qu'il est lui-même détendu.

M. MIALHE. J'ai eu l'occasion de faire l'analyse d'un gaz inodore recueilli dans le service de Velpeau, à la suite d'une ponction du ventre; c'était de l'air atmosphérique à peine modifié.

(*Sera continué.*)

DOCUMENTS

POUR SERVIR A L'HISTOIRE DU MOUVEMENT SCIENTIFIQUE PENDANT LE SIÉGE DE PARIS (1).

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 19 décembre 1870. — Présidence de M. LIOUVILLE.

(Suite.)

Économie domestique. — M. ROULIN présente une communication *Sur le procédé employé par les Indiens* têtes-plates *pour obtenir l'huile des os longs.*

Parmi les communications faites à l'Académie depuis l'investissement de Paris, les plus nombreuses assurément se rapportent à deux sortes de questions qui, à une certaine époque, ont excité un très-vif intérêt, mais auxquelles les circonstances où nous nous trouvons aujourd'hui donnent un intérêt tout particulier. On voit qu'il s'agit de l'aéronautique et de l'ensemble des moyens employés pour tirer le meilleur parti possible des ressources alimentaires dont nous disposons. Relativement à ce dernier point, bien des gens n'ont pu manquer de remarquer qu'une société civilisée, par conséquent prévoyante, et qui ainsi devait être presque complétement exempte de la crainte d'une disette même temporaire, se trouve, par le fait, dans des conditions jusqu'à un certain point comparables à celles où sont normalement des populations sauvages qui, chaque année, souffrent d'une disette prolongée, et souvent si dure qu'elle ne leur permet qu'à grand' peine d'attendre la saison qui leur rendra l'abondance. On ne s'étonnera donc point si, de part et d'autre, on a eu recours pour passer des temps difficiles à des expédients semblables; c'est une réflexion que j'ai eu plus d'une fois l'occasion de faire depuis plusieurs semaines, et tout récemment encore à propos de la lecture faite par M. Payen sur divers produits alimentaires obtenus des os du cheval, tissus gélatineux, graisse, huile comestible. C'est aussi sur une huile bonne à manger, également extraite des os, que je demande à l'Académie la permission de l'entretenir un moment. Il va sans dire que, pour cette fabrication comme pour toutes celles qui ont pour but d'utiliser des portions habituellement dédaignées de végétaux ou d'animaux, le parallélisme entre deux classes d'hommes si différentes ne peut porter que sur des produits qui s'obtiennent sans l'intervention des réactifs chimiques, sans l'emploi de vases en métal, sans machines un peu compliquées; celui dont je parle n'exige rien de pareil, pas même l'usage de vases de terre pour chauffer l'eau, que bien souvent on porte à l'état d'ébullition en projetant dans l'auge en bois qui la contient quelques cailloux rougis au feu (2); le reste de l'outillage consiste en une méchante lame avec laquelle on hache et réduit en petits fragments les os longs dont on a d'abord mangé la moelle, laquelle, lorsque ces os ont appartenu à un grand animal, est assez copieuse et assez nourrissante pour qu'un seul suffise au repas d'une personne. L'observation est empruntée à la relation d'un voyage digne de toute notre attention, puisqu'il est le premier qui se soit fait de l'un à l'autre Océan, préparant ainsi la grande entreprise tout récemment achevée de l'établissement du chemin de fer du Pacifique.

MM. Lewis et Clarke avaient été chargés en 1804 par le Gouvernement des États-Unis d'explorer le haut Missouri ainsi que les pays situés au delà des sources de cette rivière, au delà même des montagnes Rocheuses et jusqu'à la mer du Sud. Cette exploration n'exigea pas moins de trois années; au moment dont je parle, vers la fin de l'année 1805, nos voyageurs se trouvaient vers l'embouchure de la rivière Columbia, dont le territoire est occupé par plusieurs tribus indiennes qui, ayant à peu près les mêmes habitudes, sont souvent désignées sous le nom collectif de têtes-plates, quoique chacune ait son nom particulier. Le 2 décembre, un de leurs chasseurs avait tué un cerf Wapiti (*Elk* des Anglo-Américains), et il fut apporté au camp le lendemain. « C'était, dit le narrateur, le premier *Elk* que nous eussions tué depuis que nous avions franchi les montagnes Rocheuses, et, condamnés comme nous l'étions à ne vivre que de poisson, ce fut pour nous une nourriture reçue avec la plus grande satisfaction. Après qu'on eut mangé la moelle des os des jambes, notre Indienne hacha menu ces os (évidemment il ne s'agit ici que des extrémités) et, en les faisant bouillir, en obtint une pinte de graisse liquide supérieure même à la graisse solide de l'animal. » (*Travels up the Missouri*, etc., etc., chap. XXI.)

La pinte anglaise n'est, comme on le sait, que la moitié à peu près de l'ancienne pinte de Paris.

Pendant que je tenais en main le livre d'où je tirais cette citation, j'eus l'idée qu'il me fournirait aussi, peut-être, quelque renseignement sur une autre branche de l'industrie indigène relative non plus à l'alimentation, mais à l'habillement, je veux dire sur le système de corroyage que M. Simonin a vu pratiquer par les Indiens des prairies qui, sans employer en apparence autre chose que la cervelle de l'animal, parviennent à donner à la peau du bison la souplesse et le moelleux d'une étoffe de laine. Dans ce dessein, je parcourus successivement tous les sommaires placés en tête des chapitres, et trouvai enfin, sinon ce que je cherchais, du moins un procédé de préparation du cuir des grands ruminants pratiqué dans un autre canton, et essentiellement différent du premier. Je reviendrait bientôt sur ce procédé, par lequel on se propose de rendre le cuir plus dur qu'il ne le deviendrait si on le laissait se dessécher naturellement, mais je dois auparavant ajouter quelque chose à ce qui a été déjà dit des façons que l'on donne aux cuirs destinés à rester souples. J'emprunterai ces détails à l'ouvrage de M. Catlin : « Lettres et Notes sur les mœurs et coutumes des Indiens de l'Amérique du Nord »; sa lettre VII, datée du confluent du Missouri et de la rivière de la Pierre jaune (*Yellow Stone Riv.*), a surtout rapport aux usages des *Corbeaux* et des *Pieds-Noirs* qui savent, il est vrai, préparer ces belles peaux garnies de leur toison dont parle M. Simonin, mais n'en font guère un objet d'exportation, celles que fournit le commerce aux villes des États-Unis, où elles sont connues sous le nom de *Buffalo-robes*, venant surtout des pays situés moins loin vers l'ouest. Chez ces Indiens, comme chez nos tanneurs, la première opération à laquelle on soumet la plupart des peaux a pour résultat d'en faire tomber le poil. Toute la différence dans les procédés consiste en ce qu'au lieu du bain de chaux, c'est un bain de forte lessive de cendres dans lequel les peaux sont maintenues quelques jours immergées. Le poil enlevé, on tend la peau sur un châssis, soit sur le sol, au moyen de piquets passant dans des trous pratiqués sur ses bords et enfoncés en terre de manière à la tenir bien également étirée; elle reste ainsi pendant plusieurs jours pendant lesquels on la tamponne avec la cervelle, puis on procède au raclage qui se pratique avec un os large aiguisé sur les bords, le plus souvent un omoplate, ou avec un outil en silex ayant à peu près la forme d'une herminette, instrument sur lequel l'ouvrière agenouillée pèse de tout le poids de son corps. Cela fait, on détache la peau, et pendant qu'elle sèche on continue à la travailler à force de bras à la manière de nos corroyeurs jusqu'à ce qu'elle soit aussi moelleuse qu'elle peut le devenir. Ce travail est du département des femmes qui, dans ce cas comme dans presque tous les autres, sont chargées des ouvrages les plus rudes.

« La plupart de ces peaux, ajoute M. Catlin, sont cependant soumises ensuite à une autre opération qui en augmente la valeur et les rend d'un bien meilleur usage. Cette opération consiste à les enfumer, ce qui se pratique de la manière suivante : On creuse en terre un trou au fond duquel on dresse un feu alimenté par du bois mort, qui, en brûlant, donne très-peu de flamme et beaucoup de fumée. Au-dessus de ce foyer on bâtit, avec quelques menues perches, une cage conique qu'on recouvre d'un capuchon en cuir cousu sur les bords pour mieux s'opposer à l'échappement de la fumée. C'est sous cette cloche que l'on place les peaux auxquelles on veut donner la dernière façon, et elles restent ainsi au moins un jour exposées à cette fumée chaude qu'on a bien soin d'entretenir. Elles ont, en sortant de l'étuve, une propriété précieuse qu'elles n'avaient pas en y entrant.; elles peuvent être mouillées impunément autant de fois qu'on le voudra, reprenant toujours en séchant leur première souplesse. »

Dans un passage précédent, M. Catlin, parlant des armes de ces mêmes Indiens, disait (lettre V) : « Leur bouclier est fait en peau de cou de bison *enfumée* et endurcie au moyen d'une colle forte qu'on obtient de la corne du pied de la bête », ce qui ferait d'abord supposer que l'enfumage n'est pas réservé aux seuls cuirs qui doivent rester souples. En y réfléchissant cependant, je me suis demandé si, dans le feu qu'on allume lorsqu'il s'agit de faire un bouclier, la fumée qui se produit est considérée comme ayant quelque importance, et j'en suis venu à croire que le procédé opératoire des *Pieds-Noirs* pourrait bien ne différer en rien d'essentiel de celui qui était en usage parmi les *Shoshonees*, et que Lewis et Clarke nous ont fait connaître à peu près dans ces termes :

« Leur bouclier est une pièce de cuir de bison de forme circulaire ayant de 2 pieds 4 pouces à 2 pieds 5 de diamètre.... Le cuir de bison sec est toujours à l'épreuve de la flèche, mais les Shoshonees sont convaincus que, pour être parfait, un bouclier doit avoir été fabriqué avec certaines cérémonies mystérieuses, qui commencent toujours par un banquet auquel prennent part les principaux guerriers et, comme de raison, quelque sorcier (1). Le repas fini, on creuse en terre un trou de diamètre égal à celui que doit avoir le bouclier; on place au fond des pierres rougies au feu, sur lesquelles on verse ensuite de l'eau qui se convertit en une vapeur brûlante. La peau de bison, qu'on a laissée de toute sa grandeur, peau qui doit être celle d'un mâle âgé de deux ans qu'on aura eu soin de ne pas laisser sécher depuis le moment où elle a été enlevée à l'animal, est alors étendue au-dessus de la fosse brûlante et tirée en sens opposé par autant de mains qui peuvent en saisir les bords; bientôt le poil qui est tourné en dessus se détache aisément et est enlevé par poignées. Le cuir, cependant, se contracte progressivement, et c'est seulement lorsqu'il est réduit aux dimensions que doit avoir le bouclier que s'arrête la première partie de l'opé-

---

(1) Suite. — Voir le dernier numéro.

(2) Les Assiniboines ont reçu d'Indiens appartenant à une autre nationalité ce nom, qui signifie *bouilleurs de pierre*, et qui leur a été donné à raison d'une invention qui leur permet d'improviser, en quelque lieu qu'ils se trouvent, une marmite propre à faire cuire la chair du bison qu'ils viennent de percer de leurs flèches. Ils creusent dans la terre de la prairie un trou de capacité suffisante pour contenir la quantité de viande jugée nécessaire d'après le nombre des mangeurs; ils tapissent ce trou de la peau dont ils viennent de dépouiller l'animal, et emplissent cette étrange chaudière d'eau qu'ils ont bientôt fait bouillir en y jetant des cailloux incandescents, la maintenant en cet état par le même moyen jusqu'à ce que la viande soit cuite à point.

(1) Le bouclier est pour tous ces Indiens d'une telle importance, qu'on n'a point lieu de s'étonner qu'on ait cru devoir en entourer la fabrication de quelques pratiques religieuses ou au moins d'un certain mystère. M. Hunt, qui, vers l'année 1814, fut aussi envoyé, par terre, des bords de l'Atlantique vers l'autre Océan, mais qui traversa les montagnes Rocheuses en un autre point que Lewis et Clarke, eut l'occasion d'assister à une réception solennelle qu'on faisait dans un village d'Aricaras à une troupe de guerriers qui revenaient vainqueurs. Ceux-ci se présentaient dans leur plus bel appareil de guerre et armés d'ailleurs assez diversement : « quelques-uns, dit le narrateur, avaient un fusil, d'autres l'arc et la flèche, plusieurs le casse-tête; *tous avaient un bouclier de cuir de bison*, pièce d'un usage général parmi les Indiens des prairies qui, dans ces vastes plaines, ne peuvent profiter du couvert des forêts, pas même de l'abri que peuvent présenter des arbres isolés. » (IRVING, *Astoria*, Paris, 1836, in-8°, p. 154.)

ration; la seconde consiste à l'étendre sur un cuir bien lisse, préparé à la manière du vélin, contre lequel on l'applique fortement en le piétinant avec les pieds nus. Cette dernière partie de la fabrication, à laquelle prennent part successivement tous les conviés, dure quelquefois plusieurs jours; après quoi le bouclier est remis solennellement à son propriétaire et déclaré parfait. »

Il me semble que cette description est complétée par l'indication de M. Catlin et fait comprendre l'usage de la colle forte dont Lewis et Clarke n'ont point parlé. Elle est nécessaire pour faire comprendre l'adhésion des deux cuirs, qui n'a pas pour effet d'augmenter seulement l'épaisseur de la rondache : la peau exposée au feu, en devenant à la fois plus épaisse et plus dure, a perdu nécessairement quelque peu de son élasticité; la peau parcheminée lui rend ce qui pouvait lui manquer à cet égard, et elle devient dès lors plus propre à résister à un choc qui, sans cela, tendrait à rompre l'arme.

L'expédition si pénible dirigée par MM. Lewis et Clarke eut, personne aujourd'hui ne l'ignore, le succès que s'en promettait le Gouvernement qui l'avait ordonnée, et a eu pour résultat final l'établissement de ce chemin de fer, qui permet de franchir dans un temps comparativement très-court et presque sans fatigue l'immense espace compris entre les deux mers. La relation de ce premier voyage, cependant, reste pour l'ethnologiste, ainsi qu'on en peut juger par les emprunts que nous venons d'y faire, un répertoire dans lequel il trouvera, sur les habitudes et l'industrie des indigènes, des indications d'autant plus précieuses que bientôt ces peuples auront disparu de la surface du globe. Parmi les renseignements qu'on en peut tirer, qu'il nous soit permis de faire remarquer que quelques-uns prennent des circonstances dans lesquelles nous nous trouvons aujourd'hui un intérêt particulier. J'ai, en commençant cette note, indiqué une des ressources alimentaires auxquelles ont recours les *peaux-rouges* que le besoin a rendus industrieux; en la terminant, je dirai deux mots des épreuves qu'ont rencontrées les hommes de race blanche une fois engagés dans ces pays sauvages, et de la manière dont ils ont su les surmonter. On savait bien au départ qu'il ne fallait pas songer à emporter des vivres pour tout le voyage, et l'on comptait sur les produits de la chasse; mais on eut à traverser de vastes étendues de pays dans une saison où la chasse n'y donnait rien. Le bison manquant, on eut recours à la viande de cheval, qui fut acceptée sans difficulté; puis, celle-ci venant à manquer, il fallut en venir à la chair de chien, heureux encore quand on put s'en procurer. Ce ne fut pas d'ailleurs sans avoir à vaincre bien des répugnances. « Cependant, remarque le narrateur, des expériences répétées nous fournirent la preuve que nos hommes, exténués par les fatigues et le manque de vivres, ne reprenaient jamais plus tôt leurs forces et leur embonpoint que lorsqu'ils avaient été quelque temps à ce régime. » Ce fait demeura si bien établi que, moins de cinq ans après, dans une nouvelle expédition due cette fois à l'initiative d'un simple particulier, dans celle que M. Astor envoyait par terre vers l'établissement commercial qu'il voulait fonder sur le Pacifique, à l'embouchure de la rivière Columbia, dès que le besoin de provisions fraîches commença à se faire sentir, les chevaux étant rares et chers dans le premier village indien où l'on s'arrêta, on n'hésita pas à y faire emplète d'un grand nombre de chiens destinés à être mangés (1). »

(Sera continué.)

(1) Irving, *Astoria*. Paris, 1836, in-8°, p. 122. Des chiens d'une race particulière étaient, chez ces Indiens (des Aricaras) et chez beaucoup d'autres, élevés et engraissés comme animaux de boucherie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Ont été nommés chevaliers de la Légion d'honneur :

M. le docteur Cruveilhier, chirurgien des hôpitaux (Services au Val-de-Grâce et à l'ambulance militaire de la Salpêtrière);

M. le docteur Théophile Auger;

M. le docteur Perdrigeon;

M. le docteur Feulard; (services à la société Internationale de secours aux blessés);

M. Gustave Le Bon, médecin (services aux ambulances mobiles de l'armée).

— M. le docteur Baillarger, médecin de la Salpêtrière, vient de se démettre de ses fonctions, après trente ans de service. — Il est nommé médecin honoraire de la Salpêtrière.

— Excellente position médicale à prendre de suite dans un chef-lieu d'arrondissement, s'adresser au bureau du journal.

— La Commune de Doulaincourt (chef-lieu de canton Haute-Marne), par suite du décès du médecin qui l'habitait, offre une belle position à un jeune docteur qui voudrait venir s'y établir. — S'adresser au Maire pour les renseignements et pour traiter de la subvention accordée par la Commune.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Étude sur les affections glaucomateuses de l'œil, par M. le docteur Mohammed, émir, ancien médecin de l'intendance sanitaire d'Égypte. In-8. — Prix : 4 fr.

Opérations préliminaires à l'extirpation des tumeurs : écrasement linéaire, galvano-caustique de leur combinaison, par M. le docteur Th. Raymond, ancien interne des hôpitaux de Paris. In-8°. — Prix : 2 francs.

Recueil d'ophthalmologie, par M. le docteur X. Galezowski. — 1re année; in-8, pp. 128. — Prix : 2 fr.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

Le journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :		POUR L'ÉTRANGER
Trois mois	8 fr. 50 c.	le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes
Six mois	16 —	
Un an	30 —	

SOMMAIRE. — HÔPITAL MILITAIRE D'AUMALE (Algérie). — Observation de deux cas de fractures par cause directe de la voûte du crâne (M. Beltz, médecin-major). — De l'emploi des eaux de Bourbonne dans le traitement des fractures (M. Cabasse). — Documents pour servir à l'histoire du mouvement scientifique pendant le siége de Paris. — Bulletin bibliographique.

Paris, le 20 juillet 1871.

HOPITAL MILITAIRE D'AUMALE (Algérie).

M. BELTZ, médecin-major.

Observation de deux cas de fractures par cause directe de la voûte du crâne.

J'ai eu l'occasion d'observer presque simultanément, dans notre hôpital, deux variétés de fractures ayant chacune pour siége la voûte du crâne, et qui se sont terminées d'une manière bien différente. L'une d'elles, sans enfoncement, a été suivie de phénomènes de paralysie et d'inflammation qui ont entraîné la mort; l'autre, avec enfoncement considérable, a guéri rapidement et sans accidents. Chacun de ces deux cas présente un intérêt particulier, et, en les publiant, je crois contribuer d'une manière utile à l'histoire de la compression de l'encéphale.

OBS. I. — Le nommé Pierre, âgé de 32 ans, homme robuste, appartenant à un bataillon de mobilisés de la Côte-d'Or envoyé en Algérie pendant la campagne de France, fut blessé dans un combat contre les Arabes insurgés par une balle qui, après avoir traversé son képi, frappa obliquement la partie supérieure du pariétal gauche, à 1 centimètre de la ligne médiane. Il entra à l'hôpital militaire d'Aumale le 21 mars 1871, jour même du combat, à 5 heures du soir, après avoir parcouru à dos de mulet un trajet de 35 kilomètres de route, par une journée très-chaude.

Je fus frappé dès l'abord par la singulière expression de sa physionomie et par la fixité de son regard. Son visage respirait en même temps la terreur et la colère, et, dès qu'on s'approchait de lui, il faisait de violents efforts pour se débarrasser des gens qui le tenaient et pour prendre la fuite. Impossible d'en tirer aucune réponse : il ne voyait partout que des Arabes qui voulaient attenter à ses jours, et, à la moindre question, il répondait par une insulte ou une menace. Seul, un officier de son bataillon, qui était du même village que lui, pouvait le rassurer un peu et lui faire entendre raison. Il acceptait des mains de cet officier les remèdes qu'il repoussait énergiquement quand je les lui présentais moi-même, car il croyait que je voulais l'empoisonner.

Cet homme avait reçu sa blessure à 7 heures du matin; immédiatement il avait perdu connaissance (commotion au deuxième degré), et, quand il se fut relevé au bout de quelques instants, il ne put marcher que soutenu par ses camarades. Le délire s'était déclaré environ une demi-heure après l'accident et ne s'était pas interrompu depuis ce moment.

La plaie de la tête consistait en un sillon à direction antéro-postérieure, long de 6 centimètres sur 3 centimètres de largeur; son extrémité antérieure commençait à deux travers de doigt en arrière de la naissance des cheveux et à 1 centimètre à gauche de la ligne médiane antéro postérieure de la tête. Au fond de ce sillon, on apercoit l'os qui était norci par le projectile et qui présentait à la partie antérieure un point rugueux, dépoli (siége de la contusion), duquel partaient en divergeant, sous un angle de 25 degrés, deux fêlures qui, après un trajet d'environ 2 centimètres, disparaissaient sous les parties molles.

L'étendue de la perte de substance des chairs, dont les bords étaient très-contus et adhéraient fortement à l'os, ne me permit pas de songer à la réunion de la plaie, et je me bornai à appliquer des compresses d'eau froide et à faire prendre au malade une potion calmante.

La nuit fut excessivement agitée : le malheureux blessé, en proie à un délire furieux, arrachait toutes les pièces de son pansement et sautait hors de son lit à tout instant, de sorte qu'on fut obligé, pour le maintenir, d'employer la camisole de force.

Il fallut cinq jours, pendant lesquels on employa concurremment les révulsifs cutanés et intestinaux (tartre stibié en lavage) et quatre-vingts sangsues aux mastoïdes (en quatre applications successives) pour triompher enfin de cet état d'excitation cérébrale et ramener un peu de calme. A partir de ce moment, le malade ne se plaignit plus que d'un peu de céphalalgie; cependant son regard conservait toujours une fixité qui ne me semblait pas naturelle, et je fus frappé de la brusquerie de ses réponses et d'une certaine impatience qu'exprimait sa physionomie chaque fois qu'on lui adressait une question, parce qu'il avait beaucoup de peine à trouver le mot qu'il cherchait; il répondait souvent par oui ou non (un peu d'aphasie).

A part cela, l'état général fut toujours assez bon, sauf un peu de faiblesse qui ne l'empêchait pas cependant de se promener dans la cour. Quant à l'état local, les parties molles qui bordaient le sillon étaient presque cicatrisées, et les parties noires et contuses commençaient à se détacher de l'os qui, pensions-nous, allait s'exfolier.

Cet état satisfaisant se maintint jusqu'au 4 mai, c'est-à-dire jusqu'au quarante-deuxième jour après l'accident. Ce jour-là, à la visite du matin, le malade accusa un peu de douleur au niveau de la plaie : je diminuai l'alimentation et fis appliquer des compresses émollientes sur la tête.

Le lendemain, la douleur était calmée, mais le malade me dit qu'il avait passé toute la nuit sans pouvoir dormir, ayant été tourmenté par des battements continuels au niveau de la plaie. J'examinai celle-ci avec attention, et en appuyant sur l'os avec le stylet je constatai une mobilité que je crus devoir attribuer à l'exfoliation d'une lamelle de la table externe : aussi, dans l'espoir d'aider le travail de la nature, j'introduisis un des mors d'une pince à pansements dans une des fêlures décrites plus haut, et j'essayai de détacher la partie exfoliée. Mais à ma grande surprise, l'os se souleva dans toute son épaisseur et laissa à nu la dure-mère dont je voyais les battements sous mes yeux. Le fragment osseux détaché, mesurait 5 centimètres de longueur sur 2 centimètres de largeur; il était épais, lourd et compact, mais ne semblait point altéré. Un de ses côtés était fortement taillé en biseau aux dépens de la table externe; celle-ci était intacte partout, excepté sur une surface large de 2 centimètres carrés d'où je pus facilement détacher une mince lamelle circulaire dans le point même qui avait été frappé par le projectile.

Le malade n'avait d'ailleurs nullement souffert de l'ablation de ce séquestre et je ne remarquai chez lui aucun phénomène nerveux insolite; je recouvris la plaie d'un pansement simple, satisfait en définitive de ce résultat qui me semblait devoir mettre le blessé à l'abri d'accidents ultérieurs de suppuration, de compression ou autres.

Malheureusement, je fus bientôt détrompé. Dès le lendemain, le malade était dans un état de stupeur et d'affaissement qui me frappa et qui fut aussi remarqué par M. l'aide major Lavat; nous observâmes de la somnolence, de la lenteur et de l'incertitude dans les réponses. Le malade avait aussi eu pendant la nuit une selle involontaire et de l'incontinence d'urine : le pouls était large, plein, à 90 pulsations, la face animée et les sclérotiques injectées.

Prescription : diète, tartre stibié en lavage, 20 sangsues autour de la plaie du crâne.

Le jour suivant (7 mai) : Incontinence persistante de l'urine et des matières fécales; quelques vomissements comme pendant la journée d'hier. Désirant tâter le pouls du malade, je lui demande de sortir du lit son bras droit, mais à ma grande surprise, il ne peut pas remuer ce membre qui est complétement paralysé. La sensibilité tactile est abolie ainsi que la motilité ; mais la sensibilité à la douleur, bien que notablement diminuée, persiste encore. Pas de paralysie des autres membres, ni de la face.

L'intelligence est conservée, mais le malade est très-affaibli et son moral paraît fortement ébranlé : il s'impatiente et pleure à la moindre contrariété et sa parole est plus hésitante encore que dans les premiers jours.

Le 8 mai, la paralysie a gagné le membre inférieur du côté droit, de sorte que, sauf la face qui a conservé ses mouvements, il y a hémiplégie du côté droit. J'avais déjà plusieurs fois examiné la plaie, espérant trouver en elle la cause des accidents cérébraux et je n'avais rien découvert. Cependant, dans un nouvel examen la pulpe de mon indicateur rencontra une petite aspérité de la grosseur d'une tête d'épingle, située à la partie antérieure de la plaie. Je saisis ce petit corps avec une pince et je retirai une mince lamelle osseuse, longue de 1 centimètre et large de 5 millimètres qui avait été enfoncée dans le tissu cérébral et qui était imprégnée de pus.

Le lendemain, 9 mai, la paralysie existe encore, mais le malade a pu garder ses urines et a demandé le vase pour uriner. Comme il est très-affaibli et qu'il a été soumis depuis quelques jours à un régime sévère, je lui accorde un peu de bouillon et quelques gouttes de vin.

Le 10 mai, l'état général est assez bon et le malade se plaint d'avoir faim; la paralysie des mouvements est toujours complète mais la sensibilité est un peu revenue. Je commence à alimenter légèrement, tout en combattant l'état cérébral par des dérivatifs sur le tube intestinal et par l'application d'un large séton à la nuque.

Le 12 mai, le séton suppure abondamment et l'état général est satisfaisant; mais la paralysie des membres persiste ainsi qu'une grande paresse de l'intestin, le malade ne pouvant obtenir de garde-robes qu'au moyen de purgatifs.

Enfin le 15 mai, les doigts de la main droite peuvent exécuter quelques légers mouvements. A partir de ce jour, l'amélioration continue, mais lentement, car le malade ne peut remuer le bras droit que le 2 juin, et les mouvements reparurent dans le membre inférieur, le 8 juin, un mois après le début de la paralysie. Ici les orteils furent les derniers à pouvoir remuer, tandis qu'au membre supérieur les mouvements avaient d'abord reparu dans les doigts : le malade pouvait déjà se tenir sur le pied paralysé, que les orteils étaient encore immobiles. Quant à la perte de substance du crâne, elle fut obturée au bout de trois semaines par une membrane cicatricielle qui protégeait efficacement les organes encéphaliques.

— Je croyais donc pouvoir considérer cet intéressant malade comme étant tout à fait hors de danger, et je ne le gardais à l'hôpital que pour attendre le moment où il aurait repris assez de force pour pouvoir supporter les fatigues de la traversée et retourner enfin dans sa famille. De tous les accidents qu'il avait eu, il ne conservait qu'un peu de faiblesse dans les membres droits, surtout dans la main droite qui était toujours en moiteur et un peu d'incertitude dans la parole. La constipation persistait toujours et elle devait tenir à un peu de paralysie du rectum, car la langue du malade était très-nette et humide, et je n'avais que trop de peine à réprimer les exigences de son appétit. Je regrette d'avoir fini par céder à ses continuelles sollicitations et d'avoir augmenté son alimentation, car deux jours après que je lui eus accordé la demi-portion d'aliments et de vin, il accusa des coliques et eut plusieurs selles diarrhéiques, c'était le 4 juillet, c'est-à-dire plus de trois mois après le jour où il reçut sa blessure et 54 jours après le début des accidents de paralysie.

Je prescrivis la diète et 1 verre d'eau de sedlitz.

Le 5 juillet, plus de coliques, le malade redemande ses aliments, mais comme je lui trouve un pouls à 80 et un peu de chaleur à la tête, je n'accorde que du bouillon et des pruneaux.

Le 6 juillet : un peu de fièvre dans la journée d'hier et quelques vomissements; aujourd'hui le pouls est à 82 et le malade est très-affaibli, son visage est pâle, abattu. Les infirmiers m'affirment qu'il a eu 4 garde-robes pendant la nuit, et cependant il ne se rappelle n'avoir demandé qu'une fois le vase. Il accuse de la céphalalgie au niveau de la cicatrice du crâne, mais seulement quand on le questionne, car il ne se plaint pas spontanément. Nous n'avions malheureusement à ce moment plus de sangsues à l'hôpital, et comme je jugeais le malade trop faible pour supporter une saignée générale, je fis appliquer des compresses froides sur la tête et je donnai du calomel à doses réfractées (*un* décigramme en *dix* paquets.)

Le 7 juillet : Faiblesse plus grande : pâleur de la face, contraction des pupilles, sans photophobie; petitesse et accélération du pouls. Les réponses sont lentes, incertaines et incomplètes mais l'intelligence est conservée. Le malade meurt subitement dans la nuit du 7 au 8 juillet à 1 heure du matin.

— Autopsie douze heures après la mort. — Après l'ablation au moyen de la scie, de la calotte crânienne os é-cutanée, j'examinai la cicatrice fibreuse qui comblait la perte de substance du crâne. D'une épaisseur de près de 4 millimètres, elle était un peu déprimée au centre; quoiqu'elle ne présentât aucune trace d'ossification, elle était très-forte et très-résistante, puisqu'on pouvait exercer sur elle une pression énergique sans la rompre.

La dure-mère était épaissie, surtout au niveau de la perte de substance osseuse; sa surface était sèche, jaunâtre, très peu vascularisée sur une assez grande étendue et le sinus longitudinal supérieur était tout à fait oblitéré et vide de sang. Au dessous de la dure-mère et dans la même étendue, c'est-à-dire sur une surface de la grandeur de la paume de la main, les deux autres membranes étaient également sèches et jaunâtre; on apercevait bien sur la pie-mère quelques veines bleuâtres contenant du sang congelé, mais on ne voyait point d'artérioles et pas une goutte de ce sang vermeil qui se trouve toujours à l'orifice des petits vaisseaux qu'on déchire en détachant cette membrane du cerveau. La pie-mère adhérait d'ailleurs fortement à la substance cérébrale qui était blanc-jaunâtre, un peu ramollie et dont les circonvolutions étaient complétement effacées, de sorte que la partie moyenne et supérieure de l'hémisphère gauche formait une surface tout à fait lisse, un peu bombée au centre. Le bistouri enfoncé en ce point de la pulpe cérébrale, donna issue à du pus jaune, verdâtre, très-épais sans mélange de sang. Ce pus, d'une odeur fade et nauséabonde, était réuni en collection dans une cavité arrondie du volume d'un petit œuf de poule, tapissée par une membrane épaisse, d'un rouge foncé, assez consistante et qui me parut formée par le refoulement et le tassement du tissu cérébral.

En avant de cet abcès situé dans la partie supérieure et moyenne de l'hémisphère cérébral gauche, on voyait un foyer d'inflammation tout récent et qui se présentait sous l'aspect d'une vive injection de la substance cérébrale, injection plus rouge et plus confluente au centre, plus disséminée et moins foncée à la circonférence où elle se terminait par un piqueté abondant. Le volume total de la partie enflammée pouvait être rapporté à celui d'une noix; à ce niveau, surtout au centre de l'injection, la substance cérébrale était ramollie.

Partout ailleurs le cerveau était sain, excepté sur un point du diamètre d'une pièce de 50 centimes situé sur la partie interne et supérieure de l'hémisphère droit en face de la partie correspondante de l'hémisphère gauche, qui formait la paroi interne de l'abcès : sur ce point la pie mère adhérait fortement à la substance cérébrale qui était jaunâtre. Les autres organes furent trouvés parfaitement sains, seulement les muscles des membres qui avaient été paralysés, étaient un peu plus pâles que ceux des membres sains correspondants.

(*A suivre.*)

DE L'EMPLOI DES EAUX DE BOURBONNE

DANS LE TRAITEMENT DES FRACTURES (1).

Par M. CABASSE, médecin-major.

Bains généraux ou locaux, lotions et injections d'eau minérale dans les trajets fistuleux. Formation de petits abcès qui nécessitent la suspension des bains; issue de petites esquilles.

Vers la fin de juillet, après la déclaration de guerre, M. B... est rappelé et retourne à son poste après avoir obtenu de la médication thermale une notable amélioration. Le gonflement est bien moins considérable, les doigts peuvent exécuter quelques mouvements, il ne reste plus qu'un seul trajet fistuleux.

Nous recevons, au moment où nous écrivons ces lignes, une lettre du père de M. B..., ingénieur en chef des ponts et chaussées.

« J'espérais toujours, me dit-il, que mon fils retournerait cette année à Bourbonne, mais à son grand regret, le conseil de santé de Cherbourg en a jugé autrement. Il vient de recevoir ce matin l'avis qu'il est admis à l'hôpital militaire de Baréges pour la deuxième saison.

La main gauche, quoiqu'il s'en serve un peu, n'est pas entièrement guérie. Il reste deux petits trous qui se ferment et qui se rouvrent de temps en temps. Mais cela ne l'a pas empêché de rentrer à Cherbourg, pour reprendre son service à l'expiration de son congé.

. . . . . . Heureusement il est plus ingambe cette année que l'année dernière, de sorte qu'il saura se tirer d'affaire tout seul pour aller à Baréges. »

Les eaux jouissant de la propriété incontestée de faciliter la sortie des esquilles et corps étrangers, nous n'avons pas besoin d'insister sur les avantages qu'il y a à les employer le plus tôt possible après l'accident, dans des cas semblables à celui que nous venons de relater. Lorsqu'il ne restera plus de corps étrangers et que la plaie sera cicatrisée, il y a tout lieu de penser qu'elle ne se rouvrira pas et que la guérison sera définitive.

Nous voyons presque chaque année revenir à Bourbonne le colonel C... Cet officier a été atteint en Crimée d'un coup de feu qui a fracturé comminutivement les deux os de l'avant-bras à la partie moyenne.

Jamais la blessure ne s'est cicatrisée complétement, entretenue qu'elle est, par une esquille mobile volumineuse profondément située, dont à diverses reprises nous avons pu constater la présence. Chaque année une inflammation violente et la formation d'un phlegmon nous ont mis dans la nécessité de prescrire la suspension des bains. Nous avons cru devoir plusieurs fois proposer d'enlever ce sequestre, en pratiquant une contre-ouverture. Malgré une énergie peu ordinaire, le blessé n'a jamais voulu consentir à cette opération qui ne présente aucun danger et sans laquelle il n'y a pas de guérison à espérer.

Après la consolidation des fractures et la cicatrisation des blessures, les eaux pourront être encore employées avantageusement contre certains accidents consécutifs, douleurs rhumatoïdes, paralysies, atrophies, gêne dans les mouvements, etc. Aux moyens que nous avons indiqués plus haut, il faudra ajouter les douches, les boues en cataplasmes, le massage et l'électricité, en combinant les divers moyens de manière à répondre aux indications que réclame chacun de ces accidents en particulier.

Les résultats à obtenir de l'emploi de ces modes divers d'administration des eaux thermales seront d'autant plus efficaces, que celles-ci auront été employées à l'époque la moins éloignée de la consolidation des fractures ou de la cicatrisation des blessures.

L'hydrologie n'est ni assez approfondie ni assez appréciée en France, où l'étude des eaux minérales est complétement négligée dans nos écoles, et où la mode seule fait la vogue des thermes, en en faisant des centres de réunion et de plaisir.

« Les eaux, a dit Patissier, guérissent quelquefois, soulagent souvent, consolent toujours. »

Malheureusement il est bien difficile de démêler la vérité au milieu des erreurs, des contradictions et des exagérations des auteurs de traités spéciaux.

Plus soucieux de leur intérêt personnel que de la dignité professionnelle, la plupart de ces œuvres exagèrent outre mesure les vertus des eaux, et ont trop de tendance à faire une panacée universelle de la station par eux exploitée.

Beaucoup de ces *factums* sont pleins de dangers pour les malades, auxquels ils sont *spécialement destinés*, et qui ne peuvent les comprendre, et ne sont pour le médecin consciencieux d'aucune utilité au point de vue scientifique.

Disons encore, qu'à moins d'indications particulières et exceptionnelles, les eaux doivent être administrées dans toute leur pureté et dans toute leur énergie à l'exclusion de tout autre médication. La plupart des malades qui nous arrivent ont épuisé en général toutes les ressources de la thérapeutique. Le repos et la suspension de l'emploi de moyens quelquefois irrationnels entrent bien souvent pour une large part dans les améliorations obtenues pendant la cure thermale.

Nous ne sommes nullement partisans de ces traitements mixtes avec les bains sulfureux ou autres, avec les eaux de Vichy, de Contrexéville, de Vittel, qui ont été vantés dans un but peut-être intéressé (1).

« Si le médecin, dit le docteur Kurch, de Niederbronn, ne doit pas nécessairement la guérison à ses malades, il leur doit toujours la vérité. La vérité c'est l'honneur de l'art. . . . . . . »

O vérité! pourquoi, armée d'un fouet à triple lanières, ne descends-tu du ciel pour châtier et chasser comme autrefois du Temple, les Baziles et les charlatans, ces honteux trafiqueurs d'une profession qui, à l'égale de celle du prêtre, devrait être un sacerdoce, surtout pour le médecin militaire.

(1) Fin. — Voir l'avant-dernier numéro.

(1) Voir les critiques curieuses de Diderot, *Voyage à Bourbonne* (1770); *Essai de bibliographie*, p. 425; le charmant article de Pérégrin publié en 1835 dans la *Chronique de Paris : Les eaux thermales, Bourbonne-les-Bains.*

DOCUMENTS

POUR SERVIR A L'HISTOIRE DU MOUVEMENT SCIENTIFIQUE PENDANT LE SIÉGE DE PARIS (2).

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 19 décembre 1870. — Présidence de M. LIOUVILLE.

(Suite)

NOMINATIONS

L'Académie procède, par la voie du scrutin, à la nomination d'une commission qui sera chargée de juger le concours pour le grand prix des sciences physiques (question des phénomènes génésiques qui précèdent le développement des animaux).

MM. Milne-Edwards, de Quatrefages, Blanchard, Coste, Dumas réunissent la majorité des suffrages. Les membres qui, après eux, ont obtenu le plus de voix, sont MM. Robin, Brongniart.

L'Académie décide que la commission précédente sera chargée également de juger le concours pour le prix Bordin (question relative à l'anatomie comparée des Annélides).

CORRESPONDANCE

Physique du globe. — M. BELGRAND adresse un travail intitulé : *La Seine : Etudes sur le régime de la pluie, des sources, des eaux courantes ; applications diverses à l'art de l'Ingénieur et de l'Agriculture.*

Le public s'est vivement préoccupé pendant le siége de Paris des crues de la Seine et de la Marne; il n'est donc pas hors de propos de faire connaître le régime de ces deux rivières et des autres cours d'eau du bassin du fleuve parisien. Je m'occupe de ces recherches depuis 1832, et de nombreux mémoires, publiés dans les *Annales des Ponts et Chaussées*, le Bulletin des Sociétés Géologique et Météorologique de France, établissent d'une manière certaine la priorité de mes travaux sur ceux des ingénieurs et autres savants qui, longtemps après moi, se sont engagés dans la même voie. L'un de ces mémoires a été présenté, en 1847, à l'Académie des sciences.

Ces études sont résumées dans deux volumes, dont l'un a été imprimé aux frais de la ville et présenté à l'Institut par M. Dumas le 16 mai 1870 (3).

L'autre est le manuscrit que j'ai l'honneur de présenter à l'Académie, et je ne sais quand il pourra être imprimé; les circonstances où nous nous trouvons ne se prêtent guère à une publication scientifique. J'y joins un exemplaire de tous les Mémoires publiés par moi jusqu'à ce jour sur le même sujet.

Je ne reviendrai pas sur ce que j'ai dit de l'orographie du bassin de la Seine (4). Quoique ce bassin soit un pays de plaines, il change d'aspect, pour ainsi dire, à chaque étape du voyageur qui le parcourt, et cette variété si singulière, si rare dans les pays plats, il la doit à la variété non moins grande des formations géologiques qui l'occupent; on verra, par le résumé qui suit, que ces contrastes, dûs à la nature des terrains, ne sont pas moins remarquables en ce qui concerne la composition des eaux de source, le régime des eaux courantes et les divers produits que l'agriculture tire du sol.

De la pluie. — Les objets principaux de ces études étant les eaux courantes, les sources et l'agriculture, j'ai dû faire connaître d'abord la loi de la répartition des eaux pluviales à la surface du bassin.

Il pleut beaucoup sur les bords de l'Océan; cette première ligne de maxima, correspondant aux côtes de Normandie, est peu intéressante, puisqu'elle est sans action sur les crues du fleuve. L'uniformité d'altitude des plateaux depuis l'Océan jusqu'au pied de la chaîne de la Côte-d'Or détermine une décroissance sensible de la pluie; il y a une ligne de minima presque parallèle au rivage de la Manche qui s'écarte peu de la vallée d'Oise. A la Champagne humide correspond une ligne de maxima qui suit le pied de la chaîne de la Côte-d'Or; puis il y a une décroissance brusque vers la partie basse de cette chaîne; mais à mesure qu'on s'élève sur les pentes de la basse Bourgogne et du Morvan, la pluie augmente jusqu'à la ligne de faîte.

Voici les hauteurs moyennes annuelles de pluie constatées à la surface des divers bassins des grands affluents du fleuve :

	mm
Bassin d'Yonne	782,8
» de la Seine proprement dite.........	684,3
» de la Marne...........	781,0
» de l'Aisne...........	522,0
» de l'Oise...........	583,0
Moyenne générale............	708,4

Le maxima de hauteur de pluie correspond à deux stations du Morvan, le Haut Follin et les Settons (altitudes 902 et 596m,68).

La moyenne annuelle pour ces deux stations est.....	1750mm
Le minimum se trouve à Venette, près Compiègne (altitude 41 mètres), moyenne................	438
La moyenne des huit pluviomètres de Paris donne...	556

Ces moyennes sont un peu faibles, parce que, depuis 1857, nous subissons des sécheresses sans exemple depuis plus de deux cents ans; aussi, notre moyenne pour Paris est de 556 millimètres, tandis que celle qui résulte des observations de l'Observatoire de Paris depuis 1816 est de 575m,59.

Je fais graver chaque année, depuis huit ans, les hauteurs de pluie constatées à des stations d'observations dont le nombre s'élève aujourd'hui à plus de cent. Au bas de la feuille correspondant à un bassin figure la courbe des variations de niveau du cours d'eau principal. On trouvera au dossier un exemplaire de chacune de ces feuilles.

Leur examen fait reconnaître immédiatement deux lois fort importantes. Les pluies qui produisent les crues des affluents de la Seine sont toujours des pluies générales dues *à une action atmosphérique* qui se fait sentir, à deux ou trois jours d'intervalle, non-seulement sur toutes les parties du bassin de la Seine, mais encore sur les bassins de la *Loire*, de la *Saône* et de la *Meuse*; ainsi, quoique nous soyons séparés aujourd'hui du reste du monde, de ce qu'il est tombé des pluies suffisantes pour produire une crue à Paris, nous sommes en droit de conclure que le même phénomène s'est produit sur les bassins voisins, et que la Loire, la Saône et la Meuse sont également en crue.

Les pluies tombées de juin à octobre ne profitent aux cours d'eau que dans les années excessivement humides. Les crues sont habituellement dues à des pluies tombées de novembre à mai (loi déjà indiquée par Dausse).

De la perméabilité du sol. — J'ai indiqué sur la carte générale du bassin de la Seine jointe au dossier les *terrains perméables* par des rayures, les *terrains imperméables* par des teintes plates.

Voici les caractères les plus frappants de ces deux sortes de terrains. Lorsque le sol est franchement perméable, *le débouché mouillé des ponts construits sur le thalweg des vallées* où il n'existe pas de sources *est toujours égal à zéro*. J'ai constaté le fait sur des vallées qui ont jusqu'à 300 kilomètres carrés de superficie.

Les vallées les plus profondes forment drain et attirent toutes les eaux pluviales absorbées, le reste du sol reste sec et aride; *les cours d'eau sont donc très-rares.*

Les eaux pluviales passant par les sources avant d'arriver aux thalwegs, les crues de ces rares cours d'eau s'élèvent très-lentement et descendent de même, *et sont par conséquent de très longue durée*, de quinze jours au moins.

Les parties du bassin de la Seine où ces caractères essentiels des terrains perméables ont été constatés sont les terrains oolithiques de la Bourgogne, la craie blanche de la Champagne et de la Normandie, les sables et calcaires tertiaires du Soissonnais, du Vexin, du Valois, etc., le sable de Fontainebleau et le calcaire de Beauce, les alluvions des vallées. Ces terrains occupent une surface de 59,210 kilomètres carrés.

Lorsque le sol est imperméable, une grande partie des eaux pluviales ruisselle à la surface du sol et afflue très-rapidement aux thalwegs. Le débouché mouillé des ponts est donc très-grand; en divisant ce débouché par la surface des versants situés en amont, on a le débouché kilométrique qui s'élève jusqu'à 1m,50.

En temps de pluie, le thalweg de chaque pli de terrain devient un ruisseau : les cours d'eau sont extrêmement nombreux. Les eaux s'écoulent à la surface du sol, arrivent aux thalwegs avec une grande rapidité; par conséquent, les crues des cours d'eau sont très-violentes, mais de très-courte durée, rarement de plus d'un ou deux jours.

Ces caractères essentiels des terrains imperméables ont été constatés dans les granites et terrains paléozoïques du Morvan, le lias de l'Auxois et de Langres, le terrain crétacé inférieur de la Champagne humide et du pays de Bray, les argiles du Gâtinais, les argiles à meulières de la Brie et de Satory, les argiles des sources de l'Eure.

Ces terrains occupent dans le bassin de la Seine une surface de 19,440 kilomètres carrés.

Les rares cours d'eau des terrains perméables étant alimentés uniquement par des sources coulent toujours à pleins bords et sont bordés de prairies humides et même de marais tourbeux (1); les fonds de vallée des terrains imperméables balayés par des crues violentes sont au contraire remarquablement sains et bien drainés naturellement.

J'appelle torrents les cours d'eau des terrains imperméables, et cours d'eau tranquilles ceux des terrains perméables.

Des sources. — Les limites de ce résumé ne me permettent pas d'entrer dans de grands détails sur l'étude très-complète des sources du bassin de la Seine, que j'ai dû faire avant de commencer les travaux des dérivations de la Dhuis et de la Vanne.

Ces sources se divisent en trois classes :

1° Les sources des terrains imperméables qui sont sans importance et dont je ne parlerai point ici.

2° Les sources des terrains perméables qui jaillissent toujours au fond des vallées les plus profondes, le long des rares cours d'eau de cette sorte de terrain. Ces sources sont souvent énormes : telles sont celles de la Vanne.

3° Les sources qui jaillissent à la ligne de contact d'un terrain imperméable et d'un terrain perméable qui le recouvre. Ces sources, ordinairement très-nombreuses, jaillissent aussi bien à flanc de coteau qu'au fond des vallées.

Trois cents sources environ ont été essayées au moyen de l'hydrotimètre, et se classent ainsi par ordre de pureté :

(2) Suite. — Voir le dernier numéro.

(3) *La Seine : Le bassin parisien aux âges antéhistoriques.*

(4) *Le bassin parisien aux âges antéhistoriques*, p. 49 et suivantes.

(1) Voir *le Bassin parisien aux âges antéhistoriques*, pages 127 et suivantes.

		Titres hydrotimétriques.
1°	Sources des granites du Morvan	de 2°,0 à 7°,0
2°	» du terrain crétacé inférieur de la Champagne	de 7,0 à 12,0
3°	» du sable de Fontainebleau. Bord des vallées de la Beauce, plateaux de la Brie	de 6,0 à 22,0
4°	» de l'arkose des bords du Morvan	de 11,0 à 19,5
4°	» de la craie blanche. Champagne	de 12,0 à 17,8
5°	» de la craie marneuse. Champagne, Normandie	de 14,50 à 22,0
6°	» du calcaire à Entroques. Bourgogne	de 16,90 à 21,5
7°	» de la craie blanche recouverte de terrains tertiaires. Champagne. Vallée d'Eure	de 17,0 à 27,5
7°	» du calcaire de Beauce. Beauce	de 17,0 à 25,0
7°	» des calcaires oolithiques durs. Bourgogne	de 17,0 à 26,0
8°	» des marnes vertes, partie non gypsifère. Brie pouilleuse	de 19,6 à 30,0
9°	» de l'argile plastique. Bassin de la Marne à l'aval d'Épernay	de 20,0 à 35,0
10°	» des calcaires oolithiques marneux. Bourgogne	de 21,5 à 34,0
11°	» des terrains tertiaires compris entre les marnes vertes et l'argile plastique. Brie, Valois, Vexin	de 21,5 à 46,0
12°	» du Lias. Auxois	de 27,5 à 120,0
13°	» des marnes vertes, partie gypsifère. Brie entre Meulan et Château-Thierry. Banlieue de Paris	de 23,0 à 155,0

Les sources des nos 1, 2, 3, etc., 10 sont propres à tous les usages domestiques, et ne contiennent en dissolution, pour ainsi dire, que du carbonate de chaux.

Pour les besoins d'une grande ville comme Paris, on peut prendre, presque sans choisir, celles des sources nos 1, 2, 3, 4, 5 et 6, qui sont les plus convenablement placées. Dans les nos 7, 8, 9 et 10, il faut choisir, beaucoup de sources étant trop chargées de calcaire, et ayant la propriété de faire des incrustations dans les conduites.

Les sources des nos 11, 12 et 13 sont très-chargées de sulfate de chaux, et sont pour la plupart impropres aux usages domestiques. Malheureusement, presque toutes les sources de la banlieue de Paris rentrent dans ces trois genres; la grande lentille de terrain gypsifère s'étend de Meulan à Château-Thierry, de sorte que, pour avoir des eaux de bonne qualité, on a dû s'éloigner beaucoup de Paris et se rapprocher de la limite de la Champagne et de la Brie.

J'ai constaté, par de nombreuses expériences, que les eaux sont incrustantes lorsque leur titre hydrotimétrique, correspondant au carbonate de chaux, dépasse 20 degrés (1).

Des eaux courantes. — Par décision ministérielle du 3 février 1854, j'ai été chargé du service hydrométrique du bassin de la Seine. Les variations de niveau des cours d'eau de chaque terrain sont recueillies à un grand nombre de points du bassin et gravées tous les ans sur deux feuilles. J'ai joint au dossier un exemplaire de toutes ces publications.

Sur la première feuille, j'ai fait ressortir le contraste qui existe entre les crues violentes et de courte durée des cours d'eau des terrains imperméables, et celles des cours d'eau des terrains perméables qui montent lentement et descendent de même, et sont par conséquent de très-longue durée. Le degré de limpidité des cours d'eau de chaque terrain est indiqué par les teintes.

Les variations de niveau des grands cours d'eau sont gravées sur la deuxième feuille, et l'on reconnaît immédiatement en l'examinant que les crues des affluents torrentiels passent les premières sous les ponts de Paris, qu'elles donnent toujours le maximum de la crue du fleuve, mais que les crues des affluents tranquilles qui passent quelques jours après soutiennent celle du fleuve et augmentent sa durée.

Pour chaque terrain, les courbes des variations de niveau affectent des formes particulières très-nettes : ainsi les courbes des crues de la Seine, de l'Ourcq, de l'Aube, de l'Ornain, de la Saulx, qui coulent dans les terrains oolithiques, se ressemblent entre elles, mais sont très-différentes de celles de la Sommesoude, qui coule dans la craie, ou du Cousin, qui coule dans le granite.

Lois qui régissent les crues des cours d'eau. — J'ai cherché à formuler les lois qui régissent les crues des cours d'eau. Lorsque le bassin est en grande partie imperméable, comme celui de la Loire, les crues étant très-violentes, mais de très-courte durée, la crue du fleuve cesse de s'accroître à partir d'un certain point, parce que la crue de l'affluent est toujours passée lorsque celle du fleuve arrive au confluent. Il en résulte que la portée des plus grandes eaux connues est une constante à partir de ce point, et que les crues extraordinaires sont presque toujours dues à un phénomène météorologique unique, agissant sur une partie restreinte du bassin. Ainsi l'on admet assez généralement que la portée des plus grandes crues connues de la Loire, depuis le bec d'Allier jusqu'à la mer, est de 10,000 mètres cubes par seconde, et ces crues sont produites, tantôt par les affluents supérieurs, l'Allier et la Loire, tantôt par les affluents moyens, le Cher et la Vienne, tantôt par les affluents inférieurs, la Vienne et la Maine. Ces crues désastreuses sont donc assez fréquentes.

Lorsque les terrains perméables sont très-dominants, comme dans le bassin de la Seine, les crues sont de très-longue durée; il s'ensuit non-seulement que la portée de la crue du fleuve s'ajoute à celle de chaque affluent, mais encore que les portées de plusieurs crues, se succédant à quelques jours d'intervalle, s'ajoutent les unes aux autres. La crue du fleuve va donc en augmentant depuis les sources jusqu'à la mer, et il faut plusieurs crues des affluents, passant l'une après l'autre à de courts intervalles, pour produire une crue extraordinaire. Ainsi la plus grande crue connue de la Seine, celle de 1658, est due à deux crues des affluents; celle de 1740, à cinq crues; celle de 1802, la plus grande du siècle, à quinze crues successives. Ces phénomènes sont donc extrêmement rares.

Une première crue des affluents produit trois à quatre jours de croissance à Paris; puis le fleuve reste étal ou décroît lentement; une seconde crue, qui passe quelques jours après, fait encore croître le fleuve pendant trois à quatre jours, et ainsi de suite. En comptant le nombre des jours de croissance des crues anciennement observées à Paris, on peut donc facilement se rendre compte du nombre des crues des affluents qui les ont produites.

Citons, comme exemple, la crue qui passe en ce moment à Paris. Le 24 octobre, la Seine marquait 0m,20 à l'échelle du pont d'Austerlitz; une première crue des affluents torrentiels la fait monter, le 5 novembre, à 1m,50. Soutenue par les affluents tranquilles, elle décroît très-lentement; le 15, elle marque encore 1m,10, lorsqu'une deuxième crue des affluents la porte, le 16, à 1m,40; elle se maintient à ce niveau jusqu'au 25. Une troisième crue des affluents l'élève, le 27, à 1m,70, niveau qu'elle conserve les 28, 29 et 30; puis elle décroît jusqu'au 13 décembre. Une quatrième crue des affluents l'élève, le 16, à 2 mètres, niveau qu'elle conserve jusqu'au 18, et enfin une cinquième crue la fait monter, le 21, à 2m,90. Ainsi cette crue, d'une très-médiocre hauteur, a été produite par cinq crues des affluents.

J'ai choisi un certain nombre d'affluents à versants imperméables sur lesquels on fait des observations, et j'ai reconnu empiriquement qu'en multipliant par 2 la montée moyenne d'une crue de ces torrents, on obtenait avec une approximation suffisante la montée correspondante à Paris; j'annonce ainsi la hauteur approximative d'une crue deux ou trois jours à l'avance.

Le fleuve n'a éprouvé qu'une seule crue extraordinaire, celle de 1802, dans le cours du XIXe siècle, qui est un siècle sec. En revanche, les basses eaux extrêmes y sont très-fréquentes. Au XVIIIe siècle, la Seine n'est descendue que dans huit années et pendant quarante jours au-dessous du zéro de l'échelle du pont de la Tournelle qui correspond aux basses eaux de 1719. Le nombre d'années où le fait a été constaté de 1800 à 1865 est de 23 et le nombre de jours de 1251; c'est surtout dans les dernières années, de 1857 à 1870, que la sécheresse a été remarquable. On ne trouve rien de semblable en remontant en arrière jusqu'au commencement du règne de Louis XIII.

Débouché mouillé des ponts. — Mes observations permettent de calculer facilement le débouché mouillé des ponts des vallées de moins de 100 kilomètres carrés de superficie. Si le sol est très-perméable, comme celui des terrains oolithiques de la Bourgogne, de la craie blanche de Champagne, du sable de Fontainebleau et du calcaire de Beauce, etc., le débouché kilométrique mouillé est toujours égal à zéro, et s'il n'existe pas de sources dans la vallée, on peut la franchir avec une route, un canal, un chemin de fer, sans y construire de pont.

Si le sol est imperméable, comme celui du Morvan (granite), de l'Auxois (lias), de la Champagne humide (terrain crétacé inférieur), le débouché kilométrique mouillé varie de 0m, 50 à 1m, 50; quelque petite que soit la vallée, elle ne peut être traversée par aucune voie de communication sans un pont, et pour certains terrains, comme le lias, une vallée de 100 kilomètres carrés exigerait une arche presque aussi grande qu'une de celles du pont de la Concorde.

Il n'est pas possible de fixer de règle pour les grands bassins; mais, d'après ce qui précède, on voit qu'à vitesse égale de l'eau le débouché mouillé des ponts croît dans les terrains perméables, depuis les sources jusqu'à la mer, tandis que dans les terrains imperméables, à partir du point ou la portée des plus grandes eaux connues est constante, le débouché mouillé des ponts tend lui-même à être constant.

Questions diverses. — Les limites dans lesquelles je dois resserrer ce Mémoire ne me permettent pas de discuter différentes questions dont j'ai donné les solutions. Je renvoie donc au texte même des différents Mémoires ci-joints pour tout ce qui concerne la construction des grands réservoirs et des digues, la défense des berges par les plantations, le règlement des usines, les eaux courantes considérées comme eaux potables, les variations de température de l'eau dans les réservoirs, les aqueducs et les conduites, et j'arrive à la partie de mon ouvrage qui intéresse l'agriculture.

Agriculture. Parties du bassin fertilisées par la boue diluvienne. — J'ai démontré dans le premier volume de cet ouvrage que le relief actuel du bassin de la Seine était le résultat d'une immense érosion diluvienne (1). Les eaux courantes ont laissé derrière elles sur certaines parties, de grands plateaux tout unis, dépourvus de pente comme ceux de l'Auxois, du Gâtinais, de la Brie, du Valois, de la Beauce, du Vexin, du Soissonnais, du pays de Caux, et alors elles ont abandonné à la surface du sol une épaisse couche de limon (2). D'autres parties du bassin sont disposées en pentes plus ou moins fortes, comme la basse Bourgogne, ou en plaines ondulées couvertes de basses collines, comme la Champagne, et alors, quoique le sol ait été recouvert par les eaux limoneuses comme les parties plates du bassin, la boue diluvienne n'a pu s'y déposer. C'est un phénomène bien connu des ingénieurs; le limon en suspension dans les eaux courantes ne se dépose jamais sur les parties déclives du sol (3).

Les plateaux sur lesquels la boue diluvienne s'est déposée sont tous naturellement fertiles, souvent plus que les vallées. Les plaines et les pentes ondulées qui ne sont pas recouvertes de ce limon sont presque stériles.

Répartition des prairies. — La culture des prairies naturelles peut s'étendre sur les terrains imperméables, *aussi bien sur les pentes et les plateaux qu'au fond des vallées*; c'est un des caractères les plus remarquables de ces terrains : elle y est donc très-développée. Elle est au contraire reléguée *au fond des vallées* des terrains perméables *et seulement sur les points accessibles aux crues des cours d'eau* et par conséquent y est peu étendue.

Qualité des prairies. — La qualité des prairies est très-variable d'un pays à l'autre; elle est très-médiocre dans les terrains granitiques du Morvan. Le sol argileux de l'Auxois, du Nivernais, de la Champagne humide, du pays de Bray, des bords des vallées de la Brie donne au contraire d'excellents fourrages. La plupart des prairies des terrains perméables pèchent par excès d'humidité, souvent même elles forment de grands marais tourbeux (1).

Répartition du bétail. — L'espèce bovine se plaît surtout dans les pays à grands pâturages, c'est donc le bétail qui convient le mieux dans les terrains imperméables, c'est-à-dire dans le Morvan, l'Auxois, le Nivernais, la Champagne humide, le pays de Bray.

L'espèce ovine, au contraire, y contracte avec une malheureuse facilité une maladie mortelle, la cachexie aqueuse; elle se plaît au contraire merveilleusement bien dans les terrains perméables; c'est donc le genre de bétail qui convient le mieux en Bourgogne, en Champagne pouilleuse, dans le Valois, la Beauce, le Vexin, le Soissonnais, le pays de Caux.

De la stabulation. — Il est certains plateaux imperméables dépourvus de pentes où ces deux genres d'animaux ne peuvent être élevés sans quelques précautions; les bœufs, parce que les prairies ne végètent pas sur un vaste plateau dépourvu de pentes; les moutons, parce qu'ils y contractent mieux qu'ailleurs la cachexie aqueuse.

Lorsqu'un terrain ne convient pas naturellement à un genre de bétail, la *stabulation* permanente ou intermittente est absolument nécessaire. Ainsi, on ne pourrait engraisser des bœufs *au pâturage* en Beauce et en Champagne pouilleuse, le sol est trop sec. On perdrait tous les troupeaux si l'on conduisait inconsidérément les moutons au pâturage par tous les temps, dans l'Auxois, le sol est trop frais; ils y contracteraient la cachexie aqueuse. C'est ce qui est arrivé notamment en 1853.

Drainage. — Le drainage n'est nécessaire, dans les terrains imperméables, que pour les terres labourables; il est rare qu'il soit utile dans les prairies, excepté cependant dans celles des granites; inversement, lorsque le sol est imperméable, on peut drainer avantageusement beaucoup de prairies, jamais des terres labourables. Ainsi, par exemple, le drainage appliqué aux riches pâturages du pays de Bray, terrain imperméable, serait presque partout aussi funeste qu'il est utile dans les prairies de la basse Bourgogne, dont le sol est perméable. Dans ces dernières prairies, l'irrigation est le complément du drainage.

Sylviculture. — La partie haute du bassin de la Seine est une des régions les plus boisées de la France. Le Morvan, la basse Bourgogne, la Champagne humide, le Gâtinais sont encore aujourd'hui extraordinairement boisés. Trois contrées sont presque déboisées, l'une est imperméable, c'est l'Auxois, et la belle venue des bouquets de bois qu'on y voit çà et là prouve que les forêts ont été éliminées par d'autres cultures plus productives.

Les deux autres régions déboisées, la Champagne pouilleuse et la Beauce proprement dite, sont perméables, et le sol est réellement impropre à la culture des arbres à feuilles caduques.

Le reboisement par les arbres à feuilles caduques se fait avec une grande facilité dans tous les terrains imperméables et dans les terrains perméables sablonneux. Il est au contraire on ne peut plus difficile dans les terrains perméables calcaires, surtout quand les calcaires sont marneux ou gélisses.

Le boisement pour les arbres résineux est possible même dans les terrains calcaires les moins propres à la végétation sylvestre.

Le boisement n'est utilement praticable que dans les terrains où toute autre culture est impossible. Il ne convient de déboiser que les terrains très-fertiles. Beaucoup de propriétaires se sont ruinés en déboisant des terrains moyennement fertiles.

Viticulture. — Le vin de bonne qualité ne se récolte que sur les coteaux perméables de la basse Bourgogne et de la Champagne pouilleuse. Il existe cependant une exception : les coteaux argileux du lias de l'Auxois, recouverts par les éboulis calcaires des terrains oolithiques, donnent de très-bons vins ordinaires.

Les autres contrées imperméables, le Morvan, la Champagne humide, le Gâtinais, la Brie, ou ne produisent pas de vin, ou en donnent de détestable.

Les pays plats, qu'ils soient perméables ou non, ne donnent pas de vin. Ainsi on ne récolte, sur les plateaux de la Beauce, du Valois, du Vexin, etc., que des quantités de vin insignifiantes. Les larges vallées de gravier des terrains crétacés sont cultivées en vigne, mais donnent de mauvais produits.

Chimie industrielle. — M. DUBRUNFAUT lit une note *sur un procédé de panification dans lequel on ferait intervenir le froment en grains, concurremment avec la farine.*

Je prends la liberté d'appeler l'attention de l'Académie sur un procédé de panification qui m'a été suggéré par mes anciens travaux sur la fabrication de l'amidon de froment.

Dans cette fabrication, je faisais tremper le froment et je séparais par des méthodes diverses le gluten et l'amidon.

J'ai pensé que le froment trempé en grains et sans mouture, comme je le pratiquais il a trente ans pour la fabrication de l'amidon, pourrait entrer en certaines proportions dans la confection du pain.

Je vous remets ci-joint un échantillon du pain préparé par cette méthode, et quoique ce pain ait été préparé dans de mauvaises conditions, par des mains inhabiles, il vous donnera une idée nette du procédé et du parti qu'on pourrait en tirer dans un moment où la mouture seule paraît faire défaut aux exigences de la panification.

Vous remarquerez que le procédé en question n'exige qu'une trempe préalable, qui, à une température convenable, peut s'effectuer facilement et promptement dans tous les ateliers de boulangerie.

Le froment trempé peut doubler de volume en absorbant un

(1) Le titre hydrotimétrique des eaux de la Dhuis, qui est de 23 degrés aux sources, est réduit à 20 degrés en arrivant à Paris, après un parcours de 130 kilomètres. Les eaux de rivière perdent un peu plus. En 1858, après une longue sécheresse, j'ai reconnu que les affluents de la Seine perdaient en route une partie de leur carbonate de chaux, et que leur titre hydrotimétrique aboutissait à 18 degrés.

(1) Voir *La Seine : le Bassin parisien aux âges antéhistoriques*, p. 9 et suiv.

(2) *Ibidem*, p. 40 et suiv.

(3) *Ibidem*, p. 46. On trouve çà et là, en Champagne et en Bourgogne, des lieux favorables où le limon diluvien a pu se déposer; en Bourgogne, on donne à ce limon les noms de petite aubue et d'herbue.

(1) Voir *La Seine : le bassin parisien aux âges antéhistoriques*, p. 137 et suiv.

peu plus de 30 pour 100 de son poids d'eau. Il conserve intégralement tous ses principes alibiles. Mêlé à la farine, il prend la forme alimentaire habituelle, et, grâce à l'eau dont il est imprégné, il subit une cuisson analogue à celle que subit la pâte de grains moulus.

La panification gagnerait si l'on pouvait ajouter au procédé en question une manipulation qui n'offrirait pas de grandes difficultés. Le froment trempé, puis passé entre deux cylindres de bois ou de fonte, formant laminoirs, entrerait avec plus de perfection dans la panification; il suffirait en effet de le mêler avec une certaine proportion de farine pour l'assimiler à ce dernier produit sans rien changer à l'aspect du pain.

Physiologie. — M. A. SANSON lit une note *sur l'excrétion de l'urée, considérée comme mesure de l'activité des combustions respiratoires.*

Pour la rédaction de la partie de mon Traité sur l'hygiène des animaux domestiques qui concerne leur alimentation, j'ai dû soumettre à une discussion méthodique les résultats des recherches chimiques, maintenant en si grand nombre, qui pourraient permettre d'en établir la théorie. C'est là, pour la zootechnie, un sujet d'importance capitale. On sait que les produits utiles des animaux sont toujours en rapport nécessaire avec les aliments qu'ils consomment; en outre, leur exploitation étant une opération industrielle, le prix de revient doit en être réduit le plus possible, par la suppression du superflu. Dans cette discussion, il m'est arrivé souvent de trouver les résultats des expériences en contradiction avec les faits d'observation directe, admis par la généralité des praticiens; mais alors il a été facile de constater que les apparences contradictoires devaient être attribuées à ce que, dans les expériences, il n'avait pas été tenu compte de toutes les conditions du phénomène considéré. Cela ne pouvait guère manquer, car il ne saurait y avoir, en réalité, de différence entre l'observation exacte et l'expérimentation bien instituée. Je demande la permission d'en signaler un exemple à l'Académie, à l'occasion d'une communication récente.

Il a été établi dans cette communication, faite par M. Gazeau, que l'usage de la coca, auquel il s'est soumis, avait eu pour conséquence une élimination plus considérable de l'urée; l'augmentation de ce produit dans les urines a été de 11 pour 100 avec une dose de 10 grammes de coca, de 16 et de 24 pour 100 avec une dose de 20 grammes. L'auteur en conclut que, l'augmentation de l'urée indiquant toujours un accroissement d'activité dans la métamorphose des éléments azotés, l'usage de la coca produit nécessairement une augmentation de l'énergie musculaire. Ce sont là ses propres expressions. Cependant MM. Fick et Wislicenus, qui entreprirent en 1866 l'ascension du Faulhorn après n'avoir pris, durant les dix-sept heures qui ont précédé leur départ, d'autre nourriture solide que des gâteaux composés d'amidon, de graisse et de sucre, et qui ont expérimenté directement l'influence d'un tel travail sur l'élimination de l'urée, sont arrivés à de tout autres résultats. Leur ascension avait duré de 5 h. 30 m. du matin à 1 h. 20 m. après midi. A quatre intervalles, ils ont recueilli leur urine. Celle de 5 heures du matin à 1 h. 20 m. après midi a été appelée par eux *urine de travail*; celle de 1 h. 20 m. à 7 h. du soir a été appelée *urine après le travail*. Les quantités d'urée, évaluées en azote, ont été moindres, pendant et après le travail, que les quantités constatées dans les urines de chacune des deux nuits qui ont précédé et suivi l'ascension. D'où les expérimentateurs concluent de leur côté que le travail musculaire n'augmente pas la production de l'urée, mais qu'il la diminue au contraire.

Il n'y a là, à ce qu'il me semble, que des contradictions apparentes. Dans les deux cas, les expérimentateurs ont négligé au moins une des conditions importantes du problème; ils ont confondu l'urée éliminée par les urines avec l'urée produite, ce qui est pourtant bien différent. En effet, l'élimination de l'urée dépend de l'activité des reins, et par conséquent la quantité appréciable de ce produit d'oxydation est nécessairement en rapport avec celle de l'urine excrétée dans un temps donné. On sait que sa proportion dans le sang peut varier chez l'homme de 0,16 à 0,27 pour 1000. Plus est active, toutes choses d'ailleurs égales, la sécrétion urinaire, plus l'est aussi l'élimination de l'urée. M. Gazeau dit que la coca, à la dose de 10 à 20 grammes, accroît constamment le poids de l'urine de 400 grammes par vingt-quatre heures; MM. Fick et Wislicenus ne le disent pas, mais tout le monde sait que, dans une marche ascendante, comme celle qu'ils ont faite le 29 du mois d'août, en pleine chaleur de l'été, la sécrétion urinaire est beaucoup diminuée. La quantité moyenne d'urine expulsée en vingt-quatre heures par un homme adulte est de 1250 grammes, à l'état normal; les 400 grammes excrétés en plus dans les expériences de M. Gazeau dépassent, par rapport à cette quantité moyenne, le maximum de 24 pour 100 qu'il a constaté dans l'urée que ses urines contenaient. On ne peut donc pas en conclure exactement que l'usage de la coca augmente la proportion d'urée produite, et que par conséquent elle n'agit point en enrayant le mouvement de dénutrition, ainsi que l'observation semble l'indiquer; l'expérience de M. Gazeau prouve seulement que cet usage augmente la sécrétion urinaire dans une forte proportion.

La séance est levée à 5 heures trois quarts.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Étude sur le diagnostic et le traitement chirurgical des étranglements internes, par M. le docteur LARGUIER DES BANCELS, ancien préparateur du cours d'anatomie chirurgicale de l'amphithéâtre des hôpitaux. In-8°. — Prix : 3 francs.

Des gastrites chroniques, par le docteur E. BOTTENTUIT, ancien interne des hôpitaux de Paris, médecin aux eaux de Plombières. Delahaye, 1867. — Prix : 2 fr.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

SOMMAIRE. — HÔPITAL MILITAIRE D'AUMALE (Algérie). Observation de deux cas de fractures par cause directe de la voûte du crâne (M. Beltz, médecin-major). — Coup de feu à la hanche gauche; fracture de l'os iliaque et du col du fémur; résection; guérison (M. Dubrueil). — Documents pour servir à l'histoire du mouvement scientifique pendant le siége de Paris. — Nouvelles. — Bulletin bibliographique.

Paris, le 21 juillet 1871.

HOPITAL MILITAIRE D'AUMALE (Algérie).

M. BELTZ, médecin-major.

Observation de deux cas de fractures par cause directe de la voûte du crâne (1).

Réflexions. — Voilà donc une encéphalite qui s'est déclarée plus de trois mois après les accidents primitifs de la fracture du crâne, car je ne pense pas qu'on doive attribuer à l'abcès du cerveau la cause immédiate de la mort. Celui-ci, en effet, devait exister depuis longtemps, d'après l'organisation de sa membrane d'enveloppe et l'absence d'inflammation de la substance cérébrale environnante. A mon avis, c'est le nouveau foyer inflammatoire que nous avons découvert en avant du premier qui doit être invoqué comme cause des accidents ultimes; et cette deuxième inflammation a pu naître dans la pulpe cérébrale par suite de cette prédisposition morbide acquise qu'on observe souvent après les grands ébranlements de l'encéphale, prédisposition qui a été favorisée par une cause occasionnelle comme l'exposition au soleil, une congestion produite par la constipation, ou, ce que nous croyons plus vrai, une indigestion causée par une alimentation trop substantielle.

Nous n'ignorons pas qu'on cite des cas d'encéphalite chronique qui ont entraîné la mort des malades à des époques bien plus éloignées du début des premiers accidents que dans le cas que nous relatons, puisque M. Bouillaud en a vu qui ont duré plusieurs années; mais alors les phénomènes de paralysie et de contracture persistent ou augmentent, tandis qu'ici ils avaient totalement disparu. La nature avait accompli son travail protecteur, et le pus enkysté et isolé de la substance cérébrale ne pouvait plus agir que comme comprimant. Or, puisque non-seulement le cerveau a supporté cette compression, mais qu'il a même recouvré ses fonctions malgré elle, je crois qu'il faut se rattacher à l'opinion émise par M. l'inspecteur Legouest qui dit, dans son traité de chirurgie d'armée : « Nous sommes peu disposé à admettre la compression du cerveau par des épanchements de pus : d'une part, la compression du cerveau par le pus, si elle existe, est lente, graduée ou disséminée et par conséquent supportée; d'autre part, tous les chirurgiens ont rencontré des cas où de vastes collections purulentes n'ont déterminé aucun symptôme, tandis qu'ils en ont vu d'autres où de très-petits abcès ont donné lieu aux phénomènes les plus graves. C'est, à notre avis, plutôt comme corps étranger que comme corps comprimant que le pus révèle sa présence. »

Dans notre observation, les phénomènes de paralysie ont été évidemment causés par l'inflammation du cerveau déterminée par la présence de l'esquille que nous avons retirée. Une fois celle-ci enlevée, le cerveau a recouvré peu à peu ses fonctions, malgré le pus, qui n'agissait plus comme corps irritant, mais seulement comme corps comprimant. La déduction pratique à tirer de cette observation est qu'il faut être très-sobre d'application du trépan dans les cas de paralysie survenue au bout d'un certain temps après les premiers accidents, car quelquefois une simple esquille peut causer de graves paralysies, tandis que d'autres fois des abcès très-grands passent inaperçus.

OBS. II. — Cette observation est moins originale que la première, car on connaît des exemples assez nombreux de compressions osseuses considérables supportées impunément par le cerveau. Mais comme nous avons eu occasion d'observer ce fait en même temps que le précédent, nous croyons devoir le publier, parce qu'il confirme les idées que nous avons émises sur la compression du cerveau; il augmentera aussi le nombre des cas déjà cités par Abernothy et Dupuytren de fractures du crâne, compliquées d'enfoncements osseux, guéris sans accident.

Le nommé M..., âgé de 22 ans, soldat au 1er tirailleurs algériens, est transporté à l'hôpital d'Aumale le 19 mai 1871. Il venait de recevoir à la voûte du crâne un coup de pavé pointu et pesant qu'un de ses camarades lui avait asséné après l'avoir terrassé. L'accident remontait à une demi-heure; le malade avait perdu connaissance pendant 10 minutes environ, et avait vomi en revenant à lui (commotion au 2e degré).

La plaie était située à la partie antérieure de la suture bi-pariétale; elle saignait abondamment. Les téguments étaient déchirés dans une longueur de 6 centimètres, et le doigt indicateur, enfoncé dans la plaie, constatait un enfoncement de plus de 1 centimètre, vu que la première phalange pouvait facilement pénétrer entre la lèvre supérieure et la lèvre inférieure de la solution de continuité de l'os; la dure-mère était intacte.

Je réunis les téguments par 4 points de suture entortillée, en ayant soin de ménager, au milieu de la plaie, une petite ouverture pour l'écoulement des liquides, et je recouvris le tout d'une épaisse cuirasse de bandelettes de diachylon par dessus laquelle je fis appliquer en permanence des compresses d'eau blanche.

Diète, émétique en lavage.

Le lendemain le blessé se plaignit de céphalalgie frontale. Il avait le pouls à 95 et la peau un peu chaude. Je continuai les compresses froides et fis appliquer 20 sangsues aux apophyses mastoïdes, suivant la méthode de Gama, c'est-à-dire successivement, deux par deux à chaque apophyse.

Le 3e jour, la céphalalgie avait disparu; le pouls était normal et le blessé demandait à manger.

Le 4e jour, j'enlevai les bandelettes de dyachylon, et je trouvai la plaie en très-bon état; je pus déjà enlever deux points de suture. La petite ouverture que j'avais ménagée au centre donnait issue à un liquide séro-purulent qui débordait à la surface de la plaie, à chaque battement de la dure-mère.

Le 26 mai, 7e jour de l'accident, je pus enlever les deux autres points de suture, et, à partir de ce jour, je me bornai à faire chaque matin une injection d'eau phéniquée dans l'ouverture centrale et à panser au cérat. Tous les jours il pénétrait moins de liquide. La plaie se rétrécissait de plus en plus, et le 25 juin, cinq semaines après l'accident, ce jeune homme quittait l'hôpital parfaitement guéri.

(1) Fin. — Voir le dernier numéro.

COUP DE FEU A LA HANCHE GAUCHE

FRACTURE DE L'OS ILIAQUE ET DU COL DU FÉMUR. — RÉSECTION. GUÉRISON.

Par M. A. DUBRUEIL.

Le sujet de cette observation est un jeune homme de vingt ans, lymphatique, médiocrement vigoureux et portant aux deux mains des cicatrices déprimées, restes d'une maladie des métacarpiens dont il a été atteint dans son enfance. Il avait, au moment du siége de Paris, été enlevé à son comptoir d'épicier pour être incorporé dans le 109e de ligne.

Le 30 septembre, il allait avec son régiment attaquer le Laz, lorsque emporté par son ardeur, il se dirigea au pas de course vers les Bavarois qui occupaient ce village, sans se douter qu'il n'était pas suivi par ses camarades.

Quand il s'en aperçut, il s'empressa de faire demi-tour et de revenir vers eux en courant, mais il reçut alors une balle tirée à courte distance qui l'atteignit au niveau de la région postérieure de la hanche gauche et vint ressortir au moins en partie au niveau de la région antérieure. Il tomba sur le coup et se traîna, comme il put, jusqu'à une cabane de jardinier où il resta couché par terre. Les Bavarois qui s'étaient portés en avant lui donnèrent à boire et le laissèrent là. Il avait reçu le coup de feu à huit heures du matin. Vers midi, le docteur Léon Duchesne, qui recueillait les blessés, le découvrit, le ramena à Paris, dans une tapissière et le déposa dans une ambulance municipale, rue Saint-Benoît, n° 18, où je le vis à trois heures.

Le malade n'était pas à ce moment-là très-affaissé; il n'avait du reste perdu qu'une très-petite quantité de sang.

L'examen de la blessure me permit de constater l'existence de deux plaies assez larges, l'une à deux centimètres à peu près en arrière du sommet du grand trochanter, l'autre à la même distance en avant.

Le membre était immobile, mais dans la rectitude, sans rotation en dehors ni en dedans. En introduisant le doigt dans les plaies, je sentis de larges esquilles osseuses très-mobiles, appartenant à la portion de l'os iliaque située immédiatement au-dessus de l'articulation, et je pus sur le champ extraire avec des pinces, sans avoir besoin de débrider, trois portions d'os qui, réunis, offraient à peu près les dimensions de la paume de la main. Elles présentaient une lame de tissu compacte sur leurs deux faces, ce qui me prouve qu'elles comprenaient toute l'épaisseur de l'os. J'enlevai en même temps un fragment de plomb irrégulier et déformé qui correspondait à peu près en poids au tiers d'une balle bavaroise.

Je ne constatai pas en ce moment de fracture de col du fémur et d'autre part, la situation des ouvertures d'entrée et de sortie du projectile, la lésion de l'os iliaque au-dessus de l'article et l'absence de rotation du pied me firent supposer que le fémur était indemne. J'introduisis un drain dans le trajet de la plaie et recommandai l'application de cataplasmes froids.

La réaction fut assez intense, et la fièvre, au lieu de cesser au bout de quelques jours, persista. La suppuration était abondante, le malade souffrait beaucoup, pâlissait et ne mangeait pas.

Le membre blessé était dans la rotation en dedans, ce qui me fit supposer l'existence d'une luxation consécutive du fémur sur la fosse iliaque externe, hypothèse que la palpation ne pouvait éclairer en raison de la tuméfaction énorme de la région. En somme la situation était on ne peut plus grave.

Douze jours après l'entrée du malade, mon savant maître, M. Verneuil, vint dans cette ambulance voir un blessé, et je profitai de sa présence pour soumettre à son examen celui qui fait le sujet de cette observation.

M. Verneuil écarta l'idée d'une luxation et pensa qu'il existait une fracture du col du fémur. Comme ressource extrême, bien que le cas lui parût presque désespéré, il m'engagea à recourir à la résection.

L'état du malade était tel que quelques médecins qui se trouvaient là me témoignèrent la crainte de le voir me mourir entre les mains. L'opération fut pratiquée en présence de M. Daremberg, de M. Hubert Valroux et de plusieurs autres confrères.

Avec un fort bistouri, je divisai, dans toute son épaisseur, le pont de parties molles qui se trouvait entre les deux plaies, et j'arrivai ainsi sur le col du fémur, que je trouvai fracturé au niveau de sa jonction avec le corps et baignant dans le pus. Il y avait à la partie antérieure un décollement considérable qui descendait jusque vers le tiers supérieur de la cuisse. Je parvins, non sans peine, à l'aide du clavier et du bistouri, à extraire le fragment supérieur, composé de la tête et du col du fémur. Cela fait, j'examinai le fragment inférieur, et je vis qu'il était malade et dépouillé de son périoste, jusqu'à la base du grand trochanter. Avec une scie à chaîne, je détachai toute la portion malade, et je me trouvai ainsi avoir réséqué en deux temps la tête, le col du fémur et toute la portion de cet os située au niveau du grand trochanter.

Déjà, comme je l'ai dit, une portion de l'ilium avait été enlevée le jour même de la blessure. Je terminai en drainant le décollement que j'ai signalé à la partie antérieure de la cuisse.

Le malade avait été anesthésié, et son état, pendant l'opération, ne fut pas sans m'inspirer de bien vives inquiétudes. Bref, le pansement fait, le membre fut mis dans la gouttière de cuisse, où il était déjà placé auparavant.

Il n'est pas douteux qu'une gouttière de Bonnet eût été ici bien préférable, mais malheureusement les ressources de l'ambulance étaient trop limitées pour qu'elle pût fournir cet appareil d'un prix fort élevé, et j'avoue, d'autre part, que je n'osai pas insister bien vivement pour l'obtenir, car je considérais mon opéré comme voué à une mort presque certaine, et je n'avais pratiqué l'opération que pour ne pas lui refuser la seule chance de salut qui lui restât.

Dire les péripéties par lesquelles passa ce malade, décrire l'œdème qui envahit le membre, tous les abcès qui se formèrent serait d'une interminable longueur. Pendant deux mois, l'opéré fut, on peut le dire, entre la vie et la mort, et ce ne fut qu'au commencement de janvier que je conçus sérieusement l'espérance de le voir se rétablir.

Je lui appliquai, à cette époque, pour immobiliser plus solidement la cuisse sur le bassin et empêcher la rotation du pied en dehors, qui était survenue après l'opération, et à laquelle n'obviait pas suffisamment la gouttière, je lui appliquai un appareil silicaté qui, commençant au niveau de la racine des orteils, recouvrait la jambe, la cuisse, et se terminait par un spica de l'aine. Ce bandage resta en place vingt-cinq jours, et je forçai le malade à se lever avec, chose qu'il ne faisait qu'avec la plus grande répugnance, tant à cause de son extrême faiblesse qu'en raison de la gêne causée par l'appareil.

Il s'y fit cependant peu à peu, et lors de l'ablation du bandage, il avait pris l'habitude de rester levé la majeure partie de la journée. Voici ce que je constatai à cette époque : le pied était placé dans une rectitude invariable; les mouvements de la hanche étaient bornés à une flexion et une extension extrêmement limitées; ceux du cou-de-pied et du genou étaient assez libres. Le volume du membre était un peu inférieur à celui du côté sain. Le raccourcissement était de 5 à 6 centimètres, et ce militaire pouvait, à l'aide de béquilles, marcher facilement une demi-heure sans s'arrêter. Un appareil fut commandé à Matthieu, appareil destiné à maintenir le fémur et à l'empêcher de remonter ultérieurement, et, d'autre part, à permettre au blessé de

prendre un point d'appui sur la totalité du pied gauche; car, en raison du raccourcissement, ce pied, placé dans l'extension, ne touchait le sol que par sa pointe.

Ayant perdu de vue ce malade à la fin de mars, je le retrouvai au commencement de juin, muni de son appareil, et ayant beaucoup gagné sous le rapport des mouvements qui se passent dans la pseudarthrose établie entre le fémur et l'os iliaque. Le 28 juin, je l'ai présenté à la Société de chirurgie, et il était venu à pied et sans fatigue de l'hôtel des Invalides à la rue de l'Abbaye.

DOCUMENTS

POUR SERVIR A L'HISTOIRE DU MOUVEMENT SCIENTIFIQUE PENDANT LE SIÉGE DE PARIS (1).

20 DÉCEMBRE.

Académie de médecine. — L'Académie tient séance.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 20 décembre 1870. — Présidence de M. DENONVILLIERS.

ÉLECTIONS

La commission de l'Académie a, dans le comité secret de la dernière séance, arrêté sa liste de présentation de la manière suivante :

1° pour une place d'associé national :
En première ligne, M. Ehrmann (de Strasbourg);
En deuxième ligne, M. Chauffard (d'Avignon);
En troisième ligne, *ex æquo* : MM. Cazeneuve (de Lille), et Stœber (de Strasbourg).

2° Pour une place de correspondant national :
En première ligne, M. Tourdes (de Strasbourg);
En deuxième ligne, M. Seux (de Marseille);
En troisième ligne, *ex æquo* : MM. Dupré (de Montpellier), Gintrac fils (de Bordeaux), H. Guéneau de Mussy, et Morel (de Saint-Yon).

On procède au scrutin :
1° A l'unanimité :
M. Ehrmann (de Strasbourg) est nommé associé national.
2° A l'unanimité :
M. Tourdes (de Strasbourg) est nommé.

CORRESPONDANT NATIONAL

M. FAUVEL déclare que M. Louis l'a chargé d'exprimer tous ses regrets de ne pouvoir venir apporter à MM. Ehrmann et Tourdes, avec sa voix, l'expression de sa profonde sympathie.

M. CHAUFFARD regrette que les règlements de l'Académie s'opposent à une élection par acclamation. L'élection qui vient de se faire restera comme le souvenir d'une protestation en faveur de nos frères d'Alsace.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur *les Rapports de l'alcoolisme avec le pronostic des lésions traumatiques.*

DISCUSSION

M. HARDY commence par déclarer qu'il ne veut pas suivre M. Verneuil sur le terrain chirurgical. Il désire seulement communiquer les résultats des observations qu'il a eu l'occasion de faire sur les individus alcooliques atteints de maladies internes, telles que pneumonie, érysipèle, angine, fièvres intermittentes, fièvres éruptives, variole, etc.

Dans ces maladies, les accidents alcooliques éclatent quelquefois tout d'un coup, sans que rien ait pu les faire prévoir d'avance. C'est quelquefois un délire bruyant, une agitation extrême, une insomnie invincible, le tremblement des lèvres et de la langue, en un mot les symptômes d'un véritable accès de *delirium tremens*.

Plus souvent l'intoxication est moins bien caractérisée; c'est simplement du délire survenant dans une maladie ou à l'époque d'une maladie où il ne paraît pas ordinairement, par exemple dans une pneumonie siégeant à la base et sans fièvre violente, dans un érysipèle de la face avant que l'éruption ait gagné le cuir chevelu; d'autres fois c'est un délire plus accentué qu'on ne l'observe ordinairement; dans la variole, par exemple, on peut, dès les premiers jours, constater un délire intense seulement pendant la nuit; quelquefois, enfin, la maladie alcoolique n'est manifestée que par une agitation nocturne, par quelques paroles incohérentes, et surtout par une insomnie persistante.

Chez certains malades, dès l'abord, la fâcheuse habitude de l'alcool se révèle par le tremblement des mains et des membres supérieurs, par un air d'hébétude et de tristesse du faciès, par l'injection des conjonctives, par une éruption acnéique manifeste, principalement au nez et aux pommettes, par une odeur spéciale de l'haleine, et souvent aussi par quelques papules de prurigo répandues sur le tronc et surtout vers les parties postérieures du cou et des épaules, attestant la présence de parasites. Il y a, en un mot, cette expression de dégradation morale et sociale que les anciens avaient désignée par le mot latin *crapula*. Sans accidents particuliers, sans *delirium tremens*, sans délire partiel, cet état suffit pour imprimer à la maladie intérieure une physionomie particulière et doit suffire au médecin pour qu'il connaisse la cause de la forme que devra revêtir cette maladie.

D'une manière générale, la maladie sera plus grave, elle sera marquée (outre les accidents spéciaux de l'alcoolisme qui peuvent manquer) par une dépression notable des forces, par une tendance à l'adynamie et par une disposition à une terminaison funeste. Le pronostic sera donc aggravé par les conditions alcooliques dans les maladies aiguës de cause interne; mais dans quelle mesure?

M. Hardy ne croit pas que ce soit dans la mesure indiquée par M. Verneuil pour les lésions traumatiques. Déjà dans un mémoire inséré en 1848 dans les *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, M. Tardieu admet que l'alcoolisme imprime une gravité extrême aux lésions traumatiques même légères; il établit à l'aide de faits assez nombreux que, chez les ivrognes, les lésions des os et des parties molles, en apparence les plus bénignes, se terminent souvent d'une manière funeste, et que, dans ce cas, sous le rapport de la responsabilité légale, la mort doit être attribuée plutôt à la condition de santé antérieure du blessé qu'à l'auteur de la blessure. Dans les observations qu'il a communiquées, M. Verneuil ne cite que des cas terminés par la mort.

C'est contre cette gravité absolue du pronostic que M. Hardy croit devoir s'élever pour ce qui regarde les maladies internes. Dans les hôpitaux on a de fréquents exemples de pneumonies chez des ivrognes et on en guérit; de même des érysipèles, de même des varioles. Dans ces derniers mois, chargé d'un service de varioleux à l'hôpital Saint-Martin, M. Hardy a pu constater chez trois malades les signes de l'alcoolisme associés aux phénomènes propres à la fièvre éruptive, et, sur ces trois malades, deux ont guéri. Certainement la maladie est plus grave, il y a plus à craindre pour une terminaison funeste, et le seul cas d'érysipèle qui se soit terminé par la mort cette année parmi 38 malades a été observé chez un ivrogne et s'est compliqué d'une gangrène des parties situées au-dessous de la peau malade. Il n'en est pas moins vrai qu'il existe de nombreux cas de guérison de maladies aiguës survenues chez des alcooliques.

M. Hardy ne partage pas l'opinion de M. Verneuil sur l'impuissance de la thérapeutique contre l'alcoolisme. M. Verneuil a dit que chez les alcooliques blessés rien ne lui a réussi et qu'il a constamment vu mourir ses malades. M. Tardieu fait le même aveu d'impuissance en déclarant la gravité absolue des lésions traumatiques chez les ivrognes. M. Hardy croit davantage à l'efficacité de la thérapeutique lorsqu'il s'agit de combattre une maladie interne compliquée d'accidents ébrieux. Il existe un traitement classique qui donne de bons résultats; c'est le traitement alcoolique formulé il y a déjà trente ans par Chomel dans les pneumonies des ivrognes. A ce moment on saignait beaucoup dans la pneumonie et Chomel, avec son talent clinique, avait vu que les ivrognes atteints de pneumonie et auxquels on pratiquait des saignées mouraient presque certainement. Au lieu de saigner les malades il leur donna du vin, et il obtint ainsi des succès.

Cette tradition du traitement alcoolique de la pneumonie des ivrognes s'est continuée et la méthode s'est même élargie en s'appliquant aux autres maladies aiguës survenant dans les mêmes circonstances. On a constaté que les accidents qui dérivent de l'intoxication alcoolique se développent souvent quelques jours après le début de la maladie et non d'emblée, alors que les malades à la diète d'aliments liquides et surtout de boissons vineuses restent pendant deux, trois ou quatre jours privés de leur stimulant habituel. Il semble vraiment que, chez ces ivrognes de profession, l'alcool soit devenu en quelque sorte un aliment nécessaire, ou du moins un agent indispensable à l'exercice régulier de leurs fonctions. L'abstinence absolue est pour eux un danger aussi grand qu'un excès de quantité; ils ne peuvent pas se passer d'alcool, et quand ils n'en prennent pas du tout le désordre nerveux se produit, et de véritables accidents alcooliques, délire, tremblement, etc., se déclarent.

Quoi qu'il en soit de cette explication, il est un fait pratique qui s'impose, c'est le bon effet des alcooliques dans le traitement des maladies aiguës des ivrognes; qu'ils s'agisse d'une pneumonie, d'un érysipèle, d'une angine, d'une variole, l'eau vineuse assez fortement chargée, une potion de Tood, composée avec un tiers ou un quart de rhum dans une partie de thé sucré, quelquefois de l'opium, c'est là le meilleur moyen de traiter les alcooliques, et à l'aide de cette médication on obtient d'assez nombreux succès.

M. Hardy termine par les conclusions suivantes, un peu différentes de celles de M. Verneuil:

1° L'alcoolisme vient compliquer d'une manière fâcheuse certaines maladies aiguës et particulièrement la pneumonie, l'érysipèle, la péricardite, l'endocardite, la variole, etc.

2° Dans ces circonstances, pour être grave, le pronostic n'est pas cependant nécessairement fatal.

3° L'alcool est le meilleur médicament à opposer aux maladies aiguës survenues chez les ivrognes, et, dans ces affections, l'existence de quelques accidents reconnus de nature alcoolique, ou même la connaissance d'habitudes ébrieuses, constitue une indication formelle de l'emploi de la médication alcoolique.

M. GUBLER passe en revue les divers traitements qui ont été dirigés contre le *delirium tremens*.

L'*opium* fut, dit-on, employé d'abord dans cette maladie par Simmons, puis par Saunders, qui établit bien les caractères distinctifs du délire des ivrognes; par Sutton, à qui nous devons la première description complète (1813) de ce grave accident de l'alcoolisme, ainsi que la dénomination de *delirium tremens* généralement acceptée; par Duméril, Guersant, Rayer, etc.

Pendant un demi-siècle l'opium resta en possession de guérir tous les cas curables de *delirium tremens*. Malgré le requisitoire de Ware, soutenu par Laycock, malgré les tentatives individuelles pour introduire de nouveaux agents dans ce traitement, et particulièrement de la digitale, à peine le triomphe de l'opium a-t-il été un peu gâté pendant le règne du physiologisme broussaisien.

La *digitale* fut introduite dans la thérapeutique du *delirium tremens* vers 1820, par un médecin américain, le docteur Pierson. Il administrait la teinture de digitale à la dose de 75 gouttes toutes les deux heures.

Quinze ans plus tard, un médecin allemand, le docteur Cless, apporta de nouveaux faits en faveur de l'efficacité de la digitale dans le délire alcoolique.

Il fut suivi de près dans cette voie par un de ses compatriotes, le docteur Spath. Leur exemple ne fut guère imité, et un quart de siècle s'écoula encore avant que le nouveau moyen, repris par le docteur Jones (de Jersey) et par quelques autres médecins français ou étrangers, entrât définitivement dans la pratique nouvelle.

Il existe aujourd'hui d'assez nombreux cas de succès obtenus par différents observateurs pour qu'il ne soit plus permis de mettre en doute l'action curative de la digitale contre le délire alcoolique.

L'opium, la digitale, les antiphlogistiques auraient obtenu une égale proportion de succès s'il fallait s'en rapporter aux relevés individuels de leurs prôneurs respectifs; et pourtant des moyens si différents ne sauraient convenir aux mêmes cas; d'où la nécessité de se conformer aux principes d'une bonne statistique posés par M. Gavarret et de ne comparer ensemble que des unités comparables; d'où encore la nécessité du *déterminisme rigoureux* inauguré en physiologie par M. Claude Bernard.

Le *delirium tremens* n'est pas une entité comparable à une espèce créée, toujours assez semblable à elle-même pour que chaque cas devienne l'unité ou l'individu morbide. Il est variable par la période, la forme, l'intensité, les circonstances du sujet et du milieu. Au sein de ce polymorphisme symptomatique l'identité originelle étiologique perd toute valeur pour le praticien. En ce sens on doit admettre la vérité de l'adage : il n'y a pas de maladies, il n'y a que des malades.

Nous sommes ramenés ainsi à fonder la thérapeutique rationnelle sur l'étude des altérations d'organes et des troubles fonctionnels. Malheureusement malgré d'incontestables progrès accomplis depuis quelques années, la physiologie et la clinique ne parlent pas encore sur beaucoup de points un langage suffisamment clair et précis.

En ce qui concerne l'action physiologique de l'alcool, nous savons que cet agent est un excitant ou irritant local, qui devient stimulant général par action réflexe. Absorbé, il est à faible dose un stimulant diffusible, fébrigène, diaphorétique; à dose excessive il constitue un stupéfiant, un narcotique, un anesthésique. Il est en partie éliminé en nature, en partie brûlé. Il pénètre les tissus en vertu d'une sorte d'affinité élective, particulièrement les tissus nerveux, l'encéphale; il modifie à la longue la nutrition et provoque la transformation granulo-graisseuse des viscères et des vaisseaux. Peut-être agit-il en vertu d'un changement d'état moléculaire manifesté seulement à l'occasion des maladies aiguës, et devient-il analogue au pyroxile par rapport au coton vulgaire. Ces altérations de structure de l'organisme sous l'influence de l'alcool se révèlent par le délire, les convulsions, l'ataxie, l'adynamie, la disposition aux furoncles, les tendances à la suppuration, à la gangrène, à l'apoplexie.

Peut-on se rendre compte de ces accidents variés par les modifications anatomiques connues de l'alcoolisme? La dégénérescence granulo-graisseuse explique bien l'hypérémie passive, l'engouement, les ruptures vasculaires, les hémorrhagies, moins bien la tendance au ramollissement, à l'ulcération, au sphacèle. Il faudrait peut-être y joindre la modification plus intime, plus cachée, résultant du défaut de rénovation ou de rajeunissement des tissus, suite du ralentissement de la mue organique sous l'influence de l'alcool combustible, non assimilable, et agissant comme dynamophore.

Avec ces données pouvons-nous comprendre ce qui se passe dans le *delirium tremens*? Il faut d'abord remarquer que le délire tremblant succède à un excès alcoolique et ne se montre point pendant la présence de l'alcool; car il ne faut le confondre ni avec le délire initial, ni avec ce que M. Gubler a décrit sous le nom de *délire de retour*.

C'est quand le poison est éliminé sous une forme ou une autre qu'apparaît le *delirum cum tremore*. De plus, à ce moment, ni l'élévation du pouls, ni la calorification ne trahissent une excitation générale fébrile. Dès lors rien n'autorise à considérer le tremblement et le désordre intellectuel comme des phénomènes d'irritation phlogistique. Surtout si l'on considère que des symptômes d'excitation, délire et convulsions, sont aussi bien la conséquence du défaut que de l'excès de stimulus. C'est ce qui résulte des expériences de Kussmal et Teuner, qui rappellent les contractions musculaires par rupture du circuit voltaïque.

D'une manière plus générale on peut dire que l'excitation résulte d'un changement en plus ou en moins dans les conditions habituelles, non d'une puissance spéciale appartenant à des corps dits excitants par essence, comme la *pile thermo-électrique*.

Il se pourrait donc que les phénomènes d'excitation du *delirium tremens* ne fussent que la conséquence de la suppression d'un stimulus normal ou du changement de milieu et conséquemment de nature abirritative.

Le système nerveux se décharge à la manière d'une machine électrique ou de conducteur dans une atmosphère humide, dans un milieu trop bon conducteur.

En tout cas ces phénomènes, s'ils sont intenses et se prolongent, aboutissent à l'asthénie, à la paralysie vaso-motrice et à la congestion sanguine, puis à la phlogose proprement dite, avec altération nutritive, d'abord névrose, ensuite phlogose; les mêmes moyens ne sauraient convenir à ces deux états anatomo-pathologiques, à ces deux périodes de l'affection.

Ces différences ont été plus ou moins vaguement soupçonnées et indiquées par quelques observateurs. Ainsi on voit souvent le *delirium tremens* distingué en sthénique, asthénique, avec ou sans fièvre, avec fièvre inflammatoire, gastrique, nerveuse.

Au reste, l'anatomie pathologique vient justifier l'admission d'une forme inflammatoire. Sans parler des lésions anciennes dues à l'intoxication chronique, on trouve la rougeur, la vascularité, les hémorrhagies, le ramollissement des parties centrales avec hydropisie ventriculaire, ce qui a permis d'admettre un arachnitis et une méninge encéphalite de cause alcoolique. Et l'hypérémie a pu exister du vivant du sujet alors qu'on ne la constate pas sur le cadavre, de même qu'on voit, dans l'érysipèle, l'hypérémie de la peau qui existait pendant la vie disparaître après la mort.

Est-il possible de reconnaître à quelle période le mal est arrivé, si l'on en est encore à la période de névrose pure, ou à la période congestive et phlogistique? La chose est difficile.

La période congestive est marquée par les phénomènes suivants: chaleur et rougeur du visage; yeux brillants et injectés, pupilles étroites; délire plus continu, ne cédant que pour faire place à la somnolence et au coma; chaleur fébrile, pouls accéléré.

La période initiale se passe à froid; on constate des moments prolongés de calme, moins d'injection oculaire.

Dans le doute la thérapeutique devient une pierre de touche.

La théorie et l'expérience se réunissent pour indiquer que le *Delirium tremens* au début est une simple *névrose*. Le traitement rationnel consiste dans les alcooliques donnés à dose modérée, comme stimulant et pour ne pas priver brusquement le malade de son excitant habituel; les narcotiques ou mieux les hypnotiques; l'opium,

(1) Suite. — Voir le dernier numéro.

peut-être la jusquiame, à l'exclusion des autres solanées vireuses, le chloral. On continue pendant plusieurs jours l'usage de ces médicaments à doses efficaces.

Mais si le délire ne s'apaise pas et si l'on voit survenir les phénomènes d'excitation locale et générale, il faut cesser les moyens précédents et recourir aux toniques vaso-moteurs, rarement aux antiphlogistiques ordinaires, aux sangsues, aux éméto-cathartiques.

Parmi les toniques vaso-moteurs, M. Gubler a employé avec succès le bromure de potassium à la dose de 2 à 10 grammes, le sulfate de quinine à la dose de 1 gramme à 1 gramme 50, la digitale, sous forme de teinture alcoolique, à la dose de 1, 2, 4 et 6 grammes.

M. J. GUÉRIN voudrait que la discussion fût circonscrite dans les termes de la question posée par M. Verneuil, c'est-à-dire de l'influence de l'alcoolisme sur la marche et la terminaison des lésions traumatiques. On s'éloigne de la question en la traitant dans ses généralités. M. J. Guérin n'interviendra que lorsqu'il aura lu les observations sur lesquelles s'appuie M. Verneuil pour attribuer à l'alcoolisme une influence des plus funestes sur le pronostic des lésions traumatiques.

M. VERNEUIL n'est pas fâché de voir la discussion s'étendre et embrasser la question de l'alcoolisme dans toutes ses généralités. Il ne s'agit pas, en effet, seulement de l'état local des alcooliques blessés; il s'agit encore de savoir s'il existe une médication capable de combattre avec efficacité l'état général sous l'influence duquel des complications graves se développent chez les blessés atteints d'alcoolisme. A ce point de vue, il y avait à faire appel aux lumières de l'expérience des médecins. Existe-t-il un traitement efficace de l'alcoolisme, analogue, par exemple, au traitement du diabète et des lésions traumatiques chez les diabétiques par la médication alcaline? Ce qu'il y a de pénible et de décourageant pour le chirurgien, c'est de voir les lésions traumatiques les plus insignifiantes et les plus minimes en apparence se compliquer des accidents les plus graves, et entraîner la mort des malades sous l'influence de l'état général produit par l'alcoolisme; c'est de voir l'intervention chirurgicale la plus rationnelle sans cesse entravée et annihilée par cette terrible complication de l'état général alcoolique auquel la thérapeutique semble n'avoir rien trouvé encore à opposer de réellement efficace.

La discussion devrait donc, suivant M. Verneuil, porter sur les deux questions suivantes: 1° influence de l'alcoolisme sur les phénomènes locaux des plaies ou lésions traumatiques; 2° influence de l'alcoolisme sur les accidents généraux qui viennent compliquer les plaies ou lésions traumatiques.

La séance est levée à cinq heures.

24 DÉCEMBRE.

XXXV. **Ambulances.** — M. le docteur Chéreau publie dans l'*Union* son rapport sur l'ambulance Pilté.

AMBULANCES DE LA PRESSE

(AMBULANCE DE L'HÔTEL PILTÉ)

Premier rapport à M. le docteur Ricord

Chirurgien en chef et président du Comité des ambulances de la Presse

SUR LE SERVICE MÉDICAL DE L'AMBULANCE PILTÉ.

Mon cher maître,

Le 12 octobre dernier, le Comité des ambulances de la Presse, lequel a eu la bonne inspiration de vous choisir pour son président et pour son chirurgien en chef, me faisait l'honneur de me nommer médecin principal de l'une de ses ambulances annexes.

Cette ambulance est rue Monsieur, n° 15, une de ces rues peu connues, même du Parisien de Paris, mais très-bien située et offrant toutes les conditions les plus favorables pour les chers et intéressants malades qui devaient y être amenés. Je ne sais le nom définitif qui sera donné à l'ambulance; je propose, moi, qu'on inscrive sur son fronton : *Ambulance Pilté*, pour honorer la femme charitable qui a offert si généreusement son hôtel et qui a fait un si noble usage de sa fortune en fournissant au jeune établissement les choses indispensables à une installation nosocomiale.

Lorsque, muni de ma commission, je me suis présenté à l'ambulance Pilté, je n'avais presque rien à organiser : tout fonctionnait; les 46 lits étaient dressés; trois ou quatre malades, peu grièvement, Dieu merci! y recevaient déjà des soins affectueux et dévoués; un confrère, M. le docteur Guirette, venait bravement, depuis quelques jours, apporter le contrôle vigilant de l'expérience professionnelle. L'économat exerçait ses rouages intelligents et dévoués. Voici d'abord M. Destez (économe-directeur), l'âme, le pivot, la force motrice de tout le mécanisme, le créateur, on peut le dire, de l'ambulance, réquérant officieusement l'hôtel Pilté, frappant à toutes les portes charitables, organisant des quêtes, provoquant des dons importants. J'ai été ébahi à la vue de la montagnes de bandes, de charpie, de draps, de couvertures, de coussins, de gouttières contentives, de compresses, de gilets de flanelle, de bonnets de coton, etc., que son activité prodigieuse a su faire s'élever rue Monsieur. Et comme ces bandes sont bien roulées! et comme ces compresses sont soigneusement pliées! et comme cette charpie est belle, effilée brin par brin, triée laborieusement! Quels beaux plumasseaux on peut faire avec cela! Il n'y a que la main de fées charmantes qui a pu confectionner ces compresses fenêtrées, rouler ces bandes, broder et illustrer ces centaines de scapulaires...., innocentes reliques que nos Bretons portent si dévotement sur leurs poitrines, et qui doivent immanquablement les préserver contre les balles prussiennes.

M. Destez a, pour le fonctionnement de la maison, un personnel laïque jusqu'ici suffisant, représenté par Mme Humille, comme directrice ou intendante; Mmes Garaud, veuve Dubois et Joly, infirmières. N'oublions pas Mme veuve Billat, chargée d'un service important : faire bouillir la marmite; et ne laissons pas partir sans quelques paroles de regrets M. Hippolyte Philippot, qui a rempli avec zèle et intelligence les doubles fonctions d'infirmier et de cocher, mais qu'un rôle plus glorieux encore a appelé à la défense du pays.

Vous l'avez vu comme moi, mon cher maître, l'hôtel Pilté est très-propice à l'établissement d'une ambulance. Au rez-de-chaussée, deux grandes et belles salles pouvant contenir 19 lits, bien aérées, et donnant par de larges fenêtres sur un jardin; au premier étage, une suite de salles non moins bien aménagées et contenant 27 lits. Joignez à cela une autre grande salle destinée à l'économat, une belle cuisine, des chambres séparées pour y recevoir des officiers, une écurie, des annexes nombreuses qu'on est en train de convertir en salles de convalescence, et vous avouerez qu'il serait difficile de réunir plus de conditions favorables.

Un élément important, indispensable pour tout établissement nosocomial, manquait : je veux parler du service pharmaceutique. Mais voyez notre chance, nous avons trouvé à côté de nous, rue Vanneau, M. Combarieu, pharmacien, qui a installé ses pilons et ses mortiers à l'ambulance, qui assiste tous les matins à la visite, et qui, je le proclame ici hautement, est à la hauteur de sa mission; toute de dévouement à l'intérêt de nos chers malades.

Jusqu'ici, M. le docteur Guirette et moi avons suffi au service, parce que, à part quelques cas isolés d'une gravité exceptionnelle, nous n'avons généralement reçu à l'ambulance que des malades peu sérieusement atteints, et que l'un de nous deux s'est imposé le devoir de renouveler sa visite dans la soirée. Mais je ne dois pas vous cacher que si nos 46 lits étaient, à un moment donné, occupés par une série de cas graves, fièvres typhoïdes, pneumonies aiguës, fièvres pernicieuses, etc., nous vous demanderions un élève instruit, praticien déjà et dévoué; ou cet élève resterait interne à l'ambulance, ou il recevrait la mission d'assister tous les matins à notre visite et de revenir dans la journée. D'ailleurs, il est arrivé déjà que de pauvres soldats ont été apportés à l'ambulance dans la journée; des dépêches télégraphiques nous ont avertis, nous sommes accourus, mais nous pouvions être absents, et les malades eussent dû attendre jusqu'au soir pour recevoir les premiers soins, souvent si importants et si pressants.

Aujourd'hui, 12 décembre, il y a un peu plus de deux mois que l'ambulance Pilté est ouverte. On y a reçu jusqu'ici 87 malades. Le temps paraît venu, cher maître, de vous faire connaître très-brièvement les cas pathologiques qui se sont présentés. Ces faits sont encore tout vivants à notre mémoire, et il nous est facile, dans ce sommaire, d'en extraire pour ainsi dire la moelle et la quintessence.

Mais, d'abord, une observation générale sur nos malades : ils sont tous assez jeunes, comme bien vous le pensez; de 21 à 25 ans, tel est l'âge le plus habituel. Presque tous jouissent d'une bonne constitution; néanmoins, nous avons été assez étonnés de nous voir arriver de pauvres diables atteints d'affections graves et anciennes des voies respiratoires, bronchites chroniques, tuberculose pulmonaire, diathèse scrofuleuse. Il n'était pas possible de garder ces *chroniques* dans l'ambulance, et nous les avons fait évacuer sur l'hôpital militaire du Gros-Caillou.

Quant aux corps auxquels ils appartiennent, nos 87 malades se décomposent ainsi :

Mobiles	56
Régiments de ligne	23
Zouaves	5
Chasseurs à pied	1
Corps du génie	1
Artillerie	1
Total	87

Du premier coup, nous avons eu à lutter contre la variole; 9 malades atteints des premiers symptômes de cette maladie ont dû être immédiatement transportés à Bicêtre, refuge destiné à cette époque aux varioleux.

Vous nous aviez recommandé, cher maître, de revacciner tous les entrants, quels qu'ils fussent; vous m'avez invité même à exécuter cette petite opération non pas au lieu habituel, mais bien sur l'abdomen, au-dessous de l'ombilic. Vous espériez que, grâce à cette innovation, les soldats pourraient continuer le service militaire, et que le maniement du fusil, rendu difficile et pénible chez des vaccinés au bras, ne le serait sans doute pas par suite du nouveau lieu d'élection.

J'ai tenté l'opération, en divisant en deux groupes une douzaine de sujets à vacciner; la moitié le fut au bras gauche, l'autre moitié sur l'abdomen. Malheureusement j'avais dû me contenter, faute de mieux, d'un mobile vaccinifère qui était entré à l'ambulance pour une fièvre muqueuse, mais dont les pustules, qui dataient de plus de huit jours, étaient déjà flétries et presque desséchées. Dans aucun cas l'opération n'a réussi.

Quelques jours après, elle fut essayée de nouveau avec du vaccin sur plaque; nous ne fûmes pas plus heureux, à cause du dessèchement du virus jennérien.

Vous n'avez pas idée, cher maître, de toutes les démarches demeurées inutiles que j'ai faites pour obtenir du vaccin frais; et, sur ce point, j'appelle toute votre attention.

Voici l'indication sommaire des cas pathologiques que nous avons eus à traiter. Il est, je crois, inutile de les soumettre à une classification; je les prends un peu au hasard, en commençant pourtant par les plus graves :

1° *Diarrhée; dysenterie épidémique.* — Onze cas, dont un terminé par la mort au quatrième jour de l'entrée à l'ambulance. Rien n'a pu arrêter le flux intestinal mucoso-sanguinolent, accompagné de prostration extrême des forces, de l'affaissement du pouls, du refroidissement de la peau, des taches pétéchiales sur divers points de la surface du corps. Le ratanhia, soit en lavements, soit en potions, qui nous a réussi si bien dans les autres cas de diarrhée plus simples, a complétement échoué dans celui-ci. Nous avons essayé aussi en vain une solution de nitrate d'argent.

A quoi donc sont dues ces dysenteries extrêmement intenses que j'apprends avoir été aussi très-nombreuses dans les autres ambulances? Il me semble que tout s'explique lorsqu'on réfléchit que nos soldats ont vécu sous l'influence d'une saison humide, dans des lieux bas et marécageux, qu'ils ont été mal nourris, médiocrement vêtus, et qu'ils se sont laissé entraîner à des abus alcooliques, si pernicieux en pareille occurrence.

2° *Érysipèle de la face.* — Deux cas extrêmement graves chez deux jeunes soldats de la ligne, si graves, hélas! que nous en avons perdu un. Le second est, Dieu merci! aujourd'hui en pleine convalescence. Il s'agissait de cette forme d'érysipèle de la face dans laquelle le traitement par l'émétique en lavage et les purgatifs réussit si bien. Chez les deux malades, le traitement a été le même: lait émétisé (faute de bouillon de veau), huile de ricin, boissons abondantes, diète sévère, poudre d'amidon sur les parties frappées. Le jeune M.... est, je le répète, convalescent à cette heure. Moins heureux, son camarade M... nous a été enlevé au trente et unième jour de la maladie, en pleine convalescence aussi, buvant déjà quelques tasses de bouillon; il a été emporté en 24 heures par une dysenterie hémorrhagique que rien n'a pu arrêter.

3° *Amygdalites.* — Cinq cas, dont un à forme pultacée; ce dernier, qui est encore en traitement aujourd'hui (12 décembre), semble devoir bien marcher vers la guérison. Les gargarismes au ratanhia et à l'alun ont réussi à déterger l'arrière gorge et à débarrasser de son exsudation pathologique. Je passe sous silence les autres amygdalites simples, qui n'ont offert rien de particulier à noter.

4° *Pleuro-pneumonie aiguë.* — Deux cas. Nécessité, dans l'un, d'une saignée générale et de l'application de sangsues. Émétique à haute dose dans le second; tolérance remarquable du médicament; guérison rapide.

5° *Affections rhumatismales.* — Huit cas, mais à des degrés et à formes bien différents. Nous avons eu à traiter quatre rhumatismes articulaires aigus qui ont cédé, sans autre médication, à l'emploi du sulfate de quinine allié à l'opium. Le cœur, il est vrai, est resté indemne de toute modification pathologique. Une arthrite subaiguë du genou s'est très-bien trouvée du badigeonnage à la teinture d'iode; le malade marche rapidement vers la guérison. Le fantassin B..., du 136e de ligne, en est quitte pour des douleurs musculaires, qu'à défaut de bains de vapeur nous traitons par la teinture de colchique. Le malade ne s'en trouve pas plus mal.

6° *Bronchites simples.* — Dix cas. Forte proportion d'un petit accident si facile à « attraper » dans les mauvaises conditions hygiéniques des gardes dans les tranchées, et du coucher soit en plein air, soit dans des locaux mal fermés.

7° *Glossite aiguë.* — Un cas. Nous n'avons pu remonter à la cause de cet accident; la langue, fortement tuméfiée, pouvait à peine être contenue dans la bouche, mais sans ulcération aucune. Un purgatif, un gargarisme émollient, des boissons abondantes en ont vite eu raison.

8° *Laryngite aiguë.* — Rien de sérieux; guérison rapide et sans nulle médication.

9° *Pleurodynie.* — Quatre cas. Boissons sudorifiques; sinapismes *in loco dolenti*. Guérison en peu de jours.

10° *Fièvres.* — Sous ce titre nous groupons dix-huit cas à forme gastrique, rémittente et intermittente. Lorsque les premières voies digestives nous paraissaient engagées, un vomitif (ipéca, *un* gramme; tartre stibié, *cinq* centigrammes) était de suite administré, et toujours avec grand succès. Je n'ai pas besoin de dire que les fièvres à type périodique exigèrent le sulfate de quinine, que nous avons allié à l'extrait thébaïque. Pour les fièvres rémittentes, des laxatifs légers, des lavements émollients, la diète, ont suffi. Aucun de ces dix-huit malades n'a gardé le lit plus d'une huitaine de jours.

11° Sept cas de petite chirurgie : ongle incarné, arrachement de cet ongle; guérison en peu de jours. — Contusion à l'épaule, sans aucune gravité. — Entorse du pied; repos, bandage, liniment calcaire. — Brûlure de la partie supérieure du pied; second degré; en voie de guérison. — Abcès considérable, mais sous-cutané, au bras droit; ouverture; guérison facile.— Orgelets multiples, qui ne donnent rien d'important à noter. — Abcès froid et négligé à la partie antérieure de la rotule; clapier, trajet fistuleux; nécessité d'une contre-ouverture. Dans quelques jours le malade pourra rejoindre son corps.

12° Cinq cas de chirurgie plus relevée. — Les deux gardes mobiles, P... et D..., en ont été quittes pour une plaie très-superficielle du bras par un éclat d'obus. L'artilleur M.... peut leur être joint comme gravité de blessure. C...., du 125e de ligne, a eu la dernière phalange de l'index droit emportée par une balle. La cicatrisation se fait par seconde intention; elle sera, par conséquent, lente à s'effectuer. Enfin, Théodore H..., du 115e de ligne, a reçu sur le dos de la main droite une balle qui a été se loger obliquement sur la face palmaire. Quelques os du métacarpe ont dû être broyés. Nous nous attendions bien à quelques accidents. La balle a pu être extraite au quatrième jour de l'entrée du blessé à l'ambulance; elle était nettement coupée, dans un tiers de son épaisseur, par un fragment d'os incrusté en quelque sorte dans le métal.

Voilà, cher maître, très-sommairement, les cas principaux que mon confrère, M. Guirette, et moi, avons eus à diriger à l'ambulance Pilté. Je n'ai pas besoin de vous dire le bonheur que nous éprouvons à entourer de nos soins et de notre affection ces braves défenseurs de notre pays odieusement outragé par l'invasion des barbares. Ai-je besoin d'ajouter que nos chers malades nous payent de reconnaissance, et qu'il est bien doux de faire un peu de bien à d'aussi excellents jeunes gens?

Nous avions, d'ailleurs l'exemple devant les yeux. L'historien futur des *Ambulances de la Presse* dira les mérites des membres du Comité. Il racontera vos exploits, cher maître; il vous montrera affrontant les balles et les boulets, et portant jusque sur les lignes ennemies votre nom estimé dans toute l'Europe scientifique; il donnera comme un modèle à suivre votre digne lieutenant, M. Demarquay, qu'il aura vu à l'œuvre et sur les champs de bataille et dans son service de l'Ambulance des ponts et chaussées. Il n'aura garde d'oublier, ni M. Armand Gouzien, le fin et spirituel secrétaire du Comité, ni M. Dardenne de la Grangerie, qu'on aime parce qu'il est bon, bienveillant, et parce que, si en sa qualité de trésorier il compte les écus, il ne compte pas les services qu'il rend à l'Œuvre.

Et, au premier plan, le même historien dessinera la figure étonnante de Mgr Baüer, qu'il montrera, tantôt à Saint-Eustache, dans sa chaire de prédicateur, émotionnant jusqu'aux sanglots tous ses auditeurs; tantôt, hardi cavalier, galopant vers le champ de carnage, narguant la fusillade, s'agenouillant auprès des mourants et des blessés, leur soufflant des paroles de consolation, intrépide, infatigable, constamment sur pied, toujours sur la brèche, montrant enfin ce que peut un grand cœur allié à une brillante intelligence,

Nous n'avons pas eu, vous vous en êtes aperçu, cher maître, un grand fonds de science et de génie médical à dépenser, car c'est un peu la monnaie courante de la clinique que nous avons en main. Votre modeste ambulance n'en est pas moins un précieux enseignement pour nous. Chez la plupart de nos malades et comme surnageant les désordres pathologiques qu'ils présentaient, nous avons pu saisir un grand affaissement des forces, une notable flaccidité de la fibre, un certain épuisement de la vitalité. Aussi le régime diététique, que nous avons généralement adopté, eut-il pour but de combattre cette fâcheuse disposition, de remonter, permettez-moi cette expression, une machine dont le jeu était vicié par une nourriture insuffisante et de mauvaise qualité, par des veilles prolongées, par toutes les mauvaises conditions dans lesquelles vivent nécessairement nos mobiles. Aussi les bouillons gras, les viandes rôties, le vin généreux ont-ils été leur train, et nous avons ainsi « refait » nos jeunes hommes. De blêmes, pâles, brisés qu'ils étaient lorsqu'ils étaient entrés à l'ambulance, ils en sortaient frais, roses, forts, et tout prêts à reprendre le chassepot.

Tout notre personnel rivalise de zèle et d'ardeur à remplir dignement la mission qui lui a été confiée. On cherche, cela se voit, à faire comprendre à nos intéressants pensionnaires qu'ils sont comme chez eux, qu'une seconde famille leur est rendue; et lorsque les nécessités du service nous forcent à signer des *exeat*, nous avons soin de ne frapper que des hommes complétement ramenés à la santé; les demi-convalescents sont dirigés dans le sein hospitalier de familles généreuses, où certainement ils sont choyés, gâtés, et se remontent vite un moral peut-être abattu.

Oh ! cher maître, nous vous remercions du fond du cœur de nous avoir mis à même de soigner, de dorloter, de consoler tant de braves cœurs !...

Votre bien affectionné et respectueux,

A. Chéreau.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté du chef du pouvoir exécutif, en date du 15 juillet 1871, rendu sur le rapport du ministre de la guerre, ont été promus ou nommés, dans l'ordre national de la Légion d'honneur, les militaires dont les noms suivent :

Au grade de commandeur. — M. Laveran (Louis-Théodore), médecin inspecteur, officier du 30 décembre 1857; 40 ans de services, 9 campagnes.

M. Chenu, docteur médecin, directeur des ambulances de l'Internationale des Champs-Élysées, officier du 12 avril 1864.

Au grade d'officier. — M. Mallet (Jean-Joseph-Samson), médecin principal de 1re classe à l'hôpital militaire de Besançon, chevalier le 30 décembre 1857; 32 ans de services, 20 campagnes.

M. Suret (Édouard-Florent), médecin major de 1re classe à l'hôpital militaire de Versailles; 32 ans de services, 7 campagnes. (Prendra rang du 21 avril 1871.)

M. Dauvé (Stanislas-Paul), médecin major de 1re classe à l'hôpital militaire de Versailles; 21 ans de services, 13 campagnes. (Prendra rang du 21 avril 1871.)

M. Balansa (Jean-Bernard-Achille), médecin major de 1re classe à l'hôpital militaire de Versailles; 30 ans de services, 15 campagnes. (Prendra rang du 21 avril 1871.)

Au grade de chevalier. — M. Siry, chirurgien major (Garde nationale de la Seine).

M. Chauvel (Jules-Fidèle-Marie), major de 2e classe à l'hôpital militaire de Versailles; 12 ans de services, 1 campagne. (Prendra rang du 21 avril 1871.)

M. Fournier (Henri-Marie), médecin aide-major de 1re classe à l'hôpital militaire de Versailles; 13 ans de services, 5 campagnes. (Prendra rang du 21 avril 1871.)

M. Passot (Émile), médecin aide-major de 2e classe à l'hôpital militaire de Versailles. (Prendra rang du 21 avril 1871.)

M. Bruté (Camille), médecin aide-major; 1 an de services, 1 campagne; services exceptionnels (Garde nationale mobile).

M. de Heyfelder, médecin principal des armées russes.

M. Le Marchand (Charles), attaché à la Société nationale anglaise de secours aux blessés. Succursale de Tours.

M. Rennick, lieutenant dans l'artillerie royale anglaise, attaché à la Société nationale anglaise de secours aux blessés. Succursale de Tours.

M. Lebée (Eugène), président du comité de secours aux blessés, à Saint-Quentin.

M. Coutart (Jules), vice-président du comité de secours aux blessés, à Saint-Quentin.

M. Vidal (Émile-Jean-Baptiste), docteur-médecin attaché aux ambulances de la Société internationale de secours aux blessés.

M. Rota (Jacques), docteur-médecin, directeur de l'ambulance de Picpus.

M. Caby, docteur-médecin, attaché aux ambulances, à Paris.

M. Gauné, médecin en chef de l'hôpital de Niort.

M. Longhaye (Auguste), vice-président du comité de secours, à Lille.

— La Commune de Doulaincourt (chef-lieu de canton Haute-Marne), par suite du décès du médecin qui l'habitait, offre une belle position à un jeune docteur qui voudrait venir s'y établir. — S'adresser au Maire pour les renseignements et pour traiter de la subvention accordée par la Commune.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois.. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 22 juillet 1871.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Accouchements. — De l'expression utérine dans la délivrance.

Faut-il attendre que la nature accomplisse par elle-même ce dernier acte de l'accouchement qu'on appelle la délivrance, ou faut-il venir à son aide dans tous les cas ?

M. Chantreuil, chef de clinique de M. Depaul, est de cette dernière opinion.

Sur plusieurs centaines de malades, il a hâté l'expulsion du délivre par ce qu'il appelle l'*expression utérine*, et cette méthode généralisée lui a paru offrir de très-grands avantages.

Je ne connaissais pas les travaux des accoucheurs qui ont précédé M. Chantreuil dans cette voie, mais l'induction m'avait conduit à une pratique analogue chez les femmes que j'accouchais ; et bien que je n'aie pas de chiffres comparables, je puis joindre mon témoignage à celui du jeune et savant observateur.

L'idée première qui a inspiré les manœuvres dont il s'agit est très-naturelle et très-simple.

Après la sortie de l'enfant, l'utérus doit chasser le délivre en se contractant puissamment sur lui et en l'exprimant, pour ainsi dire.

Si le placenta est détaché de toute autre manière que par cette force *à tergo*, et si l'utérus reste inerte, la béance des vaisseaux et des sinus ouverts expose l'accouchée, d'abord à des hémorrhagies, puis à d'autres dangers tout aussi redoutables.

Il n'est donc pas bon d'arracher, pour ainsi dire, le placenta par des tractions plus ou moins fortes sur le cordon ombilical.

Mais si l'utérus ne se contracte pas ou presque pas, si la délivrance tarde, que faut-il faire ?

On avait conseillé, et ce fut autrefois une méthode générale, d'introduire alors dans l'utérus la main entière, et de détacher de cette manière le placenta.

Au commencement de ma pratique, il y a douze ans, je m'y suis pris ainsi ; et je dois dire que cette manœuvre ne m'a pas semblé avoir beaucoup d'inconvénients quand, après avoir glissé la main entre l'utérus et le placenta, en détachant ce dernier par la simple pression des doigts qui s'insinuent, on attend pour la retirer que sa présence ait provoqué une contraction qui l'expulse, en même temps que le délivre embrassé par elle.

Ordinairement, on n'a pas longtemps à attendre et on se rapproche ainsi beaucoup de la délivrance naturelle, si ce n'est qu'on accroît les douleurs de la femme, d'abord par la dilatation du conduit génital, puis par l'accroissement de la masse expulsée.

Mais s'il est toujours sage d'attendre une contraction utérine pour faire sortir le placenta, si la présence de la main, en excitant le muscle utérin, peut provoquer cette contraction, n'était-il pas encore plus naturel d'exciter ce muscle en le malaxant et le pressant de l'extérieur ?

Telle fut l'induction qui me conduisit à une méthode fort analogue à celle de M. Chantreuil.

Je dis analogue et non identique, car M. Chantreuil, si je l'ai bien compris, compte sur la pression de la main comme exerçant une *vis à tergo* bien plus encore que comme fournissant un excitant et un point d'appui aux contractions de l'utérus. Aussi son but est-il complétement atteint dès qu'il *exprime* le placenta par une pression énergique lors des premières contractions. Moi, je pressais moins fort, et, lorsque le délivre était sorti, je continuais encore à provoquer de temps en temps des contractions utérines nouvelles par de douces malaxations.

En effet, après l'accouchement, après l'expulsion du délivre, tout n'est pas fini. La matrice est gorgée de sang, sa surface interne déchirée va devenir une surface suppurante, et il n'est pas indifférent de diminuer cette surface et de chasser le sang qui stagne dans les parois.

Pour atteindre ce résultat, comme pour effectuer l'accouchement et la délivrance, il faut encore surtout compter sur la contraction musculaire.

Ces termes « *expression utérine* » sont très-bons si on les entend dans le sens actif.

Oui, l'utérus doit *exprimer* ce qu'il contient, l'enfant d'abord, puis le délivre, puis enfin le sang qui l'abreuve. Ces trois actes se font par le même mécanisme et ils peuvent être retardés ou entravés par la même cause, inertie, paresse utérine.

La paresse utérine est chose assez commune chez les femmes des grandes villes, et c'est pourquoi l'accouchement est pour elles plus dangereux que pour les robustes campagnardes.

On n'a pas besoin d'exciter les contractions chez celles-ci. L'utérus revient sur lui-même si activement et si vite, qu'elles se remettent à leur travail sans inconvénient peu de jours ou même peu d'heures après l'accouchement.

Il en est tout différemment des femmes lymphatico-nerveuses, dont les muscles sont frêles et toutes les fonctions sans énergie. Il faut remédier à la torpeur de leurs organes par des excitations qui les réveillent : c'est le moyen d'éviter le plus possible les hémorrhagies, les abondantes suppurations, les infections purulentes et putrides, la fièvre puerpérale sous toutes ses formes.

Même en dehors de l'état puerpéral, les contractions des fibres utérines peuvent se produire, soit comme complications, soit, au contraire, comme adjuvant dans le traitement des maladies de matrice.

Dans un mémoire que j'ai lu, il y a quelques années, à l'Académie de médecine, j'ai attribué à une contraction crampoïde et irrégulière de ces fibres lisses les douleurs atroces que certaines femmes éprouvent quelques instants après les cautérisations, même les plus légères, dans la cavité de l'utérus.

J'ai dit qu'il était très-facile de prévenir ces atroces douleurs en excitant des contractions d'ensemble par le passage d'un courant induit. Je dois ajouter que j'attribue à ces contractions lentes et prolongées de tout l'organe une bonne partie des résultats que m'a donnés ce traitement mixte dans les hypertrophies du col, ou même du corps. Aussi souvent ai-je employé l'électricité seule avec grand avantage.

L'électricité conviendrait-elle dans certains cas à la suite de l'accouchement, soit pour hâter la délivrance, soit pour diminuer le volume du globe utérin? Je le suppose, mais n'ayant encore aucune espèce de pratique sur ce point, je me garderai d'en parler d'après des vues qui seraient purement théoriques.

Pansement des plaies. — Réunion par première intention. — Drainage. — Bandelettes collodionnées.

Je viens de dire qu'il fallait chercher à diminuer la surface suppurante après l'accouchement. Il le faut aussi après les blessures, et en général toutes les fois qu'il se fait du pus quelque part, sans qu'il en reste rien à éliminer.

Si la méthode de réunion par première intention est si peu en faveur dans la chirurgie parisienne, bien qu'elle ait pour but de prévenir la suppuration, c'est que les sujets qu'on opère et qu'on ampute dans nos hôpitaux laissent généralement beaucoup à désirer au point de vue de la force plastique.

Ils sont comparables au cheval, qui suppure presque toujours quand on le blesse, à ce que raconte M. Bouley, tandis que le bœuf cicatrise avec le moins de pus possible.

Il y a là des conditions de vitalité particulières qui forcent la main à nos chirurgiens de Paris.

S'ils réussissent dès le début, ils s'exposent à enfermer dans des tissus ouverts, sans membrane pyogénique, sans granulations protectrices, une production purulente qui les pénétrera, n'ayant pas d'autre issue,

Si les chirurgiens du Midi réussissent où échouent leurs maîtres, ils doivent en bénir leur climat, les différences d'air et de race.

Il ne faut donc pas, à Paris, sous prétexte de réunion, enfermer le pus dans la plaie.

Telle est la préoccupation principale des opérateurs. Dans ce but, on ne s'est pas borné à faire des contre-ouvertures sur les points déclives, on a imaginé des drains qui traversent les cavités purulentes de part en part, pour mieux livrer passage au pus.

Comme le ferait un séton, ce drain surexcite par sa présence la purulence sur les points qu'il touche, et y empêche le rapprochement cicatriciel des surfaces correspondantes. Mais ces points étant limités à la surface même du drain, la cicatrisation pouvant se faire ailleurs, cet inconvénient est peu de chose.

Pourtant il suffit pour que, dans des conditions semblables à

FEUILLETON

ACADÉMIE DES SCIENCES DE BELGIQUE.

Séance publique annuelle.

M. A. BELLINCK.

LES ANOMALIES CHEZ L'HOMME ET CHEZ LES ANIMAUX.

Messieurs,

Je ne m'attendais nullement, il y a quelques jours, à l'honneur de prendre aujourd'hui la parole dans cette enceinte ; la rédaction précipitée de mon travail réclame donc l'indulgence de mes auditeurs.

Le sujet, messieurs, dont je viens vous entretenir, c'est-à-dire *les anomalies chez l'homme et chez les animaux*, n'est pas seulement de nature à piquer la curiosité, il jette en même temps de grandes lumières sur l'histoire des animaux et surtout de l'homme, et son étude acquiert chaque jour une plus grande importance.

La science des *anomalies* ou *monstruosités* a reçu le nom de *tératologie*, et il importe avant tout de la bien définir. La tératologie dont il est ici question comprend l'étude des déviations organiques que l'homme et les animaux apportent en naissant. On ne considère donc pas comme telles les déformations dues à des accidents postérieurs à la naissance, ou à des maladies, non plus que les difformités provoquées à dessein par des parents dénaturés. Il n'est pas rare de rencontrer sur nos foires de ces êtres déformés que la cupidité exploite, et au sujet desquels la police n'est pas toujours assez en éveil. C'est aux auteurs de ces atrocités qu'il conviendrait, à juste titre, d'appliquer le nom de *monstres*, mais dans un ordre d'idées différent de celui qui fait le sujet de cet entretien.

HISTORIQUE. — Nous ne sommes plus au temps où les monstres étaient des objets d'épouvante et des présages de calamités. Une famine, une guerre, une épidémie, trouvaient toujours un précurseur dans quelque être difforme contre lequel les lois ne manquaient pas de sévir. — Jusqu'au dix-septième siècle, on approuva les lois grecques et romaines qui condamnaient à mort les enfants affectés de monstruosité, et ce n'est qu'en 1805 que le médecin Riolan avança, comme une nouveauté hardie, qu'on pouvait désormais se dispenser de faire périr les sexdigitaires, les macrocéphales, les géants et les nains, et qu'il suffisait de les soustraire à tous les regards ; quant aux autres, il voulait qu'on les mît à mort sans délai. C'est par allusion à cette coutume barbare qu'un dicton populaire répète encore de nos jours qu'*il faut étouffer le monstre*.

On conçoit en effet que nos pères, dans leur simplicité, aient été saisis d'effroi en entendant les récits fantastiques accrédités de leur temps, ou en examinant les figures horribles dont fourmillent les ouvrages d'Ambroise Paré, d'Ulysse Aldrovande, de Fortunio Liceti et de Gaspar Schott. Dans la plupart de ces figures cependant, comme dans les personnages de la Fable, il existe ordinairement un fonds de vérité. Ces prétendus portraits n'ont pas été faits d'après nature ; tous les caractères sont exagérés, les membres sont agencés d'une manière impossible, et l'on y représente à l'état adulte des monstres qui ne naissent jamais viables. — Trop souvent aussi des voyageurs crédules ont accueilli avec confiance des traditions fondées sur des faits mal observés. C'est ainsi que des peuples ignorants, voyant pour la première fois des hommes à cheval, s'imaginèrent que le cavalier et sa monture ne faisaient qu'un : c'est l'origine probable des centaures. — Il n'est pas rare non plus de rencontrer chez des brocanteurs de mauvaise foi des animaux fabriqués de toutes pièces, réunissant sur un même individu des parties empruntées à des espèces diverses. Plus d'un naturaliste s'est laissé duper de la sorte, et Cuvier lui-même, nommé expert par les tribunaux pour constater si un gros poisson n'était pas formé de la réunion de deux petits, hésita longtemps et eut bien de la peine à démêler la fraude. Il est facile à un empailleur adroit de surajouter à un animal une tête ou un membre. La greffe animale peut même opérer des annexions de ce genre sur des animaux vivants, et produire aussi des monstres doubles. On conçoit dès lors que des témoins dignes de foi déposent en faveur de faits que la nature désavoue et qui ne sont dus qu'à la supercherie.

Ce ne fut que vers le milieu du dix-huitième siècle que les préjugés commencèrent à tomber et que les monstres devinrent des sujets de curiosité et d'un intérêt vague. Mais il faut arriver à ces derniers temps pour voir les anomalies devenir un objet intéressant d'étude, et répandre la lumière sur l'anatomie et la physiologie. Les monstruosités ne sont plus désormais un désordre aveugle ; des lois ont présidé à ces productions insolites, et dans bien des cas il a été possible de les faire naître à volonté.

On nous permettra d'exposer brièvement les déviations les mieux constatées, et de faire voir comment certains faits, en passant par la bouche du vulgaire, ont été plus d'une fois dénaturés.

Isidore Geoffroy Saint-Hilaire fait remarquer que les anomalies portent sur la *suppression* des organes, sur leur *nombre*, leurs *connexions*, leur *position*, leur *volume*, leur *forme*, leur *composition élémentaire*, ou sur plusieurs de ces conditions réunies.

(*A suivre.*)

elles que j'ai racontées dans ma dernière revue clinique, on évite l'emploi du drain.

Du moment où il est possible, en relevant une des parois de la cavité suppurante, de transformer son poids en pression contre la partie supérieure de la surface correspondante, à laquelle elle vient s'accoler, toutes les fois que ce relèvement des tissus aura pour résultat la béance forcée d'un orifice situé sur le point le plus déclive, il est évident qu'un pansement aux bandelettes collodionnées offrira de grands avantages sur toute autre espèce de pansement.

Dans le fait que j'ai rapporté, ces avantages étaient accrus par l'existence d'érysipèles, de fièvres putrides et purulentes, de pourriture d'hôpital, dans les services des blessés. Il était urgent de fermer la plaie qui pouvait être un jour ou l'autre envahie par de telles complications.

Ils étaient également accrus par la situation de la blessure. Le tibia était encoché, et la cicatrice devait se faire sur cet os à nu, si je n'eusse, par une traction assez puissante, ramené devant lui une portion de la peau qui en était séparée de plusieurs centimètres.

Cette fois donc les indications se trouvaient être exceptionnellement favorables à la méthode dont il s'agit.

Mais je crois qu'en cherchant un peu on trouvera souvent encore à appliquer cette méthode dans des cas où, en dehors d'elle, on songerait surtout au drain.

Par la traction de bandelettes collodionnées, il est souvent facile de maintenir béante une contre-ouverture, et de rapprocher en même temps les bords de quelque autre ouverture située plus haut. Ainsi la cicatrisation pourrait se faire de haut en bas avec une rapidité inattendue. J'ai déjà dit combien cette mise en contact de deux surfaces suppurantes avait eu vite pour résultat de diminuer, puis de tarir, la sécrétion du pus.

C'est une application de principes parfaitement connus. Tous les chirurgiens savent combien de temps il faut parfois pour faire adhérer deux surfaces pyogéniques amenées en contact dans une position telle que le pus ne séjourne pas entre les deux.

Aucun n'ignore l'inconvénient d'interposer un corps étranger en pareil cas. S'ils emploient un tube à drainage, c'est parce qu'il faut d'abord faire écouler le pus. Mais ils aimeraient certainement mieux que le pus sortît librement et sûrement sans tube à drainage.

Voilà donc déjà bien établie une première application des bandelettes collodionnées, alors qu'il s'agit de plaies profondes.

Elles ne sont guère moins utiles dans certains genres de plaies superficielles.

Lorsqu'une longue et large plaie est limitée de chaque côté par la peau, soit que cette peau, divisée dans toute son épaisseur, se soit écartée dans la position où l'a fixée le commencement du travail cicatriciel, soit qu'elle ait subi une perte de substance, il est encore possible, alors même que la plaie pleinement suppurante est couverte de bourgeons charnus, alors même qu'un commencement de cicatrice l'envahit par ses bords, il est encore possible de réduire la surface de cette plaie dans une proportion notable.

Voici comment je m'y suis pris pour atteindre ce résultat chez un grand nombre de blessés.

J'appliquais les doigts sur la peau de chaque côté de la plaie comme si j'avais voulu saisir et pincer celle-ci; puis en effet, par un mouvement de rapprochement, par une pression bilatérale, mobilisant les bords cutanés et les faisant glisser sur les parties profondes, je tirais, je serrais la surface suppurante de manière à en exprimer les granulations, qui s'écrasaient en laissant écouler du sang.

Après cela, par des bandelettes collodionnées posées, les unes plus haut que la plaie, d'autres plus bas, d'autres au niveau de la plaie même, selon les principes que j'ai indiqués, je maintenais le résultat obtenu, jusqu'au lendemain.

Le lendemain, quand j'enlevais les bandelettes, je trouvais que la réduction produite persistait d'elle-même; et je recommençais à mobiliser, à presser et à faire glisser les bords de la peau en les rapprochant l'un de l'autre. Ce rapprochement n'a pas de limite, pour ainsi dire, car j'ai pu rendre à peu près linéaire, c'est-à-dire réduire à moins d'un centimètre des plaies qui avaient en travers cinq centimètres quand j'ai commencé.

Je reviendrai prochainement sur ce sujet, dont on comprend bien toute l'importance, puisqu'en réduisant la surface de la cicatrice, en limitant la formation du tissu rétractile qui la composerait, on évite des difformités qui pourraient être considérables.

Dr VICTOR REVILLOUT.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 10 juillet 1871. — Présidence de M. CLAUDE BERNARD.

MÉMOIRES ET COMMUNICATIONS DES MEMBRES ET CORRESPONDANTS DE L'ACADÉMIE.

Physique. — *De l'action de l'électricité sur les tissus colorés des végétaux.*

M. BECQUEREL (1). Dans le Mémoire que nous avons eu l'honneur de présenter à l'Académie, dans la séance du 26 juin dernier, nous avons exposé les premiers résultats des recherches que nous avons entreprises sur le transport de certains sels par l'étincelle électrique, du négatif au positif, dans une direction inverse de celle que suit la matière dans les expériences de Davy et de Porrett, faites avec la pile, tandis qu'il y a des sels qui ne sont transportés dans aucune des deux directions.

Les résultats obtenus nous ont engagé à examiner ce qui devait se passer, en soumettant à l'action de l'étincelle électrique produite soit avec les machines électriques ordinaires, soit avec les appareils d'induction, ou bien à l'influence d'un courant électrique fourni par une pile, les diverses parties d'un végétal, fleurs, ligneux, écorces, sucs sécrétés, organes sexuels et fruits. Le champ de recherches à parcourir est donc très-vaste, si l'on veut arriver à trouver des principes généraux.

Avant d'exposer le résultat de nos recherches à cet égard, il est nécessaire de rapporter les expériences qui ont été faites sur le même sujet par MM. Kabsch et Kühne (1).

Voici comment M. Kabsch rend compte des résultats qu'il a obtenus (2) :

« Les matières colorantes rouges sont décolorées, dans toutes les circonstances, selon l'intensité de la couleur, soit instantanément, soit sous une action prolongée d'un courant d'induction ; l'effet se produit aussi bien sur la couleur rouge des fleurs et des bractées que sur celles de feuilles caulinaires et des cotylédons (on sait que ces deux matières colorantes se distinguent par leur réaction avec les alcalis : ceux-ci font passer la première au bleu, la seconde au vert).

« L'action produite est remarquable, particulièrement sur la couleur bleue ou violette que j'ai soumise à l'expérience dans les *Aquilegia*, *Vinca*, *Viola*, *Delphinium*, et *Campanula*. D'abord il paraîtrait n'y avoir aucune action, les corolles devenant seulement un peu flasques ; mais quand on a blessé un peu l'épiderme, en le grattant légèrement avec un couteau, ou simplement en touchant un peu rudement le point soumis à l'expérience avec les bouts des fils conducteurs, l'étincelle a fait immédiatement apparaître, en place du beau violet bleu naturel, une couleur bleu verdâtre foncée ou claire.

« Plus le bleu était pur et clair, moins ce changement de couleur était appréciable ; les espèces de campanules à fleur d'un bleu clair offraient encore une décoloration.

« Je ne sache que ces phénomènes aient été déjà observés ; cependant M. de Bérigny a reconnu une action semblable de l'ozone. »

Plus loin :

« Les matières jaunes résistent très-longtemps à l'action décolorante du courant électrique : d'un autre côté, le vert de la chlorophyle ne paraît en ressentir aucune influence. »

Il résulte des faits qui viennent d'être rapportés que M. Kabsch a étudié la décoloration des fleurs à l'aide de l'appareil d'induction, dans les points où les électrodes touchent les pétales, décoloration qui se complique d'une action chimique, l'électrode positive s'entourant d'un acide qui tend à colorer en rouge le pétale et l'électrode négative d'un alcali qui colore en vert la matière colorante. Les faits observés ne sont donc pas des faits simples comme ceux dont il va être question.

M. Kabsch paraît attribuer les effets de décoloration à l'ozone ; mais on verra plus loin que cette opinion ne paraît pas devoir être fondée, et qu'elle est contraire à certains faits observés.

Nous avons commencé à soumettre à l'expérience les pétales de diverses espèces de fleurs et les feuilles vertes et différemment colorées.

La matière colorante des pétales des fleurs est renfermée soit à l'état liquide, soit à l'état de granules solides, dans des cellules dont les bords sont juxtaposés sans laisser aucun vide où des gaz pourraient s'introduire. Dans les feuilles, les cellules ne sont plus jointives et laissent entre elles des espaces remplis d'air; elles contiennent en outre des granules de chlorophylle.

Cela posé, on a adopté le mode d'expérimentation suivant, pour étudier l'action que l'étincelle électrique exerce sur les couleurs des végétaux. Ce mode consiste à employer l'excitateur universel pourvu de divers accessoires, telles que petites boules de platine placées aux deux extrémités des deux tiges mobiles de l'excitateur, capsules et lames de même métal, et d'une tablette en verre sur laquelle est placée une bande de papier humectée d'eau distillée et destinée à recevoir le pétale sur lequel on veut expérimenter. En opérant avec la machine électrique, les deux extrémités libres de l'excitateur sont éloignées l'une de l'autre d'environ 3 centimètres et placées à 1 centimètre du pétale. L'une des tiges est mise en communication avec le sol, l'autre avec une sphère isolée placée à quelque distance du conducteur d'une machine électrique en action, servant à tirer des étincelles, lesquelles sont transmises au pétale. En soumettant à l'expérience le *Papaver orientalis* d'une couleur rouge écarlate, les parties situées au-dessous des boules prennent une teinte sensiblement blanche après quelques étincelles; en interrompant l'électrisation, les taches s'étendent peu à peu et finissent par envahir le pétale comme le fait une goutte d'huile répandue sur une feuille de papier; si l'on met alors le pétale dans l'eau, celle-ci prend une teinte violette, et il se décolore complétement. En prolongeant l'électrisation, on obtient directement un effet semblable.

Les parties décolorées sont transparentes et laissent voir le tissu du pétale de manière à pouvoir en faire l'anatomie au microscope. Ces parties, par un effet de contraste, paraissent avoir une teinte verte qu'on fait disparaître en couvrant d'un diaphragme blanc la partie rouge non décolorée. Il n'existe aucune différence entre les effets produits au-dessous de chacune des deux boules; cette particularité ne permet pas d'admettre une action électro-chimique, car si elle avait lieu les effets seraient différents sous chacune des boules. En expérimentant avec deux pointes au lieu de deux boules de platine, l'action électro chimique se manifeste assez rapidement ; on aperçoit, au-dessous de la pointe positive, indépendamment de la partie décolorée, une tache rouge, et au-dessous de l'autre une tache verte, couleurs qui indiquent la présence d'un acide sous la première et d'un alcali sous la seconde. En employant un appareil d'induction quoique de faible force, il se produit de la chaleur qui complique l'effet de décoloration. Néanmoins on s'en rend maître, comme on va le voir.

Ce mode d'expérimentation ne donne pas des effets réguliers, attendu que l'étincelle frappe tantôt un point du pétale, tantôt un autre plus ou moins éloigné ; on régularise son action au moyen de l'une des dispositions suivantes :

1° On applique sur une lame de verre un disque de feuille d'étain de l'étendue qu'on veut donner à la partie qui doit être décolorée; ce disque est pourvu d'un appendice de même métal destiné à établir la communication avec un des pôles de l'appareil d'induction ou le conducteur d'une machine électrique; on applique dessus le pétale, que l'on recouvre d'une bande de taffetas enduit à la gomme laque et percée d'une ouverture égale à celle du disque; on applique dessus une bande de papier mouillé, puis un autre disque d'étain pourvu également d'un appendice qui le met en communication avec l'autre pôle; le tout est mis sous une presse; aussitôt que l'appareil électrique fonctionne, la décharge se répartit uniformément sur le pétale; si le taffetas isolant ne remplit pas complétement le but que l'on s'est proposé, on le remplace par une lame de verre percée d'une ouverture circulaire, d'un diamètre égal à celui du disque.

2° On place le pétale entre deux longues bandes de papier à filtrer, humectées d'eau et reposant sur une lame de verre, puis on pose les deux boules de l'excitateur chacune sur l'une des bandes à 1 centimètre environ du pétale, de sorte que la décharge traverse simultanément les deux bandes de papier mouillé et le pétale quand il est suffisamment humide.

Si l'on veut avoir une action plus directe, on applique les deux petites boules de platine sur les parties des bandes en contact avec le pétale; mais on a à craindre alors des effets dus à la production de la chaleur pendant la décharge.

Une forte décharge n'est pas toujours nécessaire pour produire la décoloration dans les fleurs impressionnables, comme l'est le pavot oriental. On l'obtient également, mais à un moindre degré, avec deux pointes de métal placées très-près du pétale et en opérant la décharge de l'électricité qu'acquiert un tube de verre ou un bâton de gomme laque frotté avec une étoffe de laine. L'immersion dans l'eau opère ensuite complétement la décoloration.

Les pavots de diverses nuances sont plus ou moins impressionnables, selon la nature des matières colorantes qu'ils renferment; ils le sont en général moins que le pavot oriental couleur rouge-écarlate, qui est la fleur la plus sensible parmi celles que nous avons soumises jusqu'ici à l'influence de l'étincelle électrique.

Le pavot des champs (coquelicot) passe successivement au violet clair, puis au blanc-verdâtre et devient blanc dans l'eau, toute la matière colorante s'y dissolvant.

Les iris de toutes couleurs, ainsi que les roses différemment colorées, éprouvent des effets semblables, avec les différences résultant de la nature du principe colorant. On peut conserver les pétales décolorés et desséchés entre deux lames de verre mastiquées sur les bords, afin de les soustraire à l'action de l'air et de l'humidité. Les fleurs sèches ou épanouies depuis longtemps perdent en grande partie leur faculté décolorante par l'action de l'électricité, quand celle-ci est faible.

La pensée, de couleur violette foncée, soumise à l'électrisation pendant quelques instants ne paraît éprouver aucune altération; mise ensuite en digestion dans l'eau, celle-ci se colore d'abord en bleu, puis en vert.

Les fleurs jaunes paraissent, en général, peu impressionnables à l'action de l'électricité; les couleurs perdent cependant de leur éclat et la matière n'est pas soluble dans l'eau froide après l'action électrique; il est probable que cela tient à ce que la couleur est due à des granules solides, et non à un liquide sur lequel l'électricité a de l'action. Nous citerons particulièrement les pétales du tournesol.

Les pétales des capucines rouges, rouge-brun et rouge-orangé, soumis au même mode d'expérimentation, perdent leur teinte rouge et deviennent jaune-clair dans les parties électrisées après avoir été plongés dans l'eau froide. Ils renferment en effet, à la fois, dans les cellules, et la couleur rouge impressionnable et des granules jaunes solides; il en est de même des pétales du dahlia cocciné.

Les fleurs bleues sont moins impressionnables que les rouges. Les pétales de la fleur du *Tradescantia virginica* sont peu influencés par l'étincelle; l'*Auchusa italica* se décolore peu à peu. Ces fleurs ayant de très-petits pétales, il est difficile d'observer les effets produits, attendu qu'ils se plissent et se brisent.

On doit considérer comme règle générale, que la couleur des fleurs qui a éprouvé un changement, même très-faible, de la part de l'étincelle électrique, se dissout en tout ou en partie dans l'eau froide, suivant l'intensité de l'action.

L'électrisation des feuilles a donné les résultats suivants : les feuilles vertes, en général, telles que celles de lilas, de pivoine, etc., semblent d'abord n'éprouver aucun effet de l'électrisation; mais quelque temps après sa cessation on voit les parties frappées par l'étincelle brunir peu à peu; l'effet produit s'étend bien au delà et finit par envahir la totalité ou une partie de la feuille suivant sa grandeur; laquelle finit par présenter l'aspect d'une feuille morte, quand surtout l'électrisation a été prolongée.

Les feuilles du *Begonia discolor*, rouges sur une face et vertes sur l'autre, présentent des effets remarquables : la partie verte devient sensiblement rouge comme l'autre, et la rouge, verte; il s'opère là une espèce de filtration de la matière rouge dans le tissu et la feuille, attendu que la chlorophylle ne paraît pas altérée.

Les feuilles de *Coleus*, qui sont rouge-brun sur les deux faces, deviennent vertes dans les parties électrisées, et l'effet produit s'étend également au delà; leur immersion dans l'eau froide les décolore complétement. Les feuilles d'irisine qui sont colorées en rouge éprouvent la même action.

Les feuilles d'amaranthe bicolore, qui ne paraissent pas éprouver d'altération sensible pendant l'électrisation, cèdent ensuite leur

---

(1) L'Académie a décidé que cette Communication, bien que dépassant en étendue les limites réglementaires, serait insérée en entier aux *Comptes rendus*.

(1) Nous devons les renseignements dont il va être question à notre savant confrère M. Duchartre.

(2) *Botanische Zeitung*, 1861. p. 362 et 363.

couleur à l'eau froide dans laquelle on les immerge, tandis que rien de semblable n'a lieu sans électrisation.

Au lieu d'employer de simples étincelles ou de faibles décharges électriques pour opérer la décoloration des diverses parties des plantes, on a fait usage du courant électrique d'une pile composée de six éléments à acide nitrique et zinc amalgamé, en mettant en communication le pétale de la feuille avec les pôles au moyen de deux bandes de papier humide, comme on l'a vu plus haut.

On sait que Davy ayant soumis pendant plusieurs jours une feuille de laurier à l'action d'une pile de 150 éléments, cette feuille devint brune, comme si elle eût été grillée; la matière verte, la résine, l'alcali, la chaux avaient été transportés au pôle négatif, tandis qu'au pôle positif il s'y trouvait de l'acide cyanhydrique.

Nous n'avons pas voulu obtenir de semblables effets, c'est-à-dire décomposer entièrement les parties des plantes soumises à l'action de l'électricité, mais bien connaître ce qui devait se passer lorsque les pétales des fleurs étaient appliqués, pendant un quart d'heure, sur deux bandes de papier légèrement humectées d'une dissolution légère d'eau salée, chacune d'elles étant en rapport, au moyen d'une lame de platine, avec les pôles de la pile; les effets ont été les mêmes, quoique moins énergiques, qu'avec l'appareil d'induction ou la machine électrique : la couleur rouge écarlate du pavot a pâli très-faiblement sans aucune apparence de décomposition; mise en contact avec l'eau, toute la matière colorante s'est dissoute dans l'eau, et le pétale est devenu blanc et translucide.

Les pétales d'une rose ont présenté les mêmes effets. Il n'y a donc eu aucune différence dans le mode d'action de la machine électrique, de l'appareil d'induction ou du courant de la pile, si ce n'est dans l'intensité des effets, qui a été très-faible dans ce dernier cas, mais plus uniforme.

Quelle est la cause qui produit les effets dont il vient d'être question? Est-elle physique, chimique ou physiologique? Ce sont là des questions que nous allons discuter. On serait disposé, *à priori*, à les attribuer à l'ozone qui se produit assez abondamment quand les décharges de l'électricité ont lieu dans l'air, lequel réagirait alors sur les matières colorantes pour les oxyder, selon qu'elles seraient plus ou moins impressionnables; l'action décolorante continuerait après l'électrisation, aux dépens de l'oxygène qui se trouverait dans les tissus, lequel aurait été ozonisé. Les observations suivantes ne permettent pas d'admettre cette explication : d'abord des courants électriques faibles produisent des effets analogues aux décharges, ensuite on obtient les mêmes effets en expérimentant dans des tubes de verre ne contenant que de l'hydrogène ou du gaz acide carbonique, où il ne se produit pas d'ozone quand on y fait éclater des étincelles comme nous l'avons expérimenté. D'un autre côté, en dehors de toute intervention électrique, la décoloration n'a pas lieu non plus quand les pétales sont renfermés dans des tubes où l'on fait passer un courant d'air ozonisé; enfin l'expérience suivante prouve que l'ozone n'intervient en rien dans le phénomène de décoloration. On applique sur une longue bande de papier humide le pétale du pavot oriental, et l'on fait passer pendant quelques instants la décharge sans produire d'étincelles, à plusieurs centimètres du pétale, en mettant les deux boules de l'excitateur en communication avec les bandes de papier; en opérant ainsi soit avec la machine électrique, soit avec l'appareil d'induction, il ne se produit pas sensiblement d'ozone. On voit aussitôt le pétale changer de couleur et prendre une teinte très-légèrement blanchâtre.

L'effet produit dépend donc d'une action spéciale de l'électricité, que nous allons tâcher d'indiquer. Nous nous sommes demandé d'abord si la lumière électrique n'exercerait pas une action *sui generis* ayant de l'analogie avec celle de la lumière solaire, qui se comporte quelquefois comme agent chimique. Pour le savoir, on a placé les pétales entre deux bandes épaisses de papier humide, afin de les soustraire à l'influence de la lumière pendant la décharge : les effets ont été les mêmes; on peut en conclure que ce n'est pas là la cause du phénomène. Du reste, on a déjà vu plus haut que les courants électriques qui ne sont pas accompagnés d'étincelles produisent les mêmes effets.

La chaleur produit un effet semblable à celui que l'on obtient avec l'étincelle électrique; car le pétale du pavot mis pendant quelques instants en contact avec l'eau bouillante, sa couleur rouge prend une teinte légèrement violette; ce pétale étant plongé ensuite dans l'eau froide, celle-ci dissout peu à peu la couleur, et il devient alors parfaitement blanc. L'action de l'eau à 100 degrés sur les feuilles colorées des *Coleus* et du *Begonia discolor* est analogue à celle de l'électricité : au bout de peu d'instants les premières deviennent vertes, et les secondes présentent une teinte rouge sur les parties vertes dont il a été question plus haut.

Les pétales soumis à l'action de l'étincelle éprouvant la même action que lorsqu'on les traite par l'eau chaude, ne pourrait-on pas supposer que la chaleur dégagée par le passage de l'électricité dans le tissu du pétale ne soit la cause de l'effet produit? Cela n'est pas probable, car les boules de l'excitateur sont éloignées quelquefois de 1 décimètre, et à peine si, dans l'intervalle, il y a une production de chaleur sensible. Au surplus, la faible quantité d'électricité qui détermine quelquefois sur certaines fleurs des effets marqués, comme cela arrive dans la décharge provenant de l'électricité obtenue avec un tube de verre ou un bâton de gomme laque frotté avec une étoffe de laine, exclut l'origine calorifique et force d'admettre une action propre de l'électricité.

Tous les faits qui viennent d'être exposés, et notamment celui qui concerne la continuation de l'action produite par l'étincelle électrique sur les feuilles et les fleurs, alors qu'elle a cessé d'agir, montrent que l'électricité a porté une atteinte plus ou moins profonde à l'action vitale, ce qui a permis aux forces physiques et chimiques d'agir. Voici comment on peut concevoir l'effet produit : à l'instant où la décharge a lieu il y a une suite de décompositions et de recompositions de fluide naturel qui vont en diminuant lorsqu'on s'éloigne des points atteints directement; ce phénomène a pour effet probablement d'altérer le tissu des cellules et de leur permettre de laisser filtrer le liquide coloré, dont s'empare l'eau froide dans laquelle on les plonge après l'action de l'électricité. L'effet doit être d'autant plus rapide que les cellules sont plus rapprochées des parties atteintes par l'étincelle; les cellules les plus éloignées doivent perdre plus lentement leur liquide coloré, les enveloppes ayant été moins atteintes par l'action de l'électricité.

Nous avons prié notre confrère M. Duchartre de vouloir bien examiner au microscope les fleurs et les feuilles qui avaient été soumises à l'action de l'étincelle électrique, afin de déterminer les changements qui s'étaient opérés dans l'organisation de chacune d'elles; voici le résultat de ces observations. Le tissu du pétale du pavot n'a présenté aucune altération; le contenu des cellules avait seul été modifié; en effet, le suc cellulaire, coloré en rouge vif, dont elles sont remplies, était devenu incolore; le contour des cellules était intact dans les parties décolorées, comme dans celles qui avaient conservé toute leur vivacité. La feuille de lierre a montré, par opposition, sur la face supérieure, à l'œil nu, un quadrilatère de 2 millimètres environ de côté qui avait une surface luisante au milieu d'une grande surface mate et brunie qui avait été exposée à l'action de l'étincelle. A la loupe, sur cette dernière, un grand nombre de petites ruptures de l'épiderme, les unes à peu près arrondies, les autres à contour irrégulier, que circonscrivait une ligne noircie. Au microscope, M. Duchartre a pu reconnaître que c'étaient autant de perforations opérées mécaniquement et par rupture, non-seulement dans toute l'épaisseur de l'épiderme, mais encore quelque peu dans le parenchyme sous-jacent.

Ces ruptures du tissu de la feuille sont dues, suivant toutes les probabilités, à l'étincelle électrique, qui a éclaté successivement sur différents points répartis irrégulièrement.

Autour de cette place frappée directement par l'étincelle, la même face supérieure de la feuille offrait une large tache irrégulière brunâtre, plus foncée vers les bords que dans sa partie centrale. M. Duchartre croit devoir attribuer cette tache au simple dépôt superficiel d'une matière brun foncé ou noire, dont il ignore l'origine et qui, vue au microscope, est amassée surtout dans les petits enfoncements de la surface de l'épiderme. Rien de pareil n'existait à la face inférieure; enfin le tissu interne de la feuille ou le mésophylle n'était altéré, ni dans l'arrangement ou la forme des cellules qui le constituent, ni dans la quantité ou la disposition des grains de chlorophylle qui donnent à ce tissu sa couleur verte.

M. Duchartre pense, d'après les observations que nous venons de rapporter, que, dans le coquelicot, l'électricité a altéré seulement le principe colorant rouge dissous dans le suc cellulaire, suivant l'énoncé de Kabsch, sans en amener le moindre déplacement, attendu que la couleur n'a nullement changé dans les parties du pétale qui entouraient les points décolorés; d'ailleurs, les cellules de ces parties rouges étant entièrement pleines de liquide n'ont pu en recevoir davantage.

Nous ferons observer que l'électricité a fait plus que de décolorer le suc rouge; il l'a prédisposé à être enlevé par l'eau froide en totalité, sans, pour cela, que les cellules soient scindées, quand on met les pétales en digestion dans cette eau. C'est en cela que réside la propriété de l'électricité.

Quant à la feuille de lierre, la chlorophylle n'a été altérée en rien, suivant M. Duchartre; l'électricité n'a donc point agi sur la couleur verte; mais, vers la face supérieure, le tissu a été déchiré en nombreuses ouvertures plus ou moins irrégulières.

M. Duchartre croit que si en mettant dans l'eau les pétales qui ont été électrisés, la décoloration s'y étend rapidement autour des points frappés par l'étincelle, cet effet peut tenir à ce que la pénétration de ce liquide dans les cellules a été facilitée par le changement moléculaire que l'étincelle aura déterminé dans les membranes cellulaires, changement du même genre que celui qui résulte de l'action du froid, et par suite duquel on voit l'eau s'amasser fréquemment hors des cellules, non déchirées cependant, au point de pouvoir se prendre en glaçons volumineux.

La feuille de *Begonia discolor*, qui présente des effets remarquables, n'indique pas une décoloration, mais bien un déplacement, un transport de la matière colorante rouge; dans son état normal, cette feuille, vers sa face supérieure et dans le tissu cellulaire qui en forme l'épaisseur renferme une très-grande quantité de grains de chlorophylle, qui sont même d'une grosseur remarquable. Son épiderme supérieur, comme d'ordinaire, est incolore; tout ce qui la distingue, c'est que l'épiderme de sa face inférieure a les cellules dont il est formé remplies d'un suc rouge, qui communique sa couleur à cette face, surtout le long des nervures, par l'action de l'électricité. M. Duchartre a cru voir qu'une portion de la matière colorante s'est transportée de la face inférieure sur la face supérieure, à laquelle elle a donné sa teinte. C'est surtout du pourtour de la place électrisée qu'a dû partir la matière colorante ainsi transportée, car ce pourtour forme, à cette place électrisée, une sorte d'auréole verdâtre, c'est-à-dire dans laquelle l'épiderme inférieur, ayant perdu sa couleur, laisse voir par transparence la chlorophylle plus intérieure. Cette matière rouge, prise ainsi à la face inférieure, est principalement au pourtour de la place électrisée, est allé rougir cette même place à la face supérieure de la feuille. Voilà comment on peut expliquer, après l'action de l'électricité, pourquoi la feuille de *Begonia* présente au-dessus une grande place rouge au lieu de sa couleur verte naturelle; en dessous, la même place, qui n'a pas été sensiblement décolorée, est bordée d'une large bande verdâtre; il paraîtrait même que la matière colorante a été en partie transportée hors des cellules de l'épiderme.

Les effets de l'étincelle observés sur les feuilles du *Begonia* sont semblables à ceux dont il a déjà été question en parlant de la décoloration des pétales des fleurs et particulièrement de ceux du pavot : l'électricité ne paraît agir que pour faire filtrer la matière colorante au travers de l'enveloppe des cellules, sans y produire d'altération.

En résumé, les décharges électriques, fortes ou faibles, produisent trois actions distinctes sur les couleurs des feuilles et des fleurs :

1° Une action en vertu de laquelle les parties électrisées laissent dissoudre ou plutôt filtrer dans l'eau froide, où on les plonge après l'électrisation, les matières colorantes qui sont à l'état de dissolution dans les cellules. Cet effet se produit principalement sur les couleurs rouges et bleues; mais les nuances jaunes dues à des granules solides situés dans les cellules ne paraissent pas modifiées.

2° Une action décolorante directe sur les matières colorantes rouges et bleues qui se trouvent à l'état liquide dans les cellules, quand l'électrisation des plantes est suffisamment prolongée. Quelquefois cet effet est très-rapide, comme avec les pétales du pavot oriental rouge-écarlate.

3° Une infiltration et, pour ainsi dire, un transport des matières colorantes sensibles aux effets précédents, et cela dans l'intérieur des organes électrisés. On peut rappeler comme exemple l'effet produit par la matière rouge qui se trouve au-dessous de la feuille de *Begonia discolor*, laquelle couleur, pendant l'électrisation de cette feuille, s'infiltre peu à peu vers la partie supérieure verte, de façon à masquer la couleur de la chlorophylle.

Là s'arrêtent pour l'instant nos recherches sur les effets résultant de l'action exercée par l'étincelle sur les végétaux. Notre but a été de faire connaître, dans ce Mémoire, une propriété spéciale de l'électricité agissant sur les fleurs et les feuilles des végétaux; propriété qui se manifeste peut-être également dans le règne animal, dont tous les êtres sont composés de tissus comme les végétaux.

Dans les recherches faites jusqu'ici sur l'homme et les animaux, en employant l'agent électrique, on s'est attaché particulièrement aux effets de contraction sans se préoccuper des effets divers résultant du passage de l'électricité, même à très-faible tension, dans tous les organes, et cependant c'est là un point capital à étudier si l'on veut approfondir tous les effets physiques et chimiques produits, et en déduire des conséquences utiles aux applications de l'électricité à la médecine. On ignore par exemple, dans les contractions, quels sont les changements ou les modifications qui peuvent en résulter dans les tissus. On se borne à consulter la résultante des effets produits sur l'organisme sans les analyser; ce sont des questions à étudier.

En terminant nous ferons encore les réflexions suivantes : L'atmosphère et la terre sont constamment dans deux états électriques différents : la première possède un excès d'électricité positive, la seconde un excès d'électricité négative, et ces deux excès reforment du fluide naturel par l'intermédiaire des corps conducteurs qui se trouvent à la surface du sol, notamment des végétaux. Ce sont autant de décharges électriques qui doivent produire des effets sensibles sur les végétaux, surtout dans les temps orageux, où les nuages électrisés exercent une action puissante par influence, suivie souvent de décharges électriques; ces décharges produisent alors des effets qui sont excessivement exaltés dans les arbres foudroyés.

Dans les expériences dont on a rapporté précédemment les résultats, on a foudroyé pour ainsi dire les diverses parties des végétaux avec des quantités d'électricité excessivement faibles comparées à celles qui produisent la foudre. Ces effets sont probablement les mêmes, à l'intensité près.

Quant aux effets physiologiques produits par la foudre chez l'homme et les animaux, ce sont en général des lésions dans les organes et particulièrement dans le système vasculaire, par suite desquelles il y a épanchement du sang et d'autres liquides, qui occasionnent instantanément la mort, par suite de ces désordres; en faisant passer de fortes décharges dans les animaux, on reconnaît que le système nerveux est particulièrement affecté et même quelquefois complètement détruit. Dans les personnes foudroyées, on observe quelquefois un effet semblable.

Les tissus animaux, soumis à l'action d'étincelles ou de faibles décharges électriques, doivent éprouver des effets qui ont de l'analogie avec ceux dont il est question, quoique à un moindre degré. Ce sont ces effets qu'il s'agit maintenant d'étudier.

CORRESPONDANCE

Pathologie expérimentale. — *Des lésions du tissu conjonctif lâche (tissu cellulaire) dans l'œdème* (1). Note de **M. L. RANVIER**, M. Claude Bernard.

Dans les œdèmes produits expérimentalement par la ligature de la veine cave inférieure et la section de l'un des nerfs sciatiques, le tissu conjonctif présente des modifications qui, par leur nature et la rapidité avec laquelle elles se produisent, me paraissent dignes de fixer l'attention. En effet, si chez un chien auquel on a lié la veine cave inférieure au-dessous des veines rénales et coupé l'un des nerfs sciatiques, on étudie le tissu conjonctif œdémateux quinze ou vingt heures après le début de l'expérience, on y constate les altérations suivantes (2). Les faisceaux conjonctifs sont séparés les uns des autres par du sérum transparent, dans lequel nagent de nombreux globules blancs (cellules lymphatiques) normaux et présentant des excroissances sarcotiques. Les cellules fixes du tissu conjonctif, qui, à l'état normal, sont plates, hyalines, grandes et étalées à la surface des faisceaux conjonctifs, ont pris une forme globuleuse et sont remplies de granulations réfringentes.

Les cellules adipeuses montrent, autour de la grosse goutte de graisse qui les caractérise, des granulations analogues aux précédentes et simulant un collier de perles; enfin les vaisseaux capillaires, les artérioles et les veinules sont distendus par du sang, et la face interne de leur paroi est recouverte de nombreux globules blancs.

De ces divers phénomènes, ceux qui sont relatifs au système vasculaire sont importants, parce qu'ils montrent que, dans l'œdème passif, il y a, outre l'exsudation séreuse, dilatation des vaisseaux sanguins, accumulation des globules blancs le long de leur paroi, et départ de ces globules au dehors, faits qui, depuis les recherches de M. Cohnheim (3), étaient considérés comme appartenant en propre à l'inflammation.

Les modifications des cellules du tissu conjonctif présentent encore un intérêt plus grand, et il est direct. Pour cela, il convient d'en faire une analyse plus détaillée. Les cellules conjonctives proprement dites, qui à l'état physiologique sont constituées simplement par une lame de protoplasma, au milieu de laquelle un noyau plat est fixé, ont repris une forme cellulaire franche. Elles sont deve-

(1) L. Ranvier, *Recherches expérimentales sur la production de l'œdème* (*Comptes rendus*, 20 décembre 1869). — Que quelques-uns des faits consignés dans la présente note ont été déjà communiqués à la Société de Biologie, en janvier 1870.

(2) Pour étudier le tissu conjonctif œdémateux, on en sépare de petites portions à l'aide des ciseaux courbes. Celles-ci sont placées sur une lame de verre porte-objet, puis recouvertes d'une lamelle de verre, enfin légèrement comprimées. Sur de semblables préparations, les faisceaux de tissu conjonctif, les fibres élastiques, les cellules conjonctives, les cellules adipeuses, les vaisseaux sanguins et les globules blancs épanchés se distinguent d'une manière admirable, parce qu'ils sont séparés par de la sérosité.

(3) *Ueber Entzündung und Eiterung*, in *Arch. von Virchow*, 1867.

nues sphériques ou ellipsoïdes, et, dans leur intérieur, autour du noyau devenu également sphérique, au milieu du protoplasma gonflé et grenu, on observe des granulations nombreuses, ayant de 0mm,001 à 0mm,004. Les granulations ont des caractères physiques et chimiques particuliers : elles sont rondes; leur réfringence est supérieure à celle de l'albumine, et moindre que celle de la graisse; quand on les soumet à l'action de l'acide acétique, de l'acide chromique ou du bichromate de potasse (1), elles s'amoindrissent, deviennent plus réfringentes et possèdent alors tous les caractères des granulations graisseuses.

Les granulations formées à la périphérie des cellules adipeuses sont semblables aux précédentes; comme celles-ci, elles ne sont pas constituées par la graisse seule; elles ne sauraient donc provenir d'une simple fragmentation de la goutte graisseuse centrale. Pour en saisir la signification, il convient de revenir sur la constitution de la cellule adipeuse. En employant pour l'étude du tissu cellulo-adipeux la méthode des infections interstitielles (2) avec une solution de nitrate d'argent (au millième), on constate, dans la cellule adipeuse, trois parties distinctes : une membrane anhiste enveloppante; au-dessous d'elle, une couche de protoplasma tapissant toute la face profonde de celle-ci et renfermant un noyau lenticulaire; en troisième lieu, la goutte de graisse centrale. Il résulte de cette disposition que la goutte de graisse est séparée de la membrane enveloppante par une couche continue de protoplasma, et que celui-ci, si on le développe par la pensée, représente, avec son noyau, une cellule plate semblable à la cellule du tissu conjonctif. C'est dans le protoplasma de la cellule adipeuse que les granulations indiquées plus haut prennent naissance. Il y a donc dans la cellule adipeuse une partie semblable à la cellule conjonctive, aussi bien au point de vue pathologique qu'au point de vue de la morphologie.

En terminant, je ferai ressortir les points les plus importants de cette communication : 1° l'épanchement des globules blancs du sang dans l'œdème comme dans l'inflammation suppurative; 2° la transformation graisseuse rapide des cellules du tissu conjonctif et du protoplasma des cellules adipeuses; 3° l'analogie morphologique des cellules conjonctives et des cellules adipeuses.

Les expériences qui forment la base de ce travail ont été faites dans le laboratoire de médecine du Collége de France.

(*Sera continué.*)

(1) L'acide acétique a été employé en solution au centième, l'acide chromique au dix-millième, et le bichromate de potasse au millième.

(2) Pour cette méthode, voy. L. Ranvier : *Des cellules du tissu conjonctif Comptes rendus*, 21 juin 1869).

PRIX A DÉCERNER EN 1872

PAR LA SOCIÉTÉ PROTECTRICE DE L'ENFANCE DE LYON

Le sujet de prix proposé l'année dernière par la Société protectrice de l'Enfance de Lyon n'a donné lieu à l'envoi d'aucun Mémoire. De douloureuses préoccupations, entretenues par une succession de malheurs inouïs, ont paralysé toute activité scientifique dont le but immédiat n'était pas la défense nationale. Le moment est venu de réagir contre une atonie qui ne répare rien, et qui, en se prolongeant, achèverait la ruine de la patrie.

Que les hommes de bonne volonté, que les travailleurs sérieux se roidissent contre la mauvaise fortune; qu'ils songent, dans le recueillement de l'étude, que c'est à conserver la vie des nouveaunés, à former des générations saines et vigoureuses que doivent tendre tous les efforts pour assurer le salut commun et préparer des jours meilleurs. Plus que jamais, la France a besoin de tous ses enfants.

En conséquence, la Société, remettant au concours la question proposée l'année dernière, décernera, dans sa séance publique de janvier ou de février 1872, un prix de 300 francs à l'auteur du meilleur Mémoire sur le sujet suivant :

« Comparer, en s'appuyant sur des statistiques et des documents aussi nombreux et aussi exacts que possible, les résultats de l'allaitement maternel, mercenaire et artificiel, au triple point de vue de la mortalité, de la constitution et de la santé future des enfants. »

Les Mémoires devront être adressés selon les formes académiques et *franco*, avant le premier décembre prochain, à M. le docteur Fonteret, secrétaire général de la Société, rue des Célestins, 2, à Lyon.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments ou autres objets).

Des gastrites chroniques, par le docteur E. Bottentuit, ancien interne des hôpitaux de Paris, médecin aux eaux de Plombières. Delahaye, 1867. — Prix : 2 fr.

Etude sur l'expression utérine comme moyen de délivrance, par le docteur Chantreuil, chef de clinique d'accouchements de la Faculté. In-8°. — Prix : 50 c.

Traité des maladies du fond de l'œil et Atlas d'ophthalmoscopie, par L. de Wecker et E. de Jalger, 1 vol. grand in-8° avec 29 planches coloriées. — Prix : 35 fr.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT Pour Paris et les Départements : Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 24 juillet 1871.

CLINIQUE OPHTHALMOLOGIQUE

M. DESMARRES FILS.

Observation recueillie par M. Alphonse Martin, chef de clinique.

B... (Théodule), ouvrier mécanicien, fut blessé à l'œil droit par un éclat d'acier, il y a environ huit mois; il ne demanda à aucun médecin les soins que nécessitait sa blessure, et ce ne fut que vers le commencement du mois de juillet 1871 qu'il pensa à parer aux inconvénients qu'elle lui avait laissés.

Le jour où il se présente à la clinique, il se plaint de ne pouvoir plus travailler; « car sa tête est obligée de suivre tous ses mouvements manuels, et de plus son œil pleure constamment ».

A l'examen, on trouve à l'œil droit une cicatrice qui, partant de la cornée vers son bord inférieur et interne, se rend à la paupière inférieure vers son tiers interne. Cette bride cicatricielle est adhérente au globe de l'œil et présente deux faces et deux bords, dont un antérieur ou libre, et l'autre postérieur ou adhérent. La face externe est concave et on la sent avec un stylet jusqu'à l'angle interne de l'œil; elle mesure 2 centimètres de profondeur. Mais il est bon de remarquer que le stylet ne peut pas la franchir, quoique cependant la paroi interposée entre lui et le doigt ne fasse percevoir au toucher que l'épaisseur du repli conjonctival.

Quant à la face interne partant du bord libre de la cicatrice, elle va se perdre dans l'angle interne en se confondant avec la conjonctive, dont elle n'est qu'une dépendance.

On voit par ce qui précède que cette bride sépare le cul-de-sac inférieur de la paupière en deux parties inégales; de plus, très-résistante et rigide, elle maintient l'œil dans une immobilité presque complète; le mouvement de haut en bas est le seul qui puisse s'accomplir dans une certaine limite : sont abolis dans presque toute leur étendue les mouvements latéraux; celui de bas en haut ne peut s'effectuer.

Le malade demandant l'opération, celle-ci est faite le 3 juillet. Le patient, couché sur un lit, les élévateurs mis en place, l'œil fixé par une pince, M. le docteur Desmarres incise le symblépharon en se rapprochant le plus possible du globe de l'œil. Ce premier temps accompli, il reste une plaie dont l'étendue est assez grande et dont la largeur ne mesure pas moins d'un centimètre et demi, qu'il s'agit de combler avec de la conjonctive prise dans les parties circonvoisines; car on ne peut laisser la plaie sans être réunie, ce serait s'exposer à voir se reproduire la difformité qui existait avant l'opération. Mais essayer de réunir les deux bords de la conjonctive est impossible, car celle-ci est très-adhérente au niveau de la cornée et ne prête pas assez pour permettre une réunion parfaite. Il resterait toujours un espace triangulaire à découvert, triangle qui aurait pour base la cornée, et dont le sommet serait le point où la suture serait placée.

C'est pour obvier à ce grave inconvénient que deux coups de ciseaux sont donnés à droite et à gauche de la cornée et près d'elle, qui ont pour effet immédiat de donner deux lambeaux latéraux que leur mobilité permet de faire glisser et de rapprocher très-facilement. Les deux bords de notre plaie longitudinale sont dès lors affrontés, et un point de suture placé assez loin d'eux les met en contact et dans une exacte coaptation. La plaie faite à la paupière n'a plus rien qui doive nous préoccuper, car elle ne se trouve plus dès maintenant en contact d'une surface saignante, mais bien de la conjonctive oculaire non lésée.

Deux jours après le malade vient nous voir. Le point de suture est enlevé; le résultat est des plus satisfaisants, car les deux lèvres des lambeaux sont réunies par première intention, et la plaie palpébrale commence à se cicatriser. Tous les mouvements de l'œil sont rétablis.

Le 14 juillet, l'œil complétement guéri démontre suffisamment par son excellent état l'importance de ce procédé opératoire qui n'est autre qu'une modification heureuse apportée déjà par l'auteur à l'opération du ptérygion.

NOTE

SUR LES PRÉTENDUES ÉMANATIONS VIRULENTES VOLATILES ET SUR L'ÉTAT SOUS LEQUEL LES VIRUS SONT JETÉS DANS L'ATMOSPHÈRE PAR LES SUJETS ATTEINTS DE MALADIES CONTAGIEUSES.

Par M. A. CHAUVEAU.

Dans les mémoires que j'ai eu l'honneur de présenter à l'Académie sur les virus et la théorie de la contagion naturelle, j'ai démontré que la propriété contagifère, dans les humeurs virulentes, n'est pas fixée sur les substances dissoutes, mais sur les particules solides et figurées que ces humeurs tiennent en suspension.

Trois séries d'expériences ont été consacrées à cette démonstration :

1° Si l'on étend, dans une grande quantité d'eau, une humeur virulente capable de produire à la peau, par inoculation sous-épidermique, une lésion locale bien circonscrite et bien caractérisée, et si l'on inocule cette dilution, la lésion ne se produit pas ou se produit avec tous ses caractères : il n'y a jamais d'effet intermédiaire. Sur un nombre déterminé de piqûres, faites exactement dans les mêmes conditions, il y en a plus ou moins qui avortent, suivant le degré de dilution. Il se produit alors ce qui arrive avec les dilutions spermatiques, employées pour faire la fécondation artificielle. La dilution éloigne les uns des autres les éléments doués d'activité et n'atténue pas cette activité. Ces éléments ne peuvent donc exister dans l'humeur virulente autrement qu'à l'état de particules solides indépendantes, comme les spermatozoïdes dans l'humeur spermatique.

2° Après avoir procédé, par le lavage et la filtration, à la séparation des éléments corpusculaires suspendus dans une humeur virulente, si l'on inocule isolément ces corpuscules et l'eau de lavage, l'inoculation échoue avec celle-ci et réussit avec ceux-là. Donc, les particules solides *seules*, c'est-à-dire sans sérum, jouissent de la propriété contagifère.

3° Enfin quand on couvre une humeur virulente d'une couche d'eau distillée, la diffusion amène rapidement dans l'eau les substances dissoutes de l'humeur. L'inoculation de cette eau, puisée à la surface de la couche, avec un tube capillaire, permet donc d'étudier l'activité des substances dissoutes *seules*, c'est-à-dire sans les corpuscules figurés suspendus dans l'humeur. Or cette inoculation ne donne que des résultats négatifs.

C'est cette dernière série d'expériences qui a été le point de départ des nouvelles recherches que je vais soumettre à l'Académie. Elles se rapportent à l'état des virus dans l'air infecté par les sujets atteints de maladies contagieuses.

Avec les données précédentes sur l'état physique des éléments actifs des humeurs virulentes, pouvait-on continuer à accepter la vieille théorie du miasme volatil, pour expliquer la présence des virus dans les milieux atmosphériques contaminés? Je ne l'ai pas pensé. Dans ma théorie de la contagion dite *miasmatique*, j'ai admis que le virus se trouve aussi au milieu de l'air à l'état de particules solides, qui y sont jetées surtout par la respiration des sujets malades. Si, en effet, les éléments virulents sont incapables de se répandre dans l'eau par diffusion moléculaire, ils doivent être non moins incapables de se répandre de cette manière dans l'air. Cependant il était nécessaire d'en donner la démonstration directe. Voici, entre autres faits recueillis à l'instigation de M. Chevreul, ceux qui m'ont permis de résoudre expérimentalement la question.

Étant admises la volatilité des substances virulentes et leur diffusibilité dans l'air, il est évident que ces substances doivent se répandre au sein de l'atmosphère avec la vapeur d'eau que l'évaporation spontanée enlève au véhicule. Si l'atmosphère est limitée, si la vapeur d'eau qu'elle contient peut se condenser sur les parois du vase limitant, il est encore évident que toutes les substances amenées par la diffusion dans l'air avec la vapeur d'eau, se retrouveront dans les gouttelettes résultant de la condensation de cette vapeur. Si donc on recueille ces gouttelettes et qu'on les inocule, il devient facile de s'assurer qu'elles contiennent ou non les éléments virulents.

L'expérience est très-simple et très-facile à faire. La matière virulente est recueillie dans une cupule, qui repose sur un disque plat en verre, et qu'on recouvre d'une petite cloche ou éprouvette. Pour activer l'évaporation, on place le disque sur un bain de sable, ou sur une brique chauffée, dont la température ne dépasse pas 40 degrés centigrades. De même pour faciliter la condensation, si la température ambiante n'est pas très-basse, on coiffe l'éprouvette avec du coton, sur lequel on verse de temps en temps quelques gouttes d'éther. Les gouttelettes, qui ne tardent pas à se former sur les parois de l'éprouvette, sont aspirées et rassemblées à l'aide d'un tube capillaire. Puis on inocule comparativement le liquide ainsi obtenu et la matière virulente dont il émane.

Parmi les virus qui sont regardés comme aptes à se propager par l'air, deux m'ont particulièrement servi, pour ces expériences, depuis 1868. Ce sont le virus de la variole et celui de la clavelée. J'ai, dans tous les cas, constaté que l'inoculation échoue avec les liquides enlevés par évaporation spontanée à la matière virulente, tandis qu'avec celle-ci l'inoculation réussit toujours.

Dernièrement, j'ai pu répéter deux fois cette expérience avec le virus du typhus épizootique, celui de tous les virus qui se répand peut-être le plus subtilement au sein de l'atmosphère.

FEUILLETON

ACADÉMIE DES SCIENCES DE BELGIQUE.

Séance publique annuelle.

M. A. BELLINCK.

LES ANOMALIES CHEZ L'HOMME ET CHEZ LES ANIMAUX (1).

I

Toutes les anomalies ne présentent pas la même gravité. En général, celles qui ne portent que sur des organes ayant plusieurs homologues, comme les vertèbres, les côtes, les doigts, les dents, les pattes, les anneaux du corps, les articles des antennes..., ne nuisent en rien aux fonctions de la vie et passent inaperçues.

Parmi les anomalies peu graves, il faut citer en première ligne le *nanisme* et le *gigantisme*. On a vu des *nains* dans tous les pays, et notre honorable secrétaire, M. Ad. Quetelet, qui a toujours eu tant à cœur le progrès des sciences, en a signalé plusieurs en Belgique dans le courant de ce siècle; il leur a consacré des notices intéressantes dans les *Bulletins de l'Académie* (1re série, t. XVII, 1850). — La taille des plus petits ne paraît pas avoir été au-dessous de 50 centimètres. Depuis longtemps on a relégué parmi les fables l'histoire de ce nain égyptien auquel Nicéphore Calliste ne donne que la taille d'une perdrix, et celle du poëte Aristratus qui, au rapport d'Athénée, était tellement petit qu'il échappait à la vue. — On attribue généralement le nanisme à un mauvais état de santé, et on ne le rencontre guère chez les animaux à l'état sauvage. — Au temps où les nains servaient à l'amusement des princes, on a vu des marchands en faire une branche de commerce et chercher à arrêter le développement de quelques malheureux enfants en les torturant par des bandelettes.

Les *géants* aussi ont eu leur histoire fabuleuse. L'académicien Henrion, en 1718, assignait à Adam cent vingt-trois pieds, et à Ève cent dix-huit, et à leurs descendants une taille graduellement décroissante. Ces statures extraordinaires accréditées chez les anciens n'étaient basées que sur des témoignages mal précisés ou indignes de confiance, et les prétendus ossements de géants découverts à diverses époques étaient des os d'éléphants, de mastodontes, de cétacés et d'autres grands animaux. — Les tailles gigantesques bien constatées ne s'élèvent guère au delà de huit à neuf pieds, et le géant Goliath, dont il est fait mention au premier livre des Rois, ne paraît pas avoir dépassé cette limite. — Les géants sont en général faibles de corps et d'esprit, lents et paresseux, et leur vie est courte. Berkeley, au siècle passé, parvint, par certains principes hygiéniques, à produire sur un enfant une taille d'environ huit pieds, mais le géant mourut vieux à vingt ans. — On ne connaît pas non plus de géants parmi les animaux.

L'accroissement de la taille, qui s'arrête ordinairement à l'époque de la puberté, présente parfois une *précocité anomale*. Le recueil de l'Académie des sciences de Paris de 1758 mentionne un enfant de six ans qui avait une taille de six pieds et la barbe d'un homme de trente ans; dès lors il cessa de croître et devint contrefait.

Toutefois l'augmentation et la diminution de volume ne sont pas toujours réparties d'une manière égale sur tout le corps, comme dans le nanisme et le gigantisme; on a vu des têtes de géant sur des épaules de nain et d'autres parties du corps également disproportionnées. — Certains individus ont une prédisposition au développement du système adipeux; témoins les femmes des Boschimans qui, à l'instar des chameaux, portent en croupe une énorme loupe de graisse. — Il en est de même du système pileux. — Plusieurs de ces anomalies peuvent résulter d'un arrêt partiel de développement, ou d'un développement trop rapide, et, par une sorte de *balancement des organes*, on voit souvent un organe se développer aux dépens d'un autre.

Les organes, en conservant leur volume normal, peuvent aussi dévier dans leur *forme*. La déformation de la tête des idiots et des hydrocéphales, et celle de divers membres, se rencontrent chez les animaux aussi bien que chez l'homme.

Les anomalies de *couleur* ne sont pas moins remarquables. On

(1) Suite. — Voir le dernier numéro.

Dans ces deux circonstances j'ai inoculé impunément, c'est-à-dire avec résultat négatif, l'eau extraite, par le procédé qui vient d'être décrit, de liquides réputés éminemment virulents : les larmes, le jetage du nez, les matières diarrhéiques.

Ainsi les virus improprement dits volatils sont incapables de se répandre dans l'atmosphère, en s'interposant, par diffusion vaporeuse ou gazeuse, entre les molécules de l'air. Les éléments doués de la virulence ne peuvent pas exister au sein de l'atmosphère sous un autre état que dans les humeurs des sujets malades, c'est-à-dire qu'ils affectent la forme de particules solides tenues en suspension.

Les conditions qui permettent aux virus de se répandre sous cette forme dans l'atmosphère sont incomparablement plus défavorables à la transmission des maladies contagieuses par l'absorption respiratoire que les conditions inhérentes à la diffusion moléculaire vaporeuse ou gazeuse. Aussi, quand il est possible d'étudier l'explosion d'une maladie aussi éminemment contagieuse que la peste bovine, de manière à déterminer rigoureusement les causes immédiates de la contagion, observe-t-on que, si l'infection par l'intermédiaire de l'air se manifeste très-fréquemment dans les atmosphères confinées, il n'en est plus de même à l'air libre. Le plus souvent, la contagion à grandes distances s'opère par le transport direct des matières contagifères fixées à des intermédiaires de diverses sortes et par l'absorption de ces matières dans les voies digestives. La police sanitaire des épizooties a largement à profiter de ces conclusions.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 10 juillet 1871 (1). — Présidence de M. Claude Bernard.

CORRESPONDANCE

Physiologie. — *Sur la stéatose viscérale que l'on observe à l'état physiologique chez quelques animaux.* Note de **M. J. Parrot**, présentée par M. Stan Laugier.

La stéatose viscérale, c'est-à-dire l'infiltration graisseuse des éléments parenchymateux proprements dits, à l'état pysiologique, est à peine signalée par les anatomistes. Que sait-on, en effet, de celle du foie, de toute la plus étudiée? Connaît-on des signes certains qui permettent de différencier l'état gras compatible avec la santé, de celui qui fait naître la maladie? Et pourtant si l'on en excepte ce qui a été dit du foie, il ne reste acquis à ce point d'anatomie, du moins à notre connaissance, que quelques observations de MM. Frerisch *Bright'sche Nierenkrankeit*; Braunschweig, 1851) et Vulpian (*Comptes rendus de la Société de biologie*), sur la stéatose du rein. Le premier de ces auteurs l'a signalée chez le chat, et le second en a fait une étude beaucoup plus complète chez cet animal et chez le chien.

Les recherches dont nous présentons le résultat à l'Académie ont été faites principalement sur les animaux qui d'ordinaire sont utilisés pour les études physiologiques ou de pathologie expérimentale.

Elles nous ont montré qu'à l'état de santé parfaite, l'encéphale, les poumons, le cœur lui-même, mais surtout le foie et les reins, sont le siége d'une stéatose, sur laquelle l'âge, l'embonpoint général, l'état de plénitude ou de vacuité du tube digestif et quelques autres conditions moins faciles à préciser exercent une influence incontestable.

Dans le cerveau, la graisse se substituant en quelque sorte au liquide et au protoplasma qui entoure les noyaux de la névroglie, se rassemble à leur périphérie, sous la forme de gouttelettes plus ou moins ténues et souvent assez abondantes pour les envelopper complétement, et de la sorte former des corps granuleux en tout semblables à ceux qui ont été décrits par Gluge comme un produit de l'inflammation. D'autres fois, les particules graisseuses s'accumulent dans la gaîne lymphatique d'un certain nombre de vaisseaux, dont les plus volumineux nous ont toujours semblé être des veines. La stéatose du réticulum n'existe pas dans toutes les régions de l'encéphale; on la constate d'une manière à peu près exclusive, et par ordre de fréquence, dans le corps calleux où elle est plus accentuée que partout ailleurs, puis au-dessous de l'épendyme des ventricules latéraux et dans les centres hémisphériques. Chez les couleuvres et les grenouilles, elle siége surtout à la périphérie des lobes cérébraux. A l'exception des reptiles et des batraciens que nous venons de nommer, chez lesquels la stéatose cérébrale a été notée sur des sujets adultes, on peut dire, sans préjuger l'état anatomique de la vie fœtale, qu'on l'observe seulement chez les animaux nouveau-nés. La période durant laquelle elle existe est courte, mais nous n'avons pu jusqu'ici en fixer la durée. Chez les chats, on n'en trouve plus aucune trace, à partir de quatre mois, et chez les cobayes elle n'existe à aucune époque de la vie utérine.

Pour ce qui est de la stéatose de la gaîne lymphatique, elle paraît d'autant plus abondante que l'animal est plus vieux.

A tous les âges, et sans exception d'espèces, les cellules épithéliales qui tapissent les alvéoles pulmonaires contiennent des particules graisseuses, tantôt en petit nombre, d'autrefois en quantité assez considérable, pour constituer de véritables corps granuleux. Les poumons du chat sont les plus gras que nous ayons examinés, et il n'est pas rare de voir à l'œil nu, à la périphérie des lobes, de petites taches arrondies, blanchâtres et opaques, dues à des groupes d'alvéoles remplis de graisse. L'épithélium à cils vibratiles qui tapisse les brônches de la grenouille est infiltré de granulations graisseuses. En général, la stéatose pulmonaire est beaucoup plus marquée à la phériphérie que dans les parties centrales.

Dans les faisceaux primitifs du muscle cardiaque, la présence de quelques particules de graisse n'a été constatée que rarement chez certains rongeurs nouveau-nés, tels que les cobayes et les rats.

Le foie, au moment de la naissance ou peu de temps après, est très-friable, d'une teinte jaunâtre, et la plupart des cellules parenchymateuses y sont remplies de fines gouttelettes graisseuses, en général d'égale grosseur, et assez abondantes pour masquer le noyau.

Les reins du chat sont excessivement gras, comme on le devine de prime abord à la résistance toute particulière de ces organes, à de petits îlots jaunâtres, apparents à la surface, à la coloration jaune cuir-neuf de la couche corticale; et comme le prouve le microscope en décelant, dans l'épithélium des tubules, une grande quantité de grosses gouttes d'huile. Le rein du chien est moins gras que dans l'espèce précédente; celui des oiseaux adultes, des couleuvres et des grenouilles ne l'est qu'à un faible degré, et l'on ne constate aucun indice de graisse dans celui des rongeurs et des jeunes oiseaux. Les tubes des pyramides sont excessivement stéatosés et les glomérules ne le sont jamais.

Sur l'origine et le rôle de cette graisse, on ne peut que faire des hypothèses. Il est permis de supposer que le sang est son véhicule; que, suivant les circonstances, il la dépose dans les éléments figurés des viscères avec une grande facilité, et qu'il l'y reprend de même. Il semble qu'elle soit une réserve de combustible, pour les cas où la nutrition est brusquement et profondément modifiée, comme il advient au moment de la naissance et durant l'hibernation. On peut même se demander si la condensation de la graisse par le foie, le poumon, et, chez les carnassiers, par le rein, ne doit pas être considérée comme une fonction de ces viscères. Mais tout cela attend une démonstration.

Plusieurs observations nous autorisent à affirmer qu'à l'état physiologique, dans l'espèce humaine comme chez les animaux précédemment étudiés, le cerveau est dans les mêmes régions, mais d'une manière plus accentuée, le siége d'une stéatose diffuse; que celle-ci peut-être considérée comme un indice de son imperfection et comme essentiellement liée à son développement; que les poumons, le foie et les reins sont egalement stéatosés; mais ces deux derniers viscères, à un degré moindre que dans les espèces animales que nous avons observées; enfin, que cette stéatose viscérale, après avoir débuté, pendant la vie intra-utérine, à un moment que nous ne pouvons préciser, va croissant jusqu'à la naissance, époque à laquelle elle atteint son maximum, pour décroître ensuite progressivement, et disparaître même dans quelques organes, le cerveau, par exemple.

Hygiène publique. — *Des modifications que subit le lait de femme par suite d'une alimentation insuffisante. Observations recueillies pendant le siége de Paris.* **M. E. Decaisne.** — Il existe dans la science un certain nombre d'expériences ayant pour but de démontrer l'influence de l'insuffisance de l'alimentation sur la composition du lait; mais la plupart de ces expériences ont eu les animaux pour objet. Le siége de Paris est venu m'offrir une occasion d'expérimenter sur le lait de femme. Vers la fin de novembre 1870 j'avais pu réunir 43 femmes, ayant un enfant à la mamelle et soumises à une alimentation insuffisante; j'ai recueilli un nombre considérable d'observations, dont je désire faire connaître aujourd'hui les principaux résultats à l'Académie.

Les belles expériences de MM. Dumas, Payen et Bousingault ont montré qu'une vache pesant un certain poids a seulement besoin, pour son entretien, d'un certain équivalent d'aliments. Le surplus des aliments qu'on lui donne sert à fournir le lait, et ce lait est en proportion de l'excès alimentaire. Il a été prouvé que, dans ce cas, la vache conserve son poids. Mais si l'on donne à cette vache le poids d'aliments strictement nécessaire, on la voit bientôt produire son lait au détriment de sa propre substance: plus la sécrétion du lait sera abondante, plus on la verra dépérir. Or les choses se passent à peu près de la même façon chez la femme.

Les quarante-trois femmes que j'ai observées peuvent se diviser en trois catégories :

1° Douze d'entre elles, âgées de 21 à 28 ans, avaient un lait assez abondant et d'assez bonne qualité en général : l'enfant profitait bien, mais c'était aux dépens de la mère, qui s'épuisait de jour en jour;

2° Quinze, ayant de 18 à 33 ans, avaient peu de lait et un lait pauvre à l'analyse : leurs enfants dépérissaient et étaient généralement atteints d'entérite;

3° Seize, ayant de 25 à 32 ans, n'avaient pour ainsi dire pas de lait; plus des trois quarts des enfants se mouraient littéralement de faim.

Toutes ces femmes étaient dans la plus grande misère et soumises, depuis un temps plus ou moins long, à une alimentation insuffisante. Je donnerai plus tard *in extenso* l'histoire de mes quarante-trois observations, que je crois devoir contrôler en ce moment par la répétition de quelques analyses. Je me contenterai aujourd'hui d'exposer trois observations dont je puis répondre, qui mettront surtout en lumière l'influence de l'alimentation insuffisante sur l'augmentation de l'albumine dans le lait, coïncidant avec la diminution de la caséine.

« *Première observation.* — Joséphine D..., 22 ans, a deux enfants et nourrit le dernier depuis cinq mois. Cette femme, que je vois pour la première fois le 2 décembre 1870, est grande, bien faite, un peu pâle. Elle me raconte que, depuis le commencement du siége, elle a été soumise à de grandes privations, qu'elle a continuellement des défaillances, des tiraillements d'estomac. Elle ne s'est pas aperçue que son lait ait diminué, et elle le croit de bonne qualité, puisque son enfant n'a pas souffert depuis le commencement du siége. En effet, l'enfant est robuste et présente toutes les apparences de la santé.

« L'analyse du lait recueilli le 3 décembre, faite par le procédé Doyère, donne les résultats suivants : sur 100 parties, beurre 3,10; caséine 0,24; albumine 2,20; sucre 6,24; sels 0,20.

« Cette femme me dit que depuis plus de trois semaines elle prend pour toute nourriture 300 grammes de pain, deux ou trois pommes de terre, environ 50 grammes de pois ou de haricots secs par jour, et la valeur d'un litre de vin tous les quatre jours.

« Pendant cinq jours, je l'alimente de la façon suivante : à 8 heures du matin, une tasse de chocolat au lait, avec environ 50 grammes de bon pain; à midi, une sardine, 30 grammes de beurre salé, 200 grammes de filet de cheval, 50 grammes de jambon fumé, un peu de confitures de groseilles, 200 grammes de pain, une demi-bouteille de bon vin de Bordeaux et une tasse de café noir; à 7 heures du soir, un potage au riz avec de l'oseille, 30 grammes de thon mariné, 150 grammes de bœuf conservé, 100 grammes de volaille en daube, 50 grammes de conserves d'abricots, une demi-bouteille de vin et 300 grammes de pain.

« Ce régime fut suivi exactement depuis le 4 décembre au matin jusqu'au 9 décembre. Le lait recueilli ce jour-là offre à l'analyse les chiffres suivants : beurre 4,16; caséine 1,05; albumine 1,15; sucre 7,12; sels 0,30.

« J'ai pu alimenter convenablement cette femme pendant deux mois. Elle a repris tous les signes de la santé, et son enfant est bien portant.

« *Deuxième observation.* — Hortense G..., 21 ans, n'a jamais eu qu'un enfant, qu'elle nourrit depuis six mois. Elle est placée à peu près dans les mêmes conditions que la précédente : elle est pâle et amaigrie, et des chagrins domestiques viennent s'ajouter pour elle aux souffrances générales. Son enfant présente tous les caractères de la diarrhée cholériforme.

« Lorsque je la visite pour la première fois, le 11 décembre 1870, elle ne mange, depuis plus de quinze jours, que 200 grammes de pain, un potage aux haricots ou au riz assaisonné avec de la graisse, et 100 grammes de cheval tous les trois jours. Elle boit de l'eau et

(1) Fin. — Voir le dernier numéro.

sait que la coloration de la peau n'est que superficielle; sa matière colorante est produite à l'intérieur de l'épiderme, et suivant que ce pigment est plus ou moins abondant, l'individu est noir ou blanc, ou présente une nuance intermédiaire. La cause de cette anomalie nous échappe entièrement. Chez les albinos, la matière colorante fait complétement défaut; chez le nègre elle atteint son maximum; des uns aux autres, la transition est insensible. Les animaux aussi nous fournissent un grand nombre d'exemples d'albinisme et de mélanisme, même à l'état sauvage. — Si le mélanisme est partiel, il donne lieu parfois à ces taches bien connues qui peuvent ressembler à certains objets, et que le vulgaire attribue à l'imagination de la mère. C'était une de ces taches irrégulières que portait sur la poitrine une petite fille née à Valenciennes en 1795; on crut y voir la figure du bonnet de la liberté; il n'en fallut pas davantage, aux yeux du gouvernement de ce temps-là, pour mériter à la mère un diplôme de patriotisme et une pension de 400 francs.

Quant aux anomalies de *structure*, on a signalé des plaques ou des prolongements cornés qui recouvraient la peau. Le fait le plus connu est celui d'un Anglais, nommé Lambert, surnommé l'*Homme porc-épic* : il s'est reproduit pendant trois générations, et il a été parfaitement observé et décrit en 1802 par le docteur Tilesius.

La *disposition des parties* s'écarte aussi parfois des règles ordinaires. On a vu le cerveau, les poumons, le cœur, les viscères, les reins... hors de leur place accoutumée. — Le renversement du pied ou *pied bot* et la torsion des autres membres ne sont pas rares. Les dents, les ongles, les poils, les cornes..., prennent aussi très-souvent des directions insolites. — Enfin le déplacement des vaisseaux, des nerfs, des muscles, des ligaments....., est également très-fréquent.

La *connexion* des organes entre eux offre aussi de nombreuses anomalies. Tantôt les dents sont hors de rang et entremêlées comme un bataillon en déroute; tantôt les divers canaux du corps vont déboucher par des voies inaccoutumées. — Ici, les ouvertures naturelles, la bouche, l'anus, les conduits auditifs, les narines, les paupières, l'iris, sont imperforés, et il faut les ouvrir violemment par une incision; là, au contraire, il existe des perforations du diaphragme, de l'ombilic, de la joue...., dues à un arrêt de développement. — Chez les uns, par un développement outre mesure, c'est la fusion des yeux, des conques auditives, des reins, des poumons, des hémisphères cérébraux, des doigts, des dents, des côtes, c'est l'adhérence de la langue au palais; chez les autres, ce sont des divisions et des fissures, dont plusieurs donnent lieu, chez l'homme, au *bec-de-lièvre*, à la *gueule-de-loup*, et à la division de la langue comme chez les reptiles.

Le *nombre* joue, à son tour, un grand rôle dans les anomalies du règne animal. On a vu des individus totalement privés de dents; un autre, par compensation, en avait jusqu'à 72. — Les côtes et les vertèbres, surtout celles de la queue, se trouvent aussi parfois réduites; d'autres fois, au contraire, il s'en présente de surnuméraires. La bifurcation d'une côte chez plusieurs cétacés (baleines, baleinoptères) avait donné lieu à la création de genres nouveaux; un de nos honorables collègues, M. P.-J. Van Beneden, a fait voir qu'il n'y avait là qu'une anomalie accidentelle et que ces genres intrus n'ont nulle raison d'être. — On a vu plus d'une fois des doigts manquer à l'appel, et dans d'autres cas, en revanche, on en comptait jusqu'à 6, 7 et 8 à chaque membre. Ce qu'il y a de remarquable, c'est que ces doigts multiples peuvent se transmettre par génération, et les familles de *sedigiti* n'étaient pas rares chez les Romains. — Quelquefois aussi on a vu les poils faire défaut, comme chez les chiens turcs, tandis qu'on a connu des hommes dont tout le corps était velu.

La plupart des anomalies de ce premier embranchement ne présentent rien de grave et n'empêchent point l'individu qui en est affecté de parvenir à l'âge adulte. Il en est de même dans la catégorie qui va suivre et à laquelle on a donné le nom d'*Hétérotaxie*.

(Sera continué.)

habite un logement humide. Son lait est très-peu abondant, il est clair, et son enfant dépérit chaque jour.

« Le lait recueilli le 12 décembre présente les chiffres suivants à l'analyse : beurre 2,90; caséine 0,18; albumine 1,95; sucre 7,05; sels 0,16.

« Le 12 décembre, je soumets cette femme au régime que j'ai décrit dans l'observation précédente, mais je suis obligé de l'interrompre le lendemain, à cause d'une indigestion provoquée sans doute par la faiblesse de son estomac, réfractaire à une alimentation substantielle, après les cruelles privations qu'elle a subies. Le 15 décembre, après plusieurs essais et certains ménagements, j'arrive à instituer l'alimentation réparatrice, qu'elle supporte très-bien jusqu'au 16 décembre inclusivement.

« Le 20 décembre, l'analyse du lait donne pour résultats : beurre 5,12; caséine 1,15; albumine 0,95; sucre 7,05; sels 0,25.

« Grâce à l'inépuisable et héroïque charité d'une femme qui, pendant le siége de Paris, a secouru bien des misères, j'ai pu faire suivre à Hortense G. un régime reconstituant, qui lui a sauvé la vie ainsi qu'à son enfant.

« *Troisième observation.* — Louise D..., 29 ans, nourrit son premier enfant depuis dix mois environ. Elle est couturière sans ouvrage et a été abandonnée depuis trois mois par son mari. Cette femme, d'une constitution chétive, est atteinte de gastralgie et présente tous les symptômes d'une anémie profonde. Son enfant a la diarrhée depuis un mois et a un aspect cachectique. Elle habite un logement sans feu, dans une cour infecte et humide, et n'a pour toute nourriture par jour depuis un mois que 250 grammes de pain, un peu de riz, des pois cassés; 100 grammes de viande de cheval tous les deux jours, des potages aux lentilles assaisonnés avec de la graisse, et 2 litres de vin par semaine.

« Je vois cette femme le 21 décembre. Le lait recueilli le jour même accuse : beurre 2,95; caséine 0,31, albumine 2,35; sucre 5,90; sels 0,25.

« Louise D. a, comme son enfant, un peu de diarrhée et des nausées; aussi, avant de commencer l'expérience, je lui prescris un régime de quelques jours. Le 26 décembre, elle est tout à fait remise, et je lui administre l'alimentation réparatrice, jusqu'au 30 décembre inclusivement.

« La nouvelle analyse du lait donne alors : beurre 4,10; caséine 1,90; albumine 1,75; sucre 5,95; sels 0,31.

« L'enfant meurt le 2 janvier, emporté par la diarrhée cholériforme qui avait pris le caractère foudroyant. »

Je me borne, quant à présent, à l'exposition de ces trois faits, qui me paraissent propres à montrer l'influence de l'alimentation insuffisante sur les proportions de l'albumine dans le lait. Ils conduisent d'ailleurs aux conclusions générales suivantes, qui n'ont peut-être pas toutes, je l'avoue, le mérite d'une entière nouveauté :

1° Les effets de l'alimentation insuffisante sur la composition du lait de femme ont la plus grande analogie avec ceux qu'on observe chez les animaux;

2° Ces effets varient selon la constitution, l'âge, les conditions hygiéniques, etc.;

3° L'alimentation insuffisante amène toujours, dans des proportions qui varient, une diminution dans le chiffre du beurre, de la caséine, du sucre et des sels, tandis qu'elle augmente généralement celui de l'albumine;

4° Dans les trois quarts des cas, ou du moins d'après mes expériences, la proportion de l'albumine, dans l'alimentation insuffisante, est en raison inverse de celle de la caséine;

5° Les modifications apportées dans la composition du lait par une alimentation réparatrice se manifestent toujours d'une façon remarquable au bout de quatre à cinq jours.

DOCUMENTS

POUR SERVIR A L'HISTOIRE DU MOUVEMENT SCIENTIFIQUE PENDANT LE SIÉGE DE PARIS (1).

24 DÉCEMBRE.

XXXIII. **Légion d'honneur.** — Par décret en date du 18 décembre ont été nommés chevaliers de la Légion d'honneur :

M. Sarazin (Charles-Auguste-Marie), médecin-major de 1re classe à l'ambulance du grand quartier général : 17 ans de service, 2 campagnes.

M. Palle (Jean-Pierre), médecin-major de 2e classe à la 3e division du 1er corps de la 2e armée : 20 ans de service, 3 campagnes.

M. Simonnot (Denis-Cyrille), médecin aide-major de 2e classe à l'ambulance du grand quartier général : 7 ans de service, 2 campagnes.

M. Moreau, médecin requis.

XXXIV. **Secours aux blessés.** — La Société internationale de secours aux blessés a fait faire, samedi 10 décembre, une expérience sur le chemin de fer de ceinture, au point de vue du transport des blessés sur rail.

Dans un wagon, douze brancards ont été suspendus au moyen de courroies. Les personnes qui s'y sont placées n'ont ressenti pendant le trajet aucune secousse qui pût être préjudiciable à des blessés. D'autres brancards posés sur le plancher du wagon éprouvèrent seuls une trépidation qui pourrait donner lieu à des accidents graves. Le conseil de la Société de secours, ayant prévu ce danger, a profité de l'obligeance de la compagnie du chemin de fer de l'Est pour soumettre à l'épreuve, pendant cette excursion, un support élastique sur lequel se pose toute espèce de brancards, et au moyen duquel s'évite tout mouvement saccadé, toute trépidation.

L'épreuve ayant démontré l'efficacité complète de cet appareil, le conseil de la Société en a immédiatement commandé un grand nombre.

XXXV. **Ralentissement du pouls chez les Bretons.** — M. le docteur L. Gros signale à M. Amédée Latour ce fait intéressant :

Depuis plusieurs semaines je soigne dans les ambulances un certain nombre de blessés.

Or, j'ai observé chez beaucoup d'entre eux un fait qui, je crois, n'a pas encore été signalé et qui peut avoir son importance, tant au point de vue anthropologique qu'au point de vue beaucoup plus actuel de la séméiologie.

Un grand nombre de Bretons me paraissent, en effet, *avoir le pouls beaucoup plus lent* que le reste des Français. Cette lenteur existe à l'état de santé comme à l'état pathologique, et souvent la fièvre est évidente alors que le pouls ne bat que 60 ou 66 par minute.

J'ai observé ces faits chez les Bretons atteints de traumatisme comme chez d'autres atteints de pyrexies ou de phlegmasies internes. Des tracés graphiques en font foi et démontrent un désaccord frappant entre la fréquence du pouls et l'élévation de la température.

Toutes ces observations sont recueillies, et j'attends un moment plus favorable pour les publier sous une forme plus scientifique.

Si je signale dès maintenant un fait que je crois nouveau, c'est autant pour provoquer sur ce point le contrôle d'autres observateurs que pour prévenir nos confrères qui, comme moi, sont appelés à soigner des enfants de la Bretagne, de ne pas attacher une importance trop grande au chiffre seul du pouls, alors qu'il s'agit d'apprécier l'existence ou l'intensité de la fièvre.

J'ai dit que je crois le fait nouveau ou peu connu, et ce qui m'autorise à le dire, c'est que des hommes très-experts en anthropologie, MM. Broca et Simonot, auxquels j'en parlais il y a quelques jours, m'ont dit tous deux l'ignorer.

Depuis lors M. Broca m'a affirmé l'avoir vérifié comme moi.

Je n'ai encore pu déterminer exactement à quelle partie de la Bretagne appartiennent les individus remarquables par la lenteur de leur pouls, ni à quelle race il convient de les rattacher. Toutes ces questions seront élucidées ultérieurement quand l'horizon politique se sera éclairci et permettra de nouveau à la science de reprendre ses droits.

XXXVI. **Alcool dans la pneumonie.**—M. le docteur Léon Marie adresse à l'*Union médicale* une observation à propos de la question de l'alcool dans la pneumonie.

Le 3 août 1835, à huit heures du matin, je fis une saignée du bras à Mme veuve G..., rentière, âgée de 55 ans, pour une pneumonie inflammatoire de la moitié inférieure du poumon droit. A onze heures, sa domestique effrayée accourt me dire que Mme G... expirait. Effectivement, le poumon droit n'était plus perméable qu'à son sommet extrême, et l'on n'entendait plus aucun souffle dans la moitié inférieure du gauche. Une aggravation aussi insolite après une saignée que tout indiquait me surprit au dernier point. Soupçonnant une habitude trop fréquente chez certaines veuves aisées de cet âge, j'adjurai la domestique de ne me rien cacher, car il y allait de la vie de sa maîtresse. L'agonisante s'ingurgitait chaque jour une bouteille d'anisette ! Immédiatement j'en prescrivis *une demi-bouteille*, qui fut prise par quart de verre dans l'après-midi. Le lendemain et jours suivants la dose fut graduellement augmentée, et dix jours après, la malade était sur pied.

Ici, vous le voyez, il ne s'est pas agi seulement de vin, mais d'un liquide bien autrement énergique, que je n'ai pas craint de porter d'emblée à une dose énorme. C'est surtout en médecine qu'il faut savoir oser à propos. J'avais affaire à un organisme superlativement alcoolique; toute soustraction de son réparateur habituel allait immédiatement le tuer. Notez que si le broussaisisme ne brillait plus alors de toute sa splendeur, il ralliait encore énormément de sectaires, et ceux qui, comme moi, ont le triste privilége de l'âge, savent qu'ils n'étaient pas commodes du tout. Quel *tolle* si je n'avais pas réussi ! mais, resté sourd à la faconde incandescente du fougueux tribun, je n'en étais pas à mon coup d'essai. Dès mon début dans la pratique, j'avais employé l'alcool pour hâter la terminaison des pneumonies à marche lente, surtout chez les enfants. Je m'en étais fort bien trouvé, et je vous certifie que, dans ce cas, cette substance fait merveille.

XXXVII. **Bulletin des décès.** — Du 18 au 24 décembre le chiffre des décès s'est élevé à 2,728, dont :

Variole, 388. — Scarlatine, 11. — Rougeole, 19. — Fièvre typhoïde, 221. — Érysipèle, 11. — Bronchite, 172. — Pneumonie, 117. — Diarrhée, 73. — Dysenterie, 30. — Choléra, 3. — Angine couenneuse, 6.—Croup, 11. — Affections puerpérales, 6. — Autres causes, 1,627.

26 DÉCEMBRE

XXXVIII. **Ambulances.** — Il a été signalé que des militaires malades, et non atteints de maladies contagieuses, sont refusés journellement dans les ambulances, qui déclarent ne vouloir recevoir que des hommes blessés.

Aujourd'hui, par exemple, l'ambulance du Crédit mobilier en a admis quatre, qui avaient été présentés en vain à des ambulances diverses.

Si cette prétention se généralisait, elle deviendrait un grand embarras pour le service hospitalier. Il est donc de toute nécessité que les malades, excepté ceux atteints de maladies contagieuses, soient reçus dans les ambulances sur lesquelles ils sont dirigés par l'hôpital répartiteur.

Celles qui contreviendraient au présent avis s'exposeraient à être fermées par ordre supérieur, et par suite à l'interdiction du drapeau distinctif des ambulances.

XXXIX. **Bulletin des décès.** — On s'est beaucoup ému, beaucoup trop, suivant nous, du dernier *Bulletin hebdomadaire des décès de la ville de Paris*. Certes, nous ne voulons ni nier, ni même atténuer les misères du siége de Paris, mais il ne faut pas non plus qu'on tire des chiffres de mortalité, déjà malheureusement assez élevés, des conséquences plus fâcheuses que ces chiffres ne comportent. Nous désirons, expliquant ces chiffres et les divisant, comme nous l'avons toujours fait, montrer la vérité, et rien que la vérité. Oui, les semaines sont tristes, mais, grâce à Dieu, elles ne sont pas encore « épouvantables. »

Reprenons donc le *Bulletin* du 11 au 17 décembre, qu'une indisposition nous avait empêché d'analyser, et comparons-le au Bulletin du 18 au 24 du même mois. On remarquera d'abord que le nombre total des morts est juste le même pendant les deux semaines, soit 2,728, tandis que du 4 au 10 décembre, ce total ne dépassait pas 2,455; mais tandis que, du 4 au 10, les décès causés par les affections autres (1) que les maladies régnantes étaient de 1,526, ils étaient de 1,615 et de 1,627 du 11 au 17, et du 18 au 24. Donc l'accroissement du chiffre total des décès pendant les deux dernières semaines ne tient pas uniquement à l'augmentation d'intensité des maladies épidémiques; il est expliqué, eu égard à ces dernières maladies, plus encore par les rigueurs exceptionnelles de la saison que par l'insuffisance ou la défectuosité de la nourriture.

On ne saurait nier toutefois que des conditions inhérentes à l'état de siége, surtout le service des gardes (gardes des remparts, grand'gardes, etc., etc.), ne viennent en aide à l'influence de la température. Mais il y a aussi des conditions accidentelles de divers ordres et qu'il serait facile d'éviter. Nous trouvons en première ligne l'abus, malheureusement trop fréquent, des liqueurs alcooliques, et de quelles liqueurs! qui, bien contrairement à l'opinion vulgaire, prédisposent singulièrement aux affections aiguës de la poitrine et aux affections les plus mortelles (2). — En second lieu, nous sommes certain que la station prolongée devant les boucheries (ces *queues* contre lesquelles nous n'avons cessé de réclamer par tous les moyens qui sont en notre pouvoir, mais en vain, comme nous avons la douleur de le constater chaque jour), entre pour une cause notable dans la production des bronchites, des pneumonies et même de quelques affections intestinales.

Quant à la fièvre typhoïde, on ne saurait nier qu'elle soit en croissance, puisque les décès ont monté successivement de 137 à 173 et à 221. Les causes de cette affection sont multiples; toutefois, les deux causes les plus certaines sont l'encombrement et le séjour récent à Paris. Or ces deux conditions se rencontrent plus particulièrement chez les réfugiés, et c'est précisément chez les réfugiés, si nos renseignements sont exacts, que sévit le plus la fièvre typhoïde. Ajoutez à cela que la maladie étant contagieuse à un certain degré, il y a beaucoup de chance pour qu'elle se propage dans les familles rassemblées sous un même toit et qui sont en rapport presque constant de voisinage. Les mêmes remarques sur le développement rapide et meurtrier de la fièvre typhoïde ont été faites par les médecins de Paris, non, bien entendu, dans l'état de siége, mais toutes les fois que, par exemple, les travaux entrepris dans la capitale ont entraîné une accumulation brusque d'ouvriers habitués jusqu'alors à travailler en province et à vivre au grand air. L'état de siége a créé des conditions analogues et entraîne les mêmes conséquences.

Ne pourrait-on pas porter remède à un pareil état de choses et diminuer les ravages de la fièvre typhoïde, comme on semble, grâce à la vaccine, avoir enrayé la variole (car cette dernière maladie est descendue régulièrement en quatre semaines de 412 à 398, 391, enfin 388)? Nous pensons qu'il n'est pas en effet au-dessus des ressources de la médecine d'entraver la marche de la fièvre typhoïde. Ainsi, les réfugiés, ceux qui, tout en appartenant à la classe des ouvriers ou des cultivateurs, se trouvent dans des conditions hygiéniques relativement satisfaisantes, ont la funeste habitude de *s'entasser* dans les locaux qui leur ont été concédés à titre gratuit, et cela même lorsqu'il leur est loisible de disposer de plusieurs chambres.

Nous avons pu le constater dans diverses maisons réquisitionnées du 6e arrondissement. Sans doute on ne manquera pas d'objecter la nécessité de se « tenir au chaud, » et la difficulté de se procurer du combustible. Peut-être après le nouveau décret du gouvernement qui livre à la hache une partie du bois de Boulogne, de Vincennes, et même des arbres de nos boulevards, sera-t-il plus aisé de résoudre en partie cette difficulté; mais, même avant les froids les plus rigoureux, on pouvait, surtout pendant la nuit, se séparer par petits groupes et ne pas se blottir douze personnes (nous en avons été témoin), femmes et enfants (3), dans une chambre si petite qu'à peine elle aurait pu servir d'abri à deux individus. Cependant, à côté de ce taudis il y avait de grandes chambres libres! Nous reviendrons un autre jour plus en détail sur cette terrible cause d'infection, contre laquelle les municipalités sont armées d'un pouvoir pour ainsi dire discrétionnaire, et dont elles devraient user. C'est surtout pendant l'hiver que sévit le typhus, car c'est surtout pendant cette saison qu'on éprouve le besoin de se tenir au chaud. N'épargnons donc aucun sacrifice pour isoler et pour chauffer les nécessiteux *réfugiés* ou habitants ordinaires de la cité.

Nous ajouterons, en terminant, que les enfants semblent en ce moment payer le plus large tribut à la mort. Nos bulletins sont trop incomplets pour que nous soyons en mesure d'avoir à cet égard des données positives, et nous devons nous contenter d'appeler sur ce point toute la sollicitude de l'assistance publique et de diverses commissions d'hygiène ou autres.

En résumé, l'état de siége, — cela ne saurait être nié, — influe sur la santé publique et fait hausser le chiffre de la mortalité; toutefois cette influence n'est pas encore si fatale, si inhérente aux circonstances spéciales que crée ordinairement cet état, qu'il faille s'en alarmer à l'extrême. De plus, et sans avoir recours pour cela à des efforts surhumains, on pourrait atténuer très-notablement les causes de décès. Quand une ville n'est pas ce que nous appelons *infectée*, il n'est pas impossible d'en améliorer et d'en rendre tolérables les conditions sanitaires. Beaucoup se plaignent, non sans raison, mais peu de personnes, même celles que cela regarde spécialement, savent prendre et exécuter de viriles résolutions qui, mettant fin à bien des abus, raffermiraient la santé ébranlée.

---

(1) Suite. — Voir le dernier numéro.

(1) Il s'agit particulièrement des affections chroniques pour lesquelles la mauvaise saison est si fatale, même dans des conditions hygiéniques ordinaires.

(2) Dernièrement, dans un beau travail que nous résumerons quand il l'aura publié, M. le professeur Verneuil a démontré devant l'Académie de Médecine que l'alcoolisme chronique était une des complications les plus funestes des plaies, quelque simples que soient ces plaies en apparence.

(3) Une de ces femmes et deux de ces enfants étaient malades. Malgré toutes nos instances, nous n'avons pas réussi à décider la femme malade à se rendre à l'hôpital et à y mettre aussi ces deux enfants, dont un ne lui appartenait pas. C'est peut-être du dévouement, mais c'est un dévouement funeste.

Voici maintenant, mis en parallèle, les chiffres de la mortalité du 4 au 17 et du 18 au 24. On verra clairement par ce double tableau que, sauf la fièvre typhoïde, durant la dernière semaine toutes les autres maladies régnantes ont entraîné moins de décès que durant le précédent septenaire.

CAUSES DE DÉCÈS.	Du 11 au 17 décemb. 1870.	Du 18 au 24 décemb. 1870.
Variole	391	388
Scarlatine	11	11
Rougeole	22	19
Fièvre typhoïde	173	221
Scorbut	»	»
Erysipèle	16	14
Bronchite	190	172
Pneumonie	131	147
Diarrhée	103	73
Dysenterie	38	30
Choléra	2	3
Angine couenneuse	9	6
Croup	12	11
Affections puerpérales	15	6
Autres causes	1,615	1,627
Total	2,728	2,728

CH. DAREMBERG.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

— Par arrêté du chef du pouvoir exécutif, en date du 15 juillet 1871 rendu sur le rapport du ministre de la guerre, ont été confirmées les promotions et nominations dans l'ordre national de la Légion d'honneur, faites à titre provisoire par le général commandant supérieur de Verdun, savoir :

1° Pour prendre rang du 27 septembre 1870 :

Au grade d'officier. — M. Saint-Supéry (Emmanuel-Eugène), médecin major de 1re classe; chevalier du 18 juillet 1855; 31 ans de services, 20 campagnes.

Au grade de chevalier. — M. Hacherelle (Émile), médecin major de 2e classe au 80e rég. de ligne; 19 ans de services, 4 campagnes.

2° Pour prendre rang du 17 octobre 1870 :

Au grade d'officier. — M. Lagarde (Édouard-Félix), médecin de 1re classe de la marine, chevalier du 2 décembre 1854; 20 campagnes.

Au grade de chevalier. — M. Schæffel (Jean-Paul), médecin major de 2e classe; 19 ans de services, 8 campagnes.

4° Pour prendre rang du 31 octobre 1870 :

Au grade de chevalier. — M. Robin (Édouard-Charles-Albert), médecin aide major commissionné; 2 citations.

— La Commune de Doulaincourt (chef-lieu de canton Haute-Marne), par suite du décès du médecin qui l'habitait, offre une belle position à un jeune docteur qui voudrait venir s'y établir.—S'adresser au Maire pour les renseignements et pour traiter de la subvention accordée par la Commune.

ERRATUM

Dans le numéro dernier (samedi 15 avril 1871), le second mot du cinquième alinéa de l'article : *Pansement des plaies,* doit se lire *réunissent* et non *réussissent.*

Même article, page 178, ligne 34, au lieu de : *tous les chirurgiens savent combien de temps...,* lisez : *combien* PEU *de temps il faut parfois pour faire adhérer deux surfaces,* etc.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette,* est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments ou autres objets).

Des différentes formes de l'ovarite aiguë, par le docteur SCAGLIA. In-8 de 116 pages. — Prix broché : 2 fr.

Thérapeutique des maladies chirurgicales des enfants par M. HOLMES, ancien chirurgien de l'hôpital des Enfants-Malades de Londres; ouvrage traduit sur la seconde édition et annoté sous les yeux de l'auteur, par le docteur O. LARCHER, ancien interne, lauréat des hôpitaux de Paris, avec 330 figures. — Paris, 1870 ; un fort volume in-8. — Prix : 15 fr.

Capvern. Ses eaux minérales. Applications thérapeutiques par le docteur MICHEL TICIER, médecin inspecteur des eaux de Capvern, ancien interne des hôpitaux de Toulouse, etc. 1 vol. in-8° de 300 pages. — Prix : 2 fr. 50 c.

Traitement du cancer du col de l'utérus par la galvanocaustique thermique, par M. le docteur AMUSSAT fils; broch. in-8. — Prix : 2 fr.

Histoire de l'Hôtel-Dieu de Beaufort-en-Vallée (1412-1810), par J.-R. DENAIS, membre de la commission archéologique de Maine-et-Loire, etc. 1 vol. in-8° de 180 pages.— Prix : 1 fr. 50 c.

Des dyspepsies flatulentes à forme douloureuse et de leur traitement par les eaux de Plombières, par le docteur E. BOTTENTUIT, ancien interne des hôpitaux de Paris, médecin consultant aux eaux de Plombières. Germer-Baillière, 1870. — Prix : 1 fr.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

Le journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 24 juillet 1871.

DOCUMENTS

POUR SERVIR A L'HISTOIRE DU MOUVEMENT SCIENTIFIQUE PENDANT LE SIÉGE DE PARIS (1).

XL. **Académie des Sciences.** — L'Académie tient séance.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 26 décembre 1870. — Présidence de M. LIOUVILLE.

MÉMOIRES ET COMMUNICATIONS DES MEMBRES ET DES CORRESPONDANTS DE L'ACADÉMIE.

Après la lecture du procès-verbal, M. LE PRÉSIDENT se lève et prend la parole dans les termes suivants :

L'Académie a appris, par les récits des journaux, l'arrestation récente de notre excellent confrère, M. P. Thenard, qui aurait été envoyé à Brême par les ordres des généraux prussiens. Si M. Thenard a été pris les armes à la main, en défendant son pays, nous n'avons qu'à l'en estimer encore davantage et à nous incliner devant le sort des armes qui aurait trahi son courage ; mais si le seul motif de cette mesure est la fortune connue de M. Thenard, et son titre de savant distingué et de membre de l'Académie des sciences, alors je n'hésite pas à dire qu'une pareille arrestation serait tout simplement une infamie dont chacun de nous devrait se souvenir jusqu'à sa dernière heure, et dont un jour ou l'autre la justice divine saurait punir les auteurs.

L'Académie déclare s'associer pleinement aux paroles de M. le président, et décide qu'elles seront insérées au compte rendu de la séance.

Histoire des sciences. — M. CHEVREUL lit la deuxième partie de son *Résumé historique des travaux dont la gélatine a été l'objet* (2).

Je résume de la manière la plus précise les faits principaux de l'histoire des travaux les plus remarquables auxquels la gélatine a donné lieu, faits exposés dans la première partie de cet écrit.

De 1680 à 1682, Denis Papin montre la possibilité d'extraire la gélatine des os, en les soumettant à l'action de l'eau liquide portée à une température supérieure à celle de l'eau bouillant sous la simple pression de l'atmosphère.

De 1770 à 1772, Claude-Joseph Geoffroy s'occupe de déterminer la proportion de matière soluble que les viandes diverses cèdent à l'eau bouillante.

En 1758, Hérissant sépare la partie calcaire des os au moyen des acides, et en 1766, appliquant ce procédé aux coquilles, aux madrépores et aux coraux, il en met la partie organisée à découvert.

En 1775, Changeux, en partant d'une proposition, à son sens, assez générale pour mériter le titre de *loi de la nature*, publie des résultats inexacts tenant surtout à ce qu'il ne distingue pas la division physique de la matière de sa division opérée par l'affinité chimique ; quoi qu'il en soit, conformément à sa loi, il prouva, en exagérant un peu le fait pourtant, que le verre réduit en poudre est dissous à l'instar du sel par l'eau bouillante ; de plus, qu'on peut extraire des os également réduits en poudre par ce même liquide bouillant sous la simple pression de l'atmosphère une gélatine savoureuse et restaurante sans recourir au digesteur de Papin, et il n'oublia pas de recommander des aromates pour compléter les bonnes qualités qu'il reconnaissait au bouillon d'os.

En 1791, Proust publia son opuscule remarquable *Sur les moyens d'améliorer la subsistance du soldat*, essentiellement scientifique sans cesser d'être une œuvre d'application positive qui n'a été surpassée par aucun travail postérieur. Véritable inventeur du bouillon d'os, il en a été le juste appréciateur ; et après tant d'exagérations insensées, sachons-lui gré d'avoir reconnu, d'une manière si précise pour tous ses lecteurs éclairés et indépendants, son infériorité à l'égard du bouillon de viande.

On voit, d'après les faits exposés dans la première partie, qu'après Proust, deux personnes se sont livrées avec ardeur à la propagation du bouillon d'os, Cadet de Vaux et d'Arcet.

Que le premier n'a pas seulement voulu le triomphe du bouillon d'os, mais encore l'exclusion du bouillon de viande qui, dit-il, n'est bon ni pour l'homme sain, ni pour le malade, ni pour le convalescent, et qui, taxant le pot-au feu de vieux préjugé, ne veut que du bœuf rôti, affaire de goût que je ne discute pas.

Mais je dois faire remarquer que, si la gélatine est le produit de l'action de l'eau bouillante sur un tissu cellulaire, tendineux, gélatineux, vous, monsieur Cadet, le prétendant à l'invention du bouillon d'os, vous, le proscripteur du pot-au-feu à l'avantage du rôti, vous ne donnez pas la raison de cette supériorité de la viande cuite hors de l'eau et au sein de l'air ; car, s'il est vrai, d'après votre affirmation, que la viande n'est nutritive qu'à raison de sa gélatine, pour accepter votre conclusion, il aurait fallu me prouver par l'expérience, que dans un rôti il y a plus de gélatine que dans un bouilli et le bouillon qui en provient ; et, avant tout, il aurait fallu expliquer aux dépens de quoi se fait cette augmentation de gélatine : car, en y réfléchissant, sans connaître vos raisons, je me dis : mais la substance qui produit la gelée dans la viande mise au pot, au lieu de recevoir de l'action de l'eau bouillante la propriété gélatineuse, est exposée, quand on la rôtit à la chaleur sèche, à céder à l'atmosphère une partie de l'eau qu'elle contient, et dès lors elle me semble être à cet état où, plus solide qu'avant la cuisson, elle doit jouer dans la digestion le rôle de lest plutôt que celui d'aliment, et je parle, bien entendu, suivant vos idées.

Après de telles allégations, et la réclamation de priorité si juste de la part de Proust quant au fond et si spirituelle quant à la forme, comment s'expliquer qu'un homme de la valeur scientifique de Cadet de Vaux, se prétendant l'inventeur du bouillon d'os, serait cru sur parole, et, à ce titre, recevrait la bénédiction d'un pape et les félicitations officielles d'un roi de France ? Ces faits seraient inexplicables si l'on ne prenait pas en considération l'influence des sociétés dites *philanthropiques*. Cadet appartenait à la plupart, et en était un des membres les plus actifs et les plus persuasifs par sa bonhomie et une conversation aimable à laquelle le paradoxe ne nuisait pas auprès des gens du meilleur monde. Proust vivait loin de Paris, et, depuis sa réclamation de 1804, je m'estime heureux de la circonstance qui me donne l'occasion de la reproduire le premier dans cette enceinte.

D'Arcet, sans entrer dans la question, sans se prononcer sur le bouillon de viande, s'est principalement occupé de la préparation économique du bouillon d'os, et il a préféré, aux procédés pratiqués avant lui, l'action de la vapeur d'eau produite sous une pression un peu plus forte que celle de l'atmosphère sur les os entiers.

Voilà bien où l'on en était de la question de la gélatine, lorsqu'une commission fut nommée dans l'Académie des sciences pour s'en occuper.

Cette commission se composait, à l'origine, de MM. Magendie, Serres, Dupuytren, d'Arcet, Chevreul, Flourens et Serullas.

Le premier travail dont elle s'occupa fut l'examen du bouillon de la Compagnie hollandaise, fondée par MM. Bouwens et van Copenaal, domiciliés à Paris, examen dont on voulut bien me confier la partie chimique ; et je répète, mon étonnement fut grand de voir dans la commission l'insistance de Dupuytren, et au dehors celle de Thénard, pour que j'acceptasse le rôle de rapporteur.

D'Arcet donna sa démission de membre de la commission, le 23 septembre 1831, comme il le dit dans une lettre adressée à Julia de Fontenelle dont j'ai en ce moment une copie certifiée par d'Arcet même.

Le rapport, adopté à l'unanimité des membres de la commission, fut lu à l'Académie le 19 mars 1832, cinq mois après la démission de DArcet.

Je reproduis les deux dernières conclusions du rapport.

« Que les soins apportés à la confection du bouillon, soit pour le choix de la viande, soit pour la conduite des opérations nécessaires à la cuisson, soit enfin pour le distribuer aux consommateurs, doivent en recommander l'usage auprès des hospices et des personnes qui ne sont pas en position de faire chez elles cette préparation ;

« Qu'il est à désirer que non-seulement l'usage de ce bouillon se propage, mais encore celui de la viande qui a servi à le préparer ; car cette viande cuite, considérée en elle-même et relativement au prix auquel la vend la Compagnie hollandaise, est un bon aliment. »

De telles conclusions, présentées à l'Académie par Dupuytren, Serres, Magendie et Serullas, pharmacien en chef au Val-de-Grâce, concernant l'alimentation publique en général et celle des hôpitaux et des hospices en particulier, ne pouvaient être rejetées par elle ; aussi aucune objection ne s'éleva. Loin de là, l'impression du rapport fut votée, et alors qu'il n'y avait pas de Compte rendu, c'était une exception honorable pour le rapporteur qui n'avait nullement sollicité la mission qu'on lui avait donnée.

Mais, évidemment, ce rapport et ses conclusions ne pouvaient avoir été adoptés par l'Académie sans contrarier beaucoup les partisans si exclusifs du bouillon d'os.

D'Arcet les avait bien prévues, et dès lors il s'était demandé, plusieurs mois avant sa démission, comment il parviendrait, sinon à les faire oublier, du moins à les atténuer. Et voici ce qu'il imagina.

Il y avait à Paris une Société des sciences physiques, chimiques et arts agricoles et industriels de France dont le secrétaire perpétuel était un M. Julia de Fontenelle. M. D'Arcet lui donne par écrit un rendez-vous pour la rédaction d'un plan d'expérimentation. Ce sont là les expressions que je copie dans une lettre à la date du 9 de septembre 1834, que m'écrit M. Julia de Fontenelle. Ce plan est soumis à la commission, assure M. D'Arcet à M. Julia de Fontenelle, et approuvé par elle. Cela dut se passer plus de cinq mois

(1) Suite. — Voir le dernier numéro.
(2) L'Académie a décidé que cette communication, bien que dépassant en étendue les limites réglementaires, serait insérée en entier au Compte rendu.

FEUILLETON

ACADÉMIE DES SCIENCES DE BELGIQUE.

Séance publique annuelle.

M. A. BELLINCK.

LES ANOMALIES CHEZ L'HOMME ET CHEZ LES ANIMAUX (1).

II

Ici, tous les organes internes ont une disposition inverse ; ceux qui sont ordinairement à droite se trouvent du côté gauche, et cela à l'insu de celui même qui offre ce phénomène. Nos journaux ont fait connaître, il y a peu d'années, un de ces cas d'*inversion splanchnique* chez un professeur d'anatomie d'une de nos universités, et qu'on n'a pu constater qu'après son décès (2). — M. Dareste a trouvé que cette inversion, très-rare chez l'homme et chez les mammifères, est très-fréquente chez les embryons de poule, et il est parvenu à la produire artificiellement. Il lui a suffi pour cela de placer les œufs de façon que leur axe fût dans une situation oblique par rapport à l'axe des tuyaux de chauffe de la couveuse, et que leur pôle aigu fût plus élevé que leur pôle optus ; il faut en même temps un certain abaissement de température ; de cette manière on provoque un excès de développement à la gauche de l'embryon et, par suite, une inversion organique. Mais, dans cette expérience, les poulets sont toujours hydropiques, et l'on n'a pu jusqu'ici les faire éclore.

Certains animaux dont la forme n'est pas symétrique peuvent même présenter une *inversion générale* qui se manifeste à l'extérieur, et il n'est pas rare de rencontrer des escargots dont la coquille tourne en sens inverse, et des poissons pleuronectes, comme le turbot, qui portent du côté droit leurs deux yeux qui normalement se trouvent du côté gauche. En un mot, c'est l'état normal vu dans un miroir.

III

Les *hermaphrodismes*, dont on a tant parlé à toutes les époques, sont aussi des anomalies qui forment une division à part. Cette réunion des deux sexes sur le même individu est l'état normal de certaines classes d'animaux ; chez les autres, elle est accidentelle. Il est à remarquer que bien souvent l'hermaphrodisme n'est qu'apparent. Lorsqu'il existe chez les mammifères et surtout chez l'homme, l'un des appareils est toujours rudimentaire, le développement de l'un entrave celui de l'autre. C'est à tort qu'on a voulu expliquer cette anomalie par la fusion de deux individus ; l'individu est toujours unique. — Parmi les faits mentionnés par les auteurs, nous ne pouvons passer sous silence ceux que M. Siebold a observés pendant quatre ans dans une ruche d'abeilles. Presque tous les individus différaient entre eux. L'un était mâle du côté droit et femelle du côté gauche ; l'autre était mâle à l'intérieur et femelle à l'extérieur ; celui-là intérieurement mâle d'un côté et femelle de l'autre, offrait le contraire au dehors ; chez plusieurs, les anneaux du corps étaient alternativement mâles et femelles ; en un mot, la nature semblait avoir épuisé chez eux toutes les combinaisons imaginables.

IV

Nous arrivons à une quatrième catégorie de faits anormaux, beaucoup plus graves et auxquels surtout on a donné le nom de MONSTRUOSITÉS. Les uns ne possèdent que les éléments d'un *seul* individu, les autres sont des monstres *doubles* ou *triples*. Parmi les premiers, nous citerons des individus privés de bras et de jambes, et dont les mains et les pieds sont insérés directement sur le tronc ; on leur a donné le nom de *phocomèles* parce qu'on les a comparés à des phoques. — Quelques-uns ont des membres privés de doigts, d'autres n'ont pas de membres du tout, ou n'ont que les membres inférieurs. Ces sortes de monstruosités ne sont nullement incompatibles avec

(1) Suite. — Voir les numéros des 15 et 18 avril 1870.
(2) M. Dresse, professeur à l'université de Liége.

avant la lecture du premier rapport sur la gélatine. Et M. Julia de Fontenelle travaille toujours. Enfin, deux ans à peu près s'étaient écoulés depuis cette lecture, et M. Julia désira la réalisation du remboursement des frais de ses expériences, promis par la commission, dit-il, selon l'engagement dont M. D'Arcet lui avait donné l'assurance. M. Julia, près de partir pour l'Allemagne, vient lire un résumé de ses expériences à l'Académie, d'après le conseil de M. D'Arcet.

Après la lecture, je demande la parole pour déclarer que la commisssion n'avait donné à personne la mission de faire des expériences d'après un programme approuvé par elle.

C'est alors que M. Julia de Fontenelle m'écrivit une lettre datée du 9 septembre 1834, dans laquelle il me parle de sa bonne foi et de sa loyauté; je copie les passages suivants :

« Paris, le 9 septembre 1834.

« Monsieur et honorable maître,

« Dans la dernière séance de l'Académie, je lui avais adressé une lettre en réponse à votre observation précédente. Cettte lettre était accompagnée :

« 1° De deux autres lettres de M. D'Arcet me donnant rendez-vous pour la rédaction du plan d'expérimentation ;

« 2° de ce plan soumis à la commission, et qu'il me dit être approuvé par elle ;

« 3° De quatre lettres de moi adressées à cette même commission, dans lesquelles je parlais de la mission qu'elle m'avait donnée en termes si clairs qu'il ne pouvait y avoir aucun doute pour elle que je fusse persuadé que cela était ainsi. Après trois ans de silence, j'ai dû considérer cette circonstance comme une vérité d'autant plus forte que M. D'Arcet m'avait assuré que la commission demanderait des fonds à l'Academie pour me rembourser des frais de mes expériences... L'affaire en était là quand M. D'Arcet, apprenant mon départ pour l'Allemagne, m'engagea à rédiger un résumé de mes expériences, afin de les présenter à l'Académie ; je rédigeai à la hâte quelques faits qui ne sont que la moindre partie de mon travail ; je les lus à l'Académie.

« Ma surprise fut grande quand vous fites l'observation que je n'avais pas eu mission de la commission ; le lendemain, je fus trouver M. D'Arcet, qui me confirma plus que jamais dans cette opinion, et qui me donna sa parole d'honneur qu'il allait écrire à l'Académie pour attester la vérité de ce que j'avais avancé. Hier encore, il m'a écrit un billet qui le confirme et que j'ai montré à MM. Gay-Lussac, Magendie et Flourens; cependant ma lettre à l'Académie n'a pas été lue : je suis donc le bouc émissaire....

« ... Voici la copie de la lettre que j'écris ce matin à M. D'Arcet :

« Monsieur,

« Rien de ce que vous m'aviez solennellement promis hier ne s'est « réalisé. Ma lettre n'a pas été lue à l'Institut, et dans la vôtre, vous « n'avez pas dit un seul mot de moi pour me justifier. Que dois-je « penser? M. Chevreul a-t-il raison?... Tout ce que je sais, tout ce « que je n'oublierai jamais, c'est que vous deviez me tendre une « main protectrice, et qu'au lieu de cela, pour prix de mon dévoue« ment, vous avez laissé mon nom au pilori du mensonge où M. Che« vreul l'a placé.

« J'ai l'honneur, etc. »

M. Julia finit ainsi la lettre qu'il m'a adressée :

« ... Si je ne tenais pas à votre estime, monsieur, je n'entrerais pas dans une lettre justificative, mais il importe à mon honneur compromis de démontrer ma bonne foi et ma loyauté. J'ai conservé toutes les pièces qui en sont une preuve évidente, et je les mets à votre disposition.... »

Voici la copie du billet adressé à M. Julia de Fontenelle, par M. D'Arcet, à la date du 8 septembre 1834. Je le reproduis intégralement.

« Monsieur,

« N'étant pas encore parti, je puis vous répondre sans retard. Vous êtes dans l'erreur relativement à ma conduite : J'ai fait tout ce que j'avais promis; j'ai vu M. Gay-Lussac, je lui ai remis une protestation contre l'assertion de M. Chevreul, faisant croire que ce n'était pas d'accord avec la commission que le programme des expériences avait été rédigé par nous deux, et j'ai demandé la lecture de ma déclaration, si la rédaction du procès-verbal ou la discussion réengagée l'exigeait.

« Ayant donné ma démission en 1831; vous ayant indiqué M. Magendie comme pouvant me remplacer, n'ayant plus agi, en rien, comme membre de la commission, ce n'était pas à moi de défendre les faits postérieurs; je vous avais prévenu que j'agirais comme je l'ai fait et que je ne parlerais pas de vous dans ma lettre à l'Académie, et vous devez vous souvenir que c'est pour cela qu'il a été convenu que je rétablirais les faits antérieurs au 23 septembre 1831, dans une lettre que je remettrais moi-même à M. Gay-Lussac. On m'a assuré que le procès-verbal avait été rectifié et qu'il n'avait pas été besoin de lire ma seconde lettre réfutant l'assertion de M. Chevreul; si le contraire était vrai, j'en serais bien fâché et j'en souffrirais plus que vous, mais j'aime à croire que Gay-Lussac, qui a lu ma lettre en ma présence, l'aurait lue à l'Acadmie s'il avait cru qu'il fût nécessaire de la communiquer pour nous justifier tous deux, surtout moi, qui n'ai pas, autant que vous, des pièces authentiques pour me défendre; j'espère que les choses se sont mieux passées que vous ne paraissez le croire. Si je me trompe, je donnerai copie de ma lettre à la commission pour la bien éclairer à ce sujet.

« Agréez, je vous, prie, monsieur, mes salutations empressées.

« *Signé* D'ARCET.

« *Pour copie conforme :*

« JULIA DE FONTENELLE.

« Ce 8 septembre 1834. »

Après ma protestation si nette provoquée par la lecture de Julia qu'il n'avait pas mission de la commission de la gélatine de faire des expériences, D'Arcet devait délarer à l'Académie que j'étais dans l'erreur; qu'avant d'avoir donné sa démission, un plan d'expérimentation rédigé par MM. D'Arcet et Julia avait été soumis à la commission et adopté par elle et que des fonds de l'Académie payeraient les frais des expériences.

Si dans la séance qui suivit ma protestation, on l'eût reconnue inexacte, ma réponse eût été bien simple : Vous, commission, aurais-je dit, m'avez chargé d'un rapport ; approuvé par vous, il l'a été ensuite par l'Académie et un an auparavant, à mon insu, vous aviez approuvé un plan d'expériences rédigé par un membre de la commission, juge et partie, et une personne étrangère à l'Académie qui devait être défrayée de ses dépenses; ce procédé est inconcevable et j'ai raison de m'en plaindre publiquement.

Au dire de D'Arcet, on aurait rectifié le procès-verbal relativement à ma protestation ; franchement, cela m'est indifférent, je n'ai fait aucune démarche pour m'en assurer, c'est une affaire de bureau, du moins, c'est D'Arcet qui l'écrit à Julia de Fontenelle.

Après cet incident, un honnête homme n'avait qu'un parti à prendre : c'était sa démission. Elle fut donnée et acceptée. D'Arcet alors rentra dans la commission, et deux membres nouveaux, Thénard et M. Dumas, y furent appelés.

Que s'y passa-t-il ? Voici ce que j'ai entendu dire. Si je me trompe, M. Dumas, le seul membre vivant de la seconde commission, voudra bien me rectifier.

Un des sujets dont la commission eut à s'occuper avant tout fut l'examen de demandes relatives à des frais d'expériences accomplies avec l'intention des auteurs de savoir si la gélatine est ou n'est pas nutritive. D'Arcet voulut expliquer ces incidents, et Thenard pria la commission de ne pas s'en occuper parce qu'il les jugeait étrangers à la science, et l'une des demandes était faite par Julia de Fontenelle.

Cette décision me semble assez conforme à ma protestation. Mes auditeurs et mes lecteurs prononceront.

Mais poursuivons.

Dans la lettre de D'Arcet écrite à Julia de Fontenelle, on lit cette phrase : « Ayant donné ma démission en 1831, vous ayant indiqué M. Magendie comme pouvant me remplacer, etc. » A cette époque, Magendie et D'Arcet s'entendaient donc très-bien ; et pourquoi ? Ici, je répète ce qui m'a été dit, c'est que Magendie désirait me remplacer comme rapporteur, et alors D'Arcet présumait qu'il s'entendrait mieux avec lui qu'avec moi, quoi qu'il eût signé le rapport sur le bouillon de la Compagnie hollandaise. Si ce que je viens de dire est vrai, D'Arcet n'eut point à se féliciter du changement de l'ancien rapporteur.

Quel usage ai-je fait des lettres de Julia de Fontenelle et du billet que D'Arcet lui écrivit pour me donner un démenti, billet certifié par sa signature ? aucun.

Quelle était l'opinion de M. Dumas, le seul survivant de la deuxième commission; je crois qu'il pensait que Julia de Fontenelle avait conclu de quelques paroles de D'Arcet, et à tort, qu'il y eut une entente entre eux, et que dès lors D'Arcet était tout à fait étranger aux prétentions de Julia. M. Dumas et M. Élie de Beaumont en seraient convaincus encore si M. Fremy, sur la demande que je lui adressais, à savoir s'il faisait allusion, dans l'effusion de ses sentiments pour D'Arcet, à un incident concernant ma personne, sur sa réponse, qu'il n'avait à dire ni oui ni non, il ne m'avait pas mis dans la nécessité de montrer des lettres qui, depuis 1834, étaient restées dans mes papiers. Tel est le commencement de ma réponse catégorique à M. Fremy, puisqu'il est la cause unique qui m'a fait rompre une résolution accomplie depuis 1834 jusqu'à ce jour, c'est-à-dire un silence qui a été gardé pendant trente-six ans.

Mais, en suivant l'ordre chronologique des faits scientifiques qui intéressent l'histoire de la gélatine, je vais en exposer quelques-uns qui me concernent. Il ne faut pas oublier que je devais faire le second rapport sur la gélatine, et que, pendant les deux ans qui s'écoulèrent depuis le premier rapport jusqu'à ma démission, je travaillais au second, et je dirai qu'un certain nombre de ces travaux sont restés inédits, et que quelques-uns seulement ont été publiés; mais franchement, si je fusse venu dire à l'Académie : la commission de la gélatine a accepté ma démission, j'avais travaillé pour la mission dont elle m'avait chargé, et, après deux ans, quoiqu'elle sût bien que ma protestation relative à Julia était fondée, elle m'a laissé partir, eh bien! je viens protester contre sa conduite à mon égard en publiant des travaux entrepris pour la question qui l'occupe, j'aurais eu raison peut-être; mais, connaissant le monde, j'ai évité le ridicule d'une réclamation. Qu'ai-je fait alors? J'ai rattaché un de ces travaux à mon *sixième Mémoire de mes recherches chimiques sur la teinture, la décoloration du bleu de Prusse par la lumière et sa recoloration à l'ombre sous l'influence de l'air.* Et Dieu sait si mon idée fut heureuse de rattacher à la décoloration d'une étoffe teinte en bleu de Prusse et à sa recoloration un travail entrepris originairement pour un rapport concernant l'alimentation ! La vérité est qu'elle ne le fut guère pour moi, au jugement du rédacteur du feuilleton du *Courrier français* chargé du compte rendu des séances de l'Académie des sciences. Si un pauvre académicien a reçu jamais une forte correction de la presse, c'est le malheureux auteur qui vous parle. Vous allez en juger par le passage suivant :

« Malheureusement cette découverte, aussi intéressante pour la théorie que précieuse pour l'art, paraît avoir vivement transporté l'imagination de M. Chevreul, au point même de l'égarer bien loin de toute voie philosophique. En ajoutant à son travail expérimental une très-longue dissertation sur la physiologie chimique, ce savant (ce n'est pas moi qui parle, c'est M. X... du *Courrier français*) a tâché d'établir le plus étrange rapprochement entre les nuances changeantes du bleu de Prusse et les phénomènes vitaux. La réduction au blanc d'une soierie-Raymond serait donc l'analogue de la mort chez les animaux. Cette comparaison entre la vie et la teinture est une des choses les plus surprenantes que nous avons jamais entendues. Nous savons bien que M. Chevreul a pris toutes précautions, et qu'à la fin de son Mémoire, revenant sur ses pas, il a déclaré hautement que le mystère de la vie ne peut s'expliquer que par une harmonie préétablie, c'est-à-dire par une force particulière, inaccessible à l'expérience du poids et de la mesure. Mais cette amende honorable nous a paru beaucoup trop tardive pour effacer le caractère de mysticisme des vues de l'auteur, dont il faut réellement chercher l'analogue dans la métaphysique indienne ou dans les mythes arabes. En somme, l'excursion de M. Chevreul dans le domaine physiologique ne nous a point semblé heureuse, et nous voudrions pouvoir confiner..... »

M. X..., bien anonyme sans doute, est mort, je le sais; mais comment se nommait-il ? Des personnes m'ont répondu : Coquerel; mais je m'empresse de déclarer qu'il n'était point ministre du saint Évangile, et dès lors que l'*anathème* dont il m'a frappé, ou l'*interdiction du domaine physiologique* qu'il a prononcée contre moi, étant sorti d'une bouche laïque, ne m'a pas trop vivement affecté. Mais vous voyez cependant les nouvelles tribulations d'un pauvre académicien qui, après avoir fait un premier rapport et n'avoir rien négligé pour en préparer un second, suite du premier, a été dans la nécessité de quitter la Commission devant D'Arcet et Magendie.

Une fois *à pied*, comme on dit communément, ne voulant pas perdre des recherches suivies laborieusement pendant six années, et sentant le ridicule de plaintes élevées sur un congé qu'il s'était

---

la vie. — Il en est autrement lorsqu'il y a fusion plus ou moins complète des membres abdominaux, qui, souvent alors, sont terminés par un pied unique ou par un simple moignon, comme on représente les sirènes de la Fable; la vie, dans ce cas, n'est que de quelques heures. Il en est de même lorsqu'il y a éventration des viscères, déformation ou hernie du cerveau, et à plus forte raison quand le cerveau manque.

Parmi les autres monstres qui ne naissent pas non plus viables, on peut citer encore ceux qui présentent l'atrophie de l'appareil nasal, ainsi que le rapprochement ou la fusion des yeux. Ces derniers, pourvus d'un œil unique dans une orbite médiane, rappellent les cyclopes de la Fable. Le nez atrophié est réduit à une petite trompe qui atteint rarement la longueur d'un nez normal. Eh bien, cette *rhinocéphalie* a suffi aux anciens pour leur faire admettre des hommes à la tête d'éléphant, et ils les ont figurés dans leurs livres par un adulte muni d'une tête véritable d'un de ces animaux, avec sa longue trompe, ses énormes défenses, et ses grandes oreilles pendantes. — L'atrophie de la face, qui réunit les deux oreilles sur la ligne médiane, ne permet non plus qu'une vie éphémère. — Lorsque la tête elle-même est atrophiée ou qu'elle fait complétement défaut, ou bien lorsque le corps privé de viscères est réduit à une simple bourse, la vie cesse avec la rupture du cordon ombilical.

Enfin, le corps peut être réduit à une masse irrégulière composée surtout d'os, de dents, de poils et de graisse; dans cet état d'imperfection, il ne saurait vivre qu'en parasite aux dépens de sa mère. Ces masses inertes ont pourtant leur existence propre, et leur gestation peut durer un demi-siècle; on leur a trouvé parfois des dents de la seconde dentition. Les anciens attribuaient à ces *môles* la faculté de marcher sans membres, de voler sans ailes, et de rentrer à volonté comme les Didelphes dans la cavité où s'était opéré leur développement.

Jusqu'ici nous n'avons parlé que des monstres *simples*. Il en est d'autres chez lesquels on trouve réunis les éléments de deux sujets. Les monstres doubles sont aussi très-variés chez l'homme et chez les animaux. Il est à remarquer que l'union a presque toujours lieu par les faces homologues, et que les organes des deux sujets sont disposés plus ou moins symétriquement des deux côtés du plan d'union.

Dans la plupart des cas, les deux individus offrent le même degré de développement, et chacun contribue pour sa quote-part à la vie commune. — Buffon a décrit longuement le monstre bifemelle connu sous le double nom d'*Hélène* et de *Judith*; ces jumeaux étaient nés en Hongrie en 1701 et moururent à vingt-deux ans. L'union avait lieu par derrière. — On a vu aussi des jumeaux qui étaient unis front à front, et qui vécurent dix ans. D'autres adhéraient entre eux par le sommet de la tête, d'autres par leurs bassins. — Les deux *frères siamois*, nés en 1811 et encore en vie en ce moment, sont réunis par l'extrémité inférieure du sternum; plus d'une fois ils ont songé à se faire séparer. Une opération de ce genre avait, dit-on, réussi vers la fin du dix-huitième siècle : c'étaient deux sœurs qu'on avait désunies dès leur enfance. — On a vu des unions encore plus intimes et plus étendues, où il n'y avait plus qu'une seule cavité thoracique; dans un pareil cas, la mort date de la naissance.

Quelquefois les deux têtes sont confondues, et le monstre a deux visages : la moitié de chaque face appartient alors au même individu. La viabilité de ces Janus est improbable; à plus forte raison lorsque la fusion est encore plus grande et que la tête paraît unique et simple. — Il faut reléguer parmi les fables ces lièvres à huit pattes dont quatre paraissent sur le dos, et qui, poursuivis par le chasseur et fatigués de courir, se retournent brusquement sur les pattes restées inactives et recommencent à courir de plus belle. Ces monstres ne sont pourtant pas impossibles, mais leur viabilité n'est pas probable.

On a beaucoup parlé du monstre nommé *Ritta-Christina*, né en Sardaigne en 1829, et qui mourut à Paris âgé de huit mois; il n'était double qu'à sa partie supérieure; l'une des jambes appartenait à Ritta et l'autre à Christina, comme le prouvait le chatouillement. La mort de la première entraîna celle de sa sœur. — On cite également un monstre bi-mâle du même genre qui mourut en Écosse à vingt-huit ans.

Enfin, la fusion des deux corps peut aller jusqu'à faire croire au premier abord qu'on n'a affaire qu'à un seul individu.

(Sera continué.)

lui-même donné; il *eut une idée* (1), celle de rattacher son ancien travail, l'écrit de 1837, à ses recherches sur la teinture, et c'est cette malencontreuse idée qui, au dire de M. X..., l'a *égaré de toute voie philosophique* et qui, en définitive, lui a fait interdire le *domaine phys ologique.*

Si je reparle de l'écrit de 1837, c'est comme pièce essentielle à l'histoire des travaux dont la gélatine a été l'objet, et si j'entre dans des détails qui ont deux inconvénients, je le reconnais, la longueur d'abord, et ma personnalité ensuite, je demande l'indulgence de mes confrères en faveur d'une défense qui veut être sérieuse et convenable, relativement à la liberté et au lieu où elle se produit.

A mon début en chimie, la question du *matérialisme* et du *spiritualisme*, qui m'avait occupé déjà au point de vue abstrait, se présenta à mon esprit d'une manière spéciale, eu égard à la diversité des propriétés qu'affecte la matière dans les minéraux, et dans la matière vivante végétale et animale.

Les *matérialistes*, frappés des effets de l'électricité voltaïque surtout, étaient conduits à n'admettre dans la nature vivante que les forces qui régissent la matière brute, telle que l'attraction moléculaire, comprenant la cohésion et l'affinité, la chaleur, la lumière, l'électricité et le magnétisme.

Les *spiritualistes*, trop étrangers à l'étude de la matière, c'est-à dire aux sciences du concret, repoussaient l'argument qui leur était opposé par les matérialistes.

Dans quelle disposition d'esprit me trouvai-je alors?

Elle était fort naturelle d'après l'étude que j'avais faite des doctrines philosophiques du XVIII[e] siècle, au point de vue de la liberté, de la *morale* et de l'*entendement*; en me montrant la faiblesse de l'esprit humain, elle me conduisit à douter fort du mien; conclusion du reste en parfait accord avec mon éloignement de plusieurs choses que bien des hommes recherchent avec ardeur.

Dans cette disposition d'esprit, il est naturel qu'en me livrant exclusivement à la science pour connaître la vérité, je devais avoir un goût prononcé pour la méthode et y attacher une importance d'autant plus grande que l'étude et la réflexion m'avaient éclairé davantage, je le répète, sur la faiblesse de mon esprit. La conscience de cette faiblesse, en me faisant sentir la nécessité de me rendre un compte aussi fidèle que possible, de la manière dont il procédait pour arriver, sinon à l'*absolu*, du moins à un grande probabilité, me conduisit à définir la *méthode à posteriori expérimentale*, telle que je l'ai fait avec précision, en tirant son caractère essentiel du contrôle expérimental, ou d'un raisonnement rigoureux, quand l'expérience n'est pas possible.

Est-ce être présomptueux de croire que les personnes qui l'étudieront dans les écrits que j'ai consacrés à sa définition et à sa généralité ne la jugeront pas être une émanation de la *métaphysique indienne* ?

Quelle est la première conséquence de cette méthode?

C'est de se livrer à la recherche de la *cause immédiate* d'un phénomène, qu'aujourd'hui j'ose dire *quelconque*, tant à mon sens la méthode a de généralité.

C'est lorsque l'induction suscitée par l'observation vous a conduit à cette *cause immédiate* que vous la soumettez au contrôle de l'expérience, ou d'un raisonnement précis et rigoureux qui en tient lieu si elle n'est pas possible, afin de savoir si la cause immédiate à laquelle vous avez attribué le phénomène observé est démontrée exacte.

On conçoit comment, en procédant ainsi sans s'égarer, les connaissances s'élèvent en même temps que les causes prochaines se découvrent et se multiplient, de sorte que les phénomènes étant supposés sur un plan horizontal, les causes immédiates étant représentées par des verticales au plan, les progrès des connaissances sont indiqués par des degrés pris sur ces lignes; les *progrès sont donc ascendants.*

Dans les figures graphiques de la *méthode à priori*, la *cause première* est à l'extrémité supérieure de la verticale et les *causes secondes* au-dessous.

Si une telle figure a une signification exacte, ce n'est que pour l'enseignement d'un sujet parfaitement élucidé, qui a été réduit en corps de doctrine comparable à un sujet mathématique dont toutes les propositions coordonnées ont été subordonnées en partant de la plus générale, et descendant ensuite à celles qui en découlent, et en observant d'aller toujours du général à ce qui l'est le moins.

Mais quand il s'agit de représenter la marche de l'esprit dans des recherches du ressort du concret, il n'y a que la *méthode* A POSTERIORI *expérimentale* qui soit vraie. Vouloir, dans le cas dont nous parlons, la remplacer par la méthode *a priori*, serait une pétition de principe qui a été avancée pourtant par un homme justement célèbre, de Blainville (2).

La *méthode* A POSTERIORI *expérimentale*, dont le caractère essentiel est le contrôle par l'expérience ou par un raisonnement rigoureux qui en tient lieu, m'a conduit aux résultats suivants dans l'étude des phénomènes de la vie envisagée au point de vue chimique.

C'est de chercher si le phénomène observé a pour cause immédiate les forces qui régissent la matière brute, à savoir: l'attraction moléculaire (comprenant la cohésion et l'affinité), la chaleur, la lumière, l'électricité, le magnétisme et toute autre force à laquelle on rattache des phénomènes du monde minéral, ceux par exemple qu'on rapporte aux *actions* dites *de présence.*

Ce n'est qu'après s'être assuré de l'impossibilité de rattacher les phénomènes observés à ces forces qui régissent le monde minéral qu'il faut en chercher du ressort exclusif des êtres vivants.

Je pense donc comme les matérialistes relativement à l'opportunité de commencer la recherche des causes des phénomènes de la vie par celles qui régissent le monde minéral.

Et c'est à cette pensée que je dois l'idée d'avoir donné dans l'écrit de 1837 une application des phénomènes de la décoloration du bleu de Prusse sous l'influence du soleil et de sa recoloration dans l'ombre, sous l'influence de l'oxygène, avec l'intention de faire saisir aux jeunes esprits occupés de l'étude du phénomène de la vie, l'avantage de commencer leurs recherches par voir s'il est possible de rattacher la cause de ces phénomènes aux forces connues de la matière minérale; et voilà comment j'ai eu recours à cette malencontreuse étoffe de soie teinte en bleu-Raymond, et comment mon imagination m'a égaré de toute voie philosophique, et comment M. X. m'a interdit le domaine de la physiologie chimique.

J'avais démontré qu'une étoffe teinte en bleu de Prusse se décolore sous l'influence de la lumière en perdant du cyanogène, et qu'à l'ombre, sous l'influence de l'oxygène atmosphérique, la couleur bleue reparaît.

Voilà le phénomène.

Voici l'application à une hypothèse conforme au précepte de chercher la cause immédiate des phénomènes de la vie avant tout dans les forces connues de la nature minérale.

Un être vivant est supposé avoir un liquide respiratoire coloré en bleu de Prusse. Ce liquide vient dans des organes exposés au soleil, subir l'action de la lumière. Il y a exhalation de cyanogène et décoloration du liquide.

Ce phénomène est immédiatement suivi d'une inspiration d'oxygène atmosphérique qui est entraîné par la circulation hors de la lumière; il se forme alors, pour 9 atomes de cyanure blanc, 7 atomes de bleu de Prusse et 1 atome de sesquioxyde de fer, lequel peut ensuite être sécrété par quelque organe.

Enfin le liquide coloré revient subir de nouveau l'influence de la lumière, etc.

Voici la conséquence de l'hypothèse:

Un spiritualiste, prévenu contre les lumières des sciences du concret, aurait attribué ce phénomène à la force dite vitale.

Tandis que j'aurais dit: La décoloration du liquide sous l'influence de la lumière est due à une séparation du cyanogène, et la recoloration à l'action de l'oxygène.

Mais, au point de vue où je viens de me placer, la réaction matérielle expliquée comme je viens de le faire ne comprend pas, je le reconnais, la cause de l'action émanée de l'organisation même du corps vivant.

La difficulté d'expliquer en général l'ensemble des phénomènes qui s'accomplissent dans le corps vivant m'a fait insister fortement sur cette hypothèse d'un liquide respiratoire coloré en bleu de Prusse, parce qu'elle montre que l'explication des phénomènes dont la cause immédiate est donnée par l'étude des forces de la matière brute ne comprend pas des causes d'un ordre plus élevé qui dépendent de la vie même ou de l'organisation de l'être vivant.

C'est donc ici que, me séparant absolument des matérialistes, je dis aux spiritualistes qui voient un danger à suivre la voie que je préconise comme absolument nécessaire aux progrès des sciences relatives aux êtres vivants, qu'ils sont dans une erreur complète en ayant cette crainte, et que dès lors s'ils exercent, à un titre quelconque, une influence sur l'enseignement, ils ne doivent point empêcher les jeunes esprits de s'y engager, ni taxer de matérialisme les savants qui s'y sont engagés, ni encore ceux qui en sont les promoteurs; et les raisons que j'ai de tenir ce langage, je veux les exposer, et en le faisant, je répondrai en même temps à mon critique, M. X... du *Courrier français*; car, en parlant d'une amende honorable que j'aurais faite à la fin de mon écrit de 1837, trop tardive à la vérité, il s'est complétement trompé en reproduisant mon opinion en ces termes: « Il a déclaré (M. Chevreul) hautement que « *le mystère de la vie ne peut s'expliquer que par une harmonie pré-* « *établie, c'est-à-dire par une force particulière, inaccessible à l'expé-* « *rience du poids et de la mesure.* »

Effectivement je réponds:

D'abord, que ce que j'appelle mystère cesse d'en être un dès qu'il est expliqué par la science.

Puis, que harmonie préétablie n'est pas une expression prise dans le passage cité pour cause, mais pour l'effet d'une cause suprême.

Ensuite, que dans ce sens je n'ai jamais eu l'idée de considérer une force particulière unique, ainsi que l'on considère la force ou le principe vital, comme une expression scientifique. A mon sens, elle n'a qu'un sens vague et vulgaire pour désigner une force inhérente aux êtres vivants et étrangère au monde minéral.

C'est, au reste, ce que je vais développer.

On aurait expliqué tous les phénomènes de la digestion, de la circulation, de la respiration, de l'assimilation, des sécrétions, etc., par les sciences mécanique, physique et chimique, que vraisemblablement nous n'en serions pas beaucoup plus avancés que nous ne le sommes sur la cause première de la vie.

La nature des forces qui produisent immédiatement les effets variés offerts à l'observation par les êtres vivants n'est pas pour moi le mystère de la vie.

C'est la cause de la coordination entre elles de toutes les forces qui agissent dans l'être vivant; coordination si harmonieuse que la graine et l'œuf vont se développer en accomplissant une succession de phénomènes remarquables en vertu desquels nous voyons, les circonstances du monde où nous vivons restant les mêmes, les formes des ascendants reproduites dans les descendants d'une manière régulière, et assurer ainsi la conservation, dans l'espace et dans le temps, d'une multitude extrême des formes spécifiques les plus variées.

Eh bien! ce grand fait de la vie, je ne puis le concevoir, ce qui n'est pas l'expliquer, sans le rattacher à une cause première intelligente! et ce sont ces effets merveilleux successifs, toujours les mêmes, qui, rentrant dans cette harmonie préétablie, font de celle-ci une résultante qui, selon moi, ne peut être l'effet d'un hasard aveugle, et cette harmonie préétablie, telle que je la reconnais, est en dehors des critiques si justes que Voltaire a faites de l'abus des « causes finales », lorsque des hommes étrangers à toutes les sciences du concret ont voulu expliquer des phénomènes du ressort de ces sciences avec des causes finales qu'ils subordonnaient à des méthodes *à priori.*

Je ne puis trop insister sur des raisonnements dont aucun n'est en opposition avec la méthode *à posteriori* expérimentale, car celle-ci prescrit comme précepte que l'explication d'un effet rattaché à sa cause immédiate soit démontrée vraie avant d'être acceptée par une science sérieuse. Je ne conçois pas autrement l'intervention de la méthode dans l'étude des phénomènes les plus compliqués de la philosophie naturelle, ceux de la vie. Mais cette rigueur exigée pour admettre les conclusions des recherches dont je parle comme positives n'est point un motif de prescrire le rejet de conclusions qui, n'étant point encore suffisamment approfondies pour recevoir le cachet de la démonstration, ont une grande probabilité en leur faveur, ou si, simples conjectures, elles ont une grande vraisemblance; mais en reconnaissant la réalité des avantages de la publicité donnée à des propositions émanées d'esprits investigateurs, comme très-probables ou très-vraisemblables, c'est à la condition expresse qu'elles seront toujours distinguées des propositions qui sont revêtues du cachet de la démonstration.

Cette distinction faite entre la proposition démontrée, la proposition probable et la proposition simplement vraisemblable, me permet, sans sortir de la science rigoureuse telle que la définit la méthode *à posteriori* expérimentale, de faire quelques raisonnements que j'adresse particulièrement aux spiritualistes qui sont disposés à repousser la tendance scientifique de commencer la recherche des phénomènes de la vie pour essayer de les rattacher aux forces de la nature minérale; et, dans un sujet aussi sévère et aussi grave que celui dont je parle, on me permettra, pour prévenir des critiques analogues à celles de M. X..., du *Courrier français*, de donner plus de précision et de clarté à mes idées, en m'aidant d'une comparaison qui exclura, je l'espère, désormais toute équivoque sur ma pensée.

Voici un monument. Le génie de l'artiste qui l'éleva brille dans toutes les parties de l'œuvre mutuellement dépendantes les unes des autres: l'harmonie est partout et parfaite, pas une bouche qui ne proclame la gloire de l'artiste!

Cette admiration ne s'enquiert pas de la nature des pierres de l'édifice; peu importe qu'elles soient calcaires, siliceuses ou magnésiennes; marbre, grès, granite ou porphyre.

C'est donc la pensée intelligente, le génie de l'artiste qui a inventé cette forme dont la beauté cause l'admiration de tous.

Eh bien, la recherche des causes immédiates des phénomènes si variés que les êtres vivants présentent à l'observation du savant ne conduit qu'à une connaissance correspondante à la nature des pierres du monument.

Nous, appréciateur de la lenteur des procédés de ce mode d'interroger la nature vivante, ne voulant pas devancer le temps pour nous exposer plus tard à reculer et plein de foi dans le progrès, nous ne prétendons pas que nos travaux soient la limite de la science; mais, quelque petite que soit la hauteur où nos efforts l'aient élevée, quelque restreinte que soit l'étendue du champ de la nature organique où ils ont été incessants, notre esprit a été entraîné, non malgré lui, non en obéissant à une imagination fougueuse et déréglée, mais en se laissant aller à une contemplation grave et pourtant pleine de charmes, noble et vraie poésie de la science, qui l'a porté, par la loi de la continuité des idées, bien au delà des limites où l'observation rigoureuse de la méthode *à posteriori* expérimentale l'avait arrêté. Mais, loin de se soustraire à la sévérité de la méthode, il pensait lui être fidèle encore en contemplant cet ordre auquel chaque être vivant est assujetti; s'il était bien alors l'homme qui admire l'œuvre de l'architecte, en ne contemplant pourtant que la forme d'un ensemble de pierres stables, fixées à la place où le maçon les a posées, combien la réflexion élevait ce sentiment d'admiration lorsqu'elle se reportait sur les fonctions dont il avait pu suivre, par l'observation la plus sévère, l'enchaînement et la succession indispensables aux conditions de la vie!

Quelle différence entre la beauté de l'œuvre humaine et la merveille de cet être vivant! quelle variété dans les formes qu'il affecte! Il peut être fixé au sol, dans l'air et dans les eaux! il peut marcher, ramper, nager, voler dans les airs! ses parties en harmonie entre elles, le sont elles-mêmes avec les conditions du milieu où la vie s'accomplit, et l'observation des organes intérieurs de l'être vivant est aux yeux du philosophe un spectacle incomparable à celui de la vue des plus belles formes de l'art humain. Toutes les formes spécifiques se conservent et se perpétuent; le mouvement est partout dans l'être; la matière s'y renouvelle incessamment, et la vie ne l'anime qu'à cette condition. Ce mouvement intérieur, commençant avec sa vie et ne finissant qu'à sa mort, présente un spectacle sublime auquel rien n'est comparable dans les œuvres humaines, et conduit l'observateur à cette conclusion que l'être vivant, dépassant tout le savoir humain, n'a pu être imaginé et créé que par une *puissance divine.*

Le raisonnement est rigoureux, tandis que le contraire ne l'est pas. Spiritualistes timorés, croyez-moi, ne craignez pas que l'étude sérieuse de la matière vivante conduise jamais au matérialisme!

Je continuerai, dans une troisième partie, ma réponse *catégorique* à M. Fremy, en partant de l'écrit de 1837 et de son complément de 1870 (1).

Conformément au principe qui devait servir de base à mon second rapport, principe énoncé dans l'écrit de 1837, après en avoir tiré la conséquence exposée explicitement dans le complément de 1870, j'appliquerai les raisonnements déduits de la raison pourquoi l'aliment de l'homme et des animaux supérieurs doit être complexe, à l'examen de la qualité alimentaire du cartilage, du parenchyme, de l'osséine, relativement à la gélatine.

Je rappellerai comme conclusion que Proust, l'inventeur du bouillon d'os au double titre de la science et de l'application, en a été le juste appréciateur, relativement au bouillon de viande.

Et conformément à ces considérations, je parlerai du jugement de M. Fremy sur le second rapport et de la liberté des discussions académiques.

Je communiquerai deux lettres de Félix D'Arcet, qu'il m'a écrites de Rio-Janeiro. Elles seront la meilleure preuve que ma conduite a été irréprochable avec D'Arcet, le père de Félix. Conséquemment, si M. Fremy, auquel je demandais de répondre oui ou non à la question de savoir s'il avait fait allusion à un incident particulier de la commission de la gélatine, qui me concernait, m'avait répondu non, jamais je n'aurais produit devant l'Académie les lettres de Julia de Fontenelle et le billet de D'Arcet imprimés dans la seconde partie de cet écrit.

(1) Je dirai plus tard comment cette expression m'a été appliquée dans un grand monde.

(2) *De la baguette divinatoire, du pendule explorateur et des tables tournantes*, par M. E. Chevreul; Mallet-Bachelier, 1854. *Voir* p. 19, 20, 21 38.

(1) *Compte rendu* de la séance du 14 novembre 1870, t. LXXI, p. 635.

M. CH. TELLIER appelle l'attention de l'Académie sur l'emploi que l'on pourrait faire du moût d'orge, tel qu'il est préparé dans la fabrication de la bière, pour l'alimentation des enfants en bas âge. (Renvoi à la Commission nommée pour les questions relatives à l'alimentation.)

M. DUMÉRY adresse à l'Académie une « Note sur de nouveaux campements militaires. » Cette note est accompagnée de deux figures indiquant les parties essentielles du mode de campement proposé par l'auteur, et de tableaux comparatifs destinés à permettre d'apprécier les volumes d'air dont chaque soldat peut disposer et les matériaux qu'il doit porter dans l'ancien et dans le nouveau système de campement. (Renvoi à la section de médecine et de chirurgie.)

M. P. MADINIER adresse une note relative à une nouvelle classe de désinfectants.

Parmi les désinfectants gazeux, répandant un parfum aromatique, sans danger pour la respiration et attaquant cependant les principes infectieux de l'atmosphère, l'auteur cite 1° la bagasse de canne à sucre, qui a été, dans la Guyanne anglaise, l'objet de recherches longtemps poursuivies par M. Dalton, en 1863; 2° les vapeurs que dégage la torréfaction du café. On pourrait employer également, suivant lui, pour purifier l'air des salles d'hôpitaux, des solutions dépourvues d'odeur, par exemple les solutions de permanganate de potasse, de ferrate de potasse, ou des solutions douées d'une odeur qui ne serait pas répulsive, telles que celle de l'iode, etc. (Renvoi à la Section de médecine et de chirurgie.)

(*A suivre.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par un arrêté du président du conseil des ministres, chef du pouvoir exécutif de la République française, en date du 2 juillet 1871, rendu sur la proposition du ministre de la marine et des colonies, ont été promus ou nommés dans l'ordre national de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier : Jacolot (Alphonse-Aristide-Marie), médecin de 1re classe de la marine, chirurgien-major du régiment d'artillerie de la marine : 19 ans de services effectifs, dont 8 à la mer et aux colonies. Chevalier du 29 décembre 1866. Siége de Paris.

Au grade de chevalier : Leclère (Eugène-Antoine), médecin de 2e classe, aide-major au 9e bataillon de marche d'infanterie de la marine : 17 ans de services effectifs, dont 6 à la mer ou aux colonies. 2e armée de la Loire.

— A la date du 20 avril dernier, il y avait 43,798 médecins aux États-Unis, dont 2,860 traitant exclusivement par l'électricité et 133 par l'hydrothérapie.

— Aux dernières assises d'Oxford, une femme condamnée à mort se prétendit enceinte, et pour vérifier le fait, selon la tradition, on désigna un jury de matrones qui constata la grossesse. Décidément, l'attachement des Anglais pour les vieilles routines les conduit un peu loin. Près de cent ans se sont écoulés depuis qu'en France les *matrones* ont cessé d'être appelées en qualité d'*expertes* devant les cours de justice, et alors déjà on avait réduit leur compétence à l'accomplissement des devoirs conjugaux pendant l'épreuve *du congrès*.

— Le choléra asiatique sévit actuellement en Pologne, et, suivant le correspondant de *the Lancet*, le nombre des morts a été en moyenne de dix par jour, pendant le mois de juin, à Vilna.

— Le recensement décennal qui vient d'être relevé en Grande-Bretagne indique pour le Royaume-Uni une population totale de 31,817,108 personnes, dont 16,267,837 femmes et seulement 15,549,291 hommes. Les recensements précédents indiquaient déjà au profit du sexe féminin un excédant qui n'a rien du reste d'extraordinaire dans un pays d'où tant d'hommes sont éloignés par la vie du marin, le goût des voyages, l'esprit de colonisation ou l'émigration proprement dite. Ce qui ressort le plus nettement des chiffres indiqués plus haut, c'est que l'accroissement de la population est rapide de l'autre côté de la Manche, et que dans ce pays où le malthusianisme a pris naissance comme doctrine, il n'est point encore pratiqué. C'est au contraire la grande plaie qui dépeuplerait les Etats-Unis, si les effets n'en étaient pas contre-balancés en partie par une immigration nombreuse d'Européens.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments ou autres objets).

Traité des maladies du fond de l'œil et Atlas d'ophthalmoscopie, par L. DE WECKER et E. DE JAEGER, 1 vol. grand in-8° avec 29 planches coloriées. — Prix : 35 fr.

Étude sur les affections glaucomateuses de l'œil, par M. le docteur MOHAMMED, émir, ancien médecin de l'intendance sanitaire d'Égypte. In-8. — Prix : 4 fr.

Des rétrécissements de l'urèthre et de leur guérison radicale et instantanée par un nouveau procédé, la divulsion rétrograde, par M. le docteur MOREAU WOLF, chevalier de la Légion d'honneur. In-8°. — Prix : 3 francs.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

N° 48. — SAMEDI 22 AVRIL 1871. 44e ANNÉE. SAMEDI 22 AVRIL 1871. — N° 48.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

SOMMAIRE. — SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE. — HÔPITAL DES CLINIQUES. Opération de la cataracte. Accidents sans suite au premier temps de l'opération. Hygroma sanguin. Ponction et injection iodée. Cancroïde capillaire de la lèvre inférieure. Ablation. — ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Nouvelles. — Bulletin bibliographique.

Paris, le 26 juillet 1871.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Un éloquent réquisitoire contre le vin et l'alcool, un non moins violent réquisitoire contre le tabac ont occupé cette séance.

Les Prussiens seront étonnés de voir l'usage du tabac être accusé de nos désastres, eux qui font de la pipe un si constant abus.

Ils ne le seront guère moins sans doute de se voir transformer en types de tempérance, eux qui étonnaient les populations par leur ivrognerie crapuleuse dans les provinces qu'ils occupaient.

Du reste, si les intentions de M. J. Joly sont excellentes, et chacun se plaît à le reconnaître, elles ont tellement influé sur les tableaux tracés par lui, que M. Béclard, lisant ce mémoire à la place de M. Joly, n'a pu s'empêcher de protester lui-même à demi-voix au nom de la vérité historique.

Je ne suis pas bien persuadé qu'il soit utile pour le savant de ressembler à l'avocat qui plaide. Rester dans les justes limites et peindre les faits tels qu'ils sont, soit qu'il s'agisse d'accusation, soit qu'il s'agisse de défense, me paraît meilleur et plus sûr.

Peut-être M. Bergeron a-t-il aussi dépassé la mesure dans son très-bel *avis populaire*, admirablement rédigé, comme tout ce qui sort de sa plume.

En l'entendant, on se sentait presque conduit à considérer comme un idéal les prescriptions de Mahomet, dont le résultat a été dans tout l'Orient l'arrachement des vignes.

Les musulmans en sont-ils meilleurs?

Les antiques races de la Syrie, de la Phénicie, de la Palestine et de l'Égypte, ces peuples qui regardaient le vin comme un aliment nécessaire, et « *se multipliaient par le fruit de la vigne, du froment et de l'olivier,* » ces peuples qui aimaient le vin, au point de ne trouver rien au monde de plus doux et de lui comparer en poésie *les doux baisers* d'un premier amour, ces peuples sont-ils maintenant plus intelligents, plus actifs? ont-ils dans le monde un plus grand rôle qu'ils n'en avaient à cette époque?

Supprimez le vin naturel, et vous verrez naître l'opium, le tabac, le haschich, ou d'un autre côté les liqueurs fortes et l'absinthe.

Le vin, le bon vin, est plus efficace pour arrêter dans ses progrès l'ivrognerie abrutissante, que tous les avis populaires et que toutes les sociétés de tempérance.

C'est un fait qu'on a établi dans le cours de la discussion sur le vinage, les accidents résultant de l'alcoolisme sont rares dans les pays vignobles, ils n'existent pas, pour ainsi dire, dans les provinces du Midi où le vin naturel ne coûte presque rien; tandis que, au contraire, en Normandie, dans les pays à cidre, dans les provinces du Nord où le vin est presque inconnu, l'ivrognerie, et surtout l'ivrognerie des femmes, a pris des proportions dont on n'a pas idée.

C'est que, quoi qu'on en dise, le vin naturel n'est pas seulement de l'alcool étendu d'eau.

Le bon vin produit un effet tonique et réparateur que les alcools étendus n'ont jamais à un tel degré.

C'est pourquoi ceux qui le remplacent par des liqueurs alcooliques les veulent plus fortes chaque jour.

Ils font comme ceux qui remplacent par des combinaisons fortement épicées les viandes saines et naturelles.

L'estomac n'est pas satisfait; la satiété n'est pas pour eux une sensation de bien-être; et l'excitation leur paraît nécessaire bien qu'insuffisante.

Voilà les grandes vérités que l'Académie a méconnues dans la discussion sur le vinage; et du moment où les vrais vins étaient complétement assimilés aux dilutions alcooliques, il fallait s'attendre à voir condamner le vin lui-même, car l'alcool a des inconvénients, quelque dilué qu'il soit.

Mais l'expérience est faite en ce qui touche le vin.

Les musulmans eux-mêmes ont eu leurs époques de gloire et de remarquable développement intellectuel.

C'était d'abord sous les grands califes de Bagdad, qui buvaient du vin et autour desquels on buvait du vin, comme le montrent tous les documents de l'époque, entre autres le livre de Maçondi, intitulé : *les Prairies d'or*, et les récits sur un calife artiste, dont M. Barbier de Maynard vient de donner la traduction.

C'était en Espagne, où les vignes ont heureusement été respectées.

C'était en Perse, dont les poëtes, bien que fidèles musulmans, ont surtout célébré le vin.

C'est en Égypte, où la famille régnante, où les principaux dignitaires ont repris l'usage du vin, à l'imitation des anciens califes.

Je ne veux pas dire que le vin soit absolument nécessaire pour donner de l'esprit aux peuples. Mais il est certain que c'est bien le meilleur de tous les toniques, et que pour les hommes fatigués intellectuellement, surmenés, boire de l'eau aux repas n'est point un bon régime.

Il est bien entendu que dans l'usage du vin, comme des meilleures choses, il faut apporter la modération sans laquelle tout est nuisible.

Mais, je le répète, ce n'est pas le vrai vin, le vin naturel, qui cause cet abrutissement absolu dans l'ivrognerie et ces formidables accidents alcooliques si communs partout où l'on boit des alcools, partout où l'on fraude le vin.

Dr VICTOR REVILLOUT.

HOPITAL DES CLINIQUES. — M. RICHET.

Opération de la cataracte. — Accidents sans suite au premier temps de l'opération. — Hygroma sanguin. — Ponction et injection iodée. — Cancroïde papillaire de la lèvre inférieure. — Ablation.

(Leçon recueillie par M. P. GARNIER, externe des hôpitaux.)

J'ai à vous parler d'un épanchement dans la bourse séreuse prérotulienne, survenu chez une femme de 51 ans à la suite d'un traumatisme.

Cet épanchement, eu égard à son siége, peut être appelé hygroma; seulement, comme nous supposons ici que le liquide épanché est sanguin, nous dirons qu'il y a *hygroma sanguin*. Il est survenu à la suite d'une chute que la malade fit pendant le siége de Paris; elle crut s'être cassé la rotule; il se forma ensuite un épanchement qui, après des alternatives d'augmentation et de diminution, est arrivé à l'état où il est aujourd'hui; il constitue une difformité, et de plus il est gênant et même douloureux. Aussi la malade est-elle entrée pour se faire opérer.

L'épanchement siége au-devant du genou gauche; là on constate une tumeur descendant jusqu'à l'épine du tibia et remontant au-dessus du bord supérieur de la rotule; elle est aplatie, manifestement fluctuante. La peau qui la recouvre est brune, chose qui pourrait bien tenir aux applications que nous avons faites de vin aromatique. Le liquide est mélangé de grumeaux, dont les uns sont flottants, les autres adhérents aux parois de la bourse séreuse. Ceux-ci, on les constate lorsqu'on déprime fortement la tumeur; en arrivant sur la rotule on sent quelque chose de dur, d'inégal; ceux-là se découvrent grâce au frottement déterminé par leur collision, lorsqu'on fait refluer le liquide.

Tous ces faits ont leur importance au point de vue du pronostic et du traitement.

Nous avons dit que l'épanchement siégeait dans la bourse prérotulienne; on ne saurait en effet admettre qu'il siégeât dans la bourse séreuse, située plus bas, derrière le tendon rotulien.

La nature du liquide est plus douteuse; il doit y avoir du sang, car la malade a fait une chute, et après les contusions du genou, les épanchements dans l'articulation même, ou dans la bourse séreuse prérotulienne, sont ordinairement sanguins. Il en est de même pour les contusions de l'articulation du coude, tantôt l'épanchement siége dans l'articulation même, d'autres fois dans la bourse séreuse rétro-olécrânienne. Dans tous les cas, quand un gonflement notable survient immédiatement après l'accident, il faut l'attribuer à la présence du sang. Ici l'épanchement s'est fait avec cette rapidité, et il est en tout comparable à celui qui accompagne la formation des bosses sanguines, au crâne, par exemple.

Aujourd'hui, le sang, je pense, s'est transformé; il y a eu départ pour ainsi dire entre ses éléments solides et ses éléments liquides; les parties solides se sont coagulées, puis fragmentées et divisées dans un liquide qui a encore la couleur du sang, mais qui n'est réellement plus du sang. Peu à peu les grumeaux sanguins sont devenus polis, glissants, se sont recouverts d'une sorte de membrane lisse; ils ont pris la forme de grains d'orge, ou mieux, celle des pepins de melon.

Jusqu'à une certaine époque, on crut que ces grains *hordéiformes*, comme on les appelle, étaient des hydatides; mais ce sont tout simplement des grumeaux de sang; ils empêchent les surfaces internes de la séreuse de s'appliquer l'une à l'autre, fait qu'il est très-important de connaître pour traiter ces sortes d'épanchements.

Dirons-nous à la malade que cette affection est légère, et faut-il la renvoyer sans lui faire l'opération? Gardons-nous-en bien! car la chute sur le genou pourrait amener une inflammation avec épanchement de pus, et un mal en apparence léger deviendrait alors très-grave. Nous avons eu cet hiver dans nos salles un malade chez lequel une chute sur une tumeur semblable fit éclater la bourse séreuse; il y eut un épanchement sous la peau de la jambe, et il succomba aux suites d'un phlegmon diffus devenu gangréneux. Il faut prévoir ces terminaisons possibles, et bien comprendre qu'on n'a pas affaire à une maladie indifférente, à une infirmité, mais bien à une affection qui peut devenir dangereuse; nous allons donc nous occuper du traitement.

Quelquefois, les excitants, tels que les liniments ammoniacaux, les badigeonnages à la teinture d'iode ou au perchlorure de fer, suffisent pour provoquer la guérison, mais à condition que l'épanchement ne soit pas sanguin. Nous avons bien ici essayé les applications de vin aromatique, mais les grumeaux sanguins ont constamment empêché les parois de se recoller. Nous emploierons donc les moyens chirurgicaux : je laisse de côté la ponction simple, évacuatrice, unie à la compression; l'état des parois ferait échouer ce procédé; nous aurons donc recours à l'injection, et encore ne serons-nous pas sûrs du succès. J'avais d'abord l'intention de fendre la tumeur, puis de râcler les parois internes, enfin d'en obtenir le recollement à l'aide de la compression et de la suppuration; mais aujourd'hui la constitution médicale est tellement mauvaise, que j'hésite à me servir de ce procédé. Je préfère donc faire une injection moitié iodée, c'est-à-dire très-irritante. Si cela ne réussit pas, nous en reviendrons à la méthode précédente, mais nous aurons au moins essayé d'un traitement plus doux et surtout moins dangereux.

Opération. — La ponction est faite avec un trocart assez volumineux pour laisser passer facilement les grumeaux. On obtient un liquide sanguinolent, roussâtre, mais cependant non mélangé de grumeaux. L'injection fait éprouver une douleur assez vive. Le pansement est fait avec de la ouate, etc., et la compression avec une bande.

A la suite de la ponction, une rougeur inflammatoire s'est étendue sur toute la surface correspondant à la bourse prérotulienne, nous avons même craint un instant qu'elle n'en dépassât les bornes; heureusement il n'en a rien été. Nous nous sommes donc bornés à combattre l'inflammation par les cataplasmes, et deux jours après, la malade, qui allait du reste très-bien, nous demandait à se lever. Loin de nous y opposer, nous avons cru, au contraire, devoir de le lui permettre pour faciliter en même temps l'inflammation adhésive. Peu à peu il s'est formé un épanchement de consistance gélatiniforme et se manifestant au toucher par une fine crépitation, qui est devenue de plus en plus grosse par suite de l'épaississement du liquide. Aujourd'hui, je pense, les fausses membranes commencent à faire adhérer les parois, et je ne doute pas qu'il y ait bientôt guérison complète, malgré la présence des grumeaux dans les parois de la bourse séreuse. Nous conseillerons donc à la malade de porter une genouillère, mais ce sera une simple mesure de précaution.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 25 juillet 1871. — Présidence de M. WURTZ.

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle se compose d'une lettre de M. le docteur Corlieu accompagnant l'envoi d'une brochure intitulée : *Études médicales sur la mort de Charles IX.*

M. J. GUÉRIN présente : 1° au nom de M. le docteur Durand (de Gros) deux ouvrages intitulés, l'un : *Ontologie et psychologie physiologique*; l'autre : *Les origines animales de l'homme*; 2° une pétition tendant à obtenir une modification de l'impôt sur le tabac et sur les boissons, adressée à l'Assemblée nationale par l'*Association française contre l'abus du tabac.*

M. VULPIAN dépose sur le bureau, au nom de M. George Hayem, une brochure intitulée: *Relation clinique sur l'épidémie du scorbut observée à la Charité dans le service de M. Bernutz.*

M. DEPAUL présente un volume intitulé : *Clinique chirurgicale*, du docteur Goyraud (d'Aix), recueillie et annotée par M. le docteur Gilbert (d'Aix).

M. Larrey dépose sur le bureau, au nom de M. le docteur Tolosan, un mémoire intitulé : *Origine nouvelle du choléra asiatique*.

M. Guérard offre en hommage une brochure intitulée : *Mémoire sur la gélatine*.

RAPPORT

M. Bergeron, au nom de la commission de l'alcoolisme, donne lecture d'un travail ayant pour titre : *Avis populaire sur les dangers des boissons alcooliques*.

Ce travail sera publié ultérieurement.

M. Béclard, au nom de M. le docteur Jolly, lit le mémoire suivant :

LECTURE

L'absinthe et le tabac.

L'absinthe et le tabac vivent aujourd'hui dans des rapports si intimes qu'ils se confondent et se complètent pour ainsi dire dans une étroite alliance, comme deux fidèles conjoints devenus inséparables dans leur étude comme dans leur commune influence sur l'organisme. Il ne suffit donc pas pour en apprécier les effets physiologiques et pathologiques, de les étudier isolément, comme on a pu le faire jusqu'à ce jour, comme nous avons pu le faire nous-mêmes; mais il convient surtout de les appeler ensemble à rendre compte de leur simultanéité d'action, de leur degré de solidarité, de leur part respective de complicité dans les actes qui peuvent les rendre également responsables aux yeux de l'hygiène et de la morale publique.

Tel est du moins le sujet d'étude sur lequel je désirerais appeler l'attention de l'Académie, et j'ai lieu de croire qu'à défaut de tout autre intérêt, il aura du moins celui de l'opportunité.

Ce qu'il faut peut-être signaler d'abord comme fait d'observation, qui a déjà une double valeur psychologique et pratique, c'est que le tabac, quoique d'origine encore récente, a su prendre sur l'absinthe, son aîné, un droit de préséance que l'on ne saurait méconnaître. Partout, en effet, c'est le tabac qui donne le signal de la rencontre; qui convie l'absinthe ou tout autre spiritueux. C'est lui qui, d'ordinaire, en fait les frais et les honneurs, lui qui en règle l'usage, et qui en fait naître les dangers avec les abus; si bien que l'on se demande d'où lui vient tant de prestige, tant de puissance, pourquoi ce fol empressement à courir de plus en plus aux sources du poison, pourquoi cet incroyable aveuglement qui porte des nations entières à s'empoisonner. Car nul ne pourrait plus douter de l'action éminemment vénéneuse du tabac, depuis l'émouvant drame du château de Bitremont, qui a laissé dans le monde entier un si triste souvenir; depuis aussi les savantes recherches de Boutron, d'Orfila, de Mersens, de Claude Bernard et de tant d'autres expérimentateurs qui en ont fait le sujet d'études spéciales; depuis surtout qu'une expérience trop vulgaire en démontre de plus en plus les funestes effets. Mais en présence du nombre toujours croissant de ses victimes, on se demande *pourquoi l'on fume?* et nous avons déjà à répondre à cette question.

Et d'abord, le tabac serait-il donc une substance si naturellement et si nécessairement appropriée à la condition humaine? et son usage serait-il donc un besoin physiologique si indispensable à l'ordre social? Personne, assurément, ne pourrait le penser, car bien des siècles ont dû s'écouler, sans qu'aucun peuple du monde ait songé au tabac, et comme l'a dit tout naïvement un auteur contemporain :

> Quand d'un heureux hymen Dieu féconde la couche,
> Il ne nous fait pas naître un cigare à la bouche.

Il est bien certain que la France avait pu se passer de tabac jusqu'au seizième siècle, et l'on sait comment elle s'est trouvée dotée d'une telle conquête. C'était l'époque d'ignorance et d'aveugle crédulité, où tout remède exotique pouvait se présenter, même à la cour, pour y disputer aux poudres de vipère et de scorpion leurs vertus curatives contre la migraine.

On sut bientôt à quoi s'en tenir sur la valeur de ce prétendu spécifique, qui eut le sort de beaucoup d'autres aussi vainement préconisés; mais sous l'auguste patronage d'une illustre reine, de Catherine de Médicis, le tabac avait facilement pu obtenir des lettres de créance pour aller chercher fortune ailleurs. Il parcourut successivement toutes les régions continentales du nord, n'y trouvant d'abord qu'un assez froid accueil; puis, franchissant les mers et s'arrêtant un instant sur les bords de la Tamise, où il n'eut à subir que d'amères et humiliantes déceptions, il poursuivit résolument sa course jusqu'au delà du Bosphore et osa aller s'installer dans le palais même des sultans, sans prévoir les châtiments que lui réservait son audace. Mais aucun genre de persécution ne devait l'arrêter, ni la confiscation de ses tabatières et de ses pipes par la reine Elisabeth, ni la célèbre et sanglante diatribe de Jacques Ier, ni les menaces du fouet de Charles VIII d'Angleterre, ni les bulles d'excommunication du pape Urbain VIII, ni même les rigueurs impitoyables d'Amurat IV, qui fendait les lèvres à tous les fumeurs et coupait le nez à tous les priseurs, quand, par grâce, il ne leur coupait la tête; rien n'avait pu l'empêcher de poursuivre ses plans de migration.

Ce n'était pourtant ni l'odeur, ni la saveur du tabac qui pouvaient justifier son ambition de fortune; car fumeurs, priseurs et chiqueurs lui rendront bien cette justice que, comme agent de sensualité, le tabac ne pouvait guère prétendre à l'honneur de figurer dans les harems non plus que sur les tables des modernes Lucullus, et l'on aura toujours peine à concevoir qu'il ait pu rencontrer des goûts assez dépravés pour lui mériter le privilége d'un aliment ou d'un condiment de prédilection.

Ce qui devrait témoigner surtout contre l'usage naturel du tabac, c'est que, durant bien des siècles, il ne servit qu'à la destruction des serpens, chez les peuples sauvages; c'est que tous les animaux, sans exception, le repoussent instinctivement comme un redoutable poison; on sait même qu'aucun ne résiste à ses effets toxiques, et qu'il suffit des plus faibles doses de leur principe actif (la nicotine) pour les frapper de mort instantanée. Les plantes même ne peuvent vivre dans les milieux que le voisinage du tabac infecte de ses émanations; toutes s'y flétrissent rapidement, toutes y meurent bientôt d'un véritable empoisonnement, et quand toute la nature vivante se révolte pour ainsi dire contre le tabac, l'homme seul se condamne volontairement à son usage, et lui seul en affronte tous les dangers.

Si donc le tabac n'est ni un remède bien efficace, ni un aliment bien exquis, ni un parfum bien suave; s'il n'offre aux sens du plus grand nombre que des qualités repoussantes, et s'il n'est pour tous qu'un poison éminemment délétère, il y a lieu de se demander, en effet, pourquoi l'on fume.

On le comprendra peut-être difficilement, et pourtant il est vrai de dire que la seule cause de l'usage du tabac et de ses abus, dût elle paraître bien futile, est tout entière dans un fait d'habitude, dans une sorte de contagion morale, qui a pu naître subreptricement d'un simple attrait de curiosité, qu'une puérile velléité d'imitation a su mettre en jeu, que l'exemple pouvait facilement propager, et que la mode, cette puissance tyrannique à laquelle rien ne résiste, a su faire entrer dans nos mœurs comme moyen de contact et de rapprochements individuels, comme instrument de distraction et de maintien, comme jouet de désœuvrement et de passe-temps.

Une fois acquise, peu importait que l'habitude de fumer s'accomplît sur un poison; la mode lui avait donné des ailes et elle pouvait parcourir le monde sans s'arrêter. Elle trouvait des imitateurs partout et dans tous les rangs de la société civile et militaire; elle en trouvait dans les palais des princes, sur les trônes mêmes des rois, aussi bien que dans les ateliers du prolétariat; mais ce qui ne pouvait lui manquer, ce sont les oisifs de toutes les classes, de toutes les conditions sociales, et, au premier chef, ces beaux fils qui, incapables ou peu soucieux de travail, n'ont su apprendre que l'art de projeter habilement dans l'air, qu'ils infectent, de petits volcans, de jolis tourbillons, de belles spirales de fumée, dans lesquels ils s'admirent avec plus ou moins de prétention. Quoi de plus capable, en effet, de séduire le plus grand nombre, et quel attrait surtout pour notre milice urbaine, lorsque, en 1830, le cigare sut pénétrer dans les corps de garde avec toutes ses inspirations patriotiques; car c'est alors qu'il put s'élever rapidement à la hauteur de ses destinées politiques, et que chacun dut suivre l'exemple entraînant des soldats citoyens. Il n'est pas jusqu'aux enfants qui, aujourd'hui, ne tiennent à les imiter, impatients qu'ils sont de grandir avec le siècle et de prendre avec le cigare des airs de précoce virilité; et notez bien, pour le côté moral du fait, que bien souvent ce sont de petits vagabonds qui ont sollicité la charité publique pour lui enlever l'aumône du pauvre, le denier de la veuve. Plus que d'autres, ils subissent, à cause de leur âge, des effets immédiats d'intoxication, des nausées, des étourdissements, des vomissements, des syncopes; mais, quelles que soient les épreuves de leur noviciat, ils persistent, tout fiers d'avoir pu les surmonter, pour entrer résolûment dans la carrière des fumeurs.

Faut-il dire que l'usage du tabac a pu trouver aussi des hommes sensés, des esprits sérieux, qui, cédant aux entraînements de l'exemple, à de vaines condescendances, à un faux amour-propre, déserte facilement le foyer domestique pour obéir à la loi commune, et c'est ainsi que l'habitude d'un poison a su pénétrer partout, qu'elle a pu envahir, asservir tout un peuple, le déprimer physiquement et moralement, l'amoindrir individuellement dans son espèce, le dégrader même dans sa race; qu'elle a pu un jour, dans sa funeste alliance avec tous les genres de spiritueux, frapper toute une armée d'engourdissement, de torpeur et de somnolence; qu'elle a pu l'enchaîner jusqu'à l'attarder au combat, jusqu'à la condamner à l'impuissance devant l'ennemi; et voilà, si j'ose le dire, toute la physiologie du fumeur, et voilà peut-être aussi tout le secret de la fatale destinée d'une grande nation; vous ne me demanderez donc plus *pourquoi l'on fume?* que si vous ne me demandiez *pourquoi l'on boit?* et pourquoi aussi tant d'attrait pour l'absinthe, pour tous les spiritueux? La réponse est encore toute simple; on boit parce que l'on a soif, et l'on a soif parce que l'on fume; et comment en serait-il autrement du contact incessant d'une fumée âcre, brûlante et empyreumatique que l'usage du tabac fait passer continuellement dans la bouche du fumeur? Boire de l'eau pour calmer la soif ardente, pour tempérer la chaleur habituelle, l'état de phlogose de la bouche qui en est l'effet nécessaire, serait assez naturel; mais boire de l'eau en compagnie du cigare, vous n'y pensez pas, ce serait honte aux yeux de tout fumeur émérite; pour se conformer dignement à la règle et au goût du jour, on boit de l'absinthe, du vermouth, du bitter; et pour varier, on boit du petit-noir doublé de kirsch, de rhum ou d'eau-de-vie; mieux encore, comme innovation plus récente de sensualité, à l'adresse des sens émoussés et des palais blasés, on boit un mélange de tabac et d'eau-de-vie préparé par macération, comme pour mieux assurer l'effet du poison; inutile d'ajouter que l'on boit à satiété du vin, de la bière, du cidre et bien d'autres spiritueux que les amateurs connaissent mieux que moi; et de là tous les genres d'ivresse qui éclatent de toutes parts sous nos yeux, dans nos maisons, dans nos promenades, sur les boulevards, dans les camps et jusqu'à sous le feu de l'ennemi; et de là le plus redoutable des fléaux pour la société, pour le peuple, pour l'armée, pour le sort des combats; et il le savait bien cet éminent chef de l'armée américaine, le général Grant, qui, pendant la guerre de sécession, ne s'était pas contenté de rationner le tabac, mais avait prohibé l'usage des spiritueux dans les casernes, dans les camps jusqu'à dans les mess des officiers; mesure sage et d'autant plus digne d'exemple qu'elle n'a pas été moins favorable au résultat de la guerre qu'à la santé du soldat; et ils le savent bien aussi nos cruels ennemis d'Allemagne, qui ont su faire entrer dans l'art de la guerre des règles sévères de sobriété en même temps que d'impitoyables mesures de répression militaire contre le délit d'ivresse.

La question n'est donc plus seulement une question d'hygiène populaire, mais une question d'hygiène militaire, une question que, malheureusement, nous n'avons pas encore pu comprendre; ce qui ne la rend ni moins grave, ni moins digne de toutes les sollicitudes de l'administration de la guerre, puisqu'il est vrai de dire qu'elle peut décider du sort des batailles, aussi bien que de la destinée des empires; et toutefois, voyez à quel point la consommation du tabac et des spiritueux a pu, en quelques années, acquérir de développement en France; la France qui, pendant des siècles, avait répudié le tabac comme antipathique à ses goûts, à ses mœurs, à son esprit de courtoisie et d'urbanité traditionnelle, la France qui, en 1830, n'atteignait pas 28 millions de revenu fiscal de tabac, dépasse aujourd'hui tous les peuples du monde pour la consommation de ce poison. Les tabatières que la mode avait su mettre presque innocemment au service de la politesse française, ne sont plus guères de notre époque, mais la pipe, mais le cigare, le cigare surtout, est devenu presque inséparable de la vie civile et militaire; l'habitude en avait fait un besoin, le képi semble en avoir fait une nécessité, en sorte qu'aujourd'hui tout le monde fume et qu'il n'y a plus guère que des exceptions à la règle commune. Toutes les nations étrangères, même l'Allemagne, même l'Angleterre ont encore conservé certaines mesures d'usage, certaines règles de discipline et de convenances qu'elles observent fidèlement, eu égard aux lieux, aux circonstances et aux personnes. Dans plusieurs états de l'Allemagne, et notamment dans le Hanôvre et dans le Holstein, en Suisse et ailleurs, des lois de répression sont restées en vigueur pour y interdire le droit de fumer dans les ateliers, dans les écoles et les universités, même dans certaines promenades réservées. La France, seule, s'est affranchie de toute règle, de toute contrainte, elle a trouvé plus simple et plus commode de s'empoisonner librement au mépris de l'hygiène et de la raison, au mépris même de toutes les convenances sociales, comme si elle eût tenu à honneur d'être placée au rang des peuples fumeurs; et c'est ainsi qu'elle a pu arriver en 1869, au chiffre presque incroyable de 31,245,396 kilogrammes, de consommation, tandis que l'Angleterre qui avait pu se flatter de lui disputer le premier rang pour l'usage du tabac comme pour celui des spiritueux, l'Angleterre n'a pu atteindre dans la même année qu'un chiffre de 18,619,572 kilogrammes de tabac, soit, par personne environ 900 grammes pour la France, 700 grammes pour l'Angleterre. On évalue à plus de 500,000 francs par jour la dépense de tabac pour Paris seulement; ce qui représente déjà plus que la dépense du pain de 2 millions d'habitants, et comme il faut bien en compter autant, si ce n'est le double, pour l'absinthe et autres spiritueux, ce sont donc deux dépenses au moins bien gratuites, qui pourraient donner de la nourriture à ceux qui ont faim, des vêtements et du feu à ceux qui ont froid.

On s'est beaucoup mis en peine, durant l'état de siége, pour subvenir aux frais d'armement de la capitale, et l'on a dû surtout faire appel au patriotisme des citoyens pour la fabrication de canons. Le moyen était tout simple et bien facile; il aurait suffi pour cela que tout consommateur de tabac et d'absinthe prélevât sur son budget personnel, pendant un seul mois, le prix de ces deux superfluités, pouvant donner environ 50 millions qui se trouvaient alors acquis au profit de la défense nationale, en même temps qu'au profit de l'hygiène, sans qu'il y eût d'ailleurs à s'imposer d'autre privation. J'ai lieu de croire que nul n'y a songé, car aucun n'a reculé devant l'impérieux devoir du moment, et tous sont venus, comme à l'envi, apporter leur pieuse offrande sur l'autel de la patrie.

L'histoire dira un jour ce que l'héroïque civisme de la population de Paris a su faire éclore de dons et de sacrifices de tous genres pour la défense de la capitale; elle dira tout ce qu'il a pu inspirer de privations, de résignation et de vertus pour l'œuvre de sa délivrance. Elle dira qu'une armée de barbares, conduite par un nouvel Attila, faisant de l'art de la guerre une académie d'espionnage, de ruse et de spoliation, une science systématiquement organisée de ruines et d'extermination, est venue fondre sur notre malheureuse patrie comme pour l'anéantir; que cette belle France, devenue la proie de vautours affamés, a pu être envahie et saccagée en quelques mois, une grande partie de son sol foulée, ensanglantée, ses moissons dévorées, ses villes et ses campagnes dévastées, ses populations dispersées, dans le dénûment, sans ressources et sans asiles, tous ses plus riches monuments spoliés, mutilés, déchirés ou incendiés.

Mais elle dira aussi qu'au milieu de ses ruines et délaissée de toutes les nations, livrée à elle-même, à elle seule, sans secours, sans soldats, sans armes, sans argent; subissant à la fois les plus cruels coups d'une épidémie meurtrière et toutes les épreuves du froid, du dénûment, de la faim, de l'exil, de la famine morale, la plus dure de toutes, loin des mères, loin des enfants et des berceaux, l'énergique population de Paris, sous le poids même de ses souffrances et de ses misères, a pu s'insurger virtuellement et s'armer courageusement contre les insatiables envahisseurs, pour leur disputer le sol même de la patrie, ou pour sauver du moins l'honneur français quand tout le reste était perdu; et elle pourra dire qu'à l'heure du combat, tout Paris était en armes, que jeunes et vieux, valides et infirmes, tous étaient prêts à la lutte; que tous les dévouements de la science, de l'art et de la charité suivaient du même pas les phalanges armées; que ces héroïques frères des écoles chrétiennes accouraient sur les champs de bataille pour étancher le sang de leurs frères, pour les enlever, morts ou mutilés, aux mains impies de leurs impitoyables ennemis; que de nobles et pieuses dames, inspirées du même zèle de patriotisme et de charité, se pressaient dans les maisons de secours, dans les ateliers de confection de bandages et appareils pour les pansements des blessés; que les saintes filles de la Providence descendaient du ciel, à leur tour, dans nos hôpitaux, dans nos ambulances, dans les maisons de convalescence, partout où il y avait des douleurs à soulager, des consolations, des encouragements à donner.

Voilà ce qui sera l'éternelle gloire de Paris assiégé, ce qui lui méritera la juste admiration de tous les peuples; mais qui osera dire et qui pourra croire qu'après une guerre de barbares qui lui a coûté tant de sang et de larmes, tant de sacrifices et d'humiliations, notre malheureuse capitale ait pu voir éclater dans son sein une guerre plus cruelle encore, une guerre de vandales cosmopolites, sortant de repaires immondes, une guerre de sauvages affamés de vengeance, de sang et de carnage, s'abattant sur nos ruines toutes sanglantes comme pour tout dévorer; violant les asiles plus sacrés, se ruant sur les plus chétifs pécules de la piété et de la charité, ne faisant grâce ni aux troncs des pauvres, ni au pain du vieillard et de l'orphelin, souillant de leur cynique présence et de leurs honteux sacriléges les temples et les autels, poursuivant de leurs plus odieux outrages, de leurs plus infâmes calomnies, le culte et ses ministres, faisant des églises et de tous les lieux saints des rendez-vous d'orgies et de débauches, glorifiant tous les crimes, tous les forfaits, décrétant, proclamant et imposant l'athéisme, profanant les tombes et dispersant les cendres des morts, en présence d'une population toute frémissante d'horreur et d'épou-

vante; et, comme couronnement de leur monstrueux programme, assassinant les prêtres, martyrisant comme autant d'holocaustes, les plus illustres personnages, enlevés comme ôtages, à l'élite de l'ordre civil, aux sommités de l'ordre religieux.

Il ne restait plus, pour assouvir tant de rage, que d'anéantir par le fer et le feu jusques aux derniers débris de la malheureuse cité, de faire de la plus belle, de la plus riche ville du monde, une nouvelle Babylone, d'ensevelir toute sa population, tous ses monuments, toutes ses richesses, dans un monceau de cendres. Dieu ne l'a pas permis. La France armée est accourue providentiellement pour l'arracher à toutes les horreurs du massacre et de l'incendie, au moment même du fatal dénouement, et quand tout était prêt pour l'œuvre de consommation.

Vous pardonnerez, messieurs, cette lugubre digression, qui peut sembler bien loin du sujet, mais vous me laisserez vous dire en toute conviction qu'elle ne fait encore que traduire les déplorables effets de tous les genres d'ivresse, qu'elle nous donne encore la mesure de tous les excès du tabac, de tous les excès des spiritueux. Sans le vin, disait, il y a plus d'un siècle le philosophe de Genève, sans le vin, sans les boissons énivrantes, il n'y aurait probablement ni guerre ni procès! Et que n'eût-il pas dit en présence de toutes nos ivresses, de toutes nos folies contemporaines?

Ce qui est du moins certain, c'est que, sans la double ivresse alcoolique et nicotique, sans l'exaltation toute fébrile, toute phrénétique qui l'accompagne, aucun peuple du monde n'aurait pu connaître les cruels attentats, les horribles saturnales dont nous avons été témoins; car, si pour les concevoir, il fallait tout le génie des enfers, il fallait, pour les accomplir, toutes les fureurs, toute la rage de l'ivresse. Ne nous le dissimulons pas: Paris a suivi l'exemple de toutes les nations corrompues par tous les genres d'intempérance; Paris a recueilli, en 1871, ce qu'il avait semé depuis vingt ans; il a subi le sort de l'empire des Gaules, de l'empire des Césars, celui qui menaçait toute l'Arabie, toute l'Égypte, lorsque Mahomet, voyant aussi son empire s'abîmer et s'anéantir dans les flots du vin, sut, à l'exemple de Domitien, faire disparaître jusques aux moindres traces de la vigne, et introduire dans le livre du Koran la loi d'abstinence des spiritueux.

Le fléau de la guerre n'est donc pas le seul que puissent accuser toutes nos misères. L'alcoolisme et le nicotisme, devenus nécessaires l'un à l'autre, sont deux autres fléaux, plus funestes, plus redoutables encore que la guerre pour la vie des nations et pour la guerre elle-même. On a déjà pu vous dire, à cette tribune, quelle part ils ont eue à tous nos désastres, à toutes nos humiliations. Il est triste, mais il est vrai de dire qu'un grand nombre de nos soldats ont pu tomber au pouvoir de l'ennemi, atteints d'ivresse alcoolique et nicotique, plus souvent encore que frappés par les balles étrangères, et, pour nous en convaincre, il a pu suffire de voir ce qui se passait sous nos yeux dans les jours de luttes décisives, où les destinées de la capitale étaient remises au patriotisme de la milice nationale, de voir des citoyens armés cheminer dans les rues en titubant et se presser tout en chancelant aux portes de l'absinthe et du tabac; de voir les bataillons de marche allant au combat dans un désordre et une ébrieuse folie qui ne pouvaient inspirer que de la pitié, se jetant aveuglément dans les masses ennemies, ou se dispersant en fuyards, après avoir abandonné leurs armes.

Mais là n'est pas encore tout le mal; si dans leur état d'ivresse et souvent pour prix d'un courage digne d'une autre cause et d'un meilleur sort les soldats fédérés étaient blessés, tous ou presque tous succombaient aux accidents de traumatisme: j'ai voulu m'enquérir par moi-même de ce fait déjà mis en évidence, à cette tribune par plusieurs de nos collègues, et j'ai pu facilement me convaincre que dans les hôpitaux militaires et les ambulances presque tous les malheureux insurgés blessés, en état d'ivresse, étaient totalement frappés de mort, même avec de légères blessures, tandis que les soldats de l'armée régulière, qui n'étaient pas dans les mêmes conditions physiologiques d'ébriété guérissaient presque tous, même avec des blessures plus graves.

Ce qui n'est ni moins certain ni moins affligeant, comme autre résultat pathologique de l'intoxication alcoolique et nicotique, c'est de voir le nombre toujours croissant de ses victimes, dans l'énorme proportion de maladies des centres nerveux; de voir surtout le chiffre des aliénés paralytiques suivre fidèlement le mouvement de consommation simultanée de l'absinthe et du tabac; de telle sorte que si l'administration fiscale a pu se féliciter de voir s'élever, chaque année, le produit des deux genres de consommation; si elle a pu compter pour l'année 1869 un chiffre de vente de 248 millions de francs de tabac, et si elle a pu voir doubler, pour 1870, le produit de consommation des spiritueux, l'assistance publique, de son côté, a pu enregistrer 93,252 aliénés, en ne comptant que les internés, chiffre qu'il faudrait peut-être décupler, si la statistique qui s'est chargée de nous le donner, pouvait pénétrer dans le foyer domestique et nous initier à tous les secrets, à toutes les misères de famille comme fruits de tous les abus actuels du tabac et des boissons énivrantes; mais ce qui est encore suffisamment attesté comme renseignements que nous tenons de source bien éclairée quoique purement officieuse, c'est que le chiffre des aliénés paralytiques aurait encore subi, pour l'année 1870, une augmentation de plus de six mille, augmentation qui, comme toujours, porte exclusivement sur la population masculine de 25 à 50 ans, et plus spécialement sur celle de l'armée, c'est-à-dire sur la population qui prend le plus de part à la consommation du tabac et des spiritueux; ce qui est encore un fait bien digne de toute l'attention des hygiénistes. En décomposant le contingent des aliénés militaires, on voit même d'après un autre document statistique que la folie paralytique sévit avec une énergie quatre fois plus grande sur les officiers que sur les soldats: or, il n'est douteux que les offficiers ne fument et ne boivent plus que les soldats, et ce qui est encore assez digne de remarque, c'est que l'aptitude à la folie paralytique qui, comme on le sait, décroît généralement dans la vie civile après l'âge de 40 ans, augmente, au contraire, dans la vie militaire avec l'âge et la durée du service, comme par continuation de la même cause qu'elle semble accuser (Bertillon).

Que résulte-t-il de ce concours de circonstances comme fait étiologique de la folie paralytique? C'est que le chiffre de la population masculine qui, d'après la loi naturelle, domine celui de la population féminine dans la proportion de 1/17[e] jusqu'à l'âge de 30 ans, tend à décroître à partir de cette époque pour donner à la population féminine un excédent de 1/34[e] sur la proportion masculine, lorsqu'elles arrivent ensemble à l'âge de 50 ans.

Il ne faudrait pourtant pas croire que cette augmentation du chiffre actuel d'aliénés ne puisse avoir d'autre cause que l'abus du tabac et des spiritueux. Outre l'influence trop flagrante des épreuves morales du moment, qui ont dû donner lieu à de nombreuses et inévitables perturbations mentales, il y a lieu de tenir compte aussi de ces déviations de mœurs qui caractérisent à un si haut degré notre société moderne; de faire aussi la part de ce besoin insatiable de jouissances et de richesses, de cette ivresse d'ambition et de gloire, s'alliant à tous les genres d'intempérance et de vices, pour porter ensemble de profondes atteintes à l'innervation, c'est-à-dire aux sources mêmes de la vie physique, morale et intellectuelle.

Ce qu'il faut pourtant rappeler à ce sujet, et comme fait bien digne de remarque, c'est que la folie paralytique qui figure aujourd'hui pour plus de 80 sur 100 dans le chiffre des aliénés, appartient presque exclusivement à l'homme adulte, et semble encore accuser en lui des effets d'abus de tabac et de spiritueux dont la femme a su s'affranchir, en même temps que d'une modalité pathologique qui ne l'atteint que par de rares exceptions.

Il y a donc là un sujet bien digne de méditation pour l'hygiène et la pathologie, comme il y a aussi un grave avertissement pour ceux qui ont mission de veiller sur la santé publique, sur le sort physique et moral des populations.

Il ne nous appartient pas d'intervenir dans les questions d'économie sociale et politique; mais en présence de faits qui touchent à des intérêts si élevés, l'administration sanitaire nous permettra du moins de lui signaler le danger, et de faire appel, au nom de l'hygiène même, à toute sa sollicitude pour le conjurer.

Naguère, elle a jeté les yeux sur le sort de l'enfance abandonnée, avec un touchant et légitime intérêt; elle a mis à l'étude l'importante question de l'allaitement artificiel opposé à l'allaitement naturel, et l'Académie a pu lui prêter le concours de sa haute autorité dans la discussion du sujet. Ce jour-là, on a pu compter les nombreuses victimes de l'allaitement artificiel; on a pu constater les tristes résultats de l'abandon des enfants livrés à des mains mercenaires, quelquefois même à des mains criminelles, et l'on a pu facilement conclure à de sages mesures, à d'utiles et salutaires réformes.

Plus récemment, l'administration a voulu aussi s'éclairer sur une autre question d'hygiène publique qui intéresse encore à un très-haut degré le sort des populations, à savoir: l'alcoolisation des vins comme pouvant impliquer un fait d'intoxication publique, un cas de délit correctionnel. Consultée à son tour sur cette question, l'Académie a pu facilement comprendre qu'en autorisant dans une sage mesure l'alcoolisation des vins faibles, même avec des alcools de grain, elle pouvait espérer de voir diminuer la consommation en nature des spiritueux, ainsi que les effets de l'ivresse alcoolique, tout en livrant à la consommation des vins salutaires et des vins plus transportables, en remplacement de tous ces liquides incendiaires et frelatés dont le peuple se sature journellement et qui ont pour effet inévitable d'abrutir le moral et l'intelligence, de détériorer l'organisme, de le prédisposer à l'aggravation de toutes les maladies aiguës et chroniques.

Mais après de si éminents services rendus à l'hygiène, à la pathologie générale, à la chirurgie militaire, à l'économie domestique, à l'ordre moral et social, ne serait-il pas temps de jeter les yeux sur la grave question de l'abus simultané du tabac et des spiritueux, d'étudier aussi leurs effets physiologiques et pathologiques, d'éclairer le peuple, de l'avertir, de le prémunir contre les dangers de leur abus, de compter aussi leurs victimes?

Compter leurs victimes! qui pourrait se charger d'une pareille tâche? tant elles sont nombreuses et peut-être incalculables. Ce qui est du moins certain, c'est que tous nos hôpitaux spéciaux en sont encombrés, surtout de paralysies générales, et tandis que l'on crée de nouvelles manufactures de tabac, que l'on multiplie le nombre des débits pour répondre aux besoins toujours croissants de la consommation, il faut ouvrir de nouveaux asiles à la surabondance des malades, il faut pourvoir à la retraite et à la séquestration des nombreuses victimes de l'alcoolisme et du nicotisme. Or, ce n'est pas en supputant, chaque année, avec une nouvelle satisfaction, la progression ascendante du revenu fiscal du tabac et des spiritueux, coïncidant régulièrement avec l'augmentation simultanée des deux ordres de consommation qu'il faudrait espérer de remédier au mal. Avant d'ouvrir à grands frais de nouveaux hôpitaux, il convenait du moins de rechercher les causes mêmes de cette effrayante population d'aliénés; et puisqu'il reste suffisamment prouvé qu'elles accusent principalement les abus de l'absinthe et du tabac, n'eût-il pas été plus sage de leur opposer des mesures d'administration et de police sanitaire? N'eût-il pas été plus logique de fonder des maisons pénitentiaires contre l'ivresse que d'édifier de nouveaux asiles pour les aliénés paralytiques? Et puisqu'il est vrai aussi que l'armée compte un plus grand nombre d'aliénés que la population civile, n'est-ce pas le cas de se demander s'il est bien nécessaire de consacrer une dépense annuelle de plus de 20 millions à la charge du budget de la guerre, pour gratifier chaque soldat d'une dose de poison quotidien, plutôt que d'affecter cette somme à un complément de ration de vivres, qui a pu paraître quelquefois insuffisante, ou d'y ajouter deux ou trois décilitres de vin dont nul ne se prive aujourd'hui, excepté le soldat qui ne l'attend guères que les jours de fête nationale, et ce jour-là, c'est encore l'ivresse, ce sont encore l'eau-de-vie, le vin et le tabac qui concourent à l'inauguration de la fête.

Un autre abus qu'il faut encore signaler à l'Administration, au nom de l'hygiène et de la morale, c'est cette distribution publique de tabac et de spiritueux, sans mesure, sans réglementation, et comme ce qu'il y a de plus innocent au monde, quand il s'agit, pour le tabac, du plus délétère des poisons, et pour tous les spiritueux, pour l'absinthe en particulier, du plus perfide et du plus funeste des breuvages; et l'on se demande comment l'Administration, qui interdit si sévèrement et à si juste titre, même à doses infinitésimales, certains remèdes pharmaceutiques, peut autoriser si facilement la vente du tabac; comment, et par quelle incroyable contradiction, elle condamne à de sévères amendes la vente d'un milligramme d'opium ou d'aconit, et livre complaisamment, chaque année, à la consommation publique plus de 100,000 kilogrammes de nicotine, plus de 400,000 kilogrammes de tabac manufacturé, plus de 800,000,000 de cigares, quand elle ne peut plus ignorer qu'un seul cigare français, un cigare du Lot, suffirait pour tuer un fumeur, si la nicotine qu'il contient était absorbée à l'état libre.

Il n'y a pas moins à dire sur la vente aussi scandaleuse de tous les genres de spiritueux que l'Administration tolère aussi ouvertement, qu'elle distribue aussi complaisamment, même aux individus en état d'ivresse, même aux mendiants, même aux enfants; et, pour revenir au régime du soldat, si digne de toute la sollicitude d'un gouvernement, nous nous demandons encore où est la nécessité de cette distribution quotidienne de tabac et d'eau-de-vie qui entre dans sa ration de vivres, et si un demi-litre de vin substitué à l'eau-de-vie et au tabac ne remplacerait pas plus efficacement deux superfluités, pour ne pas dire deux poisons, dont le moindre inconvénient est de faire entrer le soldat, insciemment et involontairement dans la voie de l'intempérance, de lui donner des habitudes qu'il portera un jour dans ses foyers, avec tous les fruits inévitables d'un funeste exemple; car c'est ainsi qu'ont pu naître dans les campagnes l'esprit de dissipation en même temps que le relâchement et le dérèglement des mœurs, que, dans les grands centres d'industrie, surviennent aussi, comme effet nécessaire de l'abus du tabac, de nouveaux besoins, avec de nouvelles passions, pour rendre les salaires insuffisants, pour fomenter des grèves, des exigences impossibles; que la province se dépeuple pour laisser l'agriculture sans bras, que Paris devient l'objectif de toutes les ambitions, le foyer d'une population avide de jouissances et de lucre, une véritable école pratique d'insurrection, où s'inscrivent les esprits forts, les libres penseurs, les affiliés de sociétés secrètes, où se préparent les orateurs de clubs, les professeurs de barricades, les ingénieurs de pirotechnie, voire même les généraux, les ministres, tous les héros de guerre; en un mot, où s'organisent tous les éléments individuels de dissolution, d'anéantissement de la société.

Faudrait-il donc que la France subisse cette fatale destinée? nous ne voulons pas le croire. Avoir signalé le mal, c'est en avoir indiqué le remède à la simple raison, au simple bon sens, qui devraient se suffire à eux seuls pour le conjurer. Et qu'est-il donc en effet de plus triste, de plus humiliant pour la dignité de l'homme, pour l'honneur de l'humanité, de s'avouer vaincu devant l'attrait de deux poisons également funestes, d'obéir servilement à une habitude qui est à la fois un attentat à l'ordre social, à l'intelligence, à la morale, à la virilité d'une nation.

De son côté, l'Administration ne pourrait plus exciper d'ignorance à l'égard d'aussi flagrants abus, elle ne saurait, ce semble, les tolérer sans s'associer pour ainsi dire à un double empoisonnement public, à un véritable suicide national. Elle a toute autorité, tout pouvoir, comme elle a le devoir d'arrêter le mal à sa source; et elle le peut tout en conciliant les intérêts du fisc avec ceux de l'hygiène et de la société. Et d'abord, elle peut, comme premier devoir de toute administration paternelle, éclairer la raison publique sur les dangers de l'abus du tabac et des spiritueux en général; sur les différences d'action des diverses provenances de tabacs, dont les effets toxiques sont subordonnés aux degrés variables de saturation de leur principe actif; elle peut, à l'égard des spiritueux, faire comprendre aux populations tous les dangers de ces raffinements de breuvages incendiaires que l'industrie sait offrir à l'appât des consommateurs dans certaines compositions, dans l'absinthe surtout, qui, comme on le sait, réunit toute l'activité d'un alcool à 80 degrés, à celle des huiles essentielles les plus inflammables. Elle peut, par une simple mesure de droit fiscal, imposer une double, une triple taxe à tous les tabacs et à tous les alcools, pour en modérer la consommation, sans en diminuer le produit fiscal.

Elle peut réglementer la vente du tabac et des spiritueux par une mesure de police administrative qui interdirait à tout débitant de les livrer à des individus âgés de moins de 16 ans, et qui refuserait toute espèce de spiritueux à des personnes en état d'ivresse. Elle peut, comme mesure préventive d'incendie, comme loi de police sanitaire et comme règle de convenance et d'urbanité sociale, interdire rigoureusement l'usage du tabac dans les établissements d'instruction publique, dans toutes les administrations civiles et militaires, dans tous les centres officiels de réunion, dans les hôpitaux civils et militaires, dans les casernes, dans les gares, les salles d'attente, les compartiments des chemins de fer, dans les salles de spectacles, de concerts, même dans les squarres de la cité, où les fumeurs se donnent volontiers rendez-vous, où les enfants viennent à leur exemple et par groupe faire assaut de ce genre d'exercice, à l'insu des parents et sous le patronage des gardiens.

Que si l'administration des finances ne peut absolument se passer de l'impôt des tabacs pour l'équilibre de son buget, et si pour cela elle tient à la culture et à l'exploitation de ses tabacs indigènes, elle peut du moins, avant de les livrer à la consommation, les dépouiller de leur principe alcaloïde ou le neutraliser par voie d'opération chimique afin d'en atténuer les effets toxiques, ainsi que l'industrie privée a déjà su le comprendre et en donner l'exemple; et, ce qui serait mieux encore, elle peut substituer aux tabacs français qui, tous, renferment des proportions plus ou moins considérables de nicotine, des tabacs d'Orient, de Russie et de Hongrie (1), qui n'en

(1) D'après les plus récentes analyses des tabacs, les proportions de nicotine qu'ils contiennent sont les suivantes :

Tabac du levant	0,00	pour 100.
— de Grèce	0,00	—
— de Russie	0,00	—
— de Hongrie	0,00	—
— des Arabes	2,00	—
— du Brésil	2,00	—
— de la Havane	2,00	—
— du Paraguay	2,00	—
— du Maryland	2,29	—
— d'Alsace	3,21	—
— du Pas-de-Calais	4,96	—
— du Kentucky	6,09	—
— d'Ile-et-Vilaine	6,20	—
— du Nord	6,38	—
— de Virginie	6,87	—
— du Kos et Garance	7,34	—
— du Kos	7,36	—

contiennent que de très-minimes proportions, presque inoffensives, dût-elle pour cela suivre l'exemple de nos voisins d'outre-Manche, leur imposer des droits plus élevés, à la charge des consommateurs, ce qui concilierait encore les intérêts du Trésor avec les intérêts de la santé publique, et ce qui rendrait d'ailleurs à l'agriculture française plus de 20,000 hectares de ses meilleures terres qui se trouvent enlevées au pain de la France, à la culture du blé pour celle d'un poison.

Voilà du moins ce que la raison publique a déjà pu facilement comprendre, et ce qu'aucun gouvernement ne saurait méconnaître. Voilà aussi ce qui serait bien digne de toutes les sollicitudes des sociétés de tempérance, et ce qui déjà a pu inspirer une institution toute philantropique, toute française, contre les déplorables abus du tabac; institution qui, quoique jeune encore, et malgré toutes les difficultés et toutes les entraves du moment, n'a pas été sans fruit depuis sa fondation, et qui saura poursuivre sa noble et salutaire mission.

La science ne saurait non plus demeurer indifférente à d'aussi graves intérêts d'hygiène et d'ordre social. Jamais question ne fut plus vive d'actualité ni plus digne de méditation, et l'Académie elle-même, en lui apportant le concours de ses lumières, en lui donnant l'appui de sa légitime autorité, s'acquerrait un nouveau titre à la reconnaissance de l'humanité; et, elle aussi, aurait bien mérité de la patrie.

(A suivre.)

COMMISSION DE PRIX

Voici quelle est la composition des commissions désignées cette année par l'Académie de médecine pour juger les mémoires envoyés pour concourir aux divers prix :

Prix Civrieux : MM. Béhier, Chauffard, Gubler, Tardieu et Briquet.

Prix Barbier : MM. Bouillaud, Blache, Huguier, Chassaignac et Hérard.

Prix Capuron : MM. Blot, Jacquemier, Devilliers, Hervez de Chégoin et Marrotte.

Prix Amussat : MM. J. Cloquet, Ricord, Larrey, Gosselin et Gueneau de Mussy.

Prix Godard : MM. Ségalas, Bouvier, Jolly, Broca et Sappey.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Muséum d'histoire naturelle. M. Henri Milne-Edwards, professeur de zoologie au Muséum d'histoire naturelle, est autorisé à se faire suppléer pendant le deuxième semestre de l'année scolaire 1870-1871, par M. Alphonse Milne-Edwards, aide-naturaliste audit établissement.

École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Angers. — M. Farge, professeur de clinique interne à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Angers, est nommé, en outre, directeur de cette École, en remplacement de M. Daviers, décédé.

M. Dezanneau, professeur de physiologie à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Angers, est nommé professeur de clinique externe dans le même établissement, en remplacement de M. Daviers, décédé.

M. Legludic, professeur d'histoire naturelle et matière médicale à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Angers, est nommé professeur de physiologie dans le même établissement, en remplacement de M. Dezanneau.

M. Lieutaud, chef des travaux anatomiques à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Angers, est nommé professeur d'histoire naturelle et matière médicale dans le même établissement, en remplacement de M. Legludic.

M. Tesson, docteur en médecine, ancien interne de l'hôpital d'Angers, est nommé chef des travaux anatomiques de l'École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Angers, en remplacement de M. Lieutaud.

— *École de médecine de Rennes.* — M. Macé, pharmacien de première classe, est nomme suppléant à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Rennes, en remplacement de M. Louveau, dont la démission est acceptée.

— Le Bulletin hebdomadaire des causes de décès pour Paris, du 15 au 21 juillet 1871, donne les chiffres suivants :

Variole, 8. — Scarlatine, 4. — Rougeole, 10. — Fièvre typhoïde, 18. Typhus, ». — Érysipèle, 2. — Bronchite, 52. — Pneumonie, 26. — Diarrhée, 52. — Dysenterie, 10. — Choléra, ». — Angine couenneuse, 6. — Croup, 3. — Affections puerpérales, 1. — Autres causes, 667. — Total : 859.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Traité des opérations qui se pratiquent sur l'œil, par le docteur E. Meyer, chevalier de la Légion d'honneur, et le docteur A. de Montméja, ancien chef de clinique ophtalmologique, rédacteur de la *Revue photographique des hôpitaux*, ex-interne provisoire des hôpitaux de Paris. Un volume de 276 pages in-4°, relié demi-chagrin, doré en tête, avec 190 figures sur bois dessinées par Léveillé, gravées par Badoureau, et accompagné d'un atlas photographique de 22 planches (ouvrage terminé). — Prix : 40 fr.

Des différentes formes de l'ovarite aiguë, par le docteur Scaglia. In-8 de 116 pages. — Prix broché : 2 fr.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

Le journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI, ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :

Trois mois..	8 fr. 50 c.
Six mois..	16 —
Un an.....	30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

SOMMAIRE. — Pourriture d'hôpital; traitement de cette affection par le camphre en poudre (M. Netter). — Documents pour servir à l'histoire du mouvement scientifique pendant le siége de Paris. — Feuilleton. — Nouvelles.

Paris, le 26 juillet 1871.

POURRITURE D'HOPITAL

TRAITEMENT DE CETTE AFFECTION PAR LE CAMPHRE EN POUDRE (1).

VIII

Les chirurgiens, comme on sait, sont en désaccord complet sur la nature du rapport qui existe, dans la pourriture d'hôpital, entre l'état des plaies d'une part et d'autre part les troubles généraux de l'organisme, les uns affirmant l'antériorité de l'état local, les autres tout au contraire considérant la pourriture comme l'expression d'une infection primitive du sang. Je veux démontrer que cette dernière opinion est erronée, absolument fausse :

1° Dans les observations jusqu'ici relatées, on a vu des cas graves de pourriture se développer sans accidents fébriles aucuns, le seul trouble général ayant consisté dans l'appauvrissement consécutif de l'organisme.

2° Il résulte des nombreuses observations de M. Salleron que les troubles fébriles les plus intenses disparaissent d'ordinaire du jour au lendemain sous l'influence des remèdes appropriés (vomitif, calomel, sulfate de quinine), l'état local restant le même. Puis, plusieurs jours s'étant écoulés, les troubles généraux peuvent reparaître aussi intenses que précédemment, pour aussitôt et encore une fois céder à la médication interne, alternative d'états qui ressortent vivement dès la première observation (1).

Les troubles les plus graves existent le 15 et le 16 d'un mois et l'on donne le 16 une potion stibiée.

Le 17, l'appareil fébrile est complétement dissipé ; le pouls est presque normal ; pas de soif, un peu d'appétit ; mais l'état de la jambe n'est pas amélioré, bien que les douleurs soient moins fortes ; l'engorgement paraît plus fort ; les plaies s'agrandissent..... (Eau de Sedlitz.)

Le 18, l'amélioration dans l'état général se soutient, mais l'état local s'aggrave. . . . .

Le 20, retour des accidents généraux (purgatifs répétés dans la journée).

Le 21, état général mieux, mais pas d'amélioration du côté de la plaie.

Toutes les observations de M. Salleron, constatent ces mêmes alternatives : or si l'état local était sous la dépendance de l'état général, les plaies devraient sinon s'améliorer aussitôt, du moins ne pas s'agrandir. M. Legouest, partisan de l'infection primitive du sang, avance que « le succès de la médication interne se manifeste aussi bien par l'amélioration de l'état général que par celle de l'état de la plaie. » Erreur évidente, effet d'idées préconçues.

3° Il arrive assez fréquemment, comme déjà on l'a fait ressortir, qu'un sujet étant atteint de plusieurs plaies, l'une d'elles seule se compliquera de pourriture d'hôpital, tandis que les autres ne cesseront pas de rester indemnes. Ce fait n'est pas contesté ; or ce seul fait n'est-il pas la preuve expérimentale que la pourriture de l'une des plaies ne vient pas du sang infecté généralement ? On a ici une expérience faite par la nature, pour me servir des expressions de M. Claude Bernard. Cependant, chose peu compréhensible, aucune de ces raisons n'a pu désabuser les partisans de la doctrine, et M. Salleron lui-même proclame l'infection primitive du sang comme un dogme inattaquable, ayant vu toujours, dit il, les troubles généraux dès le début. C'est qu'à l'armée d'Orient, où ce praticien a observé, on a été mal placé pour juger cet important détail de la question, toute sorte d'affection fébrile grave ayant alors régné épidémiquement, et, dit M. Salleron, tous les blessés arrivant de Crimée étant affaiblis par l'ennui, la mauvaise nourriture, les fatigues, les privations, tous plus ou moins anémiques, plus ou moins scorbutiques. Je prouverai tout à l'heure que ces sortes de constitutions organiques facilitent la résorption des agents délétères qui se trouvent dans les plaies, et ainsi s'expliquera pourquoi, à l'armée d'Orient, les phénomènes généraux ont pu surgir dès le début de la pourriture d'hôpital.

Voici maintenant deux faits tirés de mon observation personnelle, et montrant que, dans la pourriture d'hôpital, tout le cortége des symptômes typhoïdes les plus caractérisés peut se dissiper du jour au lendemain sous la seule influence du traitement local.

Un homme est évacué sur mon hôpital, ayant un pied dans un état affreux de pourriture, avec fièvre, délire et langue sèche. Les linges du pansement sont notablement imbibés de sang, hémorrhagie qui se renouvelle depuis plusieurs jours, mais sans que l'on puisse en connaître la source, la plaie découverte n'ayant jamais laissé voir d'écoulement. J'applique le camphre et j'ordonne de laisser le pied hors des couvertures, espérant que par la fraîcheur l'hémorrhagie ne se reproduira pas. Déception. Le sang surgit abondamment et maintenant on le voit jaillir par saccades d'un petit vaisseau ouvert dans la profondeur. On appelle le chirurgien qui avait traité le blessé précédemment. Il applique le perchlorure de fer sur toute la plaie, et l'hémorrhagie est arrêtée pour ne plus se reproduire.

Cependant, les jours suivants, l'état du pied ne se modifie nullement sous les autres rapports et les accidents généraux sont encore plus grands que précédemment. Le malade vivra-t-il encore deux ou quatre jours ? c'est la seule chose qui fait discussion pour les nombreux médecins de notre hôpital, et l'idée d'amputer ne vient à personne, tant l'état général est misérable.

Dans cette situation, je reviens au camphre, que j'applique aussi abondamment que possible, et voici qu'à notre grande surprise à tous, trois jours après, état local et état général ont cédé en même temps. Le sujet est ressuscité et guérira comme les précédents, sans plus accident aucun. C'est un nommé D..., du 25e de ligne, entré à l'hôpital de Rennes le 21 février et évacué sur Saint-Malo, en parfaite convalescence, le 30 mars.

L'autre fait, à peu près semblable, s'est offert à Combourg, où, lors de ma visite dans cette localité, le chirurgien traitant, M. Dayo, ne cessait de m'exprimer son étonnement de ce que dans un des cas, compliqué d'état typhoïde grave, tout avait disparu en même temps avec le camphre, état local et état général.

Au premier abord, ces faits doivent paraître extraordinaires, presque inadmissibles ; mais qu'on les rapproche de ceux produits par M. Salleron, sur la disparition rapide des troubles généraux avec un simple vomitif, et je dis que ces faits s'expliquent les uns par les autres.

En effet, ces expériences de M. Salleron, faisant disparaître les phénomènes généraux pour plusieurs jours avec un remède interne, ces expériences prouvent que, dans la pourriture d'hôpital, les troubles généraux ne se rattachent pas à des altérations anatomiques des tissus généraux de l'organisme, mais qu'ils tiennent tout simplement à la présence d'un agent délétère dans le sang, agent irritant le système nerveux. Cet agent provient de la plaie ; les vaisseaux veineux et lymphatiques le résorbent, non pas tout à coup, mais d'une manière permanente et continue. Tout cela se passe d'abord à l'état latent, l'organisme se débarassant de l'agent par les voies ordinaires de l'élimination. Cependant la source ne cesse pas de fournir, et le moment arrive où la quantité circulant dans le sang est suffisante pour produire les phénomènes généraux. Et maintenant tout s'explique.

Donnez un vomitif, et vous activez les fonctions d'élimination, et les troubles généraux disparaîtront pour plusieurs jours, jusqu'à ce que la source aura envoyé de nouveau la quantité nécessaire pour la production de l'effet.

Supprimez la source elle-même, et l'apport n'ayant plus lieu, tandis que l'élimination continue par les voies naturelles, les troubles généraux cesseront de même, mais cette fois pour ne plus revenir.

Ainsi encore s'explique pourquoi, à l'armée d'Orient, les phénomènes généraux surgissaient, dès le début de la pourriture, chez les anémiques et les scorbutiques, l'état de jeûne favorisant la résorption et le délabrement de l'organisme affaiblissant les fonctions d'élimination.

A ce sujet, permettez-moi une petite digression sur la question à l'ordre du jour ; j'ai nommé l'*infection purulente*. Certes, dans cette affection, les altérations anatomiques ne font pas défaut dans l'ensemble de l'organisme, consistant en noyaux purulents répandus dans divers organes, et conséquemment les soins donnés aux plaies cutanées ne peuvent pas ici couper le mal. Non, certes ; mais M. Salleron a démontré par des faits nombreux que ces altérations anatomiques généralisées s'établissent très-tard, beaucoup plus tard qu'on ne se le figure, et c'est de cette manière qu'il explique les succès qu'il a obtenus avec le perchlorure de fer appliqué localement. Ces succès sont incon-

(1) Suite. — Voir les numéros des 2, 4, 7 14, 23, 30 mars 1er et 8 avril 1871.

(1) Voir Salleron, *mémoire cité*, p. 285.

FEUILLETON

ACADÉMIE DES SCIENCES DE BELGIQUE.

Séance publique-annuelle.

M. A. BELLINCK.

LES ANOMALIES CHEZ L'HOMME ET CHEZ LES ANIMAUX (1).

IV

Pour compléter ce tableau, il ne nous reste plus qu'à signaler les monstres *parasitaires*. — Qu'on se figure un individu normal portant sur lui un individu très-petit et vivant à ses dépens. Ce parasite reste ordinairement stationnaire, tandis que son hôte poursuit sa croissance ; il peut être plus ou moins complet ou se trouver réduit à quelques membres. La vie de ces êtres paraît purement végétale, et les actions exercées sur eux sont souvent perçues par le sujet principal. — Un des parasites les plus curieux que l'on connaisse est réduit à une tête de grandeur ordinaire insérée par son sommet sur le sommet de la tête principale. L'*épicome* le plus connu est celui qui naquit au Bengale en 1783. Lorsqu'il vint au monde, la sage-femme épouvantée le jeta dans le feu, mais on l'en retira et il guérit de ses blessures ; il mourut à l'âge de cinq ans de la morsure d'une vipère. La tête accessoire était peu sensible ; elle semblait pourtant partager les joies et surtout les chagrins de la tête normale. Un monstre semblable, mais plus imparfait, a été signalé en 1828 par le docteur Vottem (de Liége).

Ce qui semble surtout dépasser les limites du vrai, c'est l'*endocymie*, c'est-à-dire le parasitisme par inclusion. Le parasite plus ou moins informe est emboîté dans l'individu normal. Cette inclusion peut avoir lieu dans une poche sous la peau ou dans l'abdomen, et cette sorte de gestation, ordinairement inaperçue pendant la vie du propriétaire, n'est dévoilée que par l'autopsie. On a vu un homme de cinquante ans porter dans son corps un de ces parasites qui vivait à ses dépens. Dernièrement encore, nos journaux rapportaient un fait semblable, et leur témoignage aura rencontré plus d'un incrédule. Et pourtant la science a donné de ces faits une explication assez naturelle. Il est probable que le plus petit de ces jumeaux a adhéré aux intestins du plus grand, lorsque ceux-ci étaient encore pendants hors de l'abdomen ; la rentrée des intestins du sujet principal a eu pour résultat la fraction et l'inclusion de l'autre.

Mais il est temps de mettre fin à cette énumération déjà bien longue. — Les *monstres triples*, beaucoup plus rares, sont soumis aux mêmes lois que les monstres *doubles*. — On ne connaît pas de monstres *quadruples*.

Il est à remarquer que le nombre des anomalies décroît à mesure qu'on descend dans la série animale. Elles sont bien plus communes chez les animaux domestiques et surtout chez l'homme, et quelques-unes sont transmissibles par génération. — Les êtres affectés par les anomalies les plus graves n'ont aucune chance de viabilité, à moins qu'ils ne vivent en parasites sur des sujets bien portants.

Chez les monstres doubles, il y a dualité physique et morale ; la sensibilité n'est commune que près des points de contact. Soumis pendant toute leur vie aux mêmes influences, ils ont souvent les mêmes idées, les mêmes désirs ; il y a chez eux parité, mais non unité ; ils ne pensent et n'agissent pas toujours de la même manière, et plus d'une fois on les a vus en mésintelligence. — Tous les monstres doubles observés jusqu'ici étaient ou bimâles ou bifemelles. — Enfin, les monstres moitié hommes, moitié animaux, auxquels croyaient nos aïeux, et que le sceptique Voltaire admettait de la meilleure foi du monde, sont purement imaginaires ; une hybridité de ce genre sera toujours impossible.

Quant aux *causes* des anomalies, ce sont des perturbations qui peuvent précéder la fécondation, ou l'accompagner ou la suivre. Un grand nombre de cas sont dus à une violence extérieure ou à de fortes impressions morales. Mais c'est à tort que le vulgaire attribue des anomalies *déterminées d'avance* à l'imagination de la mère. Sans doute le moral peut influer sur le physique au point de mettre ob-

(1) Fin. — Voir les numéros des 15, 18 et 20 avril 1871.

testables; lisez notamment la IVe observation (mémoire cité, p. 380). Il s'agit d'une grave plaie d'un bras avec fracture de l'humérus. Déjà le malade a eu des frissons intenses pendant plusieurs jours, avec tremblement général et craquement des dents.

Le jour suivant (11 au matin), le blessé est triste, abattu, découragé; la figure est très-pâle, livide, terreuse; les conjonctives un peu jaunâtres; les lèvres complétement décolorées; la respiration, un peu accélérée, est toujours vésiculaire dans toute l'étendue de la poitrine, malgré la persistance de la toux qui est peu forte, mais assez fréquente, avec expectoration de quelques mucosités blanchâtres. Il y a inappétence complète; le ventre est souple, indolent, sans tension des hypochondres, sans aucune douleur à la pression du côté du foie. Le moignon de l'épaule est assez fortement gonflé; la plaie pâle, grisâtre, déprimée; la suppuration presque nulle; tout le membre engorgé, œdémateux. Le blessé est tout disposé à faire le sacrifice du membre; mais l'amputation ne nous ayant jamais réussi dans l'intoxication purulente après la manifestation des frissons caractéristiques, je recule devant cette ressource extrême : injection dans la plaie de perchlorure de fer, suivie de douleurs vives... Tout l'après-midi, calme, bien-être complet; pas de frissons le soir; un peu de sommeil dans la nuit.

« Le 12, calme complet; pas de fièvre; toux plus rare et moins forte; diminution de l'engorgement du bras; sortie, par la plaie, de matières noires et liquides qui tachent tout l'appareil. » A partir de ce moment tout danger a disparu.

Cette observation et un grand nombre semblables du même auteur prouvent clairement que, dans l'infection purulente, l'état général reste très-longtemps sous la dépendance de l'état local, les principes morbides résorbés étant longtemps éliminés par les voies naturelles. Avec ces observations de M. Salleron viennent concorder deux faits que j'ai recueillis en 1867, à Neuf-Brisach, et dont j'ai rendu compte dès cette époque au conseil de santé.

Le nommé X... entra à l'hôpital, envoyé comme étant atteint de fièvre typhoïde; et, en effet, la fièvre était intense, la langue sèche et l'expression de la figure caractéristique. Cependant, interrogé sur ses antécédents, cet homme déclara qu'il n'était malade que de la veille, n'ayant absolument rien éprouvé d'anormal jusque-là, au point que la veille il a été à la baignade comme les camarades, et c'est au retour qu'il a été saisi de son mal actuel. Je le pressai de questions. Vous n'avez jamais été à l'hôpital, lui dis-je? — Non. — A l'infirmerie? — Oui, à l'infirmerie, pour un abcès au pied; mais la plaie est cicatrisée depuis 4 jours. — Montrez-moi le pied. Il y avait en effet une petite cicatrice insignifiante; j'y introduis une lancette; il en sort un ichor brunâtre de la valeur d'un dé à coudre. Le lendemain, sans autre remède, la fièvre était complétement tombée et l'homme, rétabli entièrement dès ce moment, est sorti de l'hôpital 5 jours après, le 5 août faire son service.

En rendant compte au conseil de santé de ce fait, je lui ai signalé un autre du même genre, qui s'était offert dans un des trimestres antérieurs. Un soldat, malade depuis 8 jours, est entré à l'hôpital présentant toutes les apparences d'une fièvre typhoïde grave. Comme il se plaignait en même temps d'un mal de gorge, j'examinai le pharynx et je vis les amygdales criblées de trous remplis d'un pus épais. J'ordonnai de le faire gargariser toute la journée avec de l'eau d'orge, ce qui fit aussitôt disparaître tous accidents locaux et généraux.

Pour en revenir à la pourriture d'hôpital, je crois avoir démontré que, dans cette affection, c'est l'état local qui est l'état primitif, les phénomènes généraux étant seulement un effet de résorption putride, proposition qu'il m'importait d'établir solidement avant d'aborder la question de la nature de la maladie.

A. NETTER.

(La fin prochainement.)

DOCUMENTS

POUR SERVIR A L'HISTOIRE DU MOUVEMENT SCIENTIFIQUE PENDANT LE SIÉGE DE PARIS (1).

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 26 décembre 1870. — Présidence de M. LIOUVILLE.

(Suite et fin.)

Hygiène publique. — M. L. SOUBEIRAN lit une Note sur la *Conservation des viandes, moyen d'éviter les salaisons.*

« Il a été proposé, dans ces derniers temps, pour subvenir à l'alimentation de l'immense population de Paris, beaucoup de procédés nouveaux de conservation des viandes, mais nous n'avons trouvé aucune indication relative à un procédé qui a la sanction d'une pratique très-ancienne chez divers peuples : nous voulons parler de la conservation des viandes séchées et pulvérisées.

Dans une des dernières séances de la Société d'acclimatation, M. E. Simon, consul de France en Chine, rappelait quelques-uns des procédés culinaires employés par les Chinois et les Mongols. Au moment de préparer leurs provisions de chasse ou de voyage, ces peuples réduisent la chair des bœufs et des moutons en une poudre sèche, qu'ils mélangent avec de la farine d'avoine, de maïs, etc.

L'excellence de ces poudres de viandes a été démontrée également par les voyageurs arctiques, les Kennedy, les Kane, les Franklin, qui se sont trouvés très-bien dans leurs lointaines et périlleuses expéditions, aussi biens que les trappeurs de la baie d'Hudson, de l'usage du *pemmican* : ce n'est autre chose qu'une viande quelconque desséchée, broyée et saturée de graisse et dont une livre équivaut à quatre livre de viande ordinaire.

Découpée en lanières minces, la chair de l'animal, bœuf, cerf, etc., est dégraissée et privée de ses membranes et tendons, puis séchée au four jusqu'à friabilité; elle est alors broyée en une poudre assez fine et mêlée à un poids égal de gras de bœuf fondu ou de lard. Pour rendre le mélange plus agréable au goût, on peut; comme l'a fait Richardson, y incorporer une certaine quantité de raisins de corinthe, ou mieux de sucre; on mange le *pemmican*, dont la saveur est agréable, tel quel ou mélangé à de la farine.

On pourrait aussi faire du *tassajo* ou *charqui*, dont il est employé des quantités énormes dans toute l'Amérique du Sud, qui en exporte, en outre, des masses considérables dans diverses colonies, pour y servir à la nourriture des travailleurs. On dégraisse les animaux, bœufs en général, qu'on vient de tuer, on en coupe toute la chair en lanières minces, de façon à ne plus laisser que la carcasse, et l'on plonge ces lanières un moment dans une solution concentrée de sel (quelquefois on saupoudre seulement d'une légère couche de sel fin), puis on les laisse en tas pendant une douzaine d'heures; après quoi on fait sécher au soleil (on peut substituer à la chaleur solaire celle d'un four), et l'on empaquette pour l'usage la viande, qui a perdu environ un tiers de son poids et qui forme la base de la nourriture de nombreuses populations.

Ces procédés, qu'il nous serait facile d'imiter, ont l'avantage :

1° De permettre l'emploi de toutes les parties des animaux, et même de faire, sans que l'œil en soit averti, le mélange de viandes diverses;

2° De permettre la conservation indéfinie d'aliments qui, sous un volume relativement faible, renferment une grande quantité de matière nutritive ; les transports sont donc ainsi facilités;

3° De ne pas avoir, comme les salaisons, une influence marquée sur la santé, si l'usage en est prolongé sans le concours de végétaux frais qui corrigent le mauvais effet des salaisons. »

M. PAYEN déclare qu'il partage complétement l'avis de l'auteur, sur les avantages de la dessiccation des viandes, en vue de leur conservation; il désire seulement informer l'Académie que la Société centrale d'agriculture, il y a près de trois mois, s'est occupée de cette question importante qui lui était présentée comme une des meilleures solutions de la conservation et du transport économique de cette substance alimentaire.

De son côté M. Tresca s'est occupé d'effectuer, au Conservatoire des Arts et Métiers, la dessiccation, dans des étuves à courant d'air chaud, de la viande découpée en lanières minces, suspendues à des fils; il convient de débarrasser préalablement la chair musculaire des tissus adipeux. Dans de bonnes conditions, la dessiccation a pu être achevée en quarante-huit heures.

Le produit desséché a été réduit en poudre à l'aide d'une machine simple, analogue à l'une de celles qu'on emploie pour broyer le plâtre, et rappelant les dispositions bien connues du moulin à café. Deux produits de même nature, préparés à la Plata, ayant été remis à M. Chevreul, président de la Société, notre confrère a reconnu que l'un d'eux avait dû être desséché à une température ne dépassant pas 55 degrés, laissant dans cette substance les principes solubles dans lesquels réside l'arome latent développable à la cuisson.

L'autre produit avait été desséché à une température plus élevée.

Tous deux pouvaient être employés pour la préparation du bouillon; le premier était préférable au point de vue des propriétés organoleptiques.

La viande pulvérisée peut être très-facilement introduite dans les rations alimentaires; ajoutée, par exemple, dans les proportions de 5, 10 à 15 centièmes au riz, l'une des céréales les plus pauvres en matières alibiles, azotées, grasses et salines, elle compléte son pouvoir nutritif et lui laisse une saveur agréable, et offrirait l'avantage signalé par M. L. Soubeiran de donner aux produits du dépeçage des différents animaux les mêmes apparences, évitant par là les préjugés qui font repousser certains d'entre eux de la consommation.

On comprend que la poudre de viande réaliserait une grande économie pour l'emmagasinement et les transports, puisqu'elle représente quatre ou cinq fois son poids de chair musculaire à l'état normal, contenant plus de 0,75 d'eau. Pour la conserver et la transporter au loin, il conviendrait sans doute de l'enfermer, assez fortement tassée, dans des barils bien secs et solidement cerclés.

La principale difficulté pour la mise en pratique de ce procédé consisterait aujourd'hui dans le prix élevé et le peu d'abondance du combustible.

M. LE GÉNÉRAL MORIN rappelle les « Essais sur la conservation des farines entrepris par ordre du ministre de la guerre de 1857 à 1863 » qui ont été insérés dans les *Annales du Conservatoire des Arts et Métiers*, essais dont les résultats pourraient trouver actuellement une application utile :

« Si le développement des relations commerciales et la facilité des communications par les chemins de fer ont fait perdre une grande partie de son importance à la question de la conservation des blés, et en a limité l'application aux produits de la récolte d'une ou deux années, la conservation des farines destinées à l'approvisionnement de la flotte, à celui des places et des troupes engagées dans des expéditions lointaines, n'en est pas moins restée d'une grande utilité. Aussi a-t-on cherché depuis longtemps les moyens de résoudre d'une manière pratique cette dernière question. Sans rappeler ici les diverses tentatives qui ont été faites à ce sujet, je dirai qu'elles reposent sur deux procédés différents qu'il ne serait guère possible d'employer simultanément, ce qui, d'ailleurs, ne paraît pas nécessaire, comme on le verra plus loin.

« Les deux procédés employés sont la compression et l'étuvage. Je rappellerai succinctement en quoi ils consistent et quels résultats l'on peut en obtenir.

« La farine étant une matière amenée à un très-grand état de division, elle se tasse facilement et prend dans les sacs ou dans les caisses où on la place une densité d'environ $0^{kg},754$ au décimètre cube. Dans des essais que j'ai dirigés en 1856-57-58 par ordre du ministre de la guerre, on n'a pu réduire le volume de la farine que de 30 pour 100 environ de son volume après le tassement, et l'amener à une densité de plus de $1^{kg},06$ au décimètre cube, en opérant sur des caisses de $0^m,35$ de largeur sur $0^m,60$ de longueur et $0^m,30$ de hauteur, contenant 60 kilogrammes de farine. La pression exercée par centimètre carré, pour obtenir cette densité, était de 80 kilogrammes, et correspondait pour la surface pressée, qui était de $35 \times 60 = 2100$ centimètres carrés à 248,000 kilogrammes, ce qui était à peu près la forme maximum des presses dont on disposait.

« Ces résultats sont d'accord avec ceux qui ont été obtenus à Brest par la marine, dans des expériences faites en 1856.

« Lorsqu'on opère sur une quantité de 50 à 60 kilogrammes avec des caisses en bois, comme nous l'avons fait à Paris et comme l'a aussi essayé la marine, la nécessité de consolider ces caisses par des ferrures et de donner au bois assez d'épaisseur pour qu'elles résistent à la pression, conduit à un volume brut du contenant et du contenu qui compensent la diminution de volume obtenue par la pression. Il n'y a donc, sous le rapport de l'arrimage, que le faible avantage que peut procurer l'emploi des caisses au lieu de celui des sacs.

« Mais si l'on agit sur des quantités plus faibles, outre qu'il est alors facile d'obtenir une plus grande densité, l'on peut renfermer la farine pressée dans des boîtes en fer-blanc, ce qui permet de profiter pour l'arrimage de toute la réduction de volume opérée.

(1) Suite. — Voir l'avant-dernier numéro.

stacle au développement normal; mais un objet que l'on voit, que l'on craint ou que l'on désire, n'aura jamais assez de puissance pour imprimer son image sur le corps d'un enfant qui n'est pas né.

L'étude des lois qui président à la formation des anomalies a permis, dans beaucoup de cas, de produire artificiellement des monstres. — On a expérimenté sur les œufs de la poule en les secouant, en les maintenant dans des positions insolites, en induisant partiellement la coquille d'une substance imperméable à l'air, et l'on a obtenu des poussins incomplets, estropiés de toutes les façons. Mais c'est surtout en donnant à l'œuf une certaine position par rapport à la chaleur que M. Dareste a pu produire des anomalies prévues d'avance. Il a constaté aussi qu'une température supérieure à 40 degrés détermine souvent le nanisme, et il conclut que l'arrêt de développement est la cause prochaine de la plupart des monstruosités simples. — M. Lereboullet a opéré sur des œufs de brochet et il a obtenu des poissons doubles et triples.

L'ensemble des faits que nous venons d'exposer nous fait voir jusqu'où la nature peut s'écarter de sa marche ordinaire. La nature, sans doute, n'a pas épuisé toutes ses ressources; plusieurs anomalies que présentent les animaux pourraient également se retrouver chez l'homme, et réciproquement; mais il est des limites qui ne seront pas dépassées.

Comme on peut l'entrevoir, l'étude des anomalies est propre à dissiper bien des préjugés, et à faire tomber bien des récits absurdes; elle joue un grand rôle dans l'anatomie, la physiologie et la zoologie. — Elle a aussi des rapports intimes avec la médecine légale : plus d'une fois on a soulevé devant les tribunaux les questions de *sexe* et de *viabilité*; les avocats peuvent avoir à discuter des cas de *succession*, de *mariage*, de *vengeance des lois* chez les êtres doubles — Enfin, la théologie à son tour peut y apprendre que tout être vivant, né de la femme, quelle que soit sa forme, est un être humain; que dans les monstres doubles, aussi bien que dans les unitaires, les plus imparfaits sont également doués d'une âme créée à l'image de Dieu, et que mettre fin à l'existence de ces êtres est un crime d'homicide dans les mêmes conditions que chez les êtres normaux. — Enfin, nous pouvons conclure de cet exposé que dans l'œuvre du Créateur rien n'est laissé au hasard ; les déviations les plus étranges ont leurs lois, et l'ensemble de ces lois porte la lumière sur le plan général de la création. En un mot, cette étude est digne de tout point qu'on s'y livre et qu'on en tienne compte dans l'enseignement.

A. BELLYNCK,

Professeur au collége Notre-Dame-de-la-Paix (Namur).

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Il s'est formé à Londres une Société de dames ayant pour but de faire admettre dans des maisons de convalescence les malades qui sortent des hôpitaux ou de les secourir à domicile. Cette Société est très-prospère, et elle a reçu des directeurs et des médecins des hôpitaux toutes facilités pour entrer en relation avec les malades.

— Un herboriste anglais et sa femme viennent d'être condamnés par un jury anglais dans les circonstances suivantes. La femme se faisait passer pour clairvoyante, et un certain journal spirite avait publié à plusieurs reprises un avertissement conseillant d'aller la consulter comme telle. Mais la police avait déjà été avertie que le couple avait surtout pour spécialité l'avortement. En conséquence, et pour s'assurer de la chose, on fit la leçon à une commère qui alla trouver la femme de l'herboriste comme pour la consulter sur une grossesse qui causait de grands embarras. La clairvoyante alors conseille l'emploi d'une certaine quantité de seigle ergoté qu'elle fournit et qui fut remise à la police. La consultation avait coûté 150 francs.

L'herboriste et sa femme furent l'un et l'autre condamnés à deux mois de travaux forcés.

— La commune de Doulaincourt (chef-lieu de canton, Haute-Marne), par suite du décès du médecin qui l'habitait, offre une belle position à un jeune docteur qui voudrait venir s'y établir. — S'adresser au Maire pour les renseignements et pour traiter de la subvention accordée par la Commune.

M. Wawra, de Vienne (Autriche), a présenté à l'Exposition de Londres en 1862 des farines comprimées en pain de $1^{kg},726$ environ, n'ayant qu'un volume de $1^{dc},37$, et par conséquent d'une densité de $1^{kg},259$ au décimètre cube, ou égal à 1,67 fois celle de la farine simplement tassée.

« Or des expériences directes, dont j'ai rendu compte en 1859, sur la compression des farines, semblent indiquer que la densité ne s'accroît que proportionnellement à la racine carrée des pressions; il s'ensuivrait que, pour obtenir la densité des farines exposées par M. Wawra, de Vienne, il faudrait exercer une pression égale à

$$\varpi = 80 \times \left(\frac{1,67}{1,06}\right)^2 = 198 \text{ kilogrammes par mètre carré.}$$

« Les pains de farine de M. Wawra ayant $0^m,132$ de diamètre, ou 174 centimètres carrés de surface, il s'ensuit que, pour comprimer des pains de farine pesant $1^{kg},726$, il faudrait employer une pression de près de 34,822 kilogrammes.

« En supposant même que, par des dispositions faciles à imaginer l'on puisse comprimer à la fois plusieurs pains, il me paraît évident que cette opération augmenterait considérablement le prix des farines ainsi préparés; car à Brest, pour obtenir une compression beaucoup moindre, il a fallu faire une dépense de $19^f,36$ par 100 kilogrammes, au lieu de 5 francs que coûte l'emballage ordinaire.

« Le procédé de M. Wawra, ou la compression par petites quantités, qui permet de doubler la densité, paraît, il est vrai, très-favorable à la bonne conservation des farines. Pour la mieux assurer, il avait même enveloppé les pains présentés à l'exposition avec une feuille d'étain; mais il se contente ordinairement de les enfermer dans une boîte de carton.

« Un pain de farine, revenu de l'exposition de Londres, où il avait été envoyé en mai 1862, a été panifié à la manutention de Paris en juin 1863, et a donné d'excellent pain.

Cependant, il faut dire que la farine ainsi comprimée est devenue extrêmement dure; qu'il est indispensable de l'écraser, de la pulvériser, et, si l'on peut, de la butter, avant de la mouiller et de la pétrir; ce qui peut offrir en campagne quelques difficultés à son emploi.

« Ces diverses observations me portent donc à penser que le procédé de la conservation des farines par une compression énergique et par petites quantités ne peut être accepté que pour l'usage des voyageurs isolés, et qu'il est trop dispendieux pour être appliqué à l'alimentation des armées et de la flotte.

« Quant à la compression des farines par quantités de 50 à 60 kilogrammes renfermés dans des caisses en bois, quoiqu'elle augmente le prix des farines de 19 ou 20 francs, ou de 50 pour 100, si elle offrait pour la conservation de cette denrée alimentaire les garanties nécessaires, il n'y aurait pas lieu de s'arrêter devant une dépense si utile pour l'alimentation de nos soldats; mais malheureusement le degré de compression que, dans le service courant, l'on peut obtenir, ne suffit pas pour préserver la farine de l'altération.

« Des expériences faites avec soin, de 1856 à 1859, laissent d'autant moins de doute à cet égard, que les farines que l'on avait ainsi préparées avaient été en parties conservées à l'un des étages de la Manutention de Paris, et parfaitement à l'abri de toute humidité.

« Si une partie des Rapports de la marine, sur des farines comprimées à peu près au même degré, semblent émettre une opinion plus favorable sur celles qui avaient supporté deux ans à peine de conservation, cela tient peut-être à ce que les marins ne sont que trop souvent exposés à ne consommer que des farines avariées, et d'ailleurs il faut observer que ces conclusions n'ont été appliquées qu'à des farines conservées dans des caisses en fer-blanc.

« En résumé, il me semble que, pour le service des armées de terre et de mer, le procédé de la compression ne peut pas être accepté, et que son emploi doit être limité à l'usage des voyageurs isolés.

« Après les essais peu satisfaisants que nous avons faits du procédé précédent, je reçus l'ordre d'essayer de celui de l'étuvage, qui est en usage dans quelques ports de l'Océan et particulièrement à Bordeaux.

« Ce procédé consiste à introduire et à faire circuler lentement la farine dans une étuve chauffée à 70 ou 80 degrés au plus pendant une ou deux heures. A cet effet, des auges demi-cylindriques, en nombre variable, de sept à huit chez les uns, de douze à quinze chez les autres, sont disposées les unes au-dessous des autres, et reçoivent chacune une vis d'Archimède qui, par son mouvement, oblige la farine à la parcourir dans toute sa longueur. Cette farine, introduite par une trémie dans l'auge supérieure, passe ainsi à la deuxième auge, dont la vis la ramène en sens contraire pour la verser dans la troisième, et ainsi de suite.

« Parvenue à la dernière auge, la farine est versée sur l'aire d'une chambre, où elle est mise en barils et légèrement pressée.

« Une étuve à sept augets peut fournir en quatorze heures cent barils de 88 kilogrammes de farine, à laquelle l'opération a enlevé 4 à 6 pour 100 de son poids d'humidité.

« L'on sait qu'à l'état normal la farine contient en moyenne 14 pour 100 de son poids d'eau; mais, après avoir été amenée à n'en conserver que 10 pour 100, elle reprend, soit dans la chambre de refroidissement où elle est mise en barils, soit dans les barils eux-mêmes, 2,5 pour 100, et en conserve en définitive 12,5 pour 100.

« Le résultat net de l'opération est donc bien peu important, et à moins que l'exposition pendant deux heures et demie à une température qui ne doit pas dépasser 70 à 80 degrés, ne détruise quelques germes fermentescibles, ce qui me paraît au moins douteux, il est assez difficile de se rendre compte de l'effet propre de l'étuvage.

« La rapidité avec laquelle la farine reprend l'humidité qui lui a été enlevée dans l'étuve tient non-seulement à son avidité pour l'eau, mais encore à son excessive division; aussi est-ce une mauvaise opération de la faire arriver dans une chambre de refroidissement où on la met ensuite en baril.

« C'est par ce motif que, dans l'installation de l'étuve d'essai que nous avons employée à la Manutention, j'ai exigé que le baril destiné à recevoir la farine fût introduit et rempli dans l'étuve même, et que cette farine y fût tassé avant qu'on en sortît le baril, que l'on fermait ensuite immédiatement.

« Les barils en bois de chêne que nous avons employés étaient très-secs, cerclés en fer; on les avait maintenus pendant quelque temps dans la chambre de la machine à vapeur, et ils avaient été rebattus à trois reprises différentes. Ils étaient donc dans les meilleures conditions possibles; leur prix était de 13 francs l'un, avec six cercles en fer et il contenaient un poids net de 125 à 145 kilogrammes de farine, ce qui revenait à 11 fr. 40 ou 11 fr. 60 par 100 kilogrammes de contenu. Mais craignant, non sans raison, comme la suite l'a montré, que le bois n'absorbât une certaine quantité d'humidité, qui pourrait se transmettre à la farine et en altérer le goût, j'ai demandé en outre que l'on fît un essai comparatif avec des tonneaux en tôle ordinaire et en tôle galvanisée, de 2 millimètres d'épaisseur. Ce dernier modèle a coûté 26 fr. 90, à raison de 0 fr. 80 le kilogramme. Il pesait 33 kilog. 64, et contenait environ 130 kilogrammes de farine, ce qui met le prix du récipient à 20 fr. 70 pour 100 kilogrammes de farine.

« Les procès-verbaux des visites faites après un an, deux ans et trois ans de séjour, et dont le dernier terme a été la clôture des expériences, ont constaté les résultats suivants :

FARINE ÉTUVÉE

« *Tonneaux en bois.* — La farine des deux tonneaux placés au quatrième étage du bâtiment des silos de la Manutentions, c'est-à-dire dans de très-bonnes conditions d'aérage, a été trouvée en assez bon état, et jugée en outre panifiable après aération.

« La conservation de la farine du troisième tonneau, placé dans le sous-sol un peu humide du même bâtiment, était beaucoup moins satisfaisante : on y a trouvé 15 kilogrammes de farine prise en masse dure sentant le moisi; le reste avait un fort goût de rance et d'acidité.

« *Tonneau en tôle galvanisée.* — Farine en parfait état.

FARINE NON ÉTUVÉE

« *Tonneaux en bois.* — Les trois tonneaux placés au quatrième étage du bâtiment des silos ont été trouvés, comme ceux de farine étuvée, dans un état assez satisfaisant.

« Les deux tonneaux du sous-sol ont donné l'un 13 kil. 5, l'autre 7 kilogrammes de farine prise en masse et sentant le moisi. Le reste de la farine avait une odeur et un goût de rance très-prononcé.

« *Tonneau en tôle galvanisée.* — Farine en état passable, mais moins satisfaisant que celui de la farine étuvée.

« On a fait trois parts de la farine retirée des tonneaux, savoir :

« 1° Farine avariée, impropre au service, provenant presque en entier des tonneaux placés dans le sous-sol humide. La quantité s'est élevée à 35 kilogrammes, ou à la proportion de 8 pour 100 du contenu des tonneaux.

« 2° Farine reconnue panifiable, ayant plus ou moins d'odeur, d'acidité, et provenant de tous les tonneaux en bois et du tonneau en tôle de farine non étuvée. Cette farine pouvait être employée, même sans mélange avec de la farine fraîche, après avoir été repassée au blutoir et pelletée pendant plusieurs jours.

« 3° Farine restée en bon état, panifiable, sans autre préparation qu'un peu d'exposition à l'air; elle provenait en totalité de la farine étuvée et renfermée dans le tonneau en tôle galvanisée.

« Pour compléter l'appréciation qui précède, les farines des derniers lots ont été, après les remaniements reconnus nécessaires, l'objet d'épreuves de panification.

Les farines du deuxième lot avaient *bonne main* au travail, belle apparence, et elles avaient presque entièrement perdu le goût de vieux qui les caractérisait. Le travail au pétrin s'est bien fait, et le pain, quoique n'ayant pas le goût très-franc, comparativement aux produit du service courant, a paru assez bon et distribuable. Si la farine de ce lot avait été mélangée avec de la farine fraîche, le pain eût paru irréprochable.

« Les farines du troisième lot, qui avaient été étuvées et conservées dans un baril de tôle galvanisée, n'ont présenté, ni dans le travail, ni dans la qualité du pain, de différence marquée avec celles du service courant.

« *Conséquences.* — Il résulte de ces expériences continuées pendant plus de six années :

« 1° Que le procédé de la compression pour la conservation des farines ne peut donner de bons résultats que quand on opère sur de petites quantités, et qu'il ne paraît pas susceptible d'être appliqué avec avantage et économie à la préparation de caisses de 50 à 60 kilogrammes et plus;

« 2° Que le procédé de l'étuvage doit être conduit de manière que les farines soient tassées et embarillées dans l'étuve même, afin qu'elles ne puissent pas reprendre l'humidité dont elles ont été privées;

« 3° Que la nature du barillage a une très-grande influence sur la conservation, et que des barils en tôle zinguée, bien clos, permettent de conserver, pendant trois ans au moins, à l'état de pureté parfaite, des farines convenablement étuvées.

« Pour le service des armées de campagne, il convient que les charges soient divisées et modérées, et par conséquent les barils de farine ne devraient pas peser plus de 50 à 60 kilogrammes l'un, tout compris. D'une autre part il est facile de disposer une fermeture hermétique, commode à ouvrir, qui permette de réexpédier les barils après la consommation de la denrée.

« Il convient en effet de remarquer que les farines ainsi préparées étant destinées soit au service de la flotte, soit à celui des approvisionnements qu'elle transporte ou à celui des places, la conservation et le retour des barils en tôle zinguée ne doit pas offrir plus de difficultés que pour les caisses à eau.

« Dans ces conditions, les frais de conservation des farines étant limités à peu près à ceux de l'étuvage, ils se trouveraient bien inférieurs à ceux qu'occasionnerait l'emploi des presses sur de petites quantités. »

M. PAYEN demande la permission de faire remarquer que les procédés d'étuvage perfectionné des farines ont offert des succès remarquables dans les produits présentés aux dernières expositions internationales, notamment en ce qui touche les farines importées des États-Unis en France.

Un seul reproche semblait pouvoir être adressé à ces produits qui préalablement desséchés à l'étuve ne s'étaient pas d'abord convenablement prêtés à nos méthodes usuelles de panification; mais en considérant que généralement les substances très-sèches absorbent difficilement l'eau, nous avons été conduits à conseiller une simple modification consistant à laisser plus longtemps la farine s'hydrater avec une proportion d'eau convenable, avant de la livrer aux moyens habituels de fermentation.

Dès lors les premières difficultés ont disparu, le rendement en pain est devenu proportionné aux quantités réelles de farine sèche, celle-ci représentant les 94 ou 95 centièmes du poids total au lieu des 84, 86 ou 88 que contiennent les farines ordinaires.

Sans aucun doute cependant les barils ou caisses en tôle ou tôle galvanisée, proposés par notre confrère le général Morin, seraient bien préférables pour ces expéditions aux barils en bois.

Zoologie historique. — M. F. LENORMANT lit une deuxième note *Sur l'introduction et la domesticité du porc chez les anciens Égyptiens.*

Malgré l'idée d'impureté religieuse qui empêcha pendant toutes les époques primitives de leur civilisation les Égyptiens de réduire par eux-mêmes en domesticité le sanglier de leur pays ou d'emprunter aux peuples voisins le cochon domestique, ce dernier animal finit par être introduit en Égypte. Mais les indices de sa présence sur les bords du Nil ne remontent pas plus haut que la XVIIIe dynastie. C'est à dater de ce moment que nous voyons quelquefois apparaître des troupeaux de porcs dans les scènes agricoles peintes sur les parois des tombeaux de Gournah. Des figures symboliques de truie en terre émaillée ou en autres matières dont nous parlions dans notre précédente Note, aucune n'est plus ancienne que la XVIIIe ou la XIXe dynastie, et la plupart datent d'époque plus basse, de l'âge des rois Saïtes (VIIe siècle av. J.-C.). C'est aussi vers le temps des *Ramsès* que les documents astronomiques commencent à parler d'une constellation de la truie.

Le cochon domestique de l'Égypte, tel qu'il se montre alors et que la race n'en varie pas jusqu'aux temps romains, a des oreilles petites et droites qui sembleraient au premier abord le rapprocher du cochon de Siam plus que nos cochons vulgaires aux oreilles tombantes. Cette particularité est, du reste, comme à la plupart des races de cochon de l'antiquité, à celle que les monuments de l'art grec représentent fréquemment comme l'animal sacré de Déméter et à celle qui est le plus souvent figurée dans les œuvres de l'art romain, bien que dans ces dernières on voit aussi quelquefois un porc à oreilles légèrement tombantes. Mais, en revanche, le cochon égyptien a la queue tortillée de nos races communes. Son groin est fortement allongé, son corps arrondi. On le représente comme ayant le dos garni de soies rudes et dressées, et comme étant assez haut sur pattes. A côté de cette variété, qui est la plus généralement répandue, les tombeaux de Gournah laissent aussi, mais rarement, voir des troupeaux d'une autre race, beaucoup moins modifiée par la domesticité, très-voisine du sanglier par ses formes et en conservant encore les défenses; les troupeaux de porcs de cette dernière variété sont conduits par leurs pasteurs, et il n'y a pas moyen de croire que les artistes pharaoniques, en les dessinant, aient eu l'intention de retracer un animal sauvage. Au reste, les types des deux races ont été très-bien donnés par sir Gardner Wilkinson (*Manners and customs of ancient Egyptians*, 3e édition, t. III, p. 34).

D'après la date où la figure commence à se montrer sur les monuments de l'Égypte, le porc doit être classé, comme le cheval, au nombre des nouveaux animaux domestiques qui furent introduits de l'Asie dans ce pays avec l'invasion des pasteurs, et qui se naturalisèrent sur les rives du Nil pendant la domination des étrangers venus par les déserts de Syrie. Les tombeaux de Gournah prouvent qu'à partir de la XVIIIe dynastie, les grands propriétaires égyptiens en élevaient des troupeaux sur leurs terres. Mais ce n'était évidemment pas à l'usage de la population de race proprement égyptienne, puisqu'il lui était interdit par la religion de manger de la viande de porc autrement que dans le sacrifice dont nous avons parlé dans notre Note précédente, et que tout Égyptien à qui il était arrivé de toucher seulement un cochon par hasard était obligé de se soumettre à de minutieuses purifications (Hérodote, II, 47). C'était, suivant toute apparence, pour l'usage et la nourriture des tribus de races étrangères qui étaient restées en grand nombre du temps de l'invasion sur le sol de la Basse-Égypte, qui y vivaient dans une condition de colonat bien voisine du servage et que pendant plusieurs siècles la politique des Pharaons tendit à augmenter au moyen des prisonniers qu'ils ramenaient de leurs conquêtes en Asie. Au reste, quand Hérodote (II, 47) décrit les porchers comme formant en Égypte, de son temps, c'est-à-dire sous la domination des Perses, une caste séparée du reste de la population, se mariant entre elle et exclue des temples, il semble indiquer clairement que l'élève et la garde de l'animal impur par excellence constituaient une profession exercée par une de ces tribus étrangères.

Et quand le même Hérodote (II, 14) raconte que l'on employait les porcs lâchés dans les champs d'où l'inondation venait à peine de se retirer à fouler le grain lancé à toute volée sur le limon humide et à l'enfouir ainsi, il signale une habitude exclusivement propre à la Basse Égypte, au delà de laquelle il n'avait pas été, et où habitaient les tribus non égyptiennes, sémitiques et libyques pour la plupart. Dans le reste du pays, ce sont les moutons que l'on employait au même usage, comme le dit très-exactement Diodore de Sicile (I, 36), qui était monté jusqu'à Thèbes, et comme le font voir fréquemment les représentations des tombeaux. (*Voy.* WILKINSON, *Manners and customs of ancient Egyptians*, 3e édition, t. IV, p. 38.)

Au reste, l'origine étrangère du cochon domestique en Égypte et son apport de l'Asie à une date comparativement tardive, sont attestés par le nom le plus habituel de cet animal dans l'idiome égyptien antique.

Deux mots désignent le porc dans cet idiome. L'un, *rer*, copte *rir*, est manifestement une simple onomatopée empruntée au grognement de l'animal et une onomatopée indigène, car d'autres peuples ont rendu ce grognement assez différemment. On sait que rien ne varie plus que la manière dont les populations de races diverses entendent et surtout rendent dans leur langage les cris des animaux, d'après lesquels leurs noms ont été souvent formés.

L'autre nom du porc en égyptien, *schaau*, copte *eschô*, est beaucoup plus curieux, car il découle d'une source étrangère et se rattache avec certitude au groupe des noms les plus généralement répandus du cochon chez tous les peuples du rameau aryen.

Grec σῦς, ὗς; latin *sus*;

Ancien allemand *sû*; anglo-saxon *sûg*; scandive *syr*; allemand *sau*; anglais *sow*; suédois *so*;

Irlandais *sûg*; cymrique *hweh*; cornique *hoch*; d'où l'anglais *hog*;

Persan *schûk*; arménin *choz*;

Lithuanien *tchûka*; russe *tchucshka*;

L'origine de tous ces noms, avec lesquels l'égyptien *schaau* se groupe d'une façon si curieuse, prouvant que les habitants de l'antique Égypte avaient reçu le cochon domestique de populations qui elles-mêmes le tenaient depuis peu des Aryens; leur origine, disons-nous, est établie par le type plus développé du sanscrit *çûkara* « l'animal qui fait *çu*, qui grogne. » Ainsi que l'a remarqué M. Pictet (*Les origines indo-européennes*, t. I, p. 370) « toutes les autres langues aryennes ne présentent que l'onomatopée *sû* ou *çû*, avec ou sans suffixe, et en faisant alterner la sibilante et les gutturales. »

Un fait qui ne manque pas d'intérêt, c'est que, dans une direction géographique tout à fait opposée, les noms du porc dans les principaux idiomes de la grande famille touranienne dérivent également tous du même type aryen : finnois *sika*; esthonien *sigga*; tchérémine *susna*; baschkir *suska*; téléoute *schoschka*; kirghis *tchutchka*; tchouvache *sysna*; samoïède *soio*. Ici encore la philologie comparative, qu'on a si bien appelée « l'algèbre des sciences historiques », nous met sur la voie d'une conclusion importante pour l'histoire natu elle.

En effet, elle prouve que le cochon a été communiqué par les descendants des Aryas à la plupart des peuples de l'Asie dans les directions les plus opposées. D'un autre côté, elle prouve également qu'il a été un des animaux domestiques que les Aryas ont possédé le plus anciennement avant la séparation de leurs tribus, quand ils habitaient encore leur berceau commun sur les bords de l'Oxus; pour ce dernier point nous n'avons qu'à renvoyer à la démonstration qu'en a donnée M. Pictet (*Les origines indo-européennes*, t. I, p. 369-375). Mais en groupant ces deux faits, il est difficile de ne pas en conclure que c'est à la race aryenne, pendant son premier état pastoral, qu'est due la domestication du porc, et ceci serait un puissant argument en faveur de l'opinion de Link (*Urwelt*, t. I, p. 387) sur le point de départ de cet animal et son origine spécifique.

Remarquons seulement que si ce sont les Aryas qui ont probablement domestiqué le cochon, cet animal a été introduit de très-bonne heure chez les Sémites. Les prohibitions mêmes de la loi mosaïque prouvent qu'il était abondamment répandu parmi les populations qui environnaient les Hébreux. Les Assyriens et les Babyloniens le connaissaient à l'époque pour laquelle nous possédons leurs monuments, époque, il est vrai, postérieure de bien des siècles à celle de l'Ancien Empire égyptien. Le nom le plus généralement répandu pour le porc dans les langues sémitiques est indigène et significatif. C'est l'hébreu *khazir*, arabe *khanzir*, de la racine *khazar*, « retourner »; il désigne par conséquent « l'animal qui retourne la terre avec son groin. »

Mais en même temps l'arabe nous offre un autre nom, qui est manifestement d'origine aryenne. C'est *ifs*, dont on ne peut guère méconnaître la parenté avec κάπρος le latin *aper*, l'ancien allemand *ebur*, *epur*, allemand *eber*, et l'anglo-saxon *eafor*. Tout ce groupe de mots se rattache au sanscrit *kampra*, « rapide, violent », épithète qui convenait particulièrement bien au sanglier, que désignent plutôt que l'animal domestique la plupart des appellations que nous venons d'énumérer. Ici encore la linguistique fournit un indice de transmission de l'espèce des Aryens à une partie au moins des Sémites.

M. GAZEAU, à propos des observations faites récemment par M. Sanson, relativement à ses expériences sur la coca, fait remarquer que, d'après une brochure publiée récemment par lui, ses séries de régime identique, au lieu de durer vingt-quatre heures comme le demande M. Sanson, furent en moyenne de huit jours, quelquefois même davantage.

J'ajouterai, dit-il, que les feuilles de coca étant très-sensibles et perdant facilement leurs propriété, j'ai cherché d'abord à établir expérimentalement les caractères des feuilles de bonne qualité; je suis arrivé à démontrer qu'il faut rejeter toute feuille : 1° pâle ou noirâtre; 2° n'ayant plus ses deux lignes courbes circonscrivant la nervure médiane; 3° dont l'épiderme paraîtrait érodé à la loupe, ou serait couvert de taches brunes ou blanchâtres; 4° qui n'aurait pas d'odeur, ou qui aurait une odeur nauséabonde; 5° dont le goût serait nul ou mauvais, et même ne produirait pas différentes sensations que j'analyse dans la brochure.

Pour bien conserver les feuilles de coca, il faut les mettre à l'abri de l'air extérieur, de la lumière, de la chaleur et surtout de l'humidité. On les placera dans un bocal bien fermé et toujours rempli jusqu'au bord.

De toutes les préparations de coca, deux seulement doivent être conservées : 1° les feuilles en chique ou pulvérisées; 2° la teinture et les préparations qui en dérivent. Dans la confection de ces feuilles, il ne faut jamais employer les acides, ni une chaleur excédant 60 degrés : au contraire, il sera souvent utile d'employer une substance alcaline quelconque, et préférablement du bicarbonate de soude.

Appliquant ces données pharmacologiques et physiologiques de la coca à la médecine, j'ai donné cette substance à plus de deux cent cinquante malades dans les hôpitaux. J'ai obtenu les plus heureux résultats dans certaines maladies de la cavité buccale, qui résistent habituellement à toutes les autres médications. J'ai eu encore plus de succès, devant de nombreux témoins, dans les maladies de l'appareil digestif.

La séance est levée à cinq heures trois quarts.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois. . . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

SOMMAIRE. — ACADÉMIE DES SCIENCES : Mémoires et communications des membres et des correspondants de l'Académie). — Documents pour servir à l'histoire du mouvement scientifique pendant le siége de Paris. — Bulletin bibliographique.

Paris, le 28 juillet 1871.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 17 juillet 1871. — Présidence de M. FAYE.

MÉMOIRES ET COMMUNICATIONS DES MEMBRES ET DES CORRESPONDANTS DE L'ACADÉMIE.

Anatomie comparée. — *Sur un organe nouveau d'innervation et sur l'origine des nerfs de la sensibilité spéciale chez les gastéropodes pulmonés aquatiques.* Note de M. LACAZE-DUTHIERS.

Dans un travail antérieur, j'ai eu l'honneur de faire connaître à l'Académie une relation constante et fort importante qui existe entre l'organe de l'audition et les centres nerveux postérieurs des gastéropodes. Aujourd'hui, par l'étude des centres nerveux à l'aide des préparations histologiques destinées à permettre de suivre les nerfs jusqu'à leurs origines vraies et réelles, je suis conduit à constater des faits nouveaux d'une grande valeur pour la connaissance des relations et des comparaisons morphologiques.

On n'a pas encore indiqué, je crois, l'existence, dans les centres sus œsophagiens ou postérieurs des gastéropodes en général et des pulmonés aquatiques en particulier, de régions, de lobes ou lobules ayant une structure particulière, des connexions constantes, e par cela même des attributions physiologiques distinctes et précises.

Le centre antérieur du collier œsophagien est destiné à innerver le pied, c'est-à-dire l'organe immédiat du mouvement, organe moteur qui cependant jouit d'une très grande sensibilité. Or l'anatomie délicate montre clairement dans les paludines (espèce d'un autre groupe) qu'un gros cordon descend du centre postérieur ou cérébroïde, s'accole au connectif unissant le cerveau et le ganglion pédieux, et donne naissance au nerf destiné à la partie supérieure éminemment sensible de la peau du pied. Est-il possible, après cette observation, de se refuser à reconnaître que les ganglions antérieurs sont évidemment en rapport avec la motricité, et que les centres postérieurs sont plus particulièrement liés à la sensibilité; qu'enfin ceux ci envoient aux autres ganglions les fibres destinées à leur donner la sensibilité?

On voit par ces faits combien, au point de vue physiologique, étaient incomplètes les connaissances qu'on avait sur les centres d'innervation et combien il était important, par une analyse minutieuse, d'arriver, dans ces centres, à la distinction de parties spéciales secondaires.

Cette remarque prend encore plus d'intérêt lorsque l'on s'assure, ainsi que je l'ai fait, que plus les nerfs sont destinés à faire percevoir des impressions délicates et subtiles, plus en un mot ils sont sensibles et spécialisés, et plus aussi leurs origines se trouvent sur la face postérieure du centre cérébroïde sus-œsophagien.

Il ne suffit donc pas d'indiquer d'une manière générale quels sont les nerfs qui naissent d'un ganglion; il faut encore, et nécessairement, se préoccuper de la recherche des points où se trouvent, relativement et absolument parlant, les origines réelles. Cela est si vrai, que des rameaux cutanés ont été indiqués comme se détachant du nerf optique, qui lui-même paraît naître, dans quelques cas, du nerf du tentacule. Ce fait difficile à admettre *à priori*, puisqu'on ne rencontre rien d'analogue dans les animaux supérieurs, dont le système nerveux est si bien connu, n'est point démontré par les études minutieuses d'histologie. Bien au contraire, en dissociant, par les procédés et les réactions histologiques, les paquets des fibres simplement accolées et rapprochées sous un même névrilème général, on peut remonter dans les physes, les planorbes, les lymnées, etc., à l'origine réelle, précise, constante et toujours distincte des trois nerfs de la sensibilité spéciale, des nerfs olfactif, acoustique, optique, et prouver par là que cette origine se rencontre toujours un peu latéralement sur la face postérieure du centre sus-œsophagien, autour d'un petit lobule hémisphérique saillant qui mérite le nom de *lobule de la sensibilité spéciale.*

En indiquant avec précision l'isolement et le point de départ distinct des cordons nerveux se rendant aux trois principaux organes des sens, j'apporte une nouvelle preuve à l'appui de cette idée générale, que, chez les animaux inférieurs, dans les centres nerveux considérés jusqu'ici comme simples et homogènes, il existe des parties secondaires qu'il est nécessaire de distinguer, puisqu'elles ont des rapports et des attributions nettement caractérisés.

La détermination des parties homologues des différents ganglions a conduit à reconnaître une disposition nouvelle aussi curieuse qu'inattendue; elle intéressera, j'espère, les physiologistes.

On sait qu'au voisinage de l'orifice extérieur de la respiration se rencontre, à l'extrémité d'un gros nerf palléal, un ganglion de moyenne grosseur, auquel on a tenté de donner le nom de *ganglion respirateur*, en raison même des fonctions que son voisinage lui fait assez logiquement attribuer. Or, en soumettant ce ganglion à l'observation microscopique, soit directement, soit après des préparations de chimie histologique, en un mot en l'analysant, on reconnaît qu'il est formé par un amas de corpuscules nerveux, presque tous unipolaires, au milieu desquels s'enfonce un véritable prolongement en cul-de-sac de la peau.

Cette disposition montre qu'ici les limites extérieures du corps, par une sorte d'invagination, se rapprochent, autant que possible, d'un centre nerveux et des éléments profonds caractéristiques des centres.

En résumé, de l'étude de la structure intime des centres nerveux des gastéropodes pulmonés aquatiques, on peut déduire :

1° Qu'il existe chez ces animaux, comme chez les êtres supérieurs, des régions ou lobes dont la constitution histologique, comme les connexions, prouvent des attributions physiologiques distinctes, spéciales et localisées;

2° Que les nerfs de la sensibilité spéciale naissent sur la partie postérieure, tandis que les nerfs du mouvement ont leurs origines sur le ganglion le plus antérieur;

3° Qu'il faut enfin reconnaître dans ce prétendu ganglion respirateur, non un centre nerveux, un ganglion proprement dit, mais bien un organe spécial nouveau, résultant de l'invagination de la peau au milieu d'un amas de corpuscules ganglionnaires. (Renvoi à la section d'anatomie et de zoologie).

CORRESPONDANCE

Chimie pharmaceutique. — *De l'aconitine cristallisée (étude chimique).* Mémoire de M. H. DUQUESNEL, présenté par M. Cl. Bernard.

(Renvoi à la commission du prix Barbier.)

Le principe actif de l'aconit Napel est un alcaloïde cristallisable, auquel je donne le nom d'*aconitine cristallisée*, pour le distinguer des substances connues jusqu'à présent sous le nom d'*aconitine*, substances d'origine différente, dont l'énergie et par conséquent la valeur thérapeutique varient avec la provenance.

Pour préparer l'aconitine cristallisée, on épuise par l'alcool très-concentré de la racine d'aconit convenablement choisie et pulvérisée, en l'additionnant de $\frac{1}{100}$ d'acide tartrique.

On distille, à l'abri du contact de l'air et à une température ne dépassant pas 60 degrés, les liqueurs alcooliques, de façon à en extraire tout l'alcool; on reprend l'extrait par l'eau pour précipiter toutes les matières grasses et résineuses que l'alcool a entraînées.

La solution aqueuse, qui renferme toute l'aconitine à l'état de tartrate acide, est d'abord agitée avec de l'éther qui enlève des matières colorantes; une addition, jusqu'à cessation d'effervescence, de bicarbonate alcalin, met l'alcaloïde en liberté. Un nouveau traitement par l'éther de cette solution alcaline enlève l'alcaloïde, qui cristallise par la concentration des liqueurs éthérées, auxquelles on a ajouté de l'éther de pétrole (essence légère de pétrole).

L'aconitine cristallisée se présente sous la forme de tablettes incolores, rhomboïques ou hexagonales, par suite de modifications qui se produisent principalement sur les angles aigus.

C'est un alcaloïde azoté qui a pour formule



$$C^{54}H^{40}AzO^{2},$$

correspondant à la composition centésimale suivante :

Carbone	60,21
Hydrogène	7,44
Azote	2,61
Oxygène	29,74
	100,00

De 0 à 100 degrés, avec ou sans la présence de l'eau, la chaleur n'a pas d'action immédiate sur l'aconitine, ni sur les sels qu'elle forme avec les acides minéraux.

Soumise à une température de 100 degrés, au contact de l'air et au sein de sa propre liqueur extractive, elle disparaît en partie et quelquefois totalement en très-peu de temps.

La constitution chimique de l'aconitine paraît devoir se rapprocher de celle des glucosides produit naturel se rencontrant fréquemment dans le règne végétal, et qui ont la propriété de se dédoubler sous l'influence de certains agents, le plus souvent de ferments propres, en glucose ou un isomère d'une part, et d'autre part en une matière variable suivant les cas.

Ainsi, on pourrait expliquer les altérations spontanées de certaines préparations pharmaceutiques d'aconit qui, sous des influences indéterminées, perdent tout ou partie de leurs propriétés.

L'aconitine cristallisée est à peu près insoluble dans l'eau, même à 100 degrés. Lorsqu'on ajoute une goutte d'acide à l'eau qui la tient en suspension, elle se dissout presque immédiatement à la température ordinaire.

Elle n'est pas volatile, même au-delà de 100 degrés; à partir de 130 degrés, elle se décompose et paraît se volatiliser en partie.

Précipitée d'une solution saline par un alcali, elle est amorphe, pulvérulente, blanche et très-légère. Sous cet état elle renferme de l'eau d'hydratation qu'elle perd à 100 degrés sans changer d'aspect.

L'aconitine est soluble dans l'alcool, l'éther, la benzine, et surtout le chloroforme; insoluble dans la glycérine des huiles de pétrole, lourdes et légères.

Elle dévie à gauche le plan de polarisation.

Sa réaction est faiblement alcaline. Elle se combine aux acides et forme avec la plupart des sels qui cristallisent facilement. L'azotate est remarquable par sa facile préparation et le volume de ses cristaux. En présence d'un excès d'acide carbonique il se dissout facilement dans l'eau, mais reprend peu à peu sa forme cristalline lorsque l'acide carbonique s'échappe spontanément de la liqueur.

L'acide phosphorique, le tannin, l'iodure de potassium ioduré, et l'iodure double de mercure et de potassium sont les réactifs les plus sensibles de l'aconitine; mais, pour la caractériser absolument et se prononcer avec certitude sur sa nature, il faut avoir recours à l'expérimentation physiologique.

La plus petite quantité de cet alcaloïde ou d'un de ses sels, ou bien encore d'une préparation pharmaceutique active de l'aconit, c'est-à-dire contenant de l'aconitine, détermine sur la langue, au bout de quelques minutes, une sensation de fourmillement *caractéristique* et de picotement analogue à celui que produit la racine de pyrèthre.

L'aconitine cristallisée est un des poisons les plus actifs du règne végétal. Pour la rechercher dans un cas d'empoisonnement, il faut employer la dyalise d'abord, puis le procédé de Stas, en s'entourant, pour l'extraire des matières soumises à l'analyse, de toutes les précautions qu'exige une substance quelquefois si altérable, et qui peut, à si faible dose, occasionner la mort (Renvoi à la commission du prix Barbier.)

Physiologie. — *Sur l'action physiologique de l'aconitine cristallisée.* Note de MM. GRÉHANT et DUQUESNEL, présentée par M. Cl. Bernard.

Pour étudier l'action physiologique de l'aconitine cristallisée, nous avons d'abord préparé une solution dans l'eau renfermant 1 milligramme par centimètre d'eau de liquide, solution au millième; puis nous avons fait chez la grenouille la série des expériences suivantes.

1re *expérience.* — On injecte sous la peau du dos d'une grenouille, à l'aide d'une seringue de Pravaz, 1/20 de milligramme d'aconitine; l'animal est agité au début, la tête se fléchit sur le thorax; trente minutes après l'injection de cette faible dose de poison, le nerf sciatique découvert a complétemet perdu sa motricité, tandis que les muscles de la cuisse se contractent aussitôt qu'on les excite par les courants induits. L'ouverture du thorax montre que le cœur continue à battre régulièrement.

2e *expérience.* — Sur une grenouille, on détache les muscles gastro-cnémiens, avec les nerfs sciatiques laissés adhérents aux muscles. Dans un premier verre de montre, le muscle est plongé dans une solution d'aconitine renfermant seulement 1/5 de milligramme par centimètre cube, le nerf est suspendu au dehors. Dans un deuxième verre de montre, on immerge le nerf sciatique dans la même solution, en laissant le muscle au dehors. Les deux préparations sont recouvertes avec une cloche humide. Au bout d'un certain temps, le nerf de la première préparation a complétement perdu son excitabilité, tandis que le nerf de la seconde préparation fait contracter le muscle aussitôt qu'on l'excite. Ainsi l'aconitine détruit la faculté motrice du nerf, en agissant sur ses terminaisons périphériques.

3e *expérience.* — Avant d'empoisonner l'animal, on arrête la circulation dans l'un des membres postérieurs; tous les nerfs moteurs qui reçoivent du sang empoisonné perdent leur propriété physiologique, tandis que les nerfs du membre préservé restent parfaitement excitables. On constate que l'animal conserve la sensibilité, tant que les nerfs moteurs permettent la production des mouvements réflexes.

Ces expériences, faites selon la méthode instituée par M. Claude Bernard dans l'étude du curare, sembleraient établir qu'à petites doses les propriétés physiologiques de l'aconitine sont analogues à celles de la curarine. C'est ainsi que l'aconitine détruit d'abord le pouvoir moteur des nerfs.

Enfin nous avons fait une autre expérience, qui nous a d'abord embarrassés. Nous avons injecté à une grenouille une dose de *un* milligramme d'aconitine, c'est-à-dire une dose vingt fois plus forte que celle qui servit à notre première expérience : notre étonnement fut grand en voyant que l'animal conservait très-longtemps l'excitabilité de ses nerfs moteurs, et qu'il exécutait toujours des mouvements spontanés ou convulsifs. Mais en examinant le thorax, puis en l'ouvrant, nous avons reconnu que le ventricule du cœur était complétement arrêté, et les oreillettes seules se contractaient faiblement. L'idée nous vint alors que le poison administré ainsi à forte dose pouvait peut-être arrêter primitivement le cœur, ce qui aurait pour résultat d'arrêter aussi l'absorption.

L'expérience a complétement justifié cette hypothèse. Une grenouille fut disposée sous le microscope, pour l'examen de la circulation dans la membrane interdigitale; on fit sous la peau l'injection de *un* milligramme d'aconitine; une minute et demie après, la circulation se montra déjà considérablement ralentie dans les artères; après trois minutes, elle s'arrêta tout à fait. On ouvrit le thorax, le

ventricule du cœur était immobile. Les nerfs du plexus brachial furent trouvés excitables, mais un peu moins que les nerfs lombaires, qui avaient conservé à peu près leur motricité normale. Le cœur étant arrêté, l'empoisonnement ne peut plus avoir lieu que par imbibition, comme dans la deuxième expérience.

Chez les Mammifères, les phénomènes toxiques produits par l'anicotine se montrent très-rapidement et sont beaucoup moins faciles à analyser; néanmoins, nous avons injecté chez un lapin 1 milligramme d'anicotine, puis nous avons entretenu la respiration artificielle, et au bout d'une demi-heure le nerf sciatique ne déterminait plus de contractions dans les muscles, qui cependant avaient conservé leur contractilité.

Les expériences physiologiques que nous venons d'exposer ont été faites dans le laboratoire de Physiologie du Muséum d'histoire naturelle placé sous la direction de M. Claude Bernard.

Hygiène publique. — *Faits démonstratifs de l'efficacité de l'acide phénique, en réponse à une assertion contraire insérée aux* Comptes rendus *du 5 juin* 1871. Note de **M. G. GRIMAUD**, de Caux.

Dans la séance du 16 janvier dernier (1871), j'ai eu l'honneur de lire une Note intitulée : *De la préservation des maladies transmissibles.*

Dans cette Note j'ai préconisé l'efficacité de l'isolement volontaire, dont j'ai indiqué les conditions (*voir le Compte rendu* de cette séance) : « Nous insistons vivement sur ces conseils, ajoutais-je, en présence de l'épidémie régnante (la variole) et des invasions morbifiques *dont nous pouvons être atteints* à la suite des malheurs publics qui nous accablent.... »

D'après une Note lue plus tard par M. Decaisne (séance du 27 février suivant), six types de maladie fournissaient alors le contingent le plus considérable à la mortalité de la capitale, et au nombre de ces types se trouvaient la *diarrhée* et la *dyssenterie*.

Aujourd'hui, il ne faudrait pas s'étonner si, ces deux types persistant, les effets venaient à en être aggravés par des causes nouvelles, au nombre desquelles il faudrait admettre : 1° la viciation subite de l'atmosphère parisienne par le séjour plus ou moins prolongé d'une grande quantité d'êtres vivants, établis dans des baraquements et même en plein air dans tous les quartiers libres de la capitale, et en imbibant le sol d'excrétions de toutes sortes; 2° les variations brusques et souvent extrêmes que nous avons dû subir dans les températures en *moins* et que nous sommes menacés d'éprouver maintenant en *plus*; 3° enfin l'abus des fruits de la saison, arrivant trop souvent à Paris dans un état plus ou moins incomplet de maturité.

Ces trois causes, dont on ne peut nier l'existence, suffiraient en effet à expliquer, s'il y avait lieu, la recrudescence des maladies dont nous venons de parler, et qu'il ne faudrait pas confondre avec les prodromes du véritable choléra asiatique.

En les signalant, nous indiquons par cela même les moyens certains d'y porter remède :

1° Faire disparaître les *concentrations* d'êtres vivants;

2° Se vêtir de manière à éviter les variations brusques de température;

3° S'abstenir de l'usage des fruits mal mûris;

4° Et, comme complément de préservation, l'isolement volontaire dont nous avons donné la formule.

Quant au choléra en particulier, une observation importante reste à faire. La science commence là où les documents ont de la certitude. Quelle place peut-on assigner dans l'édifice scientifique à de simples affirmations sans preuve? Tel est le cas de l'assertion suivante (*Comptes rendus*, t. LXXII, p. 680). Selon son auteur, les cas de choléra qui se développent *dans un milieu phéniqué* seraient généralement plus graves et plus fréquemment mortels; d'où il conclut que l'acide phénique, loin d'être un préservatif, est au contraire une cause adjuvante.

Voici des faits contraires que les *Comptes rendus* doivent opposer. Il y en a des milliers; nous extrayons les suivants d'une Note de M. Calvert, présentée par M. Chevreul à l'Académie (séance du 1er août 1870) :

Le Dr David Davis, de Bristol, a, le premier, systématisé l'emploi de l'acide phénique. En 1867, à Bristol, le chiffre de la mortalité était de 36 à 40 personnes sur 1,000 : après l'emploi de l'acide phénique il n'a plus été que de 18 à 20, la moitié. Un succès semblable a été obtenu par le même moyen à Glasgow, à Liverpool, à Manchester. En 1868, à Terling (comté de Sussex), avant l'application de l'acide phénique, sur 900 habitants, 300 avaient été attaqués du typhus; pendant trois semaines que dura l'application de l'acide phénique, deux personnes seulement furent attaquées sans suite fatale, après quoi il n'y en eut plus d'autres.

C'est d'après ces résultats que le Gouverneur a prescrit l'usage de l'acide phénique soit à bord des navires de commerce, soit dans l'armée, dans les prisons d'État ou les hôpitaux.

A cette Communication, M. Dumas ajoute la déclaration suivante :

L'usage de l'acide phénique comme désinfectant a été pratiqué à Paris dès 1865. Il est devenu réglementaire pour le service des pompes funèbres en 1866. L'Assistance publique en fait également usage....

Il nous sera permis d'affirmer que les premières expériences pour la désinfection en grand des matières cholériques ont été faites à Marseille, et que ces expériences, communiquées à l'Académie, ont provoqué la première Note émanée du Conseil de salubrité de la ville de Paris et distribuée à toutes les mairies.

Vos idées concernant l'efficacité de l'acide phénique, me dit le jour même un Membre de ce Conseil, viennent d'être adoptées. Nous avons rédigé une Note à ce sujet pour les mairies...

Physiologie. — **M. P. BERT**, présente, par l'intermédiaire de M. Cl. Bernard, une note intitulée : *Recherches expérimentales sur l'influence que les changements dans la pression barométrique exercent sur les phénomènes de la vie.*

J'ai pu, grâce au concours généreux de M. le Dr Jourdanet, installer dans le laboratoire de Physiologie de la Sorbonne de vastes appareils que desservent des machines à vapeur, et qui me permettent d'étudier expérimentalement, sous tous ses aspects, la question si importante, au point de vue physiologique et médical, de l'influence des changements dans la pression barométrique. J'aurai l'honneur d'exposer successivement à l'Académie, dans une série de Notes, les résultats de mes recherches.

Je lui rendrai compte aujourd'hui des faits relatifs à la mort des animaux soumis à des pressions inférieures à celle de la pression atmosphérique moyenne, et particulièrement à la composition de l'air confiné et raréfié dans lequel il succombent.

Lorsqu'on diminue brusquement la pression à laquelle est soumis un vertébré à sang chaud, jusqu'à l'abaisser à 15 ou 18 centimètres de mercure, on voit l'animal bondir, être pris de convulsions et succomber rapidement, avec une écume sanguinolente dans les bronches. La mort arrive également vite, que la cloche où est renfermé l'animal soit close ou qu'elle soit traversée par un courant d'air continu : dans le premier cas, l'air ambiant est à peine altéré? dans tous les deux, le sang est noir dans les cavités gauches du cœur.

Mais si l'on abaisse graduellement la pression, on peut, avec des précautions suffisantes et en renouvelant activement l'air dès le début de l'expérience, arriver à faire vivre des animaux, pendant un temps notable, à de très-faibles pressions. Ils finissent alors, si l'on ferme la cloche, par mourir d'asphyxie. Or la composition de l'air dans lequel ils périssent varie considérablement avec la pression.

Pour chaque espèce, la capacité des cloches était en raison inverse de la pression, de manière que les animaux avaient sensiblement la même quantité d'air à leur disposition. J'amenais graduellement et lentement les animaux à la pression que je voulais obtenir, m'arrêtant lorsqu'ils paraissaient souffrir, et renouvelant constamment et énergiquement l'air autour d'eux; alors seulement je fermais les robinets.

Il n'a pas été possible de faire vivre les oiseaux à une pression inférieure à 18 centimètres; les mammifères, au contraire, ont pu être amenés jusqu'à 12 centimètres; dans cette condition, leur température s'abaissait de plusieurs degrés. Les animaux à sang froid, certains mammifères nouveau-nés vont beaucoup plus loin. Une cresserelle, oiseau d'assez haut vol, supporta encore moins la diminution de pression qu'un moineau; un hérisson se montra aussi susceptible que les autres mammifères, et ne put être mis en état d'hibernation.

Relativement à l'épuisement de l'air pour une même pression, les animaux qui laissaient le plus d'oxygène et qui formaient le moins de CO^2 ont été les cresserelles, les chouettes (*Strix psilodactyla*) et les chats adultes, puis les moineaux, puis les grenouilles et les chats nouveau-nés, enfin les cochons d'Inde pour les pressions supérieures à 26 centimètres; au-dessous, les grenouilles et les petits chats épuisaient davantage l'air.

Un simple coup d'œil jeté sur les graphiques montre que la quantité d'oxygène qui reste dans l'air après la mort est d'autant plus grande que la pression est plus faible : la quantité du CO^2 formé varie en sens inverse.

Si l'on examine de plus près, on constate que les modifications ne commencent guère à se produire que vers 55 centimètres de pression, ce qui correspond environ à 2,000 mètres d'altitude. Elles suivent alors une marche assez régulièrement progressive jusqu'au niveau des pressions de 30 centimètres et au-dessous, où les phénomènes s'accentuent davantage.

Voici quelques chiffres qui donnent la mesure de ces différences dans la composition de l'air après la mort :

« *Moineaux francs.* — Pression de $76^c,4$: CO^2, $15^c,4$; O, 3,6. — 55^c : CO^2 14,7; O, 3,6. — 47^c : CO^2, 14,2; O, 5,2. — 37^c : CO^2, 11,5; O, 7,4. — 30^c : CO^2, 10,1; O, 8,7. — 26^c : CO^2, 7,8; O, 11,2. — $19^c,7$: CO^2, 7,1; O, 12,8. — 18^c : CO^2, 2,8; O, 18.

« *Chouettes.* — Pression de 76^c : CO^2, 13,2; O, 3,1. — 28^c : CO^2, 6,4; O, 13,4. — 23^c : CO^2, 3,3; O, 17,1. — $19^c,5$: CO^2, 2,6; O, 17,6.

« *Chats.* — Pression de 75^c : CO^2, 13,2; O, 4,4. — 51^c : CO^2, 10,1; O, 8,5. — $29^c,5$: CO^2, 9,6; O, 10,3. — 21^c : CO^2, 6,4; O, 15,5. — 16^c : CO^2, 5,5; O, 16,6.

« *Chats nouveau-nés.* — Pression de 58^c : CO^2, 17,1; O, 3. — $25^c,5$: CO^2, 14,5; O, 7,1. — 20^c : CO^2, 14,5; O, 8,5. — $16^c,5$: CO^2, 10,7; O, 3.

« *Cochons d'Inde.* — Pression de 76^c : CO^2, 16,4; O, 2,3. — $46^c,5$: CO^2, 16; O, 3,4. — 36^c : CO^2, 17,8; O, 4. — 28^c : CO^2, 15,7; O, 5,2. — $19^c,5$: CO^2, 15,6; O, 7,6. — 16^c : CO^2, 9,8; O, 14,5. — 12^c : CO^2, 3,1; O, 17,6.

« *Grenouilles.* — Pression de 76^c : CO^2, 17,4; O, 0,3. — 56^c : CO^2, 17,7; O, 1,7. — 29^c : CO^2, 15; O, 3. — 20^c : CO^2, 12; O, 8,4. — 14^c : CO^2, 6,3; O, 15,2. — $5^c,5$: CO^2, 3,4; O, 18,2.

« *Chrysomèles.* — A 76^c, ou à 9^c, ou même à 4^c, ont épuisé complètement l'oxygène, et laissé de 18 à 20 de CO^2. »

J'exposerai dans une autre communication les conséquences que l'on peut tirer de ces expériences, relativement à l'asphyxie et à l'influence des altitudes.

Physiologie. — *Des gaz du sang. — Expériences physiologiques sur les circonstances qui en font varier la proportion dans le système artériel.* Note de **MM. ED. MATHIEU** et **V. URBAIN**, présentée par M. Cahours.

Nous nous sommes proposé de déterminer les influences diverses qui peuvent faire varier la quantité des gaz contenus dans le sang artériel. Ces variations sont sous la dépendance de phénomènes particuliers dont l'étude était importante, car l'arrivée au contact des tissus d'un sang plus ou moins oxygéné exerce une action directe sur l'intensité des combustions intimes. Dans ce premier mémoire, après avoir décrit l'appareil qui nous a servi pour l'analyse des gaz du sang, nous examinons l'effet des saignées, puis celui de la circulation au point de vue de l'identité de composition du sang artériel dans les différents vaisseaux, enfin nous étudions l'influence de la température extérieure et de la pression atmosphérique sur la quantité d'oxygène fixé par la respiration.

I. *Influence des pertes du sang sur la proportion des gaz du sang artériel.* — Les saignées pratiquées à un animal amènent des modifications dans la proportion des gaz que renferme son sang artériel. Nous avons trouvé chez des chiens à jeun, saignés à la crurale, les différences suivantes :

Saignées de 20 centimètres cubes à un jour d'intervalle.

	Resp. 22	Resp. 15
	cc	cc
O	21,50	20,25
CO^2	47,50	54,50

Saignées successives de 20 centimètres cubes à une heure d'intervalle.

	Resp. 18	Resp. 16	Resp. 16	Resp. 14	Resp. 12
	cc	cc	cc	cc	cc
O	20,00	18,75	17,75	16,50	15,65
CO^2	52,75	49,25	49,25	48,25	47,35

Saignées successives de 40 centimètres cubes.

	Resp. 17	Resp. 15	Resp. 12
	cc	cc	cc
O	20,75	17,25	14,80
CO^2	67,25	54,50	48,40

Un grand nombre d'analyses nous ont montré que pour des pertes de sang de 20 centimètres cubes, on obtient une décroissance des chiffres d'oxygène représentée assez exactement par les nombres suivants : 2e saignée, $1^{cc},25$; 3e saignée, $2^{cc},25$; 4e saignée, 3^{cc}; 5e saignée, $3^{cc},50$. Cet effet était indispensable à connaître, car si l'on soumet un animal à des influences diverses et qu'on lui prenne chaque fois du sang pour en analyser les gaz, le résultat des secondes analyses est modifié à la fois par les circonstances que l'on a fait intervenir et par la saignée antérieure. Pour supprimer cette dernière influence et connaître exactement celle que l'on étudie, il suffit de relever les chiffres d'oxygène des différentes saignées dans la proportion indiquée ci-dessus. Cette correction sera plus exacte encore si l'on a soin de déterminer la composition normale du sang de l'animal sur lequel on opère au commencement et à la fin d'une série d'expériences. En tenant compte de ces observations, on pourra avec avantage employer le procédé des saignées successives, car il permet d'écarter certaines causes d'irrégularités dues aux impressions douloureuses et à des différences individuelles qu'il est fort difficile d'éviter en agissant autrement.

L'influence dépressive des saignées provient de la perte d'une plus ou moins grande quantité de globules sanguins et surtout de la diminution de la pression intravasculaire, l'abaissement de cette dernière ayant pour conséquences l'accélération de la circulation et accessoirement le ralentissement de la respiration. Quinze à vingt jours après la saignée, tout effet a disparu, et l'on retrouve des chiffres à peu près identiques à ceux qu'on avait obtenus une première fois.

II. *Proportion des gaz contenus dans le sang des différentes artères.* — On admet généralement que le liquide sanguin présente la même composition dans tout le système artériel. Cette opinion est à peu près exacte, si l'on compare le sang de deux vaissseaux du même calibre, tels que les artères carotide et crurale, chez le chien; mais si l'on s'adresse à des artères de diamètres fort différents, les analyses indiquent toujours une proportion d'oxygène et d'acide carbonique plus élevée dans le contenu du vaisseau le plus volumineux.

N° 1

	Sang de la carotide.	Branche de la crurale.	Carotide.	Branche de la crurale.
	cc	cc	cc	cc
O	25,00	22,00	23,50	21,25
CO^2	54,50	44,00	46,50	37,50

N° 2

	Linguale droite.	Carotide droite.	Linguale droite (1).	Carotide droite.
	cc	cc	cc	cc
O	19,00	20,75	18,75	19,00
CO^2	44,00	51,75	60,75	43,50

N° 3

	Crurale.	Branche de la crurale.
	cc	cc
O	12,67	10,16
CO^2	62,50	52,10

Ces différences pouvaient tenir à des oxydations intravasculaires; mais étant connue la rapidité de la circulation, il fallait que ces oxydations se produisissent avec une intensité extrême. Or nous nous sommes assurés que du sang, maintenu à 38 degrés à l'abri du contact de l'air, perd son oxygène fort lentement. Cette perte, après une heure, est de $3^{cc},50$ pour 100 environ; après deux heures, elle est de 7 centimètres cubes. De plus le sang de deux vaisseaux de diamètres inégaux, pris à la même distance du cœur, présente des différences (expérience n° 3), tandis que la longueur et les sinuosités du trajet restent sans action (expérience n° 2). Des oxydations intravasculaires ne pouvaient donc pas expliquer les résultats que l'on constate.

Dans certaines expériences, nous avions remarqué que la densité du sang diminue dans les artérioles en même temps que la proportion d'oxygène. Ce fait, que nous avons souvent vérifié depuis, a été le point de départ de recherches que nous avons entreprises sur le mode de distribution dans des canaux ramifiés d'un liquide tenant en suspension des particules pesantes et présentant une certaine analogie avec le sang, dont les globules flottent dans le sérum. Or, si l'on injecte un liquide de ce genre dans un système de tubes ramifiés présentant des diamètres différents, on observe que la portion qui s'écoule par une branche droite et large présente une densité notablement supérieure à celle qui sort par une bifurcation latérale et étroite. Ces variations de densité s'expliquent facilement, car les particules en suspension possèdent une quantité de mouvement plus considérable que celles du liquide environnant à cause

(1) Sang venu par anastomose de la linguale gauche, la carotide droite étant oblitérée.

de leur plus grande masse, et par suite elles éprouvent plus de difficulté que celles-ci à changer leur direction initiale à la naissance d'un embranchement.

En appliquant ces résultats à la circulation du sang, les organes fixateurs de l'oxygène, c'est-à-dire les globules en suspension dans le plasma, devaient se trouver en plus grand nombre dans les grosses artères, ce qui est démontré par la densité plus élevée du sang qui y circule, et ce qui explique parfaitement la proportion plus considérable d'oxygène que l'on trouve dans le contenu de ces mêmes vaisseaux.

III. *Influence de la température extérieure sur les gaz du sang.* — Le sang artériel des animaux à température constante contient plus d'oxygène en hiver qu'en été. Ce fait, qui explique la résistance de ces animaux au refroidissement, est démontré par les analyses suivantes :

Expér. des 21 mars.	5 juin.	5 juillet.
Temp. extér. + 4°,8	+ 16°	+ 23°,9
	cc	cc	cc

	cc	cc	cc
O.	20,25	19,40	16,56
CO^2.	49,00	40,50	47,47

	Expér. des 3 avril.	10 juin.
	Temp. extér. + 8°	+ 17°,4
	cc	cc
O.	24 50	17,00
CO^2.	50,75	50,75

	Expér. des 27 mars.	22 juillet.
	Temp. extér. + 0°,7	+ 24°
	cc	cc
O.	22,10	11,56
CO^2.	49.75	47,51

	8 juin 1870	
	Air respiré à 28°.	Air respiré à 18°.
	cc	cc
O.	19.75	21,25
CO^2.	50,50	52,75

Ainsi, le sang artériel fixe une quantité d'oxygène d'autant plus grande que l'air inspiré est plus froid. Ce phénomène se rattache à l'endosmose pulmonaire plus active par une température basse que par une température élevée. Voici les preuves expérimentales à l'appui. Graham avait établi que la diffusion entre deux gaz séparés par une cloison humide est proportionnelle à leur solubilité respective. Nous avons vérifié que cette diffusion au travers d'une membrane animale est d'autant plus rapide qu'elle s'effectue dans un milieu plus froid. On a employé pour ces expériences les gaz oxygène et acide carbonique; une vessie humide renfermant l'oxygène était introduite dans un flacon rempli d'acide carbonique, maintenu soit à la température ambiante, soit à une température plus élevée au moyen d'un bain-marie. L'analyse des gaz contenus dans le flacon a indiqué, au bout de deux heures, à une température de 15 degrés, un passage d'oxygène de 47 centimètres cubes, et, à une température de 50 degrés, un passage de 19cc,50 seulement, les autres conditions étant exactement les mêmes.

On obtient un effet analogue, en faisant passer un courant d'air à deux températures différentes au travers d'une même quantité de sang défibriné et désoxygéné, maintenu à une température constante de 38 degrés. On constate que le sang traversé par l'air le plus froid a fixé une quantité d'oxygène plus élevée. L'absorption par les animaux d'une plus forte proportion d'oxygène pendant la saison froide est donc un phénomène purement physique que régissent les lois de l'endosmose gazeuse. Les changements diurnes de la température suffisent pour provoquer ces variations, auxquelles n'échappent pas les animaux en léthargie par le froid.

Enfin l'introduction dans l'économie d'une plus grande quantité d'oxygène par une température basse, coïncide avec l'augmentation des combustions organiques qui s'observe en hiver. Ces changements dans l'intensité des combustions intimes résultent de l'apport variable de l'oxygène, car on les rend évidents en changeant la température de l'air que respire un animal.

	Air respiré à 22°.		Air respiré à 40°.		Air respiré à 10°.	
	Sang artériel.	Sang veineux.	Sang artériel.	Sang veineux.	Sang artériel.	Sang veineux.
	cc	cc	cc	cc	cc	cc
O.	21,25	13,50	18,50	13,00	21,25	12,25
CO^2.	47,20	61,25	50,00	60,25	55,50	58,00
Oxygène disparu :	7cc,75		5cc,50		9cc,00	

IV. — *Influence de la pression atmosphérique.* — Nous avons directement constaté que le sang artériel contient davantage d'oxyde et d'acide carbonique lorsque la pression atmosphérique est plus élevée, et réciproquement.

Pression de l'air inspiré.	764mm	734mm	794mm
O.	22cc,50	21cc,50	24cc,00
CO^2.	51cc,50	49cc,75	56cc,50

Les résultats très-nets qu'indiquent ces analyses sont encore une conséquence des lois de l'endosmose des gaz au travers des membranes humides. La quantité d'acide carbonique contenu dans le sang artériel s'accroît lorsque la pression atmosphérique augmente, parce que la portion de ce gaz non éliminé des tuyaux bronchiques subit elle-même les variations de la pression.

Physiologie. — *Nouvelles observations sur le développement des écrevisses.* Note de M. SAMUEL CHANTRAN, présentée par M. Ch. Robin.

Mes nouvelles expériences ont confirmé les faits que j'ai déjà exposés l'an passé, notamment en ce qui concerne la durée de la vie des jeunes écrevisses sous l'abdomen de la mère; j'ai observé que non seulement elles se nourrissent de la pellicule des œufs et de la carapace provenant de leur première mue, mais que les plus fortes mangent les individus qui se développent difficilement à cause de leur agglomération, et qui ne peuvent muer. Faciliter cette mue est probablement l'une des raisons qui font que dans les deux ou trois premiers jours qui suivent l'éclosion, la mère agite constamment ses fausses pattes, auxquelles sont suspendues les jeunes écrevisses. Celles qui, en muant, se brisent les membres, sont aussi dévorées par leurs compagnes. Ainsi les écrevisses, dès qu'elles ont dix jours, se mangent entre elles; il en est, du reste, de même de celles de tout âge, lorsqu'elles muent et sont en trop grand nombre dans un petit espace.

J'ai observé aussi que la température exerce une influence marquée sur la durée de l'incubation des œufs et sur le nombre des mues périodiques. Le nombre des mues est de huit dans la première année qui suit l'éclosion. Il est de cinq dans la deuxième année ou de six dans les années où la température est élevée. Il est de deux à trois dans la troisième, ce qui fait de quinze à dix-sept mues en tout au commencement de la quatrième année. L'écrevisse mâle devient adulte, c'est-à-dire apte à l'accouplement, en entrant dans sa troisième année, et la femelle apte à la fécondation au début de la quatrième année.

Tous les savants savent que les organes de l'écrévisse se reproduisent. D'après mes expériences, les antennes repoussent pendant le temps qui sépare une mue de la suivante. Les autres membres, tels que grosses pattes, petites pattes, fausses pattes et lamelles de la queue, se régénèrent plus lentement, trois mues ayant lieu durant leur régénération. Lorsque survient la quatrième mue, les membres régénérés ont toute leur force. Dans la première année de leur existence, soixante-dix jours suffisent aux jeunes écrevisses pour la régénération de ces divers membres. Il n'en est pas de même pour l'écrevisse adulte : il faut à la femelle de trois à quatre ans pour refaire ses membres et au mâle un an et demi à deux ans, car le mâle mue deux fois par an et la femelle adulte une seule fois.

Dans une prochaine note, je ferai connaître les résultats d'expériences de ce genre, qui concernent spécialement la régénération des yeux.

La séance est levée à six heures.

DOCUMENTS

POUR SERVIR A L'HISTOIRE DU MOUVEMENT SCIENTIFIQUE PENDANT LE SIÉGE DE PARIS (1).

27 DÉCEMBRE.

XLI. **Académie de médecine.** — L'Académie tient séance.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 27 décembre 1870. — Présidence de M. DENONVILLIERS.

PRÉSENTATION.

M. J. GUÉRIN offre à l'Académie, au nom de l'auteur, M. Decroix, un travail où ce savant vétérinaire relate des expériences qu'il a faites sur lui-même en mangeant de la viande d'animaux malades ou altérés. Ces expériences sont très-intéressantes au point de vue physiologique et elles sont propres à rassurer la population sur l'usage alimentaire de la viande de certains animaux.

PRIX.

M. LE PRÉSIDENT propose, au nom du bureau, de ne pas proroger l'époque de la remise des travaux pour les prix, afin de maintenir l'égalité entre tous les concurrents, par conséquent de laisser les choses où elles en sont, la distribution des prix devant se faire plus tard, après que les commissions auront trouvé des temps plus propices pour l'examen des travaux et le classement des candidats. Mais ces mêmes commissions auront à désigner le programme des questions pour les prix à délivrer en 1871. (Adopté.)

ÉLECTIONS.

L'Académie procède au renouvellement partiel des membres du bureau et du Conseil pour l'année 1871.

M. Barth est élu vice-président par 34 suffrages sur 45 votants.

M. Béclard est, comme toujours, maintenu par acclamation dans les fonctions de secrétaire annuel.

MM. Richet et Reynal, chacun après deux tours de scrutin, sont élus membres du conseil.

DISCUSSION.

M. GOSSELIN, laissant de côté les accidents aigus de l'alcoolisme, ivresse et *delirium tremens*, étudie l'influence de l'alcoolisme chronique : 1° sur les maladies chirurgicales; 2° sur les suites des opérations.

Toutes les maladies chirurgicales ne sont pas influencées au même degré par l'alcoolisme chronique; celles qui, d'après l'expérience personnelle de M. Gosselin, sont le plus profondément modifiées dans le sens d'un pronostic défavorable, sont les maladies qui donnent lieu à de la suppuration. Tels sont : l'érysipèle phlegmoneux sous cutané; les maladies suppurantes des voies urinaires (cystite purulente à des rétrécissements, à un engorgement de la prostate); certaines lésions traumatiques de l'encéphale, comme les commotions cérébrales produites par une chute, avec ou sans fracture du rocher; les fractures des os volumineux compliquées de plaie, etc.

Ces notions sur la gravité de certaines maladies chirurgicales chez les alcooliques, à propos desquelles l'expérience de M. Gosselin est d'accord avec l'opinon professée par M. Verneuil, n'impliquent malheureusement aucune notion spéciale sur la médication à mettre en pratique. M. Gosselin fait le même aveu d'impuissance que son collègue. Les hypothèses qu'on peut faire à ce sujet apportent peu de lumière. Les blessés atteints d'alcoolisme ne sont pas toujours arrivés à la période des lésions viscérales de cette intoxication, et cependant ils résistent moins que ceux qui ont toujours eu des habitudes de sobriété. M. Gosselin compare leur état à une sorte de sénilité précoce : or l'art a peu de puissance pour combattre les effets de la sénilité.

Relativement à l'influence de l'alcoolisme sur les suites des opérations chirurgicales, M. Gosselin distingue ces blessures en petites ou grandes, suivant qu'elles intéressent ou non le squelette. Pour les premières, il croit à une gravité plus grande chez les alcooliques; mais il n'a sur ce point que des présomptions. Son opinion n'est pas mieux assise en ce qui concerne les grandes opérations; une étude comparative suffisante lui fait défaut. Ces grandes opérations se font, en effet, pour des cas pathologiques ou pour des cas de traumatisme. Les premières ne se pratiquent guère que chez de jeunes sujets qui n'ont pas contracté des habitudes invétérées d'ivrognerie, et, quant aux secondes, elles sont excessivement graves dans nos hôpitaux et réussissent rarement, que les individus soient ou non entachés d'alcoolisme. M. Gosselin a bien tendance à croire que les suites de ces opérations sont plus graves chez les alcooliques; mais ici encore il n'a que des présomptions, et il ne peut le démontrer par son expérience personnelle. Il fait appel, en finissant, à celle de ses confrères.

La séance est levée à quatre heures trois quarts.

XLII. **Ambulances.** — Nous craignons qu'on ne se méprenne sur le sens et sur la portée de la Note que nous a communiquée ce matin M. le ministre de l'intérieur relativement aux ambulances; nous tenons à établir sans délai l'interprétation que nous croyons être la véritable : il a été parfaitement reconnu par le Gouvernement lui-même, par la commission supérieure des ambulances et par l'intendance, qu'il y a deux catégories d'ambulances : celles qui sont destinées aux blessés et celles où on ne reçoit que des malades. On est tombé d'accord sur cet autre point essentiel, qu'en aucun cas on ne mêlerait les malades aux blessés dans une même ambulance, à moins que les locaux ne fussent assez vastes et les salles assez distantes l'une de l'autre pour qu'il n'y eut aucune communication possible entre les blessés et les malades, conditions très-rarement réunies, ainsi que nous l'avons fait remarquer dans plusieurs de nos articles précédents. De telle sorte que, règle générale il faut réserver certaines ambulances pour les blessés et certaines autres pour les malades; sinon on fera courir, par une déplorable promiscuité, les plus grands risques aux malades et aux blessés, risques assurément beaucoup moins considérables si cette promiscuité n'a lieu que pour les vrais convalescents malades ou blessés.

Cela étant admis par tout le monde, par les médecins aussi bien que par les administrations compétentes, il est parfaitement vrai, comme le dit M. le ministre de l'intérieur, que certaines ambulances se sont, de leur propre autorité, arrogé le droit ou le privilége de ne recevoir que des blessés, parce que le blessé est « mieux porté » que le malade. C'est une prétention étrange que nous avons toujours énergiquement combattue; c'est un abus auquel nous croyions que la commission supérieure avait mis fin, en attribuant à chaque ambulance, en raison des ressources qu'elle présente et des garanties qu'elle fournit, soit des blessés, soit des malades, avec défense absolue de transgresser la règle. Nous voyons par la note de M. le ministre que cette notion si simple, si élémentaire, n'a pas encore pénétré dans la tête de tous les directeurs d'ambulances, et nous sommes heureux que M. le ministre rappelle qui de droit à l'exécution rigoureuse des mesures arrêtées d'un commun accord pour la répartition des blessés et des malades.

Quelques personnes, et même les autorités municipales, seraient mal fondées à conclure de la note précitée que M. le ministre veut imposer des blessés aux ambulances reconnues pour recevoir des malades, et réciproquement. Non, mille fois non; telle n'est pas son intention, bien au contraire. Une ambulance classée comme asile exclusif pour les blessés est parfaitement justifiée à l'avance de refuser des malades d'où qu'ils lui soient envoyés, *et v ce versâ.* C'est à l'administration de connaître les deux classes d'ambulance, d'agir en conséquence, de ne pas se fourvoyer, et de ne pas compromettre le salut de nos soldats par des transports multipliés et inutiles, résultant de fausses directions ou d'ordres mal compris.

Il s'est présenté il y a quelques jours une question difficile à juger pour un simple particulier, mais qu'il n'est pas malaisé à un médecin de trancher; c'est celle-ci : Les soldats atteints de congélation doivent-ils être rangés parmi les blessés ou parmi les malades? Dans certaines ambulances, on a prétendu que la congélation ne rentre pas dans le domaine de la chirurgie; mais un chirurgien ne s'y fût certes pas trompé, et il aurait admis sans hésiter les malheureux soldats frappés par le froid, sachant bien que si la congélation n'est peut-être pas, *ipso facto*, un cas chirurgical, elle le devient presque fatalement, si elle a été portée assez loin pour entraîner secondairement la mortification ou la gangrène.

C'est peut-être la seule circonstance où il puisse se produire quelque doute; dans toutes les autres, on ne saurait en élever, et l'interprétation de la note de M. le ministre, expliquée comme il convient, ce nous semble, ne prête pas à la moindre ambiguïté. Toutefois il ne serait pas inutile qu'elle reçût, pour le public et pour les municipalités, un commentaire officiel, afin d'éviter les conflits qui ne manqueraient pas de se produire par excès de zèle et faute d'explications catégoriques.

CH. DAREMBERG.

28 DÉCEMBRE.

XLIII. **Commission d'hygiène.** — En présence des accidents qui sont survenus par suite de l'abaissement de la température, la commission centrale d'hygiène et de salubrité croit devoir rappeler les prescriptions suivantes :

1° Quand on est saisi par le froid en plein air, il importe de ne pas s'asseoir ni se coucher, le repos et le sommeil devenant en pareil cas, presque inévitablement mortels; quiconque s'arrête s'endort, dit Solander, et quiconque s'endort ne se réveillera plus.

Lorsqu'on est appelé à donner des soins à un homme atteint de congélation générale, et dont la vie n'est pas éteinte, il convient de lui donner des boissons chaudes et de le ranimer au moyen de frictions directes faites sur tout le corps avec des linges ou des éponges mouillées d'eau froide, puis d'eau tiède, et enfin d'eau chaude, de façon à ramener la chaleur progressivement.

2° Pour les congélations partielles des pieds et des mains, il faut éviter, lorsqu'on rentre dans les habitations, de présenter devant le feu les parties refroidies. On doit, pour ramener la vitalité, frotter ces parties doucement, pendant vingt à trente minutes, avec une éponge ou un linge, ou simplement la main mouillée de neige, ou,

(1) Suite. — Voir le dernier numéro.

à défaut de neige, mouillée d'eau froide. On frotte ensuite de la même façon, et pendant le même temps, avec de l'eau légèrement tiédie ou avec une flanelle sèche. On enveloppe enfin les parties malades avec des linges chauds, et on ne les présente au foyer que quand la sensibilité et la chaleur ont été ramenées par les moyens dont on vient de parler.

Comme complément de la note du *Journal officiel*, qui met les ambulances privées en demeure de recevoir toutes les maladies non contagieuses, la commission centrale d'hygiène croit devoir publier la déclaration suivante :

Les seules maladies véritablement contagieuses sont la variole, la rougeole et la scarlatine; quant aux autres fièvres existant à Paris, les malades qui en ont été atteints ne peuvent pas transporter, surtout étant en convalescence, de miasmes dangereux.

Aux indications données plus haut, nous ajouterons quelques recommandations utiles que M. le docteur Henri Favre, ex-médecin de la marine en Crimée, veut bien nous adresser :

« Les dangers qui résultent de l'abaissement graduel de la chaleur dans les parties de notre économie physiologique ne sauraient être trop signalés aux soldats de tout ordre chargés de la garde de nos positions et de nos remparts. Il ne suffit pas de se couvrir, il est prudent de se *calfeutrer* sur les parties les plus exposées : pieds, mains, oreilles, nez, front, etc.; il n'y aurait peut-être pas à hésiter à mettre, à la façon des peuples du Nord, un enduit de suif qui serait un bon préservatif durant le temps de la faction. La sentinelle, une fois relevée, ne rentrera pas immédiatement dans le poste chauffé.

« Il convient, auparavant, qu'elle se frictionne un peu les parties engourdies et respire à l'aise en tenant son mouchoir devant sa bouche. En revenant prendre place au milieu des camarades, le soldat aura soin de ne se point approcher du feu avant de se sentir complétement dégourdi. Faute de cette précaution, il peut se déclarer subitement une congélation plus ou moins sérieuse, qui n'était qu'en imminence. Qu'on n'oublie pas que les conséquences d'une congélation, même minime, peuvent être très-graves et entraîner la perte, par mortification, de la partie atteinte.

« Qu'on n'oublie pas non plus que l'eau-de-vie devient un breuvage dangereux; elle ne donne qu'une énergie factice, elle énerve plus qu'elle ne soutient. Quelques gorgées de vin chaud, si c'est possible, sucré et aromatisé avec de la cannelle, sont au contraire du plus salutaire effet contre les dangers du froid. »

29 DÉCEMBRE.

XLIV. **Légion d'honneur.** — Par décret en date du 27 décembre 1870, rendu sur la proposition du ministre de la marine et des colonies, le docteur Leroy (Osmond-Olivier-Marie-Onésime-Cyr), aide-médecin commissionné, médecin auxiliaire de 2e classe de la marine, a été nommé chevalier de l'ordre national de la Légion d'honneur. (A donné l'exemple d'un admirable dévouement en soignant plus de trente blessés sous le feu de l'ennemi à l'affaire du Bourget, du 21 décembre.)

XLV. — **Bombardement.** — Le bombardement, commencé hier, a continué aujourd'hui. L'ennemi a dirigé contre nous le feu de ses batteries de gros calibre et couvert de plusieurs milliers de projectiles de 24 les forts de Rosny, de Noisy et le plateau d'Avron. En ce qui regarde les forts, leurs garnisons n'ont eu, en réalité, que peu à souffrir. Selon l'usage, les hommes qui n'étaient pas de service avaient reçu l'ordre de se retirer dans les casemates blindées. Aussi, malgré la quantité d'obus lancés par l'ennemi, on ne compte qu'un tué, dix blessés et quelques contusionnés.

Il n'en pouvait être de même sur le plateau d'Avron. Cette position, entièrement découverte, n'offre à nos soldats, en dehors des tranchées de campagne, dont elle est entourée, aucun abri naturel. Toute la journée le plateau a été labouré par le tir de huit batteries convergentes. Le gouverneur s'est rendu sur les lieux ; il a visité les tranchées, encouragé les soldats, et donné les ordres nécessaires.

L'emploi par l'ennemi de moyens nouveaux et très-puissants nous obligera sans doute à modifier notre système de défense. Selon toute probabilité, c'est le bombardement qui commence, le bombardement par les fameux canons Krupp, tant de fois annoncés. Mais tout a été prévu dès le début du siége, même les extrémités auxquelles pourrait se porter l'assiégeant, quand il en viendrait à éprouver des doutes sur la possibilité de prolonger le blocus.

Malgré des pertes sensibles, les troupes, d'abord un peu étonnées, ont soutenu avec fermeté cette attaque violente et d'un caractère tout à fait inattendu pour elles.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments ou autres objets).

Traité des opérations qui se pratiquent sur l'œil, par le docteur E. Meyer, chevalier de la Légion d'honneur, et le docteur A. de Montméja, ancien chef de clinique ophthalmologique, rédacteur de la *Revue photographique des hôpitaux*, ex-interne provisoire des hôpitaux de Paris. Un volume de 276 pages in-4°, relié demi-chagrin, doré en tête, avec 190 figures sur bois dessinées par Leveillé, gravées par Badoureau, et accompagné d'un atlas photographique de 22 planches (ouvrage terminé). — Prix : 40 fr.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

N° 51. — SAMEDI 29 AVRIL 1871. 44e ANNÉE. SAMEDI 29 AVRIL 1871. — N° 51.

Le journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

SOMMAIRE. — REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE. Pansement des plaies. Occlusion par oblitération et par revêtement — SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX. — Documents pour servir à l'histoire du mouvement scientifique pendant le siége de Paris. — Nouvelles. — Bulletin bibliographique

Paris, le 28 juillet 1871.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Pansement des plaies. — Occlusion par oblitération, et occlusion par revêtement.

Nous avons dit que le mot occlusion était également employé pour désigner deux opérations toutes différentes :

1° La fermeture des plaies, l'oblitération réelle et complète des ouvertures obtenue, par exemple, à l'aide de baudruche ou de ouate collodionnée.

2° Le revêtement des plaies, soit à l'aide d'un étoupage et d'un appareil inamovible, comme le recommandait autrefois le baron Larrey, soit à l'aide d'un capuchon où l'on fait le vide, comme le veut M. Jules Guérin, soit à l'aide de ouate lavée, purifiée de tout germe et fréquemment renouvelée, suivant la méthode que M. Lister a imaginé à Édimbourg pour remplacer ses pansements par occlusion à l'acide phénique, soit avec des feuilles de ouate telles que le commerce les fournit, serrées fortement par une bande et laissées en place pendant des semaines, suivant la dernière méthode de M. Alphonse Guérin.

Il est certain qu'il y a là dans le langage chirurgical une confusion de termes qui n'est pas des plus favorables à la précision des idées.

Car, il faut le savoir, en pratique les cas qui réclament une occlusion du premier genre, *par oblitération*, ne sont nullement semblables à ceux qui demandent une occlusion du second genre, *par revêtement*.

L'oblitération peut être tentée toutes les fois qu'on peut espérer la guérison sans production de pus. Elle est au contraire absolument contre-indiquée dès lors que la suppuration paraît complétement inévitable.

Son but à elle est de rétablir la continuité effective de l'enveloppe cutanée ; c'est d'enfermer dans les tissus des liquides fibrineux chargés de leucocytes, qui peuvent s'organiser sur place, tant que leurs éléments conservent une complète vitalité, mais qui, s'ils meurent en partie, se transforment en pus, c'est-à-dire en liquide étranger à l'économie, nuisible pour elle et qu'il est urgent d'évacuer.

Ce n'est pas seulement parce qu'elle empêche l'entrée de l'air et celle des germes atmosphériques que l'oblitération est efficace, c'est principalement parce qu'elle maintient dans un milieu vivant des liquides vivants.

Car quelle que soit la théorie que l'on adopte pour expliquer la réparation des tissus, il faut bien admettre, comme un fait d'observation qui s'impose à tous, la distinction des liquides organiques qui sont restés vivants et de ceux qui sont morts. Bien entendu nous nous servons ici du terme *liquides organiques* dans le sens le plus étendu, en y comprenant tous les éléments figurés que le microscope y fait voir.

Or, ces liquides organiques dans leurs éléments doués de vie peuvent mourir de bien des manières : parceque quelque cause a changé leurs conditions de température, de composition, de densité, ou seulement les a isolés des tissus vivants avec lesquels ils font constamment des échanges. L'air extérieur qui entre et sort et se renouvelle peut produire à lui seul tous ces résultats, sans compter que, dans les mouvements, les liquides qui sortent et rentrent les produiraient bien plus sûrement encore ; et c'est ce qu'on veut empêcher en isolant le foyer de la plaie par les procédés d'oblitération.

Les procédés de revêtement, au contraire, n'isolent pas le foyer de la plaie, n'empêchent pas les liquides de sortir et de rentrer, ne mettent même, pour la plupart, pas obstacle à l'accès de l'air.

Autre est leur but.

En dehors de la plaie, ils constituent une sorte de poche, de foyer secondaire et extérieur, pour ainsi dire, où le pus fermé dans la plaie peut se déverser. C'est autour de ce pus que l'isolement commence, et cet isolement n'est pas absolu. Il ne s'agit pas en effet d'entretenir la plénitude de la vie dans un liquide qui, par sa nature, l'a déjà perdue. On veut l'empêcher de se corrompre, de fermenter, et c'est dans ce but qu'on le protége contre les germes qui pourraient venir du dehors.

Ici donc l'occlusion se fait autour du pus, en dehors de la plaie; tandis que là elle se faisait à l'orifice de la plaie elle-même, autour de la *lymphe plastique*, pour employer un terme commode, bien qu'actuellement démodé.

Il faut éviter de confondre, d'après les mots, des choses si différentes, comme pourrait le faire un chirurgien peu attentif ou un élève peu intelligent.

Ainsi, dans un mémoire qu'il vient de publier dans les *Archives de médecine*, M. Sédillot recommande de panser par occlusion les fractures du fémur par armes à feu. Voici ses termes mêmes :

« L'extraction des esquilles libres serait pratiquée immédiatement après la blessure, les plaies *fermées par occlusion* et un bandage ouaté et plâtré appliqué sur toute la longueur du membre, ou tout autre appareil solidifié avec l'amidon ou le silicate de potasse, dont l'usage devrait peut-être être réservé pour la fin du traitement en raison de la difficulté qu'on éprouve à le ramollir et à l'enlever. On placerait des fenêtres vis-à-vis des plaies, avec la précaution de les fermer tant que l'abondance du pus n'en exigerait pas l'ouverture. »

Ne croirait-on pas, à la lecture de ce passage, que l'occlusion par oblitération est bien celle dont veut parler l'illustre chirurgien ?

Mais c'est chose impossible.

Comme l'a fort bien dit M. Richet dans sa dernière leçon clinique, les fractures par armes à feu sont trop compliquées pour jamais guérir sans suppuration. Il serait donc absurde de pratiquer l'oblitération des ouvertures en pareil cas. Ce serait vouloir enfermer le pus dans la plaie, comme un loup dans une bergerie; ce serait s'exposer aux fusées purulentes qui, s'étendant le long des muscles, iraient les disséquer au loin; ce serait s'obliger à faire dans l'avenir des ouvertures beaucoup plus grandes que les premières ouvertures si intempestivement bouchées. Aucun avantage, quel qu'il soit, ne pourrait jamais résulter de cette pratique, dont les dangers sont, au contraire, aussi palpables que menaçants. Il faut laisser sortir le pus, puisque le pus se produira fatalement.

M. Sédillot n'a pas oublié, il ne pouvait pas oublier ces préceptes élémentaires. Pour s'en assurer, il suffit du reste de remonter de quelques pages dans son mémoire.

« Nous avons, dit-il, rappelé que Larrey, inspiré par son génie chirurgical, avait recommandé les appareils inamovibles d'occlusion dans les fractures de la cuisse, et avait soutenu que tel était le meilleur moyen de prévenir l'inflammation et les accidents de ces blessures.

« Un malade que j'ai eu sous les yeux et que j'ai déjà cité avait été traité d'une fracture de la partie moyenne de la cuisse par une balle au moyen d'un appareil ouaté et plâtré appliqué depuis l'os iliaque jusqu'au pied, et laissé en place jusqu'à la guérison, qui était complète à la fin de septembre. Les plaies étaient fermées, le membre régulier et peu raccourci, et le cal assez volumineux sans difformité. Je n'ai pu savoir le nom du chirurgien qui avait commis cette heureuse et remarquable hardiesse. Il est arrivé, à ce sujet, ce qui ne s'observe que trop fréquemment. Au lieu d'étudier avec le plus grand soin et dans les plus minutieux détails les circonstances particulières et explicatives des succès obtenus, on s'empresse de généraliser la méthode, c'est-à-dire d'en faire l'application à toutes les fractures compliquées de la cuisse, et on observe des accidents et des revers. C'est une question à revoir. En partant du principe que les faits se reproduisent constamment si les conditions en sont semblables, les exceptions bien comprises deviennent des règles, et se multiplient lorsqu'on en tire des applications rationnelles expliquées par la découverte des causes. . . . .

. . . .

« Nous serions donc disposé à revenir aux appareils d'occlusion et d'immobilisation de Larrey, avec modifications quelconques de son étoupage, dans les cas de fractures peu compliquées, c'est-à-dire sans grands désordres des parties molles et sans fragments osseux isolés. »

On le voit, c'est bien de l'occlusion par revêtement qu'il s'agit; et la hardiesse à laquelle M. Sédillot fait allusion est le fond même de la méthode de M. Alphonse Guérin : laisser une plaie de ce genre suppurer au fond d'un appareil sans la surveiller et sans y toucher pendant un temps plus ou moins long.

Mais, je le répète, ce n'est pas là enfermer le pus dans la plaie. Chez le malade pansé ainsi pour une fracture du tibia, dans le service de M. Alphonse Guérin, le pus, glissant le long de la ouate, s'était accumulé en dessous du talon, à une assez grande distance de la blessure, et la plaie était presque sèche.

Nous insistons longuement sur ce point, parce que l'autorité de M. Sédillot étant considérable, un passage peu clair pourrait avoir des suites déplorables dans la pratique, si par malheur il était mal compris.

Ce qui condamne à suppurer fatalement les plus simples de toutes les fractures par armes à feu, c'est le broyement, l'attrition, ou tout au moins la stupeur locale des tissus touchés par la balle. Non-seulement les os frappés ont généralement des esquilles et des fêlures, mais les parties molles elles-mêmes, divisées par le choc, ont perdu pour l'instant cette vitalité puissante qui permet seule d'organiser sans pus un tissu de réparation.

La *force plastique* est quelque chose dont on se rend assez peu compte ; mais on sait que ce *quelque chose* est à la fois général et local.

Telle espèce animale suppurera plutôt que telle autre, telle race plutôt que telle autre, telle famille plutôt que telle autre, tel individu plutôt que tel autre.

Voilà ce que l'expérience apprend.

Elle apprend aussi que la faculté de cicatriser sans suppuration. ou de cicatriser vite avec suppuration, que la *force plastique* diminue et se perd par suite de maladies, telles que le diabète par exemple.

Elle apprend encore que cette force peut être atteinte localement par suite de causes locales : la présence de varices chez ceux qui sont atteints d'ulcères aux jambes.

Il ne faut donc pas s'étonner si les procédés d'occlusion donnent des résultats si variables selon les malades, soit qu'il s'agisse d'occlusion indirecte par revêtement, soit plutôt encore qu'il s'agisse d'occlusion vraie par oblitération proprement dite.

Un cas très-remarquable de cette dernière espèce s'est présenté dans le service de M. le professeur Richet, qui en a fait le sujet de sa dernière leçon.

Le malade en question est un cocher, ivrogne, qui fut apporté, il y a huit jours, avec une fracture de la jambe compliquée de plaies. Il était alors dans un état d'intoxication alcoolique qui ne permettait pas d'espérer de lui aucun détail sur la manière dont l'accident s'était produit.

A l'examen il fut reconnu que la fracture devait avoir été directe, car la surface de section en était presque transversale, ou *en rave* pour employer l'expression consacrée. Lorsque les fractures du tibia sont indirectes, résultant par exemple d'une chute sur les pieds, elles se font presque toujours suivant une ligne très-oblique, de manière que les fragments se terminent en pointe. Tel n'était pas le cas, je le répète. Les fragments n'offraient pas de saillies bien aiguës. Et cependant ils avaient traversé les muscles et les téguments sur deux points différents, ce qui prouvait la grande violence de la cause fracturante, quelle qu'elle fût. Du reste les plaies, assez larges, laissaient couler une grande quantité de sang; le soir de l'entrée on se contenta d'exercer une compression assez forte sur leurs orifices après avoir réduit la fracture.

Lorsque M. Richet vit le malade pour la première fois, douze heures après, la jambe était très-tuméfiée, et, à côté d'un épanchement sanguin qui remontait jusqu'au genou, on y distinguait cette crépitation spéciale due à la présence d'un gaz. Les ouvertures des plaies laissaient sortir un sang liquide, à la surface duquel on distinguait des gouttelettes huileuses. Ainsi, le sang venait bien du foyer de la fracture, puisqu'il était chargé de la graisse liquide qui s'échappait des cellules rompues de la moelle osseuse.

En pressant le long de la jambe, on pouvait faire refluer le sang épanché et le faire sortir par les ouvertures extérieures.

Le cas paraissait donc très-grave; car, si, comme il était probable, ce sang venait à suppurer, il y avait beaucoup à craindre pour les tissus au milieu desquels il était infiltré déjà, et plus encore pour la vie du malade. Un vaste phlegmon disséquant qui s'étendrait peut-être jusqu'à la racine du membre et toutes les complications du phlegmon diffus, d'une part; et d'autre part des fragments osseux baignant dans le pus, voués à la nécrose, une fracture qui, dans les circonstances les plus favorables, mettrait plusieurs mois à se consolider au milieu du pus : telles étaient les craintes.

Fallait-il dès lors couper le membre pour soustraire le malade à toutes les chances de mort qui devraient résulter pour lui de cette suppuration prolongée : chances de phlébite, d'infection purulente, d'infection putride et le reste ?

Non sans doute, car il faut toujours chercher à conserver un membre tant qu'on a l'espoir légitime d'y arriver.

Restait donc à choisir entre deux partis :

1° Elargir les ouvertures par de longues incisions, comme

le faisait Jobert de Lamballe, pour donner au pus qui se formerait une libre issue, et prévenir autant que possible les fusées purulentes et les phlegmons diffus;

2° Tenter l'obturation complète des ouvertures, pour isoler de l'extérieur le sang épanché.

On pouvait penser qu'il était bien tard, après douze heures écoulées, pour choisir le dernier parti. Ce fut pourtant celui que préféra M. Richet.

Il pratiqua l'occlusion complète de l'une et l'autre plaie à l'aide de baudruche collodionnée, puis il fixa la jambe dans une gouttière, et il attendit.

Je dis il attendit, car, il n'avait pas grand espoir.

Mais enfin, les baudruches étant transparentes, il pourrait surveiller les plaies, bien décidé à les rouvrir si les bords en devenaient gonflés et violacés, si la jambe ne cessait pas d'être chaude et tendue, si le sang paraissait se transformer en pus ou changeait de couleur d'une manière notable.

Rien de tout cela ne se produisit.

Le membre, au contraire, revint en peu de jours presque à son état normal. Il n'est plus chaud ni gonflé, et l'on n'y voit plus que les traces de cette ecchymose étendue qui remontait jusqu'au genou.

Les ouvertures n'ont rien laissé sortir; elles sont toujours fermées, et il ne paraît pas qu'il y ait du pus au-dessous d'elle.

Le sang qui remplit le foyer de la fracture doit s'être enkysté comme le sang s'enkyste toujours rapidement en pareil cas. Si donc il suppurait maintenant, le danger serait beaucoup moindre, puisque le pus serait enfermé dans une sorte de capsule qui protégerait les tissus.

Bref, le résultat est excellent. Il faut même ajouter qu'il est exceptionnel et qu'il démontre chez cet homme, malgré ses habitudes d'ivrognerie, une force plastique considérable.

Chez lui, la présence d'un g<z, probablement de l'air, en contact du sang, l'abondance du sang épanché, la violence du choc reçu, qui a fait pénétrer de gros fragments mousses à travers les chairs et la peau, le temps écoulé depuis la blessure, la complication d'un état d'ivresse, qui, malgré les potions calmantes, se traduisait encore en excitation le lendemain, toutes ces contre-indications réunies n'ont point empêché l'oblitération de réussir.

Mais toutes ces contre-indications ne sont rien à côté de celles que l'on rencontre dans les fractures analogues par armes à feu.

Dr Victor Revillout.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 14 juillet 1871. — Présidence de M. Marrotte.

CORRESPONDANCE

M. le secrétaire général signale parmi les pièces de la correspondance un mémoire de M. Guérard sur la gélatine.

PRÉSENTATIONS

M. Constantin Paul, à l'occasion de la dernière discussion sur le scorbut et les hémorrhagies scorbutiques, présente un mémoire qu'il a fait en 1864 sur les hémorrhagies.

LECTURE

M. Constantin Paul lit un travail intitulé : *Du rétrécissement de l'artère pulmonaire contracté après la naissance, de ses symptômes, de ses complications et particulièrement de la phthisie pulmonaire consécutive.*

Voici le résumé de ce travail :

M. Paul croit que, d'une manière générale, on peut classer les affections du cœur en trois catégories : la première comprend les affections du cœur qui atteignent le fœtus; elles se montrent en général de très-bonne heure, c'est-à-dire dans les trois premiers mois de la vie intra-utérine; elles portent presque toujours sur l'artère pulmonaire et entraînent après leur guérison des obstacles qui s'opposent ensuite au développement régulier du cœur. Puis, dans la vie extra-utérine, la partie du cœur qui est le plus fréquemment atteinte est le cœur gauche, et enfin, dans les derniers temps de la vie, le cœur à sang noir redevient le plus exposé. Tel est l'ordre suivant lequel on voit le cœur s'altérer; il semble, dans cette répation, qu'une fois la vie intra-utérine passée, l'artère pulmonaire et le cône ou infundibulum qui la précèdent jouissent d'une immunité parfaite. Cette immunité, selon M. Paul, n'est pourtant que relative, et il s'applique à démontrer que les altérations de l'artère pulmonaire, pour être rares après la naissance, n'en existent pas moins.

Il n'entend s'occuper ici que du rétrécissement de l'orifice de l'artère pulmonaire acquis et de ses complications, et en particulier de la phthisie pulmonaire consécutive.

M. Paul a eu occasion d'observer il y a deux ans un malade qui présentait les signes d'un rétrécissement de l'artère pulmonaire. Ce diagnostic fut confirmé plus tard par l'autopsie, qui ne montra ensuite d'autre lésion cardiaque qu'une hypertrophie consécutive du cœur droit.

Après de nombreuses recherches dans les annales de la science sur des cas semblables, M. Paul est arrivé à réunir 11 observations semblables à la sienne.

La première observation de ce genre appartient à M. Cruveilhier. Il s'agit d'un rétrécissement de l'orifice sigmoïde de l'artère pulmonaire, avec hypertrophie du ventricule droit, le trou de Botal étant fermé. (Voir Cruveilhier, *Anatomie pathologique*, liv. 28, page 4.)

Vers la même époque, la Société anatomique recevait la présentation d'une pièce analogue, qui établissait l'existence chez un adulte de rétrécissement de l'artère pulmonaire avec oblitération complète du trou de Botal. (Suit l'observation présentée par M. Philoure, *Comptes rendus de la Société anatomique*, 1826, page 158.)

La troisième observation se trouve dans le Traité de M. Bouillaud; elle offre un intérêt particulier en ce qu'elle établit les symptômes observés pendant la vie.

Quatrième observation (Norman, Cheven, *Maladies de l'artère pulmonaire*, Archives générales de médecine, 1847, t. III, p. 501.)

C'est dans ce travail que se rencontrent la plupart des autres observations.

Voici le résumé de l'observation de M. Paul : Rétrécissement de l'orifice sigmoïde de l'artère pulmonaire, hypertrophie du ventricule droit, trou de Botal fermé, pneumonie caséuse consécutive.

A..., 36 ans, entre à l'hôpital le 16 juillet 1869. Cet homme, bien conformé, a été atteint il y a dix ans d'un rhumatisme articulaire aigu sans manifestations cardiaques. Il tousse depuis deux ans, et depuis trois mois est atteint d'une fièvre intermittente quotidienne; et enfin, quelques jours avant son entrée à l'hôpital, il a eu une première hémoptysie.

Il présente le facies ordinaire des tuberculeux. Les deux poumons sont atteints, surtout le droit. Diminution de sonorité à la percussion, faiblesse du murmure respiratoire, râle sous-crépitant humide; mais cette lésion est très-limitée à gauche et très-étendue à droite; crachats purulents, larges et étalés, d'une odeur infecte et contenant des stries de sang; d'autres crachats sont uniquement composés d'un sang noir épais et poisseux.

Le cœur semble augmenté de volume, surtout transversalement. On entend partout un bruit de souffle fort qui remplace le premier bruit. Ce souffle est très-étendu en durée; il couvre le petit silence et le second bruit. Le point où s'entend le maximum de ce bruit est situé dans le deuxième espace intercostal à gauche du sternum, à trois ou quatre centimètres du bord gauche de cet os, point indiqué par les auteurs comme correspondant à l'orifice de l'artère pulmonaire. Ce bruit se prolonge dans une direction verticale en suivant le trajet de l'artère pulmonaire; il diminue d'intensité avant d'arriver à la clavicule et ne se perçoit plus en arrière.

Le second bruit, marqué par le premier, n'apparaît nettement que dans des points éloignés de l'orifice de l'artère pulmonaire. Le pouls est faible, dépressible, quoique régulier. Son tracé sphigmographique est simplement une ligne ondulée.

Il n'y a pas d'hydropisie.

L'hémoptysie, après avoir cessée pendant quatre jours, reparaît le 27 juillet et ne cesse plus qu'à la mort, le 2 août suivant. Le diagnostic était donc : affection organique du cœur compliquée de phthisie pulmonaire. Mais quelle était la nature de l'affection cardiaque, quelles étaient les lésions du cœur? Le bruit du souffle n'avait pas les caractères d'un bruit aortique, et d'abord il ne pouvait pas être question d'une insuffisance aortique, puisque c'était le premier bruit qui était atteint. Quant au rétrécissement, les symptômes présentés par le malade n'étaient pas ceux d'un rétrécissement aortique.

Après avoir écarté l'hypothèse d'un rétrécissement aortique, M. Paul admet celle d'un rétrécissement pulmonaire; et en effet, le siége maximum du bruit au niveau de l'orifice pulmonaire, son prolongement dans le sens de cette artère, sa diminution et même sa disparution au niveau du passage de la crosse de l'aorte donnaient à cette hypothèse de grandes probabilités.

Du reste, M. Paul a pour habitude, suivant le conseil de son maître Bouley, de s'assurer, lorsqu'il entend un bruit de souffle au premier temps et à la base, si ce bruit suit bien la direction de l'aorte, et non celle de l'artère pulmonaire. Toutefois, bien que croyant avoir affaire à un rétrécissement acquis de l'orifice pulmonaire, M. Paul se demanda s'il ne s'agissait pas d'un anévrysme de l'aorte ou d'un cas d'anomalie des gros vaisseaux de la poitrine; mais il ne tarda pas à écarter ces deux hypothèses et à s'en tenir au diagnostic de rétrécissement acquis de l'orifice de l'artère pulmonaire.

M. Paul ne put faire partager son opinion à tous les confrères qui l'entouraient, mais l'autopsie lui donna raison.

Au premier aspect, le ventricule droit était hypertrophié, et son volume égalait celui du ventricule gauche. La cloison du cœur, au lieu de faire saillie dans le ventricule droit, fait saillie dans le ventricule gauche. A l'orifice pulmonaire, les valvules sigmoïdes sont soudées par la partie de leurs bords les plus voisines de la base, et ne laissent plus qu'un orifice extrêmement rétréci. En outre, ces valvules ont été refoulées par le sang du ventricule. Il y a donc là bien positivement un rétrécissement de l'artère pulmonaire avec hypertrophie consécutive du ventricule droit. Ces valvules avaient cependant conservé assez de souplesse pour que leurs extrémités pussent se joindre et s'opposer ainsi au reflux du sang après la systole, c'est-à-dire qu'il n'y avait pas d'insuffisance. La cloison interauriculaire est normale, le trou de Botal complétement fermé, l'anneau de Vieussens bien conformé. M. Paul croit donc dès maintenant pouvoir affirmer que ce rétrécissement n'est pas congénital. D'autre part, il existait une pneumonie caséeuse qui occupait tout le lobe supérieur du poumon droit; il y avait pneumonie analogue du côté gauche, mais bien moins étendue.

M. Paul met sous les yeux de la société la pièce anatomique correspondante à cette observation.

M. Paul examine maintenant en détail les six observations qu'il vient de présenter, au point de vue de l'anatomie pathologique, les symptômes du diagnostic et des complications consécutives.

Dans ces six observations le siége de la lésion se trouve au niveau des valvules sigmoïdes. L'espèce de diaphragme formé par l'union des valvules présente une courbure à convexité tournée vers l'artère et à concavité tournée vers le ventricule, ce qui indique la pression de la colonne sanguine pour franchir l'orifice rétréci. Cet orifice était dans tous les cas circulaire, à peu près toujours du même diamètre. Cependant le rétrécissement ne siége pas toujours au niveau des valvules sigmoïdes, il peut se trouver au niveau de l'infundibulum et former ainsi un rétrécissement préartériel.

Suivent quatre observations de rétrécissement pulmonaire *préartériel* acquis.

En dernier lieu, le siége du rétrécissement de l'artère pulmonaire peut se trouver au-dessus des valvules. Il existe en effet un cas dans la science où le rétrécissement portait sur la branche droite de l'artère pulmonaire.

Suit l'observation qui appartient à Villigk.

M. Paul résume ainsi les notions acquises à ce sujet au point de vue de l'anatomie pathologique :

1° Le rétrécissement peut exister au niveau des valvules sigmoïdes.

2° Le rétrécissement peut siéger en même temps au niveau de l'orifice et au-dessous.

3° Le rétrécissement peut exister seulement sur l'infundibulum; c'est ce que M. Paul appelle le rétrécissement préartériel.

4° Enfin l'obstacle peut se trouver au-delà des valvules, dans l'une des branches de l'artère pulmonaire.

Le processus qui engendre le rétrécissement est variable; c'est tantôt l'endocardite, tantôt la myocardite, tantôt la dégénérescence athéromateuse. Cette lésion entraîne toujours avec elle l'hypertrophie consécutive du ventricule droit; cette hypertrophie est variable; elle est moindre quand le rétrécissement s'accompagne d'insuffisance. Le rétrécissement de l'artère pulmonaire est du reste de toutes ces lésions celle qui entraîne la plus grande hypertrophie du ventricule droit.

La valvule tricuspide est souvent saine, mais souvent aussi elle a été atteinte par l'endocardite ou par la myocardite, elle est alors épaissie et rétractée.

L'oreillette reste en général normale; elle est quelquefois simplement épaissie.

L'artère pulmonaire est le plus souvent altérée. On y observe une dilatation avec amincissement des parois. Dans le cas observé par M. Paul, la circonférence de l'artère avait atteint le chiffre de 16 centimètres. Cette dilatation s'explique par la stase du sang au dessus de l'obstacle.

Enfin le tissu musculaire hypertrophié subit la dégénérescence graisseuse.

Après ces considérations sur l'anatomie pathologique, M. Paul arrive à la symptomatologie.

Les symptômes du rétrécissement pulmonaire sont, selon lui, de deux ordres : ceux qui tiennent au rétrécissement proprement dit et ceux qui tiennent à l'hypertrophie du ventricule droit; les premiers sont fournis par l'auscultation, les autres par la percussion.

Ici M. Paul rappelle, avec de nouveaux détails, les signes qu'il a rapportés dans son observation. Il compare ensuite le bruit fourni par le rétrécissement pulmonaire avec celui que produit le rétrécissement aortique, et prouve qu'il en diffère d'une manière notable.

Quant aux signes fournis par la percussion, il sont communs avec ceux que donne la dilatation du cœur droit. La pointe du cœur n'est pas abaissée, et la région occupée par la matité a une étendue transversale supérieure à l'étendue normale; elle peut aller jusqu'à 15 centimètres.

Quant à la description des différentes faces du cœur et de ses rapports avec la poitrine, M. Paul demande la permission de relever quelques erreurs à ce sujet, qu'on ne s'explique que quand on prend soin d'examiner le cœur en place sans déranger les autres viscères.

Au lieu, comme tous les auteurs, de trouver au cœur deux faces et deux bords, M. Paul démontre qu'en réalité le cœur a trois faces et trois bords :

1° Une face antérieure qui correspond au ventricule droit et à la paroi thoracique, et qui ne comprend que la face antérieure du ventricule droit;

2° Une face inférieure qui correspond à la face postérieure des deux ventricules et au diaphragme;

3° Une face postérieure oblique de droite à gauche, de haut en bas, d'arrière en avant : elle correspond au ventricule gauche recouvert par le poumon.

Les trois bords sont :

1° L'un inférieur et antérieur formé sur le cœur par l'union de la face antérieure et de la face inférieure du ventricule droit;

2° Un bord inférieur et postérieur, qui correspond à l'union de la face inférieure et de la face postérieure du ventricule gauche;

3° Un bord supérieur oblique de haut en bas et de droite à gauche, qui correspond au sillon antérieur du cœur.

Après les signes fournis par l'auscultation et la percussion, M. Paul passe en revue les autres signes, tels que des palpitations, quelquefois de la voussure, du frémissement cataire pendant la diastole; mais ce dernier paraît rarement.

Le pouls n'offre pas de signes particuliers.

D'après les auteurs qui ont écrit sur le rétrécissement pulmonaire, la cyanose serait un signe de cette affection; M. Paul ne partage pas cette opinion. Il la réfute en s'appuyant sur un certain nombre d'observations, dans lesquelles il y avait communication des deux cœurs sans cyanose. M. Paul insiste sur ce point.

L'auteur s'applique ensuite à démontrer que les cas qu'il a cités appartiennent à des maladies acquises et non pas congénitales.

Les preuves qu'il invoque à l'appui de cette opinion sont, d'une part, l'oblitération complète du trou de Botal, et, d'autre part, la possibilité d'une communication entre les deux cœurs à la suite d'une myocardite. Il existe en effet, dans la science, des cas de ce genre; M. Paul en rapporte une observation. Il croit même que la persistance du trou de Botal accompagnant un rétrécissement pulmonaire n'établit pas d'une manière absolue l'existence d'une affection congénitale.

L'auteur aborde ensuite l'étude des complications du rétrécissement de l'artère pulmonaire.

Ces complications ne sont pas les mêmes, selon lui, que celles qu'on obtient la plupart du temps dans les affections organiques du cœur, telles que les congestions pulmonaires et abdominales, les hémorrhagies, sauf cependant l'hémoptysie, qui est fréquente, mais qui a un autre caractère, et les hémorrhagies ultimes qui peuvent se présenter à la fin de la vie des malades atteints de cette affection; on peut en dire autant de l'hydropisie : la gangrène ne se rencontre pas dans ces cas. Mais une des complications les plus fréquentes, selon M. Paul, c'est la phthisie pulmonaire.

Il rappelle, à cette occasion, les observations qu'il a citées, et en conclut que la phthisie est presque toujours une complication du rétrécissement de l'artère pulmonaire. Il va même jusqu'à se demander si, dans beaucoup de cas, ce rétrécissement n'est pas la cause de la phthisie?

Il rapporte, en effet, un assez grand nombre d'observations dans lesquelles il y a plus qu'une coïncidence entre le rétrécissement de l'artère pulmonaire congénital ou acquis et la tuberculisation. L'auteur rappelle, en outre, les idées du professeur Lebert et d'autres savants sur le tubercule, et, rapprochant ces observations de ses recherches personnelles, il en arrive à conclure que la phthisie est une complication fréquente du rétrécissement pulmonaire.

Enfin M. Paul termine par les conclusions suivantes :

I. L'artère pulmonaire est non-seulement le siége d'affections congénitales, mais peut être le siége d'affections acquises pendant la vie extra-utérine.

II. Parmi ces lésions il en est une très importante à considérer : c'est le rétrécissement de l'artère pulmonaire, acquis après la naissance.

III. Ce rétrécissement se trouve tantôt au niveau de l'orifice sigmoïde; il est produit par la soudure de ces valvules, avec rétrécissement de l'orifice et quelquefois même du calibre de l'artère à ce niveau; il est en général le résultat d'une endocardite.

IV. Le rétrécissement peut se faire au niveau de l'infundibulum et former un rétrécissement pré-artériel; il est le plus ordinairement la suite d'une myocardite.

V. Le rétrécissement peut siéger sur une des branches de bifurcation de l'artère; je ne l'ai pas vu siéger sur le tronc de l'artère, comme cela se voit pour le rétrécissement qui se produit dans les premiers mois de la vie intra-utérine.

VI. Au delà du rétrécissement, l'artère est en général dilatée.

VII. Il y a presque constamment une hypertrophie consécutive du ventricule droit.

VIII. Le rétrécissement valvulaire de l'artère pulmonaire peut s'accompagner d'insuffisance des mêmes valvules.

IX. Il peut exister en même temps une lésion de la tricuspide et des valvules du cœur gauche.

X. Le symptôme propre du rétrécissement de l'artère pulmonaire est un bruit de souffle systolique, plus ou moins râpeux, qui couvre la région cardiaque, mais a son maximum au niveau de l'orifice pulmonaire et un prolongement caractéristique le long de ce vaisseau.

XI. Le rétrécissement de l'artère pulmonaire ne produit pas la cyanose.

XII. Dans le rétrécissement pulmonaire acquis, le trou de Botal est fermé.

XIII. Cependant une myocardite développée pendant la vie extra-utérine peut amener en même temps un rétrécissement pulmonaire, et une communication des deux cœurs.

XIV. Un rétrécissement de l'artère pulmonaire, accompagné de la persistance du trou de Botal, pourrait n'être pas fatalement congénital, s'il s'était développé chez un sujet qui avait conservé le trou de Botal. Ce n'est qu'une possibilité ; le probable est que ce rétrécissement est congénital.

XV. La preuve qu'un rétrécissement de l'artère pulmonaire a été contracté pendant la vie extra-utérine peut exister par le fait que les lésions en sont récentes.

XVI. Une complication fréquente du rétrécissement pulmonaire est la tuberculisation consécutive.

DOCUMENTS

POUR SERVIR A L'HISTOIRE DU MOUVEMENT SCIENTIFIQUE PENDANT LE SIÉGE DE PARIS (1).

31 DÉCEMBRE

XLVI. — **Ambulances.** — Nous reproduisons, d'après la *Gazette médicale*, une petite chronique des ambulances en date de ce jour.

VISITE AUX AMBULANCES

Le nombre des ambulances dues à l'initiative privée, individuelle ou collective, est très-considérable. Elles sont un auxilliaire extrêmement utile, indispensable pour les ambulances organisées par l'intendance militaire. Le but et les efforts sont partout les mêmes; mais les moyens, et par suite les résultats, varient suivant telle ou telle ambulance. Ces différences tiennent surtout aux conditions hygiéniques générales dans lesquelles elles se trouvent placées et aux méthodes suivies par les chirurgiens dans les opérations et les pansements consécutifs. Une étude comparative de ces résultats ne peut qu'offrir un immense intérêt, et nous ne doutons pas que M. Chenu n'ait songé et travaillé déjà à ajouter de nouveaux volumes de statistique à ceux qu'il a publiés sur les campagnes de Crimée et d'Italie. Il est possible même que l'importance de semblables publications ait tenté le courage de quelque autre travailleur. Nous n'avons nullement la prétention de fournir ici des matériaux quelconques à de telles recherches ; en visitant un certain nombre d'ambulauces et en faisant part à nos lecteurs de nos impressions, nous voulons simplement appeler leur attention sur des cas intéressants pour la science ou la pratique, sur les vices d'installation ou d'organisation que peuvent offrir certaines ambulances, sur les avantages que d'autres au contraire présentent, et tirer de tous ces faits des enseignements pour la réforme à opérer dans notre système d'assistance hospitalière.

Comme une série de chroniques ne saurait constituer un travail d'ensemble, nous ne cherchons pas à nous tracer un plan particulier d'exposition; nous suivrons simplement l'ordre chronologique de nos visites aux ambulances dont nous aurons à parler. On nous permettra d'abord de dire quelques mots des deux ambulances que nous connaissons le mieux, puisque nous avons un service dans chacune d'elles depuis le commencement du siége : nous voulons parler de l'ambulance du Luxembourg et de celle des Irlandais.

AMBULANCE DU PALAIS DU LUXEMBOURG

Cette ambulance, dont nous avons déjà eu l'occasion de parler, est organisée sur une grande échelle; elle constitue un véritable hôpital. Elle comprend deux services de chirurgie et quatre services de médecine ayant chacun de cinquante à soixante-dix lits. Elle forme une annexe du Val-de-Grâce. L'installation matérielle ne laisse rien à désirer, et M. le docteur Danet, qui a présidé à tout, qui s'y est entièrement dévoué, mérite sous ce rapport les plus grands éloges. Toutefois les conditions hygiéniques de cette ambulance sont loin d'être parfaites et les lambris dorés de ses salles ne valent certainement pas, pour nos malades ou nos blessés, les modestes plafonds en planches ou en toile qu'on rencontre ailleurs.

Ce qui manque surtout à ces salles, c'est la ventilation. Il en est qui reçoivent le jour par des fenêtres opposées et où il est par conséquent facile d'établir des courants d'air. Mais la plupart n'ont de fenêtres que d'un côté et donnent de l'autre sur un couloir où le renouvellement de l'air est difficile, sinon impossible. Si l'on joint à cette disposition une installation défectueuse des cabinets d'aisances, des salles trop grandes comme celle du Trône, trop grandes et trop froides comme celle du Musée, on demeurera convaincu que, malgré les efforts de son organisateur, l'ambulance du Luxembourg ne réalise pas toutes les exigences de l'hygiène.

Ce que nous venons de dire se rapporte au grand palais. Le petit Luxembourg contient des salles beaucoup mieux aérées, à la condition toutefois qu'elles communiquent entre elles, les unes recevant le jour par la rue de Vaugirard, les autres par le jardin. Enfin dans le bâtiment réservé aux appartements privés de l'ex-président du Sénat, se trouve un petit service d'officiers qui offre surtout un grand avantage, c'est de contenir peu de lits, disséminés dans plusieurs pièces isolées les unes des autres.

Les inconvénients dont nous venons de parler sont en partie compensés par l'air excellent que respirent les malades assez valides pour descendre et se promener dans le jardin. Les officiers trouvent dans le jardin réservé de la présidence un lieu de promenade extrêmement agréable; la serre, qui résulte de la transformation d'un ancien cloître, et qui est très-belle, leur offre un jardin d'hiver qui, par la température actuelle, est rempli de charme.

L'ambulance du Luxembourg n'a pas de varioleux; ils sont évacués sur Bicêtre au fur et à mesure qu'ils se présentent ou qu'il se développe quelques cas à l'intérieur. L'affection grave actuellement prédominante est la fièvre typhoïde. Elle a fait quelques victimes. Ces malades ont surtout présenté des complications thoraciques. L'un d'eux cependant a eu dès le début de l'hématurie; un autre a été pris dès le premier septenaire de paralysie de la vessie ; un troisième a succombé à des hémorrhagies intestinales; un quatrième a une péritonite, suite de perforation. Chez ceux qui guérissent, la convalescence est relativement assez prompte.

La parenté très-rapprochée du typhus abdominal et du typhus pétéchial et les conditions particulières dans lesquelles nous nous trouvons pourraient expliquer la concomitance des deux sortes de typhus. Nous ne savons si d'autres confrères ont observé des cas du second. Nous en avons eu un, mais un seul, et il y a près d'un mois, ce qui indique l'absence de toute influence épidémique. Mais ce n'en était pas moins un cas type, conforme en tous points aux descriptions des auteurs. Notre diagnostic d'ailleurs a été confirmé par un médecin militaire qui a fait la campagne de Crimée et qui a vu là trop de typhiques pour ne pas reconnaître sûrement l'affection. Le malade est entré dans notre service avec des vomissements et des douleurs violentes de tête. Au commencement du troisième jour, l'exanthème s'est développé, principalement aux parties latérales et déclives des cuisses et du tronc, et n'a pas tardé à se transformer en de véritables pétéchies. En même temps la fièvre a redoublé, les conjonctives se sont injectées, le faciès s'est altéré, les accidents cérébraux se sont développés et sont allés en croissant. Le malade a succombé à la fin du quatrième jour.

Après la fièvre typhoïde, les affections rhumatismales sont les plus fréquentes ; elles sont relativement légères. Les maladies thoraciques, très-communes aussi, présentent généralement peu de gravité.

L'ambulance du Luxembourg a reçu peu de blessés des combats qui se sont livrés autour de Paris, et c'est un bien. Les conditions hygiéniques dont nous avons parlé ne seraient pas, croyons-nous, plus favorables au succès de grandes opérations ou à la guérison de graves traumatismes qu'elles ne le sont dans les hôpitaux.

AMBULANCE DES IRLANDAIS

L'ambulance des Irlandais, qui dépend de la Presse, ne comprend que deux salles, chacune de vingt lits. Ces salles ont de grandes fenêtres sur la rue et sur une cour : la ventilation y est très-facile ; la cour, très-vaste, très-bien exposée, donne de l'air, de la lumière, et sert de lieu de promenade aux malades. Bien que l'ambulance soit consacrée à deux services de médecine, on a dû y recevoir quelques blessés, et nous en avons en ce moment deux, en voie de guérison, dont nous publierons plus tard l'observation. Nous avons à traiter là à peu près les mêmes maladies qu'au Luxembourg. Dans le service de notre collègue et ami M. Lapeyrère, il s'est développé un petit foyer de variole. Quelques cas se sont manifestés successivement, puis trois simultanément. L'évacuation des malades et des soins hygiéniques ont fait disparaître ce foyer infectieux, à l'influence duquel les malades de notre salle ont pu se soustraire en rompant toute relation avec leurs camarades de l'autre service.

L'ambulance des Irlandais est l'une de celles qui réalisent le mieux les conditions de la vie de famille. Le directeur de la maison, les internes, les sœurs, les frères qui servent d'infirmiers et des dames qui se sont transformées en garde malades rivalisent de zèle et de dévouement pour soigner et distraire nos braves soldats ; une sympathie réciproque unit tout le monde, et cette hygiène morale, jointe à l'hygiène physique, produit les plus heureux résultats. Les malades guérissent, et, s'ils contractent quelque nouvelle maladie, il reviennent aux Irlandais, se considérant comme les enfants de la maison.

AMBULANCE AMÉRICAINE

On est généralement disposé en France à accorder du crédit à tout ce qui nous vient de pays étranger. L'ambulance américaine, par sa seule origine, était donc appelée à avoir du succès. Nous ne sacrifions jamais, dans la *Gazette médicale*, à de semblables considérations, mais nous aimons à rendre justice à tout le monde et à signaler le bien là où nous avons l'occasion de le rencontrer. Nous avons fait deux visites à l'ambulance américaine. La dernière fois que nous y sommes allé, le chirurgien de l'ambulance, M. Swinburne, nous a fait les honneurs de son service avec une obligeance et une courtoisie dont nous nous plaisons ici à le remercier. Notre excellent confrère, M. Debout, nous servait d'interprète.

L'ambulance se compose de plusieurs tentes en toile de coton, circulaires ou en carré. Ces dernières, contenant environ six lits, sont adossées les unes aux autres en nombre variable, de manière à constituer une seule tente en forme de rectangle et pouvant recevoir de vingt à trente malades. Cette disposition facilite le service, mais elle serait défectueuse au point de vue hygiénique, si le renouvellement de l'air n'était aussi facile et aussi complet, soit à travers la toile même qui constitue les parois de la tente, soit à travers les fenêtres mobiles qu'on y a ménagées. Du reste, les tentes sont simplement juxtaposées les unes aux autres, et, pour les séparer en autant de compartiments isolés, on n'a qu'à laisser retomber les cloisons en toile qu'on a relevées pour établir les communications. Plusieurs de ces tentes sont recouvertes d'une seconde toile, servant de toiture et débordant la première de manière à mieux la protéger contre la pluie. Le parquet, en planches, est traversé dans toute sa longueur par un conduit où circule de l'air chaud provenant d'un même calorifère pour toutes les tentes. Cet air pénètre dans la tente par des bouches de chaleur ou les fentes du parquet. Il chasse l'humidité et maintient la température à un degré suffisant. Dans une tente où l'on faisait des pansements et où l'on avait pour cela cherché à élever la température, nous avons noté 18° cent. Pendant les grands froids, la température habituelle est de 12 à 13°.

A ces tentes, qui ont servi déjà en Amérique pendant la guerre de la sécession, on en a ajouté d'autres construites à Paris d'après un autre sytsème; ce sont des tentes-baraques; elles sont chauffées par des poêles. Elles sont de beaucoup inférieures aux précédentes.

La literie ne présente rien de particulier; les matelas sont en varech. Les lits sont bas, ce qui est un peu gênant pour les pansements. Ils sont très-rapprochés les uns des autres, ce qui amènerait inévitablement des accidents infectieux dans tout autre local qu'une tente. M. Swinburne n'a eu qu'un cas d'érysipèle. Il n'a observé ni diphthérite, ni pourriture d'hôpital, ni infection purulente. Il a eu cependant à pratiquer bon nombre de grandes opérations. Nous avons vu trois amputés de la cuisse guéris : le chirurgien américain n'en a perdu que deux sur cinq. Les résections de l'épaule, dont nous avons vu cinq cas en voie de guérison, n'ont pas donné de moins bons résultats. Il paraîtrait que certaines amputations du bras ou de la jambe ont été moins heureuses.

On accuse généralement les chirurgiens américains d'une trop grande tendance à opérer. Nous avons constaté au contraire avec plaisir des efforts,—et des efforts couronnés par le succès, — de chirurgie conservatrice. C'est ainsi que nous avons vu plusieurs cas de fracture comminutive du fémur en voie de guérison. Le membre est placé dans une gouttière ou sur un double plan incliné. L'extension continue est faite au moyen d'un système de cordes, de poulies et de poids; la contre-extension est opérée par le poids même du malade, le lit étant incliné des pieds vers le bassin.

M. Swinburne emploie pour les pansements de l'étoupe goudronnée provenant de vieux cordages. Il stimule certaines plaies en les pansant avec de la charpie imbibée d'une solution (au 500°, croyons-nous) d'acide nitrique. Il fait aussi usage, pour laver les plaies ou injecter dans les trajets des blessures, d'une solution phéniquée et alcoolisée. Il combat par de simples cataplasmes les accidents inflammatoires. Tous les pansements, quels qu'ils soient, sont recouverts d'une compresse trempée dans l'eau tiède et recouverte elle-même de taffetas gommé ou d'un tissu analogue en coton qui présente plus de souplesse, mais qui paraît moins bon.

M. Swinburne est le seul docteur actif de l'ambulance (M. le docteur Johnston a le titre et remplit les fonctions de médecin consultant); il n'a pour aides que des gens du monde qui se sont dévoués à cette œuvre de charité et qui payent de leur personne comme de leur bourse ; les artistes paraissent rivaliser avec les hommes de finance. Nous avons vu l'un de ces derniers panser un blessé auquel on avait pratiqué la résection de l'épaule : nos internes ne feraient pas mieux.

L'ambulance est installée avenue Uhrich (ancienne avenue de l'Impératrice), dans un des quartiers les mieux aérés de Paris, on pourrait presque dire à la campagne, grâce au voisinage du bois de Boulogne, où l'on fait faire de fréquentes promenades en voiture aux blessés les plus valides. Les conditions hygiéniques sont donc les meilleures, sous tous les rapports, et c'est à elles surtout que sont dus les heureux résultats dont nous avons pu nous même constater plusieurs exemples. Si l'on ajoute que le prix d'installation de chaque tente est des plus minimes, le matériel étant réduit à sa plus grande simplicité, sans cependant exclure le confortable nécessaire, on ne peut s'empêcher de penser que les millions consacrés à la construction de ces casernes ou de ces bastilles qu'on décore du nom d'hôpitaux, eussent été bien mieux employés à établir, sur les hauteurs du Trocadéro, des buttes Chaumont, de Ménilmontant, etc., des ambulances sous tente où ceux de nos indigents qui ne peuvent être traités dans leur famille trouveraient de la lumière, un air pur et vivifiant, en un mot toutes les conditions propres à favoriser et à assurer chez eux le retour à la santé. Une révolution dans notre hygiène hospitalière est donc nécessaire, elle est imminente, elle commence : témoin les baraquements du Luxembourg, du jardin des Plantes, ceux qui vont inaugurer les ambulances de la Presse, et sur lesquels nous ne tarderons pas à revenir. Espérons que cette révolution sera complète, et que, d'ici à un certain nombre d'années, il ne restera plus une pierre de nos hôpitaux et de nos maternités, ou du moins que leur destination sera changée.

LES FRÈRES DE LA DOCTRINE CHRÉTIENNE

Nous confessons avoir longtemps partagé les préventions des gens du monde contre les frères de la doctrine chrétienne ; nous ne les connaissions pas. Maintenant que nous les avons vus à l'œuvre, tant

(1) Suite. — Voir le dernier numéro.

dans nos ambulances de la Presse que sur les champs de bataille, nous nous faisons un devoir de leur rendre la justice qui leur est due, et de déclarer hautement que ce sont des hommes de cœur, qui savent joindre la modestie au courage et à l'abnégation. On peut combattre les doctrines qu'ils représentent, attaquer avec plus ou moins de raison leur institution, mais on devra en tant que citoyens, leur accorder l'estime qu'ils ont noblement conquise en relevant nos blessés sous le feu de l'ennemi, ou en leur prodiguant les soins les plus dévoués dans les hôpitaux et les ambulances.

Lundi dernier l'église Saint-Sulpice était remplie par une foule recueillie qui avait voulu rendre les derniers devoirs à l'un de ces brancardiers ou infirmiers improvisés, le frère Néthelme Baffie, frappé mortellement au moment où il relevait des blessés sur le champ de bataille du Bourget. Un grand nombre de médecins et d'administrateurs des ambulances de la Presse assistaient à la cérémonie; la Société internationale, l'autorité militaire, la municipalité, y avaient aussi des représentants. Des frères, des ecclésiastiques, des enfants des écoles, des malades ou des blessés convalescents, enfin des personnes de toutes les classes se pressaient autour du cercueil et avaient voulu rendre hommage au dévouement du frère Néthelme et du corps auquel il appartient. C'est une heureuse idée d'avoir donné une solennité vraiment touchante aux funérailles de l'humble martyr de la charité.

XLVII. **Bulletin des décès.** — Le chiffre total des décès déclaré à l'état civil de Paris, du 25 au 31 décembre, est de 3,280.

Variole, 464. — Scarlatine, 5. — Rougeole, 19. — Fièvre typhoïde, 250. — Érysipèle, 10. — Bronchite, 258. — Pneumonie, 201. — Diarrhée, 98. — Dysentérie, 51. — Angine couenneuse, 13. — Croup, 16. — Affections puerpérales, 8. — Autres causes, 1897.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté du chef du pouvoir exécutif, en date du 27 juillet 1871, rendu sur le rapport de M. le ministre de la guerre, ont été promus ou nommés dans l'ordre national de la Légion d'honneur les militaires dont les noms suivent, savoir :

Au grade de commandeur : Grellois (Eugène), médecin principal de 1[re] classe, officier du 21 septembre 1854; 41 ans de services, 15 campagnes.

Au grade d'officier : Raoult Deslongchamps (Victor-Alexandre), médecin-major de 2[e] classe à l'ambulance de Trianon, chevalier du 21 septembre 1854; 29 ans de services, 9 campagnes.

De Labordette (Jean-Louis-Alexandre), docteur-médecin, attaché aux ambulances du 21[e] corps d'armée, chevalier du 13 août 1864.

Au grade de chevalier : Delageneste, président du comité de secours aux blessés, à Moulins.

Rosia (Henri-Jean-Pierre), docteur médecin, attaché aux ambulances de Paris.

Roulland, maire de Caen, docteur médecin. Services exceptionnels rendus dans les ambulances.

Labadie-Lagrave (Jean-Baptiste-Frédéric), attaché aux ambulances de la Société de secours aux blessés.

Parinaud (Henri), attaché aux ambulances de la Société de secours aux blessés.

Chevrier, pharmacien à Paris. Services exceptionnels.

Dufour, docteur médecin à Paris. Services exceptionnels.

Rabaud, médecin en chef du corps Cathelineau.

Prettau, infirmier, prêtre attaché aux ambulances du corps Cathelineau.

— Le choléra sévit non-seulement à l'ouest de l'empire russe, à la frontière de Prusse, mais au centre de la Russie. On écrit de Ribinak, dans le gouvernement de Jeroslaw, que le choléra y prend de jour en jour des proportions plus considérables.

— La Société de médecine de Paris reprendra ses travaux le vendredi 4 août 1871, à 3 heures et demie très-précises du soir. Les séances auront lieu à la Préfecture de la Seine (Palais du Luxembourg), salle de répartition des contributions.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments ou autres objets).

Traité des maladies du fond de l'œil et Atlas d'ophthalmoscopie, par L. de Wecker et E. de Jalger, 1 vol. grand in-8° avec 29 planches coloriées. — Prix : 35 fr.

Étude sur les affections glaucomateuses de l'œil, par M. le docteur Mohammed, émir, ancien médecin de l'intendance sanitaire d'Égypte. In-8. — Prix : 4 fr.

Des rétrécissements de l'urèthre et de leur guérison radicale et instantanée par un nouveau procédé, la divulsion rétrograde, par M. le docteur Moreau Wolf, chevalier de la Légion d'honneur. In-8°. — Prix : 3 francs.

Revue photographique des hôpitaux de Paris, Bulletin médical publié par A. De Montméja et Bourneville. Numéros de novembre et décembre 1870, avec 4 photographies. — Prix des deux numéros, 4 francs.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

SOMMAIRE. — Documents pour servir à l'histoire du mouvement scientifique pendant le siége de Paris : État de l'Académie des sciences au 1er janvier 1871. Les Ambulances dans l'histoire. — Nouvelles. — Bulletin bibliographique.

Paris, le 31 juillet 1871.

DOCUMENTS
POUR SERVIR A L'HISTOIRE DU MOUVEMENT SCIENTIFIQUE PENDANT LE SIÉGE DE PARIS (1).

1er JANVIER

I. **Académie des sciences.** — Nous donnons l'état de l'Académie au 1er janvier 1871.

ÉTAT DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES AU 1er JANVIER

SCIENCES MATHÉMATIQUES

Section Ire.—Géométrie.

MM. Chasles (Michel), (C. ✻).
Bertrand (Joseph-Louis-François), (O. ✻).
Hermite (Charles), (O. ✻).
Serret (Joseph-Alfred), (O. ✻).
Bonnet (Pierre-Ossian), ✻.
N. . . . .

Section II. — Mécanique.

MM. Dupin (le baron Pierre-Charles-François), (G. O. ✻).
Piobert (Guillaume), (G. O. ✻).
Morin (Arthur-Jules), (G. O. ✻).
Combes (Charles-Pierre-Matthieu), (C. ✻).
Saint-Venant (Adhémar-Jean-Claude Barré de), (O. ✻).
Phillips (Edouard), ✻.

Section III. — Astronomie.

MM. Mathieu (Claude-Louis), (C. ✻).
Liouville (Joseph), (O. ✻).
Laugier (Paul-Auguste-Ernest), (O. ✻).
Le Verrier (Urbain-Jean-Joseph), (G. O. ✻).
Faye (Hervé-Auguste-Etienne-Albans), (O. ✻).
Delaunay (Charles-Eugène), (O. ✻).

Section IV. — Géographie et navigation.

MM. Tessain (Louis-Urbain Dortet de), (O. ✻).
Paris (le contre-amiral François-Edmond), (G. O. ✻).
Jurien de la Gravière (le vice-amiral Jean-Pierre-Edmond), (G. O. ✻).
Dupuy de Lôme (Stanislas-Charles-Henri-Laurent), (G. O. ✻).
Abbadie (Antoine-Thompson d'), ✻.
Yvon Villarceau (Antoine-Joseph-François), ✻.

Section V. — Physique générale.

MM. Becquerel (Antoine-César), (C. ✻).
Babinet (Jacques), ✻.
Duhamel (Jean-Marie-Constant), (C. ✻).
Fizeau (Armand-Hippolyte-Louis), ✻.
Becquerel (Alexandre-Edmond), (O. ✻).
Jamin (Jules-Célestin), (O. ✻).

SCIENCES PHYSIQUES

Section VI. — Chimie.

MM. Chevreul (Michel-Eugène), (G. O. ✻).
Regnault (Henri-Victor), (C. ✻).
Balard (Antoine-Jérôme), (C. ✻).
Fremy (Edmond), (O. ✻).
Wurtz (Charles-Adolphe), (C. ✻).
Cahours (Auguste-André-Thomas), (O. ✻).

Section VII. — Minéralogie.

MM. Delafosse (Gabriel), (O. ✻).
Sainte-Claire Deville (Charles-Joseph), (O. ✻).
Daubrée (Gabriel-Auguste), (C. ✻).
Sainte-Claire Deville (Etienne-Henri), (C. ✻).
Pasteur (Louis), (C. ✻).
Des Cloiseaux (Alfred-Louis-Olivier Legrand), ✻.

(1) Suite. — Voir le dernier numéro.

Section VIII. — Botanique.

MM. Brongniart (Adolphe-Théodore), (C. ✻).
Tulasne (Louis-René), ✻.
Gay (Claude), ✻.
Duchartre (Pierre-Etienne-Simon), (O. ✻).
Naudin (Charles-Victor), ✻.
Trécul (Auguste-Adolphe-Lucien), ✻.

Section IX. — Économie rurale.

MM. Boussingault (Jean-Baptiste-Joseph-Dieudonné), (C. ✻).
Payen (Anselme), (C. ✻).
Decaisne (Joseph), (O. ✻).
Peligot (Eugène-Melchior), (O. ✻).
Thénard (le baron Arnould-Paul-Edmond), ✻.
Bouley (Henri-Marie), (O. ✻).

Section X. — Anatomie et zoologie.

MM. Edwars (Henri-Milne), (C. ✻).
Coste (Jean-Jacques-Marie-Cyprien-Victor), ✻.
Quatrefages de Bréau (Jean-Louis-Armand de), (O. ✻).
Longet (François-Achille), (C. ✻).
Blanchard (Charles-Emile), ✻.
Robin (Charles-Philippe), ✻.

Section XI. — Médecine et chirurgie.

MM. Andral (Gabriel), (C. ✻).
Bernard (Claude), (C. ✻).
Cloquet (le baron Jules-Germain), (C. ✻).
Nélaton (Auguste), (G. O. ✻).
Laugier (Stanislas), (O. ✻).
Bouillaud (Jean), (C. ✻).

SECRÉTAIRES PERPÉTUELS

MM. Élie de Beaumont (Jean-Baptiste-Armand-Louis-Léonce), (G. O. ✻), pour les sciences mathématiques.
Dumas (Jean-Baptiste), (G. C. ✻), pour les sciences physiques.

ACADÉMICIENS LIBRES

MM. Séguier (le baron Armand-Pierre), (O. ✻).
Bussy (Antoine-Alexandre-Brutus), (O. ✻).
Bienaymé (Irénée-Jules), (O. ✻).
Vaillant (le maréchal Jean-Baptiste-Philibert), (G. C. ✻).
Verneuil (Philippe-Edouard Poulletier de), ✻.
Passy (Antoine-François), (C. ✻).
Jaubert (le comte Hippolyte-François), (O. ✻).
Roulin (François-Désiré), (O. ✻).
Larrey (le baron Félix-Hippolyte), (C. ✻).
N. . . . .

ASSOCIÉS ÉTRANGERS

MM. Herschel (sir John William), à Londres (Angleterre).
Owen (Richard), (O. ✻), à Londres (Angleterre).
Ehrenberg (Christian-Gottfried), à Berlin (Prusse).
Liebig (le baron Justus de), (C. ✻), à Munich (Bavière).
Wohler (Frédéric), (O. ✻), à Gottingue (Prusse).
De la Rive (Auguste), ✻, à Genève (Suisse).
Murchison (sir Roderick Impey), ✻, à Londres (Angleterre).
Kummer (Ernest-Edouard), à Berlin (Prusse).

CORRESPONDANTS

NOTA. Le règlement du 6 juin 1808 donne à chaque section le nombre de correspondants suivant.

SCIENCES MATHÉMATIQUES

Section Ire. — Géométrie (6).

MM. Le Besgue (Victor-Amédée), ✻, à Bordeaux (Gironde).
Tchébychef (Pafnutij), à Saint-Pétersbourg (Russie).
Neumann (Franz-Ernest), à Kœnigsberg (Prusse).
Sylvester (James-Joseph), à Woolwich (Angleterre).
Weierstrass (Charles), à Berlin (Prusse).
Kronecker (Léopold), à Berlin (Prusse).

Section II. — Mécanique (6).

MM. Burdin (Claude), (O. ✻), à Clermont-Ferrand (Puy-de-Dôme).
Seguin aîné (Marc), (O. ✻), à Montbard (Côte-d'Or).
Moseley (Henry), à Londres (Angleterre).
Fairbairn (William), ✻, à Manchester (Angleterre).
Clausius (Julius-Emmanuel-Rudolf), à Wurtzbourg (Bavière).
Caligny (Anatole-François Hüe, marquis de), à Versailles (Seine-et-Oise).

Section III. — Astronomie (16).

MM. Airy (Georges-Biddell), ✻, à Greenwich (Angleterre).
Hansen (Peter-Andrea), à Gotha (Saxe ducale).
Santini (Giovanni), à Padoue (Italie).
Argelander (Friedrich-Wilhelm-August), à Bonn (Prusse).
Hind (John-Russell), à Londres (Angleterre).
Peters (C.-A.-F), à Altona (Prusse).
Adams (J.-C.), à Cambridge (Angleterre).
Secchi (le Père Angelo), (O. ✻), à Rome (Italie).
Cayley (Arthur), à Londres (Angleterre).
Mac-Lear (Thomas), au cap de Bonne-Espérance (colonie du Cap).
Struve (Otto-Wilhelm), à Pulkowa (Russie).
Plantamour (Emile), à Genève (Suisse).
N. . . . .
N. . . . .
N. . . . .
N. . . . .

Section IV. — Géographie et navigation (8).

MM. Lütke (l'amiral Frédéric), à Saint-Pétersbourg (Russie).
Tchihatchef (Pierre-Alexandre de), (C. ✻), à Saint-Pétersbourg (Russie).
Richards (le capitaine Georges-Henry), à Londres (Angleterre).
Livingstone (David).
Chazallon (Antoine-Marie-Remi), à Desaignes (Ardèche).
N. . . . .
N. . . . .
N. . . . .

Section V. — Physique générale (9).

MM. Hansteen (Christoph), à Christiania (Norvége).
Wheatstone (Charles), ✻, à Londres (Angleterre).
Plateau (Joseph-Antoine-Ferdinand), à Gand (Belgique).
Weber (Wilhelm-Eduard), à Gottingue (Prusse).
Hirn (Gustave-Adolphe), au Logelbach (Haut-Rhin).
Helmholtz (Hermann-Louis-Ferdinand), à Heidelberg (Grand-duché de Bade).
Mayer (Jules-Robert de), à Heilbronn (Bavière).
Kirchhoff (Gustave Robert), à Heidelberg (Grand-duché de Bade).
Joule (James-Prescott), à Manchester (Angleterre).

SCIENCES PHYSIQUES

Section VI. — Chimie (9).

MM. Bunsen (Robert-Wilhelm-Eberhard), (O. ✻), à Heidelberg (Grand-duché de Bade).
Malaguti (Faustinus-Jovitá-Marianus (O. ✻), à Rennes (Ille-et-Vilaine).
Hofmann (Auguste-Wilhelm), à Londres (Angleterre).
Favre (Pierre-Antoine), ✻, à Marseille (Bouches-du-Rhône).
Marignac (Jean-Charles Galissard de), à Genève (Suisse).
Frankland (Edward), à Londres (Angleterre).
Dessaignes (Victor), à Vendôme (Loir-et-Cher).
N. . . . .
N. . . . .

Section VII.—Minéralogie (8).

MM. Rose (Gustave), à Berlin (Prusse).
Omalius d'Halloy (Jean-Baptiste-Julien d'), à Halloy, près de Ciney (Belgique).
Haidinger (Guillaume de), à Vienne (Autriche).
Sedgwick (Adam), à Cambridge (Angleterre).
Lyell (sir Charles), à Londres (Angleterre).
Damour (Augustin-Alexis), (O. ✻), à Villemoisson (Seine-et-Oise).
Naumann (Carl-Friedrich), à Leipzig (Saxe).
Miller (William Hallowes), à Cambridge (Angleterre).

Section VIII. — Botanique (10).

MM. Mohl (Hugo), à Tubingue (Wurtemberg).
Lestiboudois (Gaspard-Thémistocle), ✻, à Lille (Nord).
Candolle (Alphonse de), ✻, à Genève (Suisse).
Schimper (Guillaume-Philippe), ✻, à Strasbourg (Bas-Rhin).
Thuret (Gustave-Adolphe), à Antibes (Var).
Lecoq (Henri), ✻, à Clermont-Ferrand (Puy-de-Dôme).
Braun (Alexandre), à Berlin (Prusse).
Hofmeister (Friedrich-Wilhelm), à Heidelberg (Grand-duché de Bade).
Hooker (Jos. Dalton), à Kew (Angleterre).
Pringsheim (Nathanael), à Berlin (Prusse).

Section IX. — Économie rurale (10).

MM. Girardin (Jean-Pierre-Louis), (O. ✻), à Clermont-Ferrand (Puy-de-Dôme).
Kuhlmann (Charles-Frédéric), (C. ✻), à Lille (Nord).

Pierre (Isidore), ✻, à Caen (Calvados).
Chevandier de Valdrôme (Eugène-Jean-Pierre-Napoléon), (O. ✻), à Cirey-les-Forges (Meurthe).
Reiset (Jules), (O. ✻), à Ecorchebœuf (Seine-Inférieure).
Martins (Charles-Frédéric), ✻, à Montpellier (Hérault).
Vibraye (le marquis Guillaume-Marie-Paul-Louis Hurault de), à Cheverny (Loir-et-Cher).
Vergnette-Lamotte (le vicomte Gérard-Elisabeth-Alfred de), à Beaune (Côte-d'Or).
Marès (Henri-Pierre-Louis), ✻, à Montpellier (Hérault).
Cornalia (Emile-Balthazar-Marie, à Milan (Italie).

SECTION X. — Anatomie et zoologie (10).

MM. Agassiz (Louis), (O. ✻), à Cambridge (Etats-Unis).
Pouchet (Félix-Archimède), (O. ✻), à Rouen (Seine-Inférieure).
De Baer, à Saint-Pétersbourg (Russie).
Gervais (François-Louis-Paul), ✻, à Montpellier (Hérault).
Van Beneden (Pierre-Joseph), à Louvain (Belgique).
De Siebold (Charles-Théodore-Ernest), à Munich (Bavière).
Pictet (François-Jules), à Genève (Suisse).
Brandt, à Saint-Pétersbourg (Russie).
N. . . . .
N. . . . .

SECTION XI. — Médecine et chirurgie (8).

MM. Sédillot (Charles-Emmanuel), (C. ✻), à Strasbourg (Bas-Rhin).
Virchow (Rodolphe de), à Berlin (Prusse).
Bouisson (Etienne-Frédéric), ✻, à Montpellier (Hérault).
Ehrmann (Charles-Henri), (O. ✻), à Strasbourg (Bas-Rhin).
Gintrac (Elie), (O. ✻), à Bordeaux (Gironde).
Rokitanski, à Vienne (Autriche).
Lebert (Hermann), (O. ✻), à Breslau (Silésie).
N. . . . .

Commission pour administrer les propriétés et fonds particuliers de l'Académie.

MM. Chasles,
Decaisne,
Et les membres composant le bureau.

Conservateur des collections de l'Académie des sciences.

M. Becquerel.

II. Ambulances. — M. G. Sancey publie dans le *Journal officiel* une étude historique sur les ambulances.

LES AMBULANCES DANS L'HISTOIRE.

L'attention publique, à l'heure grave où nous sommes, ne se disperse plus à l'aventure, comme elle faisait naguère, sur tous les sujets sérieux ou frivoles qui, se succédant autour de nous, tentaient sans cesse notre humeur et notre fantaisie. La France d'alors, quelque étroit que paraisse l'intervalle à ceux qui nous voient et nous observent de loin, n'est plus du tout la France d'à présent.

A présent, nous faisons la guerre, la grande et juste guerre de la délivrance, et rien de ce qui tient à cette tâche commune ne nous est indifférent. Tout le reste nous semble vain. Nous combattons l'envahisseur, opposant pied à pied la protestation du droit à la force brutale d'une convoitise effrénée, sans foi ni loi, et accompagnant de nos larmes et de notre souvenir immortel les vaillants qui sont tombés morts au champ d'honneur, nous relevons pieusement nos blessés; de la main comme du cœur, de toutes nos ressources comme de toutes nos tendresses, nous nous appliquons à panser et à guérir leurs plaies si saintes et si glorieuses.

Quand on écrira un jour l'histoire de Paris, les pages que nous aurons préparées ainsi et léguées à la postérité n'en seront certes pas les moins belles ni les moins acclamées dans les âges.

Ce spectacle auquel nous assistons, des soins prodigués de toutes parts et en mille ingénieuses façons à nos blessés, nous a donné l'envie à nous-même de rechercher et de retrouver, s'il se peut, dans le passé, les origines et les progrès de ces hautes et philanthropiques institutions qu'on appelle aujourd'hui des *ambulances*. Nous n'apportons à ce travail d'autre compétence, il est vrai, que celle d'un lecteur studieux des livres anciens ou nouveaux, qui a formé sa gerbe le mieux qu'il a pu et qui, à défaut d'autre mérite, se flatte du moins d'intéresser son public et d'éveiller en lui cette curiosité féconde qui pousse aux bons sentiments et aux bonnes actions.

Les ambulances, comme leur nom l'indique, sont des établissements mobiles et temporaires, formés ou transportés sur le champ de bataille, mais disposés de manière à suivre l'armée ou la division d'armée à laquelle ils appartiennent, et à recueillir les blessés, afin qu'ils reçoivent dans le délai le plus bref les premiers secours de la chirurgie.

La chirurgie est assurément la contemporaine des sociétés même les plus primitives; les ambulances, très-grossières sans doute et même très-rudimentaires, sont les contemporaines aussi des premiers combats.

Or, de bien bonne heure les hommes se sont battus entre eux, et ce n'est point là le plus beau de leur histoire. Heureux s'ils avaient su renoncer à temps à des habitudes si funestes et, en somme, si stériles!

Quoi qu'il en soit, la chirurgie paraît avoir précédé la médecine, dont elle serait la sœur aînée. Elle dut se borner, à ses débuts, aux opérations les plus simples et que l'instinct, ce semble, suffit à indiquer : arrêter les hémorrhagies, remettre en place un membre fracturé ou luxé, hâter la cicatrisation d'une plaie par le rapprochement des bords, etc.

Tels furent probablement, aux époques ignorantes et barbares, les essais des premiers chirurgiens.

Les luttes, les combats, les guerres ne manquèrent pas de fournir de nombreux sujets à leurs méditations, à leurs expériences, et bientôt ce qui n'avait été peut-être que l'œuvre de la dextérité et de l'adresse commença à devenir une science véritable. Les chirurgiens, tout naturellement, s'attachèrent aux gens de guerre, plus exposés que d'autres aux blessures de toute espèce, aux fractures, aux contusions, aux plaies, et de là aux ambulances proprement dites, il n'y a plus qu'à suivre le chemin.

La chirurgie militaire a été pratiquée en Orient et en Égypte dès les plus lointaines sociétés dont nous ayons des traditions ou des annales.

Ces poëmes indiens, qui nous révèlent brillamment tout un monde évanoui et qui sont le témoignage de civilisations vraiment admirables, lesquelles florissaient sur la terre il y a des milliers d'années, le Ramayâna, le Bagavad-Gitâ, nous montrent ensuite l'art de la médecine et de la chirurgie connu des savants et des sages, enseigné par eux à des disciples et charitablement appliqué. Dans l'armée de Rama, les guerriers atteints à travers la mêlée sont relevés aussitôt, portés dans leurs tentes et couchés sur des lits de feuillage; le sang qui coule de leurs blessures est étanché avec soin, et l'on répand ensuite sur la plaie l'huile adoucissante et le suc des herbes salutaires.

En Égypte, la médecine et la chirurgie faisaient partie de la science mystérieuse des prêtres, et, à l'ombre des sanctuaires, elles ne laissèrent point pourtant de progresser grandement. L'antiquité, quand on l'explore d'un regard attentif et curieux, trahit des multitudes de merveilles et de découvertes dont on rapportait l'honneur à des siècles plus rapprochés de nous, lesquels n'ont fait, à bien voir les choses, que restaurer, renouveler et rajeunir la science et les arts des aïeux les plus éloignés et souvent les plus méconnus. L'humanité tourne la roue de ses destinées dans des recommencements perpétuels.

Le baron Larrey nous apprend que sous les voûtes et les murailles des temples de Thèbes, de Louqsor, de Dendérah, il a vu des bas-reliefs représentant, parmi des guerriers couchés et mutilés, des membres, bras et jambes, coupés avec des instruments tout à fait semblables à ceux dont on fait actuellement usage pour les amputations, et ces mêmes instruments se retrouvent aussi dans les signes hiéroglyphiques.

Chez les Grecs, avant Homère et, plus tard, suivant l'Iliade et l'Odyssée, l'art chirurgical complétait l'instruction des hommes de guerre. Ce n'était pas tout de savoir faire une blessure, il fallait encore savoir la guérir, et les rois les plus illustres, les héros les plus renommés, ne dédaignaient point de devenir par surcroît des médecins et des chirurgiens habiles.

Achille tenait, dit-on, de Chiron le Centaure d'incomparables procédés pour panser les blessures, et il connaissait de même les vertus et qualités des plantes médicinales. De là, probablement, la renommée qu'avait acquise sa valeureuse épée de pouvoir guérir les blessures qu'elle avait faites.

Les Grecs, qui se sont réunis sous les murs de Troie, n'ont pas oublié d'amener avec leur flotte de véritables chirurgiens militaires: Podalire et Machaon, dont les noms nous ont été conservés par Homère, joignent, comme Achille, la science à la bravoure. Ces deux frères, fils d'Esculape, sont de « bons médecins » qui commandent trente vaisseaux creux. On peut supposer que plusieurs de ces navires, aux ordres de médecins, étaient destinés à recueillir et à mettre à l'abri les blessés, et être en un mot des hôpitaux mobiles et des ambulances.

N'est-ce point vers l'une de ces ambulances qu'Eurypile, frappé dans la bataille, demanda à Patrocle de le conduire : « Conduis-moi, dit-il, au vaisseau noir, et là, arrache la flèche qui m'a percé la cuisse, et lave à l'eau tiède le sang noir qui jaillira de la plaie, où tu répandras ensuite les doux et salutaires médicaments que Chiron a indiqués à Achille, lequel, à ce qu'on rapporte, t'a instruit toi-même... »

Et voilà que Patrocle, avec un zèle d'infirmier et comme ferait aujourd'hui un membre de la Société internationale, prend Eurypile dans ses bras et l'emporte au vaisseau noir. Puis, élargissant la plaie avec le couteau, il en retire le trait cruel et arrête le sang par l'eau tiède savamment répandue. Une herbe amère, broyée dans ses mains, est appliquée sur le mal et « bientôt la blessure est cicatrisée.

Vous avez ici une vue sur les ambulances homériques.

C'est Podalire, à ce qu'on assure, qui employa le premier la saignée chez les Grecs. Machaon comptait au nombre des clients dont il avait sauvé la vie, Ménélas lui-même et Philoctète.

De ces renseignements, puisés dans Homère et dans Hésiode, il résulte un fait qui nous paraît constant; c'est que la chirurgie militaire où s'exerçait Patrocle aussi bien que Podalire et Machaon, était encore chez les Grecs, à cette date, un art mal défini et que tout le monde pratiquait plus ou moins lorsque s'en présentait l'occasion.

Remarquons aussi que la plupart des blessures ne consistaient presque jamais qu'en plaies faites par des armes piquantes ou tranchantes, de là des contusions plus ou moins étendues. C'est pourquoi des hommes, à qui l'habitude ou l'expérience avaient acquis quelque dextérité, pouvaient sans d'autres moyens s'employer fort utilement.

La médecine et la chirurgie, qui tentaient d'ailleurs le génie grec, toujours en quête d'observations et de découvertes, ne tardèrent pas à s'échapper des temples d'Apollon et d'Esculape où des prêtres systématiques et ignorants prétendaient les retenir, et trois célèbres écoles se formèrent à Rhodes, à Gnide et à Cos.

Hippocrate, sorti de l'école de Cos, est, on le sait, un des pères de la doctrine. Grâce à lui, la théorie fut rectifiée par la pratique, et, pour ne parler que du chirurgien qui n'est pas moins grand que le médecin, Hippocrate s'adonna particulièrement à guérir les plaies de la tête et à combattre le plus universel des phénomènes pathologiques, l'inflammation. Il porta très-loin la mécanique chirurgicale appliquée au traitement des fractures, des luxations, des difformités.

D'autres chirurgiens illustres font progresser la science. Ce sont Philoxène, Gorgias, Sostrate, Héron, Ammonius qui fut surnommé le *lithostomiste*, Glaucias, Héraclide de Tarente, etc.

Le pythagoricien Démocède, dont Hérodote a raconté l'histoire, guérit Darius d'une luxation au pied, et la reine Atossa, fille de Cyrus, d'une tumeur au sein. Etésias de Gnide était le chirurgien de la reine persane Parysatis, mère d'Artarxercès.

Ces chirurgiens ont pris part certainement aux expéditions militaires qui eurent lieu de tout temps, et comme la politique, à défaut des sentiments d'humanité, conseillerait de ramasser les siens et d'avoir soin d'eux pour qu'ils pussent combattre encore, il n'est pas douteux que les rois de Perse ne les aient chargés spécialement du service de santé de leurs armées.

Xénophon, dans sa belle relation de la retraite des Dix-Mille, nous fournit une information précieuse, qu'un critique plus justement accrédité que nous en pareille matière, M. Guardia, relevait très-bien l'autre jour : « Après avoir décrit une marche pénible, Xénophon dit que, vers le soir, on arriva à proximité de quelques villages, et que là huit médecins furent commis au soin des blessés, qui étaient nombreux. Il y avait donc un personnel considérable pour le service médical, conclut M. Guardia. L'historien ajoute que ce détachement du corps principal de l'armée resta trois jours en ces lieux, et pour renouveler les approvisionnements et à cause des blessés.

Mais qu'étaient les ambulances grecques? Quelle forme avaient-elles? Comment en avait-on réglé les dimensions et ordonné la disposition intérieure? C'est là que des indications ou des éclaircissements manquent presque absolument. Chez les Grecs comme chez nous, tout a dû, selon les circonstances et les besoins, devenir plus ou moins une ambulance : le champ le plus voisin, la grange la plus prochaine, la chaumière du bouvier et celle du laboureur. L'important, pour nous, est de constater que l'ambulance existait réellement, et sur ce point il ne saurait y avoir aucun doute.

Les chirurgiens et les médecins abondaient en Grèce, au point qu'il en partait de tous côtés, nous l'avons vu, pour se répandre au loin dans les cours et les camps des rois perses et mèdes, où ils prospéraient au milieu de l'estime et des honneurs, et s'élevaient souvent au niveau des plus riches et des plus considérables personnages. La Grèce était l'illustre école de ces sortes de philosophes pratiques, comme elle était aussi l'école des plus ingénieux et des plus savants théoriciens. Ceux-ci raisonnaient sur l'essence de l'âme et ses facultés; ceux-là, étudiant le corps et ses organes, qui sont les serviteurs de l'âme même, s'efforçaient de les perfectionner, de les corriger, de les guérir; les uns et les autres se livraient à la noble tâche de faire du bien à l'homme en le rendant meilleur, c'est-à-dire plus vertueux, à la fois plus robuste et plus sain.

Philippe de Macédoine et Alexandre s'étaient entourés de médecins, qui suivaient leurs aventures et leur fortune. On se souvient qu'au siége de Méthone, une flèche, adressée avec une épigramme, vint atteindre Philippe à l'œil droit. Le chirurgien Critobule, chargé de soigner le prince, s'en tira à merveille et si bien, dit Pline, qu'il ne resta aucune trace de l'opération. Il est probable, en effet, que tout se passa pour le mieux : Philippe resta borgne. Voilà tout.

Alexandre, qui avait emmené en Asie un grand nombre de médecins, en réservait vraisemblablement plusieurs aux blessés de ses armées, et nous devons croire que de bonnes mesures avaient été prises pour assurer le service médical.

Les Grecs, dans leurs combats, aussi bien que tous les peuples de l'antiquité, étaient accompagnés de chariots de toute espèce qui servaient, sans nul doute, au transport des blessés et des malades, en même temps qu'ils étaient destinés à pourvoir aux autres nécessités de la défense.

A Rome, la science et l'art du chirurgien ne furent pendant longtemps que des notions confuses et qu'une pratique ignorante. Les jongleurs et les charlatans en avaient le monopole. Aux plus beaux temps de la République, Caton l'Ancien se flattait de guérir les fractures au moyen de paroles magiques. Il est croyable que les soldats romains, blessés dans la mêlée, qu'on traitait de cette façon, ne s'en trouvaient guère bien, et plus d'une fois, à la suite de la bataille, on dut confondre et enterrer pêle-mêle les vivants et les morts.

Deux siècles environ avant Jésus-Christ, un chirurgien grec, Archatagus, alla s'établir à Rome, sûr qu'il était d'avance d'y trouver de quoi se faire valoir; mais Archatagus, sur ce terrain nouveau, taillait, coupait, cautérisait, tranchait de toutes pièces et abusait tellement du fer et du feu qu'il fut, d'un commun accord, surnommé le bourreau, *carnifex*.

Archatagus cependant ne laissa pas d'introduire en Italie la médecine et la chirurgie grecques qui s'y développèrent dans la suite. La plupart des médecins romains, avant et sous les empereurs, étaient des Grecs.

Nous ne voyons pas que les Romains aient eu jamais une vocation bien déterminée pour les sciences, qui exigeaient une finesse d'esprit et d'observation fort éloignée de leur génie propre et de leurs habitudes guerrières. Si, braves et valeureux comme Achille, ils savaient faire de grandes moissons dans les rangs ennemis, ils se souciaient peu de panser et de fermer les blessures qu'ils avaient faites.

Et puis, dans leurs luttes corps à corps, on s'acharnait contre son adversaire qu'on ne laissait guère vivant sur la place même où on l'avait abattu et terrassé. On l'achevait au plus tôt.

Le médecin grec Galien, sous Vérus, sous Marc-Aurèle et Commode, dut modifier étrangement les us et coutumes des armées romaines, et sous les influences nouvelles de la philosophie et du christianisme, on se prit de pitié et de compassion pour les débris mutilés de rencontres de plus en plus sanglantes. Végèce ne parle que peu ou point, en termes très-vagues, du service médical dans les armées romaines. Toutefois, il est difficile d'admettre que, dès Auguste, et, plus tard, particulièrement sous les règnes de Trajan et de Marc-Aurèle, on n'ait point cherché à ménager le sang romain et à conserver le plus grand nombre possible de défenseurs à la patrie.

Dans cette voie, les progrès durent être constants et sensibles; mais ce n'est qu'au 9e siècle que nous avons les marques certaines de l'organisation proprement dite du service de santé dans les armées.

Voici ce qu'on lit dans le chapitre 12 du *Traité de tactique*, de l'empereur Léon VI, surnommé le Philosophe, lequel régna de 886 à 911 :

« Il faut qu'il y ait à l'avant-garde quelques *despotes*, chargés de prendre soin des blessés dans le fort du combat. On attachera pour cette office à chaque cohorte huit ou dix hommes agiles ou choisis parmi les soldats les moins valides. Ils seront sans armes et marche-

pont à cent pas derrière leur cohorte. Ils devront enlever du champ de bataille les soldats grièvement blessés, afin que ces braves gens ne soient point foulés aux pieds et ne succombent point à leurs blessures par suite de quelque négligence. Ces *despotes* recevront du questeur de notre empire un écu par soldat qu'ils auront sauvé... Ils auront avec eux une provision d'eau ; car il arrive souvent que les blessés s'évanouissent ou sont tourmentés d'une soif brûlante. »

Par quelle transformation le mot grec δεσπόται, qui signifiait primitivement *maîtres, tyrans, despotes*, a-t-il pu être appliqué à des auxiliaires d'ambulances? C'est là un problème philologique que nous nous bornons à soumettre aux érudits. Mais avec les *despotes*, peut-être avec les *commis au dépôt* des blessés, remarquons-le bien vite, les *brancardiers*, comme nous disons maintenant, sont inventés déjà et classés.

Les chirurgiens grecs, nous l'avons vu, s'étaient acclimatés en Italie. Il est donc tout naturel que, au moyen-âge, dans la reconstruction lente et pénible des sociétés dont la chute de l'empire romain avait brisé de toutes parts et dispersé le faisceau, ce soit en Italie que la science chirurgicale ait plus particulièrement fleuri et progressé. Mais quelle fleur barbare et quels progrès lents et embarrassés!... S'il faut s'en fier aux romans et fabliaux italiens de ces dates obscures, les soldats invalides étaient placés et employés volontiers çà et là en qualité de portiers et de gardiens des couvents et monastères. De là toute une source, pour les poëtes et les conteurs, et toute une veine de farces malignes et de satires burlesques.

Les ordres de chevalerie, qui étaient à la fois militaires et hospitaliers, accueillaient aussi très-généreusement et s'ouvraient aux blessés, souvent laissés à l'abandon qui, après les grandes batailles, pouvaient gagner leurs domaines ou châteaux-forts et faire appel à leur charité fraternelle.

Quand Louis IX partit pour la croisade, il ne négligea point de pourvoir, dans la mesure de ses moyens, au service de ses troupes, et entre autres médecins et chirurgiens, entre autres *mires*, suivant l'expression de ce temps-là, on cite Jéhan Pitard, tout spécialement attaché à la personne du roi. Jehan Pitard puisa dans ses voyages en Terre-Sainte l'inspiration de naturaliser en France la chirurgie militaire qu'il avait vue en grand honneur auprès des Sarrasins et des Arabes. Il fit approuver en conséquence les statuts d'un collége des chirurgiens qui fut institué à Paris vers la fin du XIII[e] siècle, et fomenta le goût des bonnes et sérieuses études.

Mais la médecine arabe, les idées et les procédés d'Avicenne, d'Averroës, de Rhazès, éclipsèrent alors et détrônèrent momentanément les idées et les procédés d'Hippocrate et de Galien. Toutefois, à travers mille pratiques puériles ou grossières, la connaissance plus exacte du corps humain accrut et multiplia les lumières, et la main du chirurgien opéra de moins en moins au hasard.

Au commencement du XIV[e] siècle, un chirurgien de Milan, proscrit par ses concitoyens, Lanfranc, s'était réfugié à Paris et, revenant aux traditions de l'antique médecine grecque, il professa la chirurgie avec une grande et juste célébrité.

L'invention de la poudre à canon fit entrer la chirurgie dans une voie nouvelle. Les combats n'étaient plus les mêmes, et ils avaient amené des variétés de blessures qui réclamaient d'autres découvertes importantes, d'autres inventions. Les mutilations si diverses produites par les projectiles, rendirent la pratique de la chirurgie plus difficile, et du même coup les secours devinrent plus indispensables et plus urgents afin de remédier aux lésions qui abondèrent dans les rencontres armées.

Hélas! les instruments dont on s'était servi jusque-là et les approvisionnements étaient on ne peut plus imparfaits, et bien des fois on se vit obligé d'abandonner les blessés, faute de secours, aux soins maladroits et au zèle souvent suspect des habitants des villes ou hameaux près desquels la bataille avait été livrée.

Ambroise Paré, qui est le père de la chirurgie *rationnelle* en France, peut y passer encore à juste titre pour le véritable créateur de la chirurgie militaire. C'est lui qui fit justice des pratiques absurdes où s'entravait la marche de la science et de l'art, et des moyens empiriques dont la plupart nuisaient plus au blessé qu'ils ne le soulageaient.

Attaché en qualité de chirurgien particulier au comte de Montéjean, Ambroise Paré découvrit, après l'affaire du Pas-de-Suse, les inconvénients de la pratique barbare qui consistait à cautériser avec l'huile bouillante les plaies d'armes à feu qu'une ignorance entêtée regardait comme empoisonnées.

On fait, en général, remonter aux premiers temps du règne de Henri IV l'établissement d'un service de santé régulier dans nos armées. En effet, sous Henri II et Charles IX, Paré n'avait aucun rang dans l'armée, et c'est à son génie seulement qu'il dut l'autorité incontestable dont il était revêtu auprès de ses confrères.

La chirurgie militaire dans les armées sous Henri IV était purement à l'état rudimentaire. On s'essayait pour ainsi dire ; mais déjà on faisait plus qu'entrevoir la possibilité d'une organisation durable et qui était appelée à rendre des services si désirables. Dès Louis XIII, un chirurgien major fut attaché à chaque régiment, on créa des ambulance *fixes* et d'autres que l'on nomma simplement *ambulantes*.

Ces dernières, pesantes, peu propres à être transportées dans un délai très-court d'un point à un autre, et encombrées d'un étalage inutile, étaient plutôt un objet de luxe qu'un moyen positif de soulagement et de salut; « toujours, a écrit M. le baron Larrey, séparées des combattants par l'interposition d'un immense train de bagages, de munitions et de vivres, ces lourdes masses ne s'approchaient jamais de la ligne de bataille et ne pouvaient donner que des secours tardifs. »

Bref, les ambulances et chariots d'ambulances étaient encore si incomplets et si insuffisants au commencement du XVIII[e] siècle, que le soir même de Fontenoi, Louis XV, parcourant aux flambeaux le champ de bataille, ne cessait d'entendre parmi les morts les plaintes de nombreux mourants qu'on n'avait point secourus.

C'est à notre âge que nous devons attribuer le mérite d'avoir compris et réalisé cette belle œuvre des ambulances, où le cœur coopère en quelque sorte autant que l'esprit.

En 1792, Larrey, chirurgien en chef de l'armée du Rhin, sentit toute l'importance d'un pansement rapide, et, le premier de tous, il donna l'exemple d'enlever les blessés sous le feu ardent de l'ennemi. En 1793, il créa les *ambulances volantes*, et il gagna pleinement le beau surnom qu'on lui appliqua dans les armées de la République, de « Providence du soldat. » Les ambulances de Larrey, convenablement établies et perfectionnées, furent mises en état d'effectuer tout le bien qu'on était en droit d'attendre de semblables institutions.

Elles sont fondées sur ce principe, trop souvent méconnu ou négligé, qu'en entrant en campagne une armée doit pouvoir se suffire à elle-même et trouver dans ses propres ressources tout ce qui est nécessaire à ses besoins. Autrefois, les chirurgiens, laissés en arrière, n'arrivaient sur le terrain avec leurs médicaments, leurs instruments et leurs provisions d'appareils, de linge et de bandelettes que le lendemain du combat et même plus tard encore. La mort, pendant ces heures, avait le temps de doubler sa moisson. Grâce à Larrey, on a maintenant deux espèces d'ambulances : les *ambulances fixes*, dites *de réserve*, et les *ambulances légères* ou *volantes*.

Les premières peuvent, sans inconvénient, rester à distance des trains d'équipages. Elles doivent renfermer les objets de toute espèce utiles à l'approvisionnement des ambulances légères et ceux dont il faudra se servir pour l'établissement des hôpitaux temporaires, que la nécessité exige. Les ambulances *volantes*, au contraire, doivent suivre immédiatement les corps d'armée et contenir tout ce que requiert la formation instantanée des ambulances proprement dites sur les champs de bataille. Elles doivent s'avancer avec la ligne des combattants.

Percy, dont la gloire, quand il s'agit d'ambulances, est inséparable de la gloire de Larrey, a imaginé de placer les chirurgiens au nombre de six sur une voiture très-légère et analogue à ces caissons d'artillerie qu'on désigne sous le nom de *wurtz*. Cette voiture est de même formée d'une caisse peu profonde, peu large, mais fort allongée. Elle reçoit dans ses compartiments les instruments de chirurgie, les appareils et les médicaments. Lorsqu'elle est fermée, elle présente une espèce de banquette où les jeune chirurgiens peuvent s'asseoir sur un ou deux rangs. Leur chef est à cheval, de manière à pouvoir se détacher et aller reconnaître les points du champ de bataille où il est urgent de faire arriver les secours. On conçoit aisément que ce petit chariot, attelé de quatre chevaux, doit se porter d'un point à un autre avec une extrême rapidité.

En signalant tous les avantages d'une ambulance organisée de cette façon, le baron Larrey ajoutait : « Celle que j'ai proposée me paraît plus active encore. Tous les chirurgiens sont à cheval. Ils ont à l'arçon de la selle et dans une valise des moyens de pansement déjà fort abondants ; ils portent dans une petite giberne leurs instruments les plus usuels, les plus indispensables ; à leur suite, marche une nombre relatif de petits caissons à deux roues, attelés de deux chevaux, où peuvent être placés commodément un ou deux blessés, et qui, dans les circonstances ordinaires, portent le matériel de l'ambulance. Ce moyen de secours offre, avec la même célérité que celui de Percy, l'avantage de se diviser et de se subdiviser de la manière la plus commode. Ce que l'on détache peut se rejoindre promptement et sans peine. Dans la guerre de montagnes, les chevaux et les mulets de bât sont indispensables et doivent remplacer les caissons. Il faut entasser dans les paniers recouverts de cuir, dont les chevaux sont chargés, des caisses de linge, d'instruments et de médicaments... »

Cette fois, au point de vue matériel, l'organisation paraît complète, et si le temps, là comme en toutes choses, apporte des perfectionnements nouveaux, on sent du moins que le plan véritable a été tracé, et, pour nous servir d'une comparaison toute appropriée à notre sujet, que le chariot d'ambulance est en bonne voie. Pour ce qui tient au personnel médical, on a soin de réunir aussi des hommes compétents et éclairés, des médecins, des chirurgiens, des pharmaciens, hiérarchiquement établis et attachés aux différents régiments. Les uns et les autres n'y sont admis qu'après avoir subi des examens dans les écoles de médecine militaire destinées tout spécialement à les former.

« La démence, a dit le poëte, est envoyée par les dieux à ceux qu'ils ont résolu de perdre. » Nous n'avons pas à faire ressortir ici, après bien d'autres, l'imprévoyance qui nous a poussés à la guerre à jamais déplorable que nous soutenons et qui en a ordonné tous les préparatifs. Quels qu'aient été le dévouement public et le zèle, il a fallu longtemps s'en fier aveuglément aux déclarations mensongères, et, maintenant que les coupables ont disparu, la tâche est grande de nous délivrer du poids de leurs fautes. On sait dans quel affreux désarroi se trouvaient au début de la campagne tous les services de l'intendance. Mais pendant la guerre de Crimée, par exemple, il n'en fut pas tout à fait ainsi, et le très-curieux et très-intéressant ouvrage du docteur Baudens (1), nous fournit sur les diverses ambulances, françaises, anglaises, sardes, turques et russes, qui s'étaient élevées, côte à côte, ce semble, et rivalisaient de savoir et d'industrie, des détails infiniment précieux. Voici ce qu'il nous dit de l'ambulance française du Clocheton :

« A 1,600 mètres de Sébastopol, on rencontrait cachée dans un pli de terrain une petite ferme de chétive apparence. On ne pouvait la regarder sans un profond sentiment de respectueuse émotion. Cette ferme avait servi d'ambulance de tranchée pour les ouvrages de gauche. Placée tout d'abord, lorsqu'on commença le siége, dans la maison tant renommée de Clocheton, l'ambulance avait été contrainte par les boulets ennemis, qui l'inquiétaient sans cesse, de se retirer dans le pli de terrain où se trouvait la petite ferme. Souvent les brancards qui portaient les blessés s'y succédaient sans interruption ; dans la nuit du 1[er] au 2 mai 1855, il en entra quatre cents. A mesure que les travaux de siége s'étendaient, l'ambulance s'agrandissait, groupant autour du bâtiment les tentes et les baraques. Un respectable aumônier de la flotte séjournait là avec le médecin. La science et la charité s'unissaient pour soulager les douleurs du blessé, le rendre à l'espérance et à la vie ou adoucir sa dernière heure. Un terrain clos de murs servait de cimetière. Chaque officier avait une fosse particulière; les soldats reposaient ensemble dans de grandes fosses communes : compagnons d'armes et de périls, la mort même ne les séparait pas. Après la chute de Sébastopol, cette ambulance devint un lieu de pèlerinage où chacun cherchait la tombe d'un ami. »

Dans les infirmeries régimentaires et les ambulances anglaises, où les conditions de bien-être et d'hygiène étaient sagement prévues, « les infirmiers remplissaient leurs fonctions sous l'impulsion active et intelligente de femmes hospitalières à la tête desquelles on remarquait la célèbre miss Nightingal... Cette jeune femme frêle, qu'on voyait à cheval, parcourant les ambulances, confondait dans sa pieuse sollicitude les malades des trois armées alliées. A l'époque du typhus, elle fit aux ambulances françaises et sardes un don considérable de vin de Porto et de conserves de toute espèce. »

Il n'y a pas que des Anglaises, qui en doute parmi nous? qui n'accourent aussitôt là où l'on fait le bien et qui ne mettent un légitime orgueil à le faire mieux que tout autre.

Les ambulances sardes sont construites d'après le système français ; les ambulances russes, bien installées et pourvues d'un bon mobilier, économisent l'espace et, comme dans nos maladreries du moyen-âge et même dans nos hôpitaux français d'il y a cinquante ans, les lits y sont à deux places. Rien n'est moins hygiénique et rien n'est plus dangereux pour le traitement d'un grand nombre de blessures. « Sur quelques lits, dit le docteur Baudens, on voyait des soldats morts, le visage découvert ; au chevet brûlaient de petites bougies; c'est sans doute quelque pratique religieuse ; les malades voisins n'en paraissaient nullement émus. »

Le livre du docteur Baudens, parmi de nombreux renseignements techniques, est plein d'aperçus originaux et pittoresques sur le service médical dans les armées. Dans le cadre étroit où nous devons nous renfermer, il suffira, nous l'espérons, de les indiquer et de les signaler au lecteur. Les circonstances où nous sommes en ont vivement rajeuni l'actualité.

Les inspirations philanthropiques sont naturelles au tempérament français, qui n'a jamais cessé de montrer en lui l'alliance de beaucoup d'esprit à beaucoup de cœur, et on dirait même que, pour notre gloire et pour nos péchés, notre esprit incontestable ait été mis en tout temps aux ordres de notre cœur, qu'on ne saurait contester davantage. Or, au XVIII[e] siècle, quand l'esprit français jetait au loin d'immortelles clartés, on se préoccupait extraordinairement du soulagement de ceux qui souffrent, quelle que fût d'ailleurs l'espèce de leur souffrance. On se souvint du sort misérable qui était fait aux pauvres blessés, et l'on eut l'idée généreuse de neutraliser les ambulances et les hôpitaux militaires.

Nous vivons dans un siècle, nous aussi, qui est bien le fils et le continuateur de ce XVIII[e] siècle, si philosophique et si humain. La France eut à cœur de pousser à bien l'œuvre internationale, et c'est ous les auspices de la France que le conseil fédéral suisse put convoquer les Etats de l'Europe à un congrès qui se réunit à Genève et rédigea, le 22 août 1864, cette convention « par laquelle fut officiellement proclamé le principe de la neutralité des ambulances, des hôpitaux et du personnel sanitaire des armées. »

Seize puissances signèrent le traité, et furent imitées, de 1864 à 1868, par vingt-deux états.

Dès 1867, la société qui n'avait songé d'abord qu'aux blessés des armées de terre, obtint, dans une conférence tenue à Paris, que le bénéfice de la neutralité s'étendît aux blessés des armées de mer.

N'estimez-vous pas avec nous que, malgré les désenchantements et les amertumes du présent, il y a pour l'avenir, dans cette libérale institution de secours mutuels, toutes sortes de fruits de justice et de vérité qui mûrissent? La pire de toutes les déchéances morales est, pour les nations comme pour les individus, de se détacher, de se désintéresser les unes des autres et de pratiquer l'odieuse maxime du « chacun pour soi. » La France peut se glorifier hautement de n'avoir point connu l'égoïsme : de là l'épreuve peut être où nous sommes engagés, mais de là aussi la couronne et le triomphe définitif. Quoi qu'il en soit, la société internationale des blessés est fondée sur ce principe supérieur, qu'aucune goutte de sang humain ne doit être versée en Europe et partout, sans que les regrets ne s'éveillent aussitôt, que les sympathies ne s'émeuvent et que, de tous côtés et de toute façon, au-dessus des distinctions de partis, d'opinion et de croyance, les secours de toute nature ne soient apportés et prodigués.

L'initiative privée est inspirée, encouragée, appelée. Qui donc pouvant quelque chose d'utile et de salutaire, est en dehors de la tâche fraternelle ? L'un ouvre sa maison, l'autre sa bourse, et pendant que les mains habiles cautériseront la plaie, les mains inexpérimentées encore et enfantines déchireront le linge et feront la charpie.

Eux, ils ont bien ouvert leurs veines et donné leur sang!

Si Paris a été plus brillant et plus bruyant, il n'a jamais été plus grand que par ces temps de siége. Nos tristesses de chaque jour ne sont pas plus sans consolation que sans espérance. Les longues vicissitudes, par où il nous faut passer et qui n'aboutiront — les leçons de l'histoire suffiraient à le démontrer — qu'à une rénovation glorieuse des destinées de notre patrie, confirment de plus en plus cette ancienne vérité qu'en France, tous les cœurs et tous les esprits enflammés d'une même ardeur, battent d'un même élan et travaillent à l'œuvre nationale. L'œuvre nationale, la guerre de notre indépendance à reconquérir et à fonder sur des bases nouvelles, il n'est personne d'entre nous, jeune ou vieux, illustre ou obscur, qui n'y prenne à sa manière, toujours excellente, une vive et constante part.

Les grandes pensées viennent du cœur » a dit Vauvenargues. Paris en ce moment est plein de grandes et nobles pensées et, qui mieux est, de grandes et nobles actions.

Au milieu des émotions publiques, notre génie si joyeux naguère, si oublieux peut-être, s'est recueilli tout à coup, et le voilà qui se révèle avec d'autres aspects, le voilà qui déploie des trésors de ressources nouvelles et imprévues devant de nouvelles nécessités.

Pendant que nos soldats, et tous les citoyens le sont aujourd'hui, soutiennent vaillamment la lutte et opposent l'entêtement sublime de l'héroïsme patriotique à l'entêtement honteux de la convoitise et de la cupidité de l'envahisseur, ceux qui ne savent pas ou qui ne peuvent plus se battre, les accompagnent, non pas de leurs vœux stériles, mais de leurs personnes, et, sous le feu, à travers la mitraille, ils veillent, ils attendent, puis ils relèvent doucement les blessés et les ramènent.

Nos frères, nos amis, atteints dans la mêlée, tombent dans des bras d'amis et de frères, et toutes nos maisons, tous nos édifices, là où l'on priait Dieu, là où furent la fête et le bal, reçoivent avec amour les chers hôtes.

(1) *La Guerre de Crimée*, par L. Baudens (Michel Lévy).

On a dit et répété trop longtemps que Paris était une ville de plaisirs, où le goût du luxe commandait tout et commandait seul. Qui le croirait maintenant? Le désintéressement abonde sous toutes ses formes, et il n'y a ici de rivalité que dans le dévouement et le sacrifice. Nos femmes ont donné à mains ouvertes et sans regrets les riches superfluités des jours d'autrefois. Nous savons des parures qui, dignement transformées, ont servi un jour ou l'autre à devenir l'appareil du pansement d'un bras ou d'une jambe que les balles avaient frappés. Il n'est pas d'objet qui, sous les doigts d'un chirurgien ayant à remédier à des accidents graves, ne puisse être employé utilement. La filasse, le coton, la mousse, remplacent alors la charpie de toile; le parchemin, le papier ou diverses étoffes remplacent les bandes et les compresses dans le pansement des plaies de tout genre. C'est enfin grâce à tous ces efforts réunis que l'art peut quelquefois, comme on l'a dit, lutter de vitesse avec la mort.

Toutes les inventions que la bonté suscite, nos femmes et nos sœurs, — qui de nous ne l'a éprouvé? — les devinent si bien et toujours!... Transformées elles-mêmes en infirmières qui ont reçu en don l'art de traiter une blessure ou de préparer un breuvage, celles qu'on a pu croire des créatures mondaines et frivoles prouvent à chaque heure du jour et de la nuit qu'aucune fatigue n'abat leur courage ou ne le rebute.

L'amour de la patrie a agrandi toutes les âmes, le cœur maternel de la patrie palpite dans toutes les poitrines.

C'est pourquoi la France entière, qui a les yeux tournés vers Paris, et qui espère avec anxiété le retour ou la victoire de ses enfants, peut se fier à nous. Notre capitale, où les ambulances surgissent par milliers pour recueillir les malades, est autre chose pourtant qu'une grande ambulance: c'est une famille où les plus inconnus de la veille, les plus déshérités, ce semble, trouvent aujourd'hui des pères, des mères, des frères et des sœurs, et celui qui succombe peut emporter avec lui cette consolation suprême de mourir près des siens.

Le service sanitaire des soldats est la préoccupation de chacun, et l'ambulance, dont nous avons étudié les origines et les progrès, est entrée vraiment dans nos mœurs. Le malheur nous a enseigné les soins ingénieux, savants et doux. Que n'accomplit-on pas avec le génie de son cœur? *mente cordis sui*, comme dit le sage.

Plus tard, — bientôt, nous l'espérons, — quand le dernier combat nous aura donné la dernière et décisive victoire que nous avons le droit d'attendre de la justice de notre cause, quand la France sera délivrée et purifiée, chacun de nous aura contribué ainsi à ce triomphe, et la patrie nouvelle, cent fois plus chère, s'il est possible, sera encore l'œuvre commune à laquelle chacun aura travaillé. — G. Sancey.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

On annonce, comme devant paraître prochainement, des rapports circonstanciés sur l'état sanitaire de l'armée allemande pendant la dernière guerre. Dès à présent, on peut dire que, d'après le jugement des principales autorités médicales qui ont fait la campagne, cet état a été beaucoup plus satisfaisant qu'on ne s'y attendait. A la vérité, pendant quelque temps, le typhus a sévi d'une manière assez violente dans les localités encombrées de troupes, et les malades ont particulièrement souffert là où de grands hôpitaux étaient établis pour les blessés. Plus tard, en dépit de tous les efforts, la pyohémie s'est déclarée dans quelques hôpitaux. L'intoxication du sang est une conséquence naturelle du séjour dans les hôpitaux, même quand ils sont le mieux aménagés, et ce n'était pas alors le cas. Heureusement, la pyohémie ne s'est montrée qu'isolément, et le typhus n'a pas eu, en général, un caractère pernicieux. L'armée allemande se trouvait, au reste, dans un pays dont le climat est un des plus beaux de l'Europe. Le froid était très-peu sensible, la chaleur très-supportable. Les nuits n'étant pas trop fraîches, on pouvait éviter les refroidissements. L'Allemand est assez dur; quand il se trouve dans un pays où la température est relativement modérée, il est à l'abri des maladies, ou, s'il en est atteint, il s'en remet plus vite. Ajoutez à cela, qu'au lieu de la bière et de l'eau-de-vie, on avait le vin rouge, dont la jouissance a été accessible à tous les soldats, sans distinction de rang.

(*Neue Allgemeine Zeitung*.)

— Vers le milieu d'août aura lieu, à Kiew, une réunion générale des naturalistes et des médecins russes. C'est l'État qui en fait les frais. L'assemblée durera six jours.

(*Gazette de la Baltique*.)

— La fièvre jaune fait de grands ravages à Buenos-Ayres. Douze mille personnes sont mortes en l'espace de deux mois et demi dans cette ville, dont la population s'est trouvée soudainement réduite, par la fuite de ses habitants, de 200,000 à 40,000 âmes.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Traité des opérations qui se pratiquent sur l'œil, par le docteur E. Meyer, chevalier de la Légion d'honneur, et le docteur A. de Montméja, ancien chef de clinique ophthalmologique, rédacteur de la *Revue photographique des hôpitaux*, ex-interne provisoire des hôpitaux de Paris. Un volume de 276 pages in-4°, relié demi-chagrin, doré en tête, avec 190 figures sur bois dessinées par Leveillé, gravées par Badoureau, et accompagné d'un atlas photographique de 22 planches (ouvrage terminé). — Prix : 40 fr.

Traitement du cancer du col de l'utérus par la galvanocaustique thermique, par M. le docteur Amussat fils; broch. in-8. — Prix : 2 fr.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la Gazette un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois.. 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 1er août 1871.

HOPITAL DES ENFANTS MALADES. — M. BOUCHUT.

Encéphalopathie albuminurique avec éclampsie. — Œdème cérébral. — Urémie. — Hydrate de chloral. — Guérison.

Il se produit tant d'hypothèses chimiques et histologiques dans la science médicale, que je veux saisir l'occasion qui se présente de vous rappeler aux vrais principes de l'observation clinique. Il s'agit de l'*éclampsie albuminurique* et des explications contradictoires qu'on peut en donner par l'*urémie* ou par l'*œdème cérébro-méningé*.

L'urémie est d'origine allemande, et il n'est pas besoin d'en dire davantage pour expliquer sa faveur auprès de nos jeunes savants. La théorie de l'œdème cérébro-méningé est toute française et repose sur des faits anatomiques précis que tout le monde peut vérifier. A ce titre, je la défends encore et je vais essayer de vous faire partager mon avis.

Avant d'aborder cette discussion, je vais vous raconter le fait qui lui servira de base. De cette manière, toutes les circonstances qu'il présente étant bien gravées dans votre esprit, vous pourrez plus aisément me suivre dans mon argumentation et dans mes considérations de diagnostic différentiel.

La petite fille dont je vous parle, nommée X..., âgée de 10 ans, entrée le 6 juin 1870 dans mon service, est malade depuis quelques semaines et n'a jamais eu précédemment de maladie grave. Sa constitution est bonne, mais elle est grandement affaiblie. La maladie actuelle date d'un mois; elle a paru lentement et elle ne succède pas à la scarlatine. Cette remarque est importante, puisqu'il s'agit d'une anasarque albuminurique.

Il y a un mois, cette enfant a paru fatiguée, triste, abattue, somnolente; elle était sans force et sans appétit; elle se plaignait un peu de la tête et des reins, mais elle jouait encore avec ses compagnes.

Telle est la première phase du mal.

Il y a quinze jours, la maladie a changé d'aspect, s'est aggravée. Au mal de tête persistant et à la douleur des reins se sont joints des vomissements opiniâtres, aqueux, répétés plusieurs fois par jour et tous les jours jusqu'à l'entrée à l'hôpital. Il s'est montré de l'anasarque; il a fallu prendre le lit, et, comme elle ne pouvait rester davantage chez elle, où elle était peu soignée, on nous l'a conduite dans l'état suivant :

Faciès pâle, terreux, bouffi, exprimant l'hébétude. Tout le corps est le siége d'une anasarque prononcée

Prostration considérable, fièvre assez forte; pouls inégal, irrégulier, intermittent, 136 pulsations.

Langue blanchâtre; soif fréquente; vomissements aqueux, inodores, répétés : une évacuation stercorale liquide, provoquée par un purgatif de la veille, mais avant le purgatif évacuations naturelles.

Le cœur et les poumons ne présentent aucun trouble fonctionnel appréciable, mais les urines sont troubles, légèrement rougeâtres, avec dépôt muqueux brun considérable. Au microscope, ce dépôt est formé de globules de sang et de cellules épithéliales granuleuses et graisseuses. On n'y trouve pas de tubes urinifères complets ni de cylindres fibrineux compactes. Traitées par la chaleur et par l'acide nitrique, elles donnent un précipité abondant d'albumine.

Une heure après son entrée à l'hôpital, l'enfant perd connaissance; sa face rougit, la bouche écume et tout le corps est le siége de convulsions violentes plus prononcées à gauche qu'à droite, avec persistance d'un certain degré de sensibilité.

Cette attaque d'éclampsie cesse au bout de quelques minutes, pour faire place à la somnolence; puis elle revient au bout d'une heure sous la même forme; mais l'état convulsif se trouve cette fois plus marqué à droite qu'à gauche.

Vingt attaques semblables se succèdent ainsi dans la journée et dans la nuit, et je lui fais prendre la potion suivante ;

Hydrate de chloral : trois grammes.
Sirop de groseille : soixante grammes.

L'enfant dormit paisiblement quelques heures, et il n'y eût plus de convulsions.

A ce moment, voulant utiliser les recherches de *cérébroscopie* auxquelles je me livre depuis sept ans, j'examinai les yeux à l'ophthalmoscope et je pus constater un œdème névro-rétinien sans phlébectasie rétinienne qui me permit de conclure à l'existence d'un œdème des méninges et du cerveau. Voici ce qu'on trouvait : La papille est confuse, voilée par un nuage blanchâtre rosé qui en fait paraître les contours tout diffus; les veines rétiniennes sont petites et sans dilatations, ce qui démontre qu'il n'y a pas de compression intra-crânienne ni de gêne à la circulation des sinus ou du cerveau.

Une seconde journée, avec emploi d'une nouvelle dose de *trois* grammes d'hydrate de chloral, se passe sans éclampsie, et ce matin, début de la troisième journée, la malade est plus éveillée, moins irritable; elle répond mieux et son pouls, devenu régulier, marque 120. Ses papilles offrent la même apparence d'œdème comme la surface du corps, mais l'anasarque a diminué. Il n'y a pas eu d'autre vomissement ni d'évacuation alvine. Les urines sont plus claires et plus transparentes; leur dépôt est moins coloré, et elles précipitent moins d'albumine.

Voilà le fait curieux et rare que vous avez examiné avec moi, et dont je viens de reproduire les circonstances principales. Maintenant, quelle signification doit-il avoir dans votre esprit? Comment devez-vous l'interpréter? Quel est le diagnostic à établir? Quelles sont les complications de la maladie et quel traitement dois-je instituer? Voilà ce qui me reste à vous dire.

S'il ne s'agit que de ce qu'on voit, je vous dirai : *Anasarque avec albuminurie et éclampsie consécutive.* Mais le vrai médecin va au delà des phénomènes sensibles, après avoir vu il juge.

L'anasarque que présente cette enfant ne dépend ni d'une maladie du cœur, faisant obstacle à la circulation rénale, ni d'aucune lésion pulmonaire hépatique ou splénique, car le cœur, les poumons, le foie et la rate sont dans un état complet d'intégrité. Elle ne dépend pas d'une scarlatine ayant agi sur les reins, car la mère soutient que l'enfant n'a pas eu de fièvre éruptive et, nous-mêmes, nous ne trouvons sur le corps aucune trace de desquamation épidermique.

Cette anasarque accompagnée d'albuminurie dépend donc d'une maladie primitive des reins, c'est-à-dire d'une néphrite primitive.

Est-ce une néphrite interstitielle, c'est-à-dire une néphrite occupant la trame cellulo-vasculaire du rein? Assurément non.

Il s'agit ici d'une *néphrite parenchymateuse primitive* ou *néphrite catarrhale*, ou *néphrite desquamative*, maladie assez rare d'emblée chez les enfants. C'est une malade de Bright, âgée de un mois, à l'état aigu, dans la période d'augmentation de volume des reins, avec dégénérescence graisseuse de la substance corticale, desquamation épithéliale graisseuse des tubes urinifères, sans exsudation fibrineuse de ces mêmes tubes.

Ainsi comprise, je n'ai plus qu'à vous parler de l'éclampsie albuminurique qui accompagne cette néphrite desquamative ayant produit l'œdème général, et à voir si, comme on l'a dit, cette éclampsie résulte de l'urémie ou au contraire de l'œdème des méninges, révélé par l'œdème rétinien et par l'anasarque de la peau.

Vous savez que les reins séparent du sang une quantité d'urée qui sort avec l'urine et qui est au maximum de *trente-huit* grammes par litre et au minimum de *douze* grammes. C'est l'état normal. Dans l'état pathologique créé par la néphrite albumineuse, la quantité d'urée qui sort avec les urines n'est plus, au contraire, que *six* à *dix* grammes par litre. Tout ce qui ne sort pas reste dit-on dans le sang, et c'est à cette rétention, appelée *urémie*, qu'Addison, Frerichs, et à leur suite une foule de nos compatriotes, rapportent les accidents nerveux spasmodiques et convulsifs éclamptiques de l'albuminurie. D'après Frerichs l'urée n'agirait qu'en se transformant en carbonate d'ammoniaque sous l'influence des ferments du sang.

Pour M. Challan, ce ne serait pas la rétention de l'urée dans le sang qui serait la cause des accidents éclamptiques, mais l'accumulation dans ce liquide d'une trop grande quantité de matières extractives.

Donc, *urémie* ou *accumulation* de matières extractives dans le sang, voilà, pour la majorité des médecins de notre temps, la cause incontestée de l'éclampsie albuminurique. Je ne nie pas qu'il en soit ainsi, mais je dis que cela n'est pas démontré, et, puisque cela n'est pas démontré, ce n'est qu'une hypothèse. Nous n'avons pas le droit de faire des hypothèses. La science s'amoindrit par des suppositions de cette nature, et elle ne s'élève que par la précision et par l'exactitude.

C'est une hypothèse, ai-je dit. Je vais le prouver.

(Sera continué.)

DOCUMENTS

POUR SERVIR A L'HISTOIRE DU MOUVEMENT SCIENTIFIQUE PENDANT LE SIÉGE DE PARIS (1).

2 JANVIER

III. **Académie des sciences.** — L'Académie tient séance.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 2 janvier 1871. — Présidence de M. LIOUVILLE.

RENOUVELLEMENT ANNUEL DU BUREAU ET DE LA COMMISSION ADMINISTRATIVE.

L'Académie procède, par la voie du scrutin, à la nomination d'un vice-président pour l'année 1871, lequel doit être choisi cette année parmi les membres de l'une des sections des sciences mathématiques.

Au premier tour de scrutin, le nombre des votants étant 31,

M. Faye obtient........ 18 suffrages.
M. Bertrand........... 12 »
M. Jamin.............. 1 »

M. FAYE, ayant réuni la majorité absolue des suffrages, est proclamé élu.

L'Académie procède, par la voie du scrutin, à la nomination de deux membres qui seront appelés à faire partie de la commission centrale administrative.

Au premier tour de scrutin, le nombre des votants étant 25,

M. Chasles obtient....... 24 suffrages.
M. Decaisne............ 23 »
MM. Mathieu, Delaunay, Brongniart, chacun.... 1 »

MM. CHASLES et DECAISNE, ayant réuni la majorité absolue des suffrages, sont élus membres de la commission.

Conformément au règlement, le président sortant de fonctions doit, avant de quitter le bureau, faire connaître à l'Académie l'état où se trouve l'impression des recueils qu'elle publie et les changements arrivés parmi les membres et correspondants de l'Académie dans le cours de l'année.

CHANGEMENTS ARRIVÉS PARMI LES MEMBRES DEPUIS LE 1er JANVIER 1870

Membres décédés.

Section de géométrie. — M. LAMÉ, décédé à Paris, le 1er mai.

Académiciens libres. — M. DUMÉRIL, décédé à Paris, le 12 novembre.

CHANGEMENTS ARRIVÉS PARMI LES CORRESPONDANTS DEPUIS LE 1er JANVIER 1870.

Correspondants décédés.

Section de géographie et navigation. — M. DE DEMIDOFF, à Saint-Pétersbourg, le 29 avril; M. DE WRANGEL, à Saint-Pétersbourg, le ...

Section de physique. — M. MAGNUS, à Berlin, le 4 avril.

Section de médecine et chirurgie. — M. GUYON, à Alger, le 23 août.

Correspondants élus.

Section de physique. — M. HELMHOLTZ, à Heidelberg, le 3 janvier, en remplacement de M. MARIANINI, décédé; M. DE MAYER, à Heilbronn, le 10 janvier, en remplacement de M. MATTEUCCI, décédé; M. KIRCHHOFF, à Heidelberg, le 24 janvier, en remplacement de M. FORBES, décédé; M. JOULE, à Manchester, le 30 mai, en remplacement de M. MAGNUS, décédé.

Section de minéralogie. — M. NAUMANN, à Leipzig, le 7 février, en remplacement de M. R.-I. MURCHISON, élu associé étranger; M. MILLER, à Cambridge, le 28 février, en remplacement de M. FOURNET, décédé.

Section d'anatomie et zoologie. — M. BRANDT, à Saint-Pétersbourg, le 4 juillet, en remplacement de M. CARUS, décédé.

Section de médecine et chirurgie. — M. ROKITANSKI, à Vienne, le 13 juin, en remplacement de M. PANIZZA, décédé; M. LEBERT, à Breslau, le 4 juillet, en remplacement de M. LAWRENCE, décédé.

Membres à remplacer.

Section de géométrie. — M. LAMÉ, décédé le 1er mai.

Académiciens libres. — M. DUMÉRIL, décédé le 12 novembre.

Correspondants à remplacer.

Section d'astronomie. — M. ENCKE, à Berlin, décédé le 26 août 1865; M. L'AMIRAL SMYTH, à Londres, décédé le 9 septembre 1865;

(1) Suite. — Voir le dernier numéro.

M. PETIT, à Toulouse, décédé le 27 novembre 1865; M. VALZ, à Marseille, décédé le 22 février 1867.

Section de géographie et navigation. — M. D'ABBADIE, élu membre de l'Académie le 22 avril 1867; M. DE DEMIDOFF, à Saint-Pétersbourg, décédé le 29 avril 1870; M. DE WRANGEL, à Saint-Pétersbourg, décédé le... 1870.

Section de chimie. — M. BÉRARD, à Montpellier, décédé le 10 juin 1869; M. T. GRAHAM, à Londres, décédé le 16 septembre 1869.

Section d'anatomie et zoologie. — M. QUOY, à Brest, décédé le 4 juillet 1869; M. PURKINJE, à Prague, décédé le 28 juillet 1869.

Section de médecine et chirurgie. — M. GUYON, à Alger, décédé le 23 août 1870.

MÉMOIRES ET COMMUNICATIONS DES MEMBRES ET DES CORRESPONDANTS DE L'ACADÉMIE.

Lettre de M. CHEVREUL *à* M. le président, *à propos de la dernière partie de son résumé historique des travaux relatifs à la gélatine.*

Monsieur le président et cher confrère,

Je m'étais engagé à présenter, dans la séance de ce jour, la fin du résumé historique des travaux auxquels la gélatine a donné lieu, avec le reste de ma *réponse catégorique à M. Fremy.* Lundi prochain, je remplirai la moitié de mon engagement, mais je garderai le silence sur la seconde.

M. Fremy m'a écrit une lettre où son ancienne amitié est trop manifeste pour qu'il n'y ait pas empressement de ma part à mettre fin à un débat qui m'était plus pénible qu'à tout autre; ce n'est donc point le lendemain du premier jour de l'an que j'hésiterai à rendre hommage à la fraternité académique, que je n'ai jamais séparée de la liberté qui doit présider à nos discussions.

Que mes confrères me permettent donc de leur adresser ce souhait: Liberté et fraternité dans nos discussions! et espérance en l'année qui commence.

Sur les effets de la pénétration des balles et biscaïens dans les parties molles ou osseuses du corps humain. — M. S. LAUGIER. Le but de la question que j'avais adressée à notre honorable confrère M. Morin était de savoir si dans les études qu'il a faites sur le jet des projectiles lancés par la poudre à canon sur les corps solides ou d'une certaine mollesse, comme l'argile par exemple, il avait eu occasion de reconnaître et de signaler une loi d'ébranlement excentrique dont je désirais comparer les effets avec ceux que les mêmes projectiles produisent sur les tissus du corps humain. La réponse qu'il a bien voulu me faire et qu'il a communiquée à l'Académie prouve que, dans les corps solides et mous traversés par les boulets, existe une commotion excentrique très-manifeste; mais on est frappé des différences notables qui existent entre ses résultats et ceux qu'on obtient sur les tissus du corps humain frappés dans les plaies d'armes à feu par une balle ou un biscaïen de moyen calibre.

Il faut les considérer sur les parties molles et sur les os.

Sur les parties molles, à moins que le coup de fusil ne soit tiré à bout portant, la balle produit une ouverture d'entrée notablement plus petite que l'ouverture de sortie; il y a quelques exceptions à cette loi, mais c'est la règle. Au niveau de l'ouverture d'entrée, les tissus sont dans un état d'attrition extrême, nettement coupés comme à l'emporte-pièce, et cependant légèrement enfoncés vers le centre de la partie à laquelle ils appartiennent. A la sortie, au contraire, ils sont déchirés, déjetés en dehors, déchiquetés parce qu'ils ont été refoulés et sans soutien avant d'être perforés.

Dans les expériences de M. le général Morin, au contraire, la masse d'argile perforée par le boulet offre un large évasement à l'entrée du projectile dont le trajet est en forme de cône, qui a son sommet vers la sortie, de sorte que si l'on voulait rechercher une analogie sous le rapport des ouvertures d'entrée et de sortie entre les effets des plaies d'armes à feu faites par la balle et le biscaïen sur nos tissus mous et ceux du choc du boulet sur des corps inertes, ce serait plutôt encore avec la rencontre de celui-ci et du bois qui revient sur lui-même, c'est-à-dire des corps fibreux et élastiques, qu'on pourrait établir une comparaison. Certaines parties de nos vêtements, notamment les chapeaux de feutre, donnent lieu à des effets semblables, témoin le chapeau de Charles XII, dont la perforation était beaucoup plus étroite que celle du crâne de cet homme célèbre tué, comme on sait, par une balle au siége de Frédéricstadt.

Quant à l'ébranlement excentrique à partir du trajet du projectile, et c'est sur ce point que je désirais avoir l'opinion de M. le général Morin, il est manifeste dans ses expériences; il ne l'est pas moins sur le corps humain. Dans les corps inertes, mous ou solides, il paraît proportionnel à la vitesse du projectile, tandis que dans le corps humain, à égale vitesse, il varie suivant certaines circonstances accidentelles, telles que le degré de tension, de consistance, que peuvent offrir les muscles dans leur état de relâchement ou de contraction; il est plus prononcé quand les muscles sont contractés et leurs aponévroses tendues; il ne présente donc pas sur les parties molles la régularité, la répartition mathématique des effets reconnus par M. Morin sur les corps mous, comme l'argile.

Dans les os même, il varie suivant la nature de l'os, formé de tissu compacte ou de tissu spongieux. Par exception, dans le tissu compacte, le choc de la balle produira un écornement très-net, ou même un trou de la forme du projectile, qui a pu s'y loger sans fissure; mais dans le plus grand nombre de cas, sur la diaphyse toujours compacte des os longs existent des fractures en éclat, dont les esquilles ont souvent plusieurs centimètres de longueur.

Dans le tissu spongieux, qui se laisse plus facilement pénétrer, il y a cependant aussi, indépendamment des esquilles morcelées et pour ainsi dire émiettées du trajet même du projectile, des esquilles plus grosses, évidemment dues à un ébranlement excentrique, puisque les parties de l'os qui les constituent n'ont pas été directement touchées par le projectile.

Quand l'ébranlement ne s'est pas produit, par exception, on a vu quelquefois la balle séjourner dans les os spongieux, après y avoir pratiqué un trou ou un canal, sans qu'il y ait eu d'accident sérieux; mais dans le plus grand nombre des cas, la commotion excentrique dans les plaies d'armes à feu du tissu spongieux cause des désordres immédiats de ce tissu et à leur suite des accidents trop souvent mortels.

Plusieurs autres points ont été touchés par M. le général Morin. L'un d'eux est relatif à la chaleur acquise et transmise par le projectile pendant son passage à travers le milieu qu'il rencontre; l'argile, dit-il, est presque *cuite*; il suppose en conséquence que dans les plaies d'armes à feu cette chaleur pourrait produire des effets de brûlure. La brûlure ne peut s'observer que dans les plaies d'armes à feu à bout portant, et elle tient seulement alors à la déflagration de la poudre et à la combustion de la bourre; mais il est absolument opposé aux opinions chirurgicales qu'il y ait jamais brûlure opérée par le projectile. L'opinion contraire, qui a régné au XVIe siècle, est tout à fait rejetée de nos jours d'un accord unanime, et depuis longtemps. La gangrène immédiate des parties molles rencontrées par la balle ou le boulet est un effet de contusion violente, et d'une véritable attrition. Ce n'est point une brûlure, attendu que les caractères des plaies par brûlure ne sont pas reconnus dans les plaies d'armes à feu, à la distance même de quelques pieds. Ajoutons que les portions de vêtements entraînées dans l'épaisseur des tissus de nos membres et jusqu'au sein de nos cavités viscérales, telles que des lambeaux de pantalons, de chemises, tout en servant souvent d'enveloppe aux projectiles, ne présentent jamais la moindre trace de combustion.

M. le général Morin indique d'une manière très-intéressante la déformation des projectiles sur les corps ductiles, tels qu'une masse de plomb; il a observé la rupture des projectiles plus durs en fragments plus ou moins nombreux, ou au moins des dépressions à leur surface, des empreintes circulaires régulières dans lesquelles le plomb était incrusté.

Ces déformations des projectiles en plomb ont, dit-il, leurs analogues contre des surfaces osseuses. Cette analogie est parfaitement exacte, et peut-être la déformation du projectile y est-elle plus marquée encore sur le corps humain.

On a peine à se figurer le degré d'altération dans sa surface et ses contours que peut subir une balle de plomb pleine contre la diaphyse creuse d'un os long; non-seulement elle se déforme, se déprime au niveau de la portion de sa surface qui a frappé l'os sur un point de sa circonférence ordinairement arrondie; mais elle peut, si elle le rencontre en plein, et pour ainsi dire centre pour centre, se creuser de cavités profondes dans lesquelles des éclats d'os sont enchatonnés de manière à n'en pouvoir sortir que si l'on entaille, pour les extraire, les bords de l'excavation qui les a reçus.

Je pourrais montrer à l'Académie, comme je l'ai fait à plusieurs de ses membres, une balle de plomb déformée, qui contient un fragment de plus de 2 centimètres de la diaphyse de l'humérus d'un blessé, qui est en ce moment à l'Hôtel-Dieu l'objet de tous mes soins depuis le 30 novembre et auquel j'ai jusqu'ici conservé le bras.

Je l'avoue, un pareil degré de déformation du projectile, une semblable incrustation d'un fragment d'os, à bords tranchants il est vrai, mais d'une résistance si inférieure en apparence à celle de la balle, me paraissent difficiles à expliquer et même à admettre s'ils n'étaient démontrés par le fait.

Ainsi donc, il y a une certaine analogie entre les effets directs du choc d'un boulet qui traverse une masse d'argile, un bloc de plomb, le tronc d'un chêne, et ceux d'une balle de fusil qui frappe les tissus du corps humain; elle est plus palpable entre le choc de nos tissus et celui des corps inertes fibreux par le projectile.

On reconnaît aussi dans l'un et l'autre cas un retentissement ou ébranlement excentrique, qui se propage aux parties voisines à partir du trajet du projectile.

Considéré dans les parties molles ou osseuses du corps humain, il rend compte de certains effets, de certaines complications en même temps qu'il augmente considérablement la gravité des plaies d'armes à feu.

Dans les parties molles, il cause souvent une sorte de stupeur locale qui rend la partie insensible, froide, pesante, inhabile à se mouvoir, et la prédispose à l'engorgement et à la mortification. Il est en raison du volume du projectile, de sa force d'impulsion et de la résistance de la partie frappée.

Dans les os, cet ébranlement produit des fractures à distance, qui se prolongent dans les articulations voisines et se comportent comme je l'ai dit plus haut, dans le tissu compacte ou le tissu spongieux.

Qu'il me soit permis, en terminant, de remercier M. le général Morin du bienveillant accueil qu'il a fait à ma demande, et de me féliciter d'avoir donné lieu à la remarquable communication qu'il a faite à l'Académie.

Sur le froid de décembre 1870 et sur la période des grands hivers signalée par M. Renou. — M. CH. SAINTE-CLAIRE DEVILLE. L'importance exceptionnelle qu'a eue, dans les circonstances actuelles, la basse température du mois de décembre 1870, m'autorise à penser que l'Académie accueillera avec intérêt quelques nombres obtenus à l'Observatoire météorologique de Montsouris.

Le minimum observé, le 24 décembre au matin, a été de $-11°,7$ (1). Le minimum de décembre 1869, à Montsouris, a été de $-8°,3$, et s'est produit le 5. Depuis une trentaine d'années, le minimum de température observé en décembre, à l'Observatoire de Paris, a été de $-16°,9$ et s'est produit le 20 décembre 1859.

Le froid de décembre 1870 a été plus remarquable par sa continuité que par son intensité. Sur les 31 jours de ce mois, 9 seulement ont présenté une moyenne supérieure à zéro. La moyenne de décembre 1869, à Montsouris, a été de $+2°,75$: cette moyenne est déjà inférieure à la moyenne habituelle; car en cinquante ans, de 1816 à 1866, la moyenne de décembre a été de $+3°,54$. La moyenne de décembre 1870 n'a été que de $-1°,07$, inférieure, par conséquent, de $3°,82$ à celle de décembre 1869, et de $4°,61$ à la moyenne des cinquante ans.

A ce sujet, je demande la permission de rappeler les principaux résultats d'un beau mémoire publié par M. Renou sur la périodicité des grands froids (1).

Après avoir défini ce qu'on doit entendre par un *grand hiver*, M. Renou, par la discussion d'un nombre immense de documents, qui lui ont permis de remonter jusqu'à l'année 1400, reconnaît qu'au lieu de se disséminer d'une façon arbitraire, les grands hivers forment des groupes naturels de quatre à six autour d'un hiver plus rigoureux, qu'il appelle *hiver central*, appliquant à ceux qui l'accompagnent le nom d'*hivers latéraux*. Quand on a réuni ainsi les hivers par groupes, la loi de leur distribution est évidente: ils se reproduisent tous les quarante et un ans environ; seulement, de temps en temps, la période éprouve une perturbation, le froid se disséminant sur un assez grand nombre d'hivers plus espacés, généralement moins longs ou moins rigoureux. Mais alors, en moyenne, ils laissent toujours un intervalle de vingt à vingt-deux ans sans hivers notables. Les quatre dernières périodes des grands hivers sont représentées par les hivers centraux de 1829 à 1830, de 1789 à 1790, d'une série de huit grands hivers groupés autour de 1748, très-froid lui-même; enfin, par le célèbre hiver de 1709, qui, comme l'hiver actuel, correspondit, pour notre patrie, à des guerres et à des désastres.

La prochaine période d'hivers froids, ajoute M. Renou, doit arriver en 1871, à un ou deux ans près.

L'hiver actuel est-il l'*hiver central* du groupe, ou cet hiver central ne doit-il se présenter qu'un peu plus tard? c'est ce que vont décider les mois de janvier et de février prochains. Mais, jusqu'ici, le mois de décembre qui vient de finir le constitue au moins comme un *hiver latéral* très-important.

Zoologie. — *Examen de cette question: Est-il permis de croire que le porc ait été, en Égypte, comme semble le dire Hérodote, un auxiliaire du semeur, et n'est-ce pas plutôt à un ignorant copiste qu'à l'illustre historien qu'il faut attribuer cette étrange assertion? Remarques de* M. Roulin *à l'occasion de la seconde note de* M. Lenormant, *sur l'introduction et la domesticité du porc chez les anciens Égyptiens.*

Dans l'intéressante communication dont je viens de rappeler le titre, de même que dans celles précédemment faites relativement aux animaux employés à la chasse ou à la guerre par les anciens Égyptiens, M. Lenormant s'est surtout appuyé sur les monuments figurés, muets témoins, mais en qui nous pouvons avoir pleine confiance, car il est possible de les consulter dans l'original, tandis que les monuments écrits ne sont le plus souvent parvenus jusqu'à nous qu'après avoir passé par une série de reproductions dont chacune tendait à les altérer. L'archéologue, quand il peut faire converger vers un même point resté jusque-là obscur les lumières émanant de ces deux sources, est presque certain d'y bien voir ce qui l'intéresse, et le naturaliste, en usant du même procédé dans les rares occasions où il lui est permis d'y avoir recours, y peut aussi trouver quelque avantage; on le verra, si je ne me trompe, dans la question dont il s'agit ici.

M. Lenormant, dans les diverses communications faites à l'Académie durant l'année qui vient de s'écouler (du 24 janvier au 26 décembre), est parvenu à élucider plusieurs parties très-intéressantes de l'histoire ancienne des animaux, surtout en ce qui concerne l'Égypte; pour moi, tout ce que je me propose, c'est de discuter, l'occasion venant à s'en présenter, un point particulier d'une question qui a, dans tous les temps, son importance pour le zoologiste, de savoir à quel point l'homme a pu modifier à son profit les habitudes d'un animal en apparence aussi peu éducable que l'est le cochon, si, en un mot, il est arrivé à s'en faire un utile auxiliaire pour les opérations agricoles.

Hérodote, parlant, dans un passage souvent cité, des conditions particulières qui, en Égypte, pays où il avait assez longtemps résidé, mais surtout dans les villes, rendent facile le travail de l'homme des champs, suppose que le sol, après la retraite des eaux du Nil, peut, sans un labeur préalable, recevoir les semailles, tandis qu'il est certain, comme nous le verrons bientôt, que si quelque chose de pareil a pu se produire, ce n'a été que par exception; il aura fallu, pour cela, un terrain tout particulier, et encore un terrain exploité par un cultivateur bien négligent.

Ce n'est pas seulement sur cette assertion, c'est sur une autre, bien plus invraisemblable, que je veux appeler l'attention, et dont je ne crois pas qu'on puisse rendre responsable l'illustre historien. On lui a fait dire qu'après la semaille, le grain resté à la surface du sol y était enfoui par les piétinements d'un troupeau de cochons qu'on faisait passer sur la terre encore molle. En vérité, si l'on voulait voir son blé mangé en bien moins de temps que ne le pourraient faire les oiseaux, on ne trouverait pas un meilleur moyen.

Que pourraient les soins d'un seul porcher pour prévenir pareille dévastation, quand déjà on a assez de peine (tous les chercheurs de truffes le savent bien) à réprimer à temps la gourmandise d'une seule bête?

C'est probablement cette nécessité d'une surveillance de tous les moments qui a porté à employer des chiens à la recherche de l'odorant tubercule; ce qui manque à ces derniers, c'est de mettre à la tâche qu'on leur impose autant d'ardeur qu'ils en mettraient à suivre la piste d'un mammifère ou d'un oiseau dont, dans leur état de nature, ils se fussent fait une proie.

Ce n'est donc pas avec un plein succès qu'on a fait prendre au chien le rôle qui semblait dévolu au cochon et pour lequel celui-ci n'avait qu'à s'abandonner à son penchant glouton. A-t-on mieux réussi pour le cas inverse? Je l'ignore, mais ce que je sais, c'est que ce cas s'est plus d'une fois présenté. Comme pour faire mentir le dicton qu'on applique à tel homme qui ne se montrera généreux que dans son testament, et qu'on assimile pour cela au pourceau, *utile seulement après sa mort*, on a fait du cochon un compagnon utile au chasseur. Ainsi un naturaliste bien connu, qui, dans le cours d'un voyage de circumnavigation, a visité diverses îles situées à l'est des Moluques, et constaté dans plusieurs d'entre elles l'existence de l'espèce dite *Cochon des Papous*, a vu dans une de ces îles les indigènes élever quelques individus de cette race, non pour se nourrir de leur chair, mais pour tirer parti de leur odorat, qui n'est rien moins

(1) Ce nombre est donné par les thermomètres placés sous l'abri du jardin. Des thermomètres situés sur la terrasse supérieure de l'établissement ont donné quelques dixièmes de moins: ($-12°,8$).

(1) *Annuaire de la Société météorologique de France*, t. IX, p. 20 (séance du 8 janvier 1861).

que grossier, et leur faire suivre dans les taillis la piste du gibier. Je connais un exemple semblable, plus ancien, mais plus détaillé, et, comme il est aussi parfaitement authentique, qu'il appartient à une autre partie du monde, j'aurais été bien tenté, si je n'avais craint de trop allonger cette note, de le reproduire ici textuellement; je me contenterai de renvoyer ceux qui seraient curieux de le connaître à l'*Histoire des Indes* d'Oviedo. On le trouvera dans la nouvelle édition, donnée par l'Académie de l'Histoire; Madrid, 1851-55, t. I, p. 256.

Les cochons de l'archipel Malais et ceux de Saint-Domingue (car c'est à cette île que se rapporte l'observation conservée par Oviedo) avaient-ils coûté quelque peine à dresser pour devenir propres au métier qu'on leur faisait faire? C'est ce que je ne saurais dire; mais ce que je ne crains pas d'affirmer, c'est qu'aucune éducation ne sera suffisante pour empêcher un porc de dévorer du blé épars sur la route qu'on lui fait suivre, et que si, pour le découvrir, la vue ne lui suffit pas, l'odorat lui viendra en aide; il n'a, comme on le sait, nulle répugnance à enfoncer son nez dans la vase et ne perdra rien de la pâture laissée imprudemment à sa portée.

Je disais qu'Hérodote, pendant son séjour en Égypte, avait certainement fréquenté les villes beaucoup plus que les campagnes; ne pouvant tout voir par lui-même, il avait dû s'en rapporter souvent au témoignage de gens qu'il savait dignes de confiance, ou faire des emprunts à des ouvrages antérieurs au sien. Les envieux, car l'immense succès de son livre lui en avait suscité beaucoup, firent de ces emprunts un sujet de reproches pour l'auteur, et allèrent jusqu'à dire qu'il avait pris d'Hécatée de Milet la meilleure partie de sa description de l'Égypte. Comme cependant rien ne nous autorise à croire qu'Hécatée ait parlé d'un pareil emploi des cochons en agriculture, c'est dans le texte même d'Hérodote qu'il faut chercher l'origine de cette singulière croyance, tous les écrivains postérieurs n'ayant fait que répéter ou interpréter ce qu'ils avaient cru y lire. Ils avaient mal lu; je n'en doute plus aujourd'hui, et je vais essayer de le démontrer.

Donnons d'abord ce texte tel qu'il nous est parvenu; on le trouvera livre II, chapitre IV.

« Les Égyptiens, dit-il dans ce passage, sont sans doute de tous les hommes ceux qui recueillent avec le moins de peine les fruits de la terre, car ils sont dispensés du soin de l'ouvrir avec le soc ou de la remuer avec la houe, et de beaucoup d'autres travaux qui partout ailleurs incombent au laboureur avant qu'il ait à s'occuper de la récolte; mais après que le fleuve, qui était venu, comme de lui-même, arroser leurs terres, les a laissées à découvert, chacun ensemence son champ, puis y lâche des cochons, qui le piétinent et ainsi y enfouissent les grains; après quoi il n'a plus besoin d'y reparaître avant le moment de la récolte; la moisson faite et le dépiquage opéré par des cochons, il ne lui reste qu'à l'emporter à sa maison. »

Avant d'aller plus loin, je remarquerai que quelques commentateurs, qui ont admis sans difficulté l'action des porcs pour le hersage du sol, se sont montrés plus difficiles pour la dernière opération, et veulent que le dépiquage se soit fait par des bœufs, βουσί, et non par des cochons, ὑσί; quelques-uns même pensent que dans les deux cas il s'agit de bœufs; mais, pour le même cas, ils ont contre eux Pline, liv. XVIII, cap. XLVIII, et Ælien, V, XVI, qui attribuent à des porcs l'enfouissement du grain dans le sol.

Quand mon attention s'est arrêtée pour la première fois sur ce passage, j'avais déjà acquis, par l'étude des naturalistes anciens, la certitude qu'une partie des extravagances qu'on leur prête est due seulement à la négligence des copistes, et j'étais parvenu à en faire disparaître quelques-unes par le simple changement d'une ou deux lettres; je ne doutais guère qu'il n'en fût de même pour le cas dont il s'agit ici, mais je n'essayai point une restitution qui, cependant, ne demandait pas grand effort d'imagination; elle n'exigeait, en effet, que le simple rapprochement de deux passages concernant l'agriculture égyptienne, et qui m'étaient également connus, celui qu'on vient de lire et un autre de Diodore de Sicile.

Je n'ai d'ailleurs songé, je dois le dire, à faire ce rapprochement, qui m'a sur-le-champ ouvert les yeux, qu'en voyant les deux auteurs cités à la suite l'un de l'autre dans la dernière note de M. Lenormant. Comme ses précédentes communications, cependant, m'avaient fait sentir tout le prix des renseignements que peut trouver le naturaliste dans l'étude des peintures murales des monuments égyptiens, je m'empressai de lui demander si, parmi les nombreuses représentations des scènes de la vie agricole, il n'en avait pas trouvé quelqu'une qui eût rapport à l'enfouissement du blé par le pied des porcs; il n'en connaissait point, mais il me rappela qu'il en existe de très-complètes qui montrent les *moutons* employés à cette opération, conformément à ce qu'avait annoncé Diodore de Sicile. Il m'a fait voir, en effet, dans le bel Atlas de Rossellini (*Monumenti civili*, pl. XXXII, scènes 1 et 3), les moutons marchant sous la conduite de pasteurs dans le champ qui vient d'être ensemencé.

Chacune de ces deux scènes représente, comme si elles étaient simultanées, trois opérations qui sont réellement successives: la préparation de la terre, la semaille, puis le hersage par le pied des moutons.

Ainsi, à une époque antérieure à celle d'Hérodote, l'agriculteur n'était point dispensé des soins du labour; des deux scènes mentionnées ci-dessus, l'une nous montre la terre remuée à la houe, l'autre nous la représente sillonnée par la charrue. Pline, qui ne nie point que les choses n'aient pu se passer anciennement comme on l'avait admis sur la foi d'Hérodote, dit (lib. XVIII, cap. XLVII) que, de son temps, on semait en effet sur la terre telle que les eaux l'avaient laissée, et que l'emploi de la charrue ne venait qu'après, et n'avait d'autre objet que de recouvrir le grain. Plutarque, qui aurait pu, tout aussi bien que Pline, être renseigné sur l'état de l'agriculture égyptienne comtemporaine, se contente de reproduire le conte tel qu'il avait cours depuis des siècle (*Sympos.*, lib. IV, quæst. 5). Ælien (X, XVI) n'a pas plus d'objections à y faire; il est vrai qu'il ne le rappelle que pour l'interprétation donnée par un certain Eudoxe (1) de l'habitude qu'avaient les anciens Égyptiens de ne point immoler de porc: c'était, suivant lui, par reconnaissance pour les services qu'ils rendaient dans le système d'agriculture propre au pays, protégeant efficacement contre la voracité des oiseaux le blé que venait d'éparpiller le semeur.

Parmi les auteurs qui, dans les temps modernes, ont eu occasion de parler de l'agriculture des anciens Égyptiens, je n'en sais qu'un, Calcagnini, qui, sans nier l'intervention des porcs, ait cherché à la rende moins invraisemble: d'après lui, ces animaux auraient précédé et non suivi le semeur, et n'auraient servi qu'à ameublir le sol sur lequel le blé ne se trouvait point encore.

Quoi qu'il en soit, on peut, ce me semble, regarder comme certain que les porcs n'ont jamais eu aucun rôle à jour dans l'agriculture égyptienne, mais que celui qu'on leur prête a été effectivement rempli, à une certaine époque, par les moutons. Sur ce point, les monuments figurés et l'un des monuments écrits sont en complet accord; ajoutons que le fait n'a rien qui répugne au bon sens, car les moutons qui marchent sur de la terre où ils ne voient point d'herbe ne sont guère tentés d'y chercher autre chose.

Les philologues enfin ne se refuseron point, je le pense, à admettre des changements tels que celui d'ὗς en βῦς puisque, pour le même passage, ils paraissent pour la plupart très-disposés à remplacer ὑσὶ par βουσὶ, *subus* par *bobus*, les porcs par des bœufs.

(1) L'auteur cité par Ælien n'est probablement aucun des deux Eudoxe qui sont connus pour avoir visité l'Égypte, c'est-à-dire Eudoxe de Cnide, l'astronome, et Eudoxe de Cizique, le célèbre navigateur.

MÉMOIRES PRÉSENTÉS

Chimie appliquée. — M. A. BOILLOT présente, par l'intermédiaire de M. Dumas, une note intitulée: *Procédé pour la purification des suifs et des graisses.*

Les dernières Communications relatives à la purification des suifs m'ont remis en mémoire un procédé que j'ai employé, il y a déjà longtemps, et que les circonstances actuelles m'engagent à publier. Ce procédé, qui m'a donné d'excellents résultats, mais que j'ai laissé dans un complet oubli, me paraît réunir à la fois les conditions de simplicité et de modicité de prix qu'on est en droit d'exiger dans les applications industrielles.

L'eau de chaux ordinaire, préparée en éteignant la chaux vive, en l'immergeant ensuite, en agitant dans des vases fermés et en soutirant le liquide lorsqu'il est devenu limpide, est l'agent que je propose pour purifier tous les suifs et les graisses.

On fait fondre 1 kilogramme de suif sur 2 litres d'eau de chaux, et l'on brasse le tout, en le maintenant sur le feu pendant deux ou trois heures. On laisse ensuite refroidir, et quand le suif, devenu pâteux, a acquis une consistance suffisante, on décante, et l'on soumet la matière à l'action d'une pression progressive, en se servant de flanelle ou de linge. Il s'écoule de l'eau et de l'acide oléique contenant encore des acides gras solides, dont on peut le débarrasser ultérieurement. Cette substance huileuse devient d'une blancheur qui ne laisse rien à désirer; au bout de deux ou trois jours de repos, elle peut remplacer l'huile à brûler, quand on l'a séparée du peu de chaux qu'elle renferme, par un traitement à l'eau légèrement acidulée par l'acide sulfurique.

Le suif ainsi préparé a perdu sa mauvaise odeur; il a acquis une dureté et une blancheur remarquables; et, en le faisant fondre sur de l'eau additionnée d'une petite quantité d'acide sulfurique, d'acide acétique ou de vinaigre, on obtient un produit très-propre à la fabrication d'un excellent luminaire. Ce suif est tout à fait purifié, et peut être employé à tous les usages auxquels sont destinées les meilleures graisses.

J'ai pensé que le procédé que je viens de décrire sommairement pourrait trouver une application utile, dans un moment où les besoins de l'alimentation nécessitent le recours à toutes sortes d'expédients. — (Renvoi à la Commission nommée pour les questions relatives à l'alimentation.)

Chimie industrielle. — M. DUBRUNFAUT présente une *Note sur le suif et les corps gras alimentaires.*

Le suif le plus infect est dépouillé de son odeur caractéristique, quand il a servi à l'opération culinaire connue sous le nom de *friture*, et, après un traitement de ce genre convenablement dirigé, il peut servir à toutes les préparations culinaires, même à celles de la pâtisserie, y compris le feuilleté. Ces faits trouvent dans la science une explication satisfaisante.

J'ai établi, il y de longues années, par des travaux de laboratoire et d'atelier, que l'huile de poisson est dépouillée radicalement de son principe odorant par un simple chauffage à haute température (330 degrés). J'ai démontré, en outre, que les acides gras distillent dans un courant de vapeur d'eau à une température supérieure à 100 degrés, alors que les corps gras neutres restent parfaitement fixes dans ces conditions. J'ai démontré enfin que tous les corps gras neutres se comportent comme des acides gras sous l'influence d'un courant de vapeur, quand ils ont été préalablement chauffés à la température de 300 à 330 degrés.

Si l'on examine, avec ses données, ce qui se passe dans une opération de friture, on expliquera facilement l'épuration que nous venons de signaler.

Les cuisiniers, qui ne font pas usage de thermomètres pour reconnaître la température utile à donner à leurs fritures, ont diverses méthodes empiriques pour procéder à cette vérification. L'une d'elles est fondée sur l'apparition d'une vapeur blanche plus ou moins intense, que le corps gras chauffé donne à une température élevée. J'ai reconnu que la température maxima, utile aux bonnes fritures, ne dépasse pas 210 à 220 degrés. La préparation se fait alors dans le minimum de temps, et le produit absorbe le minimum de corps gras. Les fritures effectuées aux températures de 150 à 160 degrés, qui s'emploient fréquemment, usent le maximum de corps gras.

Si l'on exécute une opération de friture quelconque dans ces conditions (beignets, salsifis frits, etc.), on réunit tous les éléments qui sont favorables à l'élimination des acides gras volatils, qui sont en général les causes matérielles des odeurs des corps gras. Le fait est que le suif se trouve ainsi parfaitement épuré, de manière à pouvoir servir à la préparation de tous les aliments, comme la meilleure axonge et les meilleures graisses de cuisine. Ce fait, qui ne sort pas des limites de l'art culinaire normal, puisqu'il dérive de l'une de ses pratiques les plus usuelles, indique ce qu'il y aurait à faire pour épurer artificiellement le suif.

Tous les suifs qui sont livrés à la consommation par les fondeurs, sous le nom de *suifs de bouche* ou de *graisses épurées*, sont plus ou moins odorants. Ils offrent cependant cette particularité, qu'ils sont moins odorants que le suif normal, et ils sont, en outre, mieux dépouillés des tissus membraneux du suif en branche. Aussi ces produits subissent-ils plus facilement l'épuration qui est fondée sur les principes de la friture, et sur laquelle nous devons insister.

Pour pratiquer cette épuration dans la cuisine, il suffit de faire fondre le suif dans une poêle à frire, d'en élever modérément la température (140 à 150 degrés), puis d'y projeter avec précaution de petites quantités d'eau, comme on peut le faire avec un goupillon. Le corps gras subit ainsi le mouvement d'ébullition de la friture; la vapeur le traverse, à l'état de vapeur surchauffée; les corps gras neutres qui, à l'exemple de l'hircine de M. Chevreul, donnent des acides gras volatils, sont en même temps acidifiés et volatilisés et la masse du corps gras expérimenté est épurée.

Ils existe dans le commerce de Paris des quantités considérables de suifs à chandelles qui peuvent être restituées à l'alimentation à l'aide de la méthode que nous venons de décrire, et en y ajoutant quelques précautions et manipulations qu'indique la constitution connue de la matières première. On ne saurait, en ce moment, trop multiplier l'emploi des corps gras dans l'alimentation, en raison des ressources nombreuses qu'ils offrent à l'art culinaire; telles sont les crêpes, qui permettent de consommer les farines brutes en nature, y compris les farines de sarrasin. Le pain imprégné de pâte et frit, suivant une méthode pratiquée en Alsace, forme un aliment très-substantiel et très-appétissant, qui peut aider à supporter longtemps la privation de la viande. On peut même, par ce moyen préparer des beignets fort délicats, en imprégnant préalablement le pain de divers sirops, comme les sirops de groseilles, de cerises, d'orgeat, etc., etc.

L'huile de colza, dont il existe à Paris un stock considérable (12 à 13 millions de kilogrammes), peut fournir à l'alimentation une ressource non moins précieuse que le suif; et c'est encore par une opération analogue à la friture, qu'on prépare ce produit dans quelques-uns de nos départements, pour le rendre propre à l'alimentation. Nous reviendrons sur cette question et sur le pain de creton. qui nous sert fort utilement en ce moment pour l'alimentation des animaux domestiques et de basse-cour.

M. CH. TELLIER soumet au jugement de l'Académie une deuxième Note sur la conservation de la viande. Cette Note est particulièrement relative: 1° à l'emploi, dans l'alimentation, du *tasajo*, formé par des lanières de viande salée, desséchée au soleil; 2° à la dissiccation de la viande par l'air chaud; 3° à la sonservation de viande desséchée. (Renvoi à la Commission précédemment nommée.)

M. DÉCLAT adresse une Note relative au pansement des plaies par armes à feu et des congélations partielles. Suivant l'auteur, qui recommande l'usage de l'acide phénique, le perchlorure de fer ne doit être employé, pour le pansement des blessures par armes à feu, qu'après avoir épuisé tous les moyens hémostatiques, à cause des complications graves auxquelles il donne lieu le plus souvent. (Renvoi à la section de Médecine et de Chirurgie.)

La séance est levée à cinq heures et demie.

IV. **Alimentation.** — La commission centrale d'hygiène et de salubrité, informée qu'il existe à Paris une quantité assez considérable de coques de cacao qui n'ont pas d'emploi, croit devoir renseigner la population sur l'usage qui peut être fait de ces coques pour l'alimentation. Les graines de cacao après torréfaction peuvent, en effet, rendre de très-grands services. Longuement mâchées, elles constituent un aliment réparateur de premier ordre. Il est nécessaire de s'habituer à la saveur amère de ces graines, saveur qui n'est pas corrigée par l'addition du sucre; mais cette habitude est bientôt prise; les ouvriers chocolatiers préfèrent ce cacao torréfié au meilleur chocolat.

On rappelle d'ailleurs à la population que l'amande même du cacao constitue la base d'excellentes décoctions alimentaires fort employées dans certaines parties de la France.

— Il n'y a plus de réel aujourd'hui que l'étrange et le fantastique.

Qui nous eût dit que *Castor* et *Pollux*, les gentils éléphants du Jardin d'acclimatation qui ont promené des pensionnats entiers sur leur dos, seraient tués par M. Devisme, achetés 27,000 fr. par M. Deboos, de la *Boucherie anglaise*, convertis en aloyau et mangés par le bourgeois de Paris?

Mais que M. de Bismarck se rassure; c'est uniquement à cause du prix élevé des fourrages, et non au point de vue de l'alimentation, que ces animaux ont été vendus.

Paris a autre chose qu'une trompe à se mettre sous la dent.

Notons également que *Castor* et *Pollux* n'étaient que les hôtes provisoires du Jardin des Plantes. Le Muséum a du foin sur la planche et peut nourrir ses bêtes, qui appartiennent en quelque sorte à la science.

C'est une bibliothèque vivante qui ne périra pas.

Passons maintenant à la chasse ou plutôt à l'exécution.

Pollux est tombé hier matin sous la balle de M. Devisme. La carabine qui l'a tué est du calibre 33 millimètres et pèse 6 kilogrammes. La balle explosible est de 15 centimètres de long, de forme cylindrique terminée en cône, et armée, à l'extrémité du cône, d'une pointe en acier sur laquelle est placée la capsule.

Cette balle formidable contient 80 grammes de poudre fine de chasse et pèse, toute chargée, 280 grammes. La charge de la carabine, pour lancer ce projectile, est de 8 grammes de poudre.

Le coup a été tiré à 10 mètres; entrée au défaut de l'épaule droite, la balle a brisé la première côte et fait explosion dans l'abdomen.

Après cette décharge terrible, l'éléphant est resté debout et s'est agité sans chercher toutefois à briser ses liens. Ce n'est qu'au bout de quelques minutes que l'hémorrhagie interne causée par l'explosion a étouffé l'animal. Alors il est tombé; mais son agonie a été longue. Quatre grands seaux avaient été remplis de son sang, qu'il donnait encore signe de vie.

A cette curieuse exécution assistaient M. Geoffroy Saint-Hilaire, directeur du Jardin d'acclimatation, M. Milne-Edwards, M. Bouchel, chasseur émérite, des naturalistes, etc.

Hier matin est venu le tour de *Castor*. M. Devisme était présent.

Mais c'est M. Milne-Edwards qui a très-heureusement abattu l'éléphant.

Il s'est servi d'une carabine de chasse à deux coups et de balles coniques à pointe d'acier.

L'animal avait été solidement lié par une forte courroie en cuir.

Frappé à la tempe droite, il a jeté un cri plaintif et est tombé à genoux; puis il s'est relevé. Alors une nouvelle balle l'a atteint au milieu du front. Il est tombé une seconde fois à genoux et s'est étendu immobile, comme foudroyé, sur le flanc droit.

Sa trompe a remué légèrement. Son œil doux et fin s'est fermé. Il était mort.

Aussitôt la victime est passée entre les mains des hommes de M. Deboos, et s'est trouvée en un clin d'œil dépouillée de son énorme carapace, qui a été vendue 4,000 fr.

Alors nous avons pu admirer une viande remarquablement belle, tendre et rose comme la chair du veau. Mais il faut dire que *Castor* et *Pollux* n'ont que six ans, c'est-à-dire que, malgré leur taille gigantesque, ils n'étaient encore que de vrais enfants, attendu que leurs pareils vivent cent ans et plus.

La viande de l'éléphant est excellente et très-appréciée dans les Indes anglaises. Les parties les plus recherchées sont la trompe et le pied. De son sang on fait des boudins parfaits que les gourmets de Calcutta parfument de feuilles aromatiques : des boudins à la rose du Bengale!

Aujourd'hui même, découpés en morceaux formidables, comme on devait en servir aux héros d'Homère, *Castor* et *Pollux* ont pris place dans la boucherie du boulevard Haussmann, parmi les casoars, les antilopes et les kanguroos. (*Gaulois*.)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

École de médecine d'Arras. — M. Tranroy, professeur titulaire d'anatomie et physiologie à l'École préparatoire pe médecine et de pharmacie d'Arras, est nommé directeur de cet établissement, en remplacement de M. Ledieu, décédé.

M. Trannoy est nommé, en outre, professeur de clinique interne dans cet établissement, en remplacement de M. Ledieu, décédé.

M. Brémard, professeur adjoint à ladite école, est nommé à l'emploi de professeur titulaire devenu vacant dans cet établissement par suite du décès de M. Ledieu. Il est maintenu, en cette qualité, dans la chaire de pathologie interne.

M. Leviez, chef des travaux anatomiques à ladite École, est nommé professeur adjoint dans cet établissement, en remplacement de M. Brémard, promu au titulariat. M. Leviez est chargé, en cette qualité, de la chaire d'anatomie et physiologie, en remplacement de M. Trannoy.

— Par autorisation de S. Exc. M. le ministre de l'instruction publique, deux concours seront ouverts en octobre et novembre 1871 à l'École de médecine et de pharmacie de Marseille; le premier pour une place de prosecteur, le deuxième pour une place de professeur suppléant (chaires de chirurgie et d'accouchement).

—Par arrêté de M. le préfet des Bouches-du-Rhône, M. Dubiau, médecin en chef de l'asile des aliénés de Bordeaux, a été nommé médecin en chef de la section des hommes à l'asile public des aliénés de Marseille, en remplacement de M. le docteur Sauze, appelé à d'autres fonctions.

Par arrêté du même jour, M. le docteur Hildebrand, médecin de l'asile d'aliénés de Stephenfield, a été nommé médecin en chef de la section des femmes à l'asile public des aliénés de Marseille, en remplacement de M. le docteur Lachaux, démissionnaire.

— Les écoles vétérinaires d'Alfort, de Lyon et de Toulouse seront ouvertes à partir du 1er octobre prochain. Les élèves de 2e, 3e et 4e année d'études devront être rendus à l'école à cette date, en écrivant d'avance au chef de l'établissement.

Les jeunes gens qui voudront se présenter pour l'admission auront à adresser leur demande au ministère de l'agriculture et du commerce (direction de l'agriculture, premier bureau), en produisant à l'appui toutes les pièces déterminées par le prospectus.

Les demandes d'admission, qui ont été envoyées au ministère en 1870 et qui n'ont pas été suivies d'effet à cause de la guerre, ne seront considérées comme bonnes et valables qu'autant que les pétitionnaires écriront qu'ils persistent.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments ou autres objets).

Traité des maladies du fond de l'œil et Atlas d'ophthalmoscopie, par L. de Wecker et E. de Jaeger, 1 vol. grand in-8° avec 29 planches coloriées. — Prix : 35 fr.

Étude sur les affections glaucomateuses de l'œil, par M. le docteur Mohammed, émir, ancien médecin de l'intendance sanitaire d'Égypte. In-8. — Prix : 4 fr.

Des rétrécissements de l'urèthre et de leur guérison radicale et instantanée par un nouveau procédé, la divulsion rétrograde, par M. le docteur Moreau Wolf, chevalier de la Légion d'honneur. In-8°. — Prix : 3 francs.

Revue photographique des hôpitaux de Paris, Bulletin médical publié par A. De Montméja et Bourneville. Numéros de novembre et décembre 1870, avec 4 photographies. — Prix des deux numéros, 4 francs.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois.. 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 1er août 1871.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Facultés autonomes et loi du timbre.

M. Richet avait été chargé par l'Académie de faire un rapport sur un mémoire de M. Dolbeau, intitulé : *Les exostoses du sinus frontal*. Depuis deux ans et demi, ce rapport, déposé au secrétariat, attendait son tour de lecture.

Sur ces entrefaites, M. Dolbeau est devenu candidat à une place vacante ; et comme, une fois nommé, il échappait dès lors à l'appréciation officielle de ses confrères, le rapport de M. Richet, s'il n'était pas lu sans nouveau retard, risquait fort d'être à tout jamais enseveli dans les archives académiques.

Nous l'aurions regretté beaucoup ; car M. Richet a donné l'exemple de la manière dont on doit juger un mémoire de pathologie.

Il ne s'agit point alors, en effet, d'exprimer seulement un éloge ou un blâme; il faut aborder le sujet de front et élucider, autant que possible, le point de science qui se présente.

C'est ainsi que j'ai toujours compris les rapports et les comptes rendus de médecine et de chirurgie.

Le travail de M. Richet est d'une très-grande importance ; il est basé sur une série de trente-neuf observations rassemblées par le savant professeur, et dont nous commencerons bientôt la publication intégrale.

Quant au rapport lui-même, dans ses parties critiques et dogmatiques, son étendue ne nous permet pas de le publier *in extenso*; nous nous bornerons donc forcément à en donner quelques extraits.

— Après les Prussiens et la Commune, après l'invasion et la guerre civile, la famine et les bombardements, les incendies et les massacres, aurons-nous encore le choléra ?

Peut-être bien : mais cette fois, d'après les renseignements fournis par M. Fauvel, il ne nous viendrait pas, comme en 1865, par l'Arabie, l'Égypte, la Méditerranée. Il suivrait la même route qu'en 1832 : par la Russie, la Pologne et la Prusse.

Comme les typhus des bêtes à cornes, il se propage des uns aux autres, suivant les routes fréquentées.

Rien ne le fait marcher plus vite que les déplacements par masses de ceux qui en portent le germe : par exemple, les changements de garnison de soldats campés dans les lieux atteints.

Il est déjà aux frontières orientales de la Prusse, et l'occupation de nos provinces ne nous permet de rien tenter contre sa dissémination.

Oh les Prussiens ! Comme ils s'efforcent d'imiter les anciens Romains dans leurs rapports avec les peuples qui se trouvent soumis à leur joug !

Ce sont les mêmes procédés, le même respect apparent pour l'autonomie intellectuelle, pour les institutions locales, les coutumes et les goûts des provinces conquises; le même soin de faire une part aussi étendue que possible à l'initiative de tous, et se réservant seulement le haut pouvoir et la force armée.

Tel était le secret de la puissance romaine, tant que Rome resta fidèle à ces principes ; et quand plus tard, sous le bas-empire, l'État voulut tout soutenir et tout faire, cette puissance s'écroula.

Hier, je voyais dans la *Gazette médicale de Strasbourg* qu'une faculté autonome s'organisait dans cette ville, avec l'approbation et l'aide des Prussiens.

Deux professeurs et cinq agrégés, les seuls qui aient voulu ne plus être Français, forment le noyau de cette faculté libre : ce sont MM. Schützenberger, Wieger, Bœckel, Aubenas, Hecht, Strohl, et Jœssel ; « Ce n'est pas une Faculté qui disparaît, c'est une Faculté qui naît », a dit l'un d'eux.

Ces messieurs passent des examens, confèrent des grades reconnus par la Prusse, et dans le cadre réservé aux annonces de la Faculté, ils ont fait poser l'affiche suivante :

Les examens de fin d'année et les examens pour le doctorat en médecine auront lieu dans la forme usitée jusqu'ici et d'après le programme officiel de la Faculté de médecine de Strasbourg, pour les étudiants qui désirent se fixer en Alsace-Lorraine, à partir du 20 juillet au 10 août.

Les élèves qui sont dans le cas de passer ces examens doivent se faire inscrire chez M. le professeur docteur Schützenberger, président du jury, de 1 à 3 heures de l'après-midi, en présentant leur feuille d'inscription.

Strasbourg, 8 juillet 1871.

D'une autre part, les envahisseurs provoquaient l'établissement d'une école de pharmacie également autonome, et faisaient publier l'avis suivant :

Sous la date du 28 juin, le commissaire civil impérial d'Alsace prévient les jeunes gens qui ont fait des études pharmaceutiques qu'ils pourront prochainement passer leurs examens à Strasbourg. On sait que Strasbourg, ainsi que Paris et Montpellier, possède une École de pharmacie à deux degrés. Or, la plupart des professeurs de cette école ayant quitté la ville, l'année dernière, et le corps académique s'étant dissous volontairement, on a reconnu le besoin de réorganiser cette école. L'Association des pharmaciens prit l'initiative et se chargea de choisir dans son sein les maîtres les plus capables. C'est ainsi que M. Heydenreich a été choisi comme directeur provisoire ; MM. Schott, secrétaire ; Benno, professeur des matières pharmaceutiques; Memminger, professeur de chimie et des manipulations; Pfersdorf, professeur de botanique, et Schanté, professeur d'histoire naturelle médicale. M. Schlagdenhaufen, le seul des anciens professeurs qui ait conservé ses fonctions, continuera de professer la toxicologie et la physique. L'administration allemande s'est empressée d'autoriser la création de cette nouvelle école.

En outre, M. Heydenreich a été chargé par le commissaire civil de présider les examens des aspirants pharmaciens, lesquels examens auront lieu prochainement dans la forme usitée jusqu'ici et d'après l'ancien programme. Déjà plusieurs de ces jeunes gens se sont fait inscrire chez lui.

Ainsi l'intervention du commissaire civil est un pur et simple enregistrement de ce qui a été décidé, soit par une société locale de pharmaciens, soit par des médecins qui veulent bien accepter le titre de prussiens.

Mais la Prusse ne s'en tient pas à cet acte de tolérance. Elle a voté plusieurs millions pour l'Université nouvelle de Strasbourg; et soit qu'une autre faculté soit opposée à la faculté libre, soit que l'Etat se décide enfin à subventionner celle-ci, ces millions serviront toujours à faciliter les progrès de la science, à encourager les travailleurs.

C'est que, la Prusse le sait bien, ce qui lui donne la victoire, c'est l'habitude du travail et des procédés scientifiques.

De notre temps, la guerre est devenue un problème dont les éléments sont nombreux. Le choix des engins destructeurs, leur transport, leur usage, la direction des troupes, leur utilisation, leur état sanitaire, tout cela découle de sciences qui s'appellent chimie, physique, géographie et médecine : de celles-là surtout, d'autres peut-être encore.

Et voilà pourquoi la Prusse, pauvre, dépensait depuis tant d'années beaucoup plus que la France, riche, pour encourager les savants. Voilà pourquoi nous en étions réduits à envoyer en Allemagne M. Jaccoud ou d'autres, pour aller, en mission, étudier ce que peuvent être les Facultés d'un pays qui travaille, ce que sont ses laboratoires, et combien d'argent on y consacre. C'était un argent bien placé. Ces Facultés, ces laboratoires, ces publications scientifiques, ces encouragements donnés au travail sous toutes les formes, ont coûté peut-être à la Prusse quelques centaines de millions... et lui rapportent cinq milliards, que nous lui payons aujourd'hui.

Depuis plus de vingt ans la France est habituée à mépriser la science pure. La bibliothèque des Écoles, bibliothèque Sainte-Geneviève, a été reconstruite en belles pierres de taille pour devenir un monument ; mais depuis lors, me racontait un conservateur, on a cessé de lui acheter des livres. Elle fait bien dans l'alignement de la place du Panthéon ; elle est devenue un objet de luxe ; mais pour y travailler maintenant avec fruit, il faut avoir besoin d'ouvrages vieillis d'une génération, pour le moins.

A quoi peut servir, disait-on, la science pure?

Et voilà pourquoi nous sommes vaincus. L'Angleterre le dit, la Prusse le sait, et la Prusse espère qu'avec ce qu'on nomme chez nous esprit positif et pratique, c'est-à-dire avec cet oubli du lendemain, ce manque de prévoyance, cette légèreté incroyable de caractère qui distinguent, hélas ! trop souvent les Français, notre défaite inattendue, secousse affreuse, au lieu d'être un motif pour nous redresser et bondir comme un ressort, sera au contraire un prétexte pour nous renverser et rester à plat d'une manière définitive.

Que faut-il en effet pour supprimer chez nous la curiosité scientifique et l'habitude du travail? Bien peu de chose : une loi de timbre qui assimile aux journaux politiques les journaux scientifiques et les supprime par le fait.

« Il faut bien trouver de l'argent pour payer les Prussiens, » diront ces hommes de chiffres, à l'intelligence desquels les chiffres n'ont jamais parlé.

De l'argent ? on n'en aura pas ; car le goût de la science est, dans notre pays, borné par d'étroites limites. Ne pouvant pas doubler leur prix, la plupart des publications scientifiques ne paraîtront plus.

Que restera-t-il ? des ténèbres, de la barbarie plus ou moins dorée, de la faiblesse, enfin, le jour où la lutte pourra renaître. Oh ! qu'on ne change pas ainsi notre vengeance en nouvelle invasion !

Si nous abordons aujourd'hui, pour la première fois, des questions qui touchent à la politique, c'est qu'elles touchent bien plus encore aux intérêts de cette science qui nous occupe uniquement.

Dr VICTOR REVILLOUT.

HOPITAL DES ENFANTS MALADES. — M. BOUCHUT.

Encéphalopathie albuminurique avec éclampsie. — Œdème cérébral.—Urémie.—Hydrate de chloral.—Guérison (1).

D'abord, si l'urémie résulte de l'albuminurie, qui n'extrait plus du sang toute l'urée qui doit sortir, l'urémie est aussi fréquente que l'albuminurie, et cependant, dans l'albuminurie, l'éclampsie est assez rare.

Ensuite, si l'urémie est la cause de l'éclampsie, on devrait, en injectant de l'urée dans le sang, à des doses non massives, produire l'éclampsie. Or, des injections d'urée qui ne sont pas excessives sont parfaitement innocentes.

Enfin, d'après Wurtz et Berthelot, chimistes experts, le procédé de Liebig, par le nitrate acide de mercure, suivi jusqu'à ce jour pour les analyses quantitatives de l'urée dans le sang, étant défectueux, tout ce qui a été dit à ce sujet est mis à néant, toutes les théories élevées sur ces mauvaises analyses doit être considéré comme non avenu. — Après ces affirmations négatives, j'ajouterai enfin que dans ces trois cas d'albuminurie avec accidents comateux réputés urémiques, les deux chimistes que je viens de citer n'ont pas trouvé dans le sang plus d'urée que dans tout autre état fébrile.

Comme vous le voyez, l'urémie, considérée comme cause d'éclampsie, n'est qu'une hypotèse, et, à cet égard, c'est une question entièrement à réviser.

D'ailleurs, qu'est-ce encore qu'une urémie, maladie générale du sang égale dans toutes les parties du fluide nourricier qui produirait chez les uns le coma, chez les autres l'éclampsie; ailleurs l'asthme (Hérard), la laryngite asphyxique exigeant la trachéotomie (Cristensen) ; les vomissements répétés (Frerichs), etc. Je ne comprends pas une *urémie comateuse*, une *urémie convulsive*, une *urémie dyspnéique*, une *urémie croupale*, une *urémie gastro-intestinale*. Toutes ces formes diverses de la névropathie par l'œdème albuminurique ne peuvent dépendre d'une même altération du sang, la même dans les différentes parties de l'arbre circulatoire ; elles s'expliquent beaucoup mieux anatomiquement par des lésions diverses des méninges, de l'encéphale et de l'origine des nerfs pneumo-gastriques. Cela me conduit à vous exposer ma théorie anatomique de l'éclampsie par œdème albuminurique, et j'espère vous convaincre de sa supériorité sur la théorie humorale que je viens de combattre.

Dans ma pensée, l'éclampsie albuminurique, le coma, le délire, la dyspnée, la suffocation laryngée, la vomissement opiniâtre qui s'observent quelquefois avec l'anasarque de la néphrite albumineuse, sont le résultat d'une encéphalopathie séreuse et non pas d'une urémie hypothétique.

Cette encéphalopathie n'est autre qu'un œdème des méninges et du cerveau dont la variété de siége, à la base ou à la convexité de l'organe et sur la protubérance à l'origine du nerf pneumo-gastrique, explique la diversité des phénomènes, et produit le coma ou les convulsions et les troubles du poumon, du cœur et de l'estomac.

Dabord, le fait peut être vérifié à l'autopsie, et plusieurs fois j'ai l'occasion de voir aussi l'œdème méningé albuminurique de la pie-mère accompagné d'une adhérence des membranes aux couches corticales ramollies du cerveau. Cela se comprend aisément, et l'on ne voit guère comment il pourrait se produire une suffusion séreuse du tissu cellulaire formant l'œdème ou l'anasarque sous-cutané, une suffusion séreuse des plèvres, du péricarde, du péritoine, sans qu'il pût se faire chez quelques malades une suffusion séreuse des méninges amenant, par imbibition ou autrement, le ramollissement de la substance nerveuse. Non-

(1) Fin. — Voir le dernier numéro.

seulement cela n'est pas impossible, mais cela est, et l'autopsie l'a démontré.

D'une autre part, tous les symptômes nerveux observés dans le cours de l'anasarque albuminurique sont beaucoup plutôt la manifestation de désordres matériels du cerveau que d'une altération humorale, urémie ou autre, telle que la rétention dans le sang des matières extractives. En effet, la céphalalgie, l'amaurose incomplète, le coma, le délire, l'éclampsie, les spasmes de l'estomac, des poumons, du cœur, du larynx et l'irrégularité du pouls observée chez notre malade sont évidemment des phénomènes symptomatiques d'une lésion du cerveau. — On les trouverait sans albuminurie qu'on n'hésiterait pas à diagnostiquer une affection méningée. — Pourquoi donc la présence de l'albumine changerait-elle quelque chose à cette manière de voir? A cause de l'urémie, me direz-vous. Mais l'urémie est à démontrer; donc, en attendant un peu plus de précision dans ces recherches, nous pouvons rester au point de vue que je viens d'établir et qui n'a rien d'hypothétique, savoir l'œdème cérébro-méningé produisant l'éclampsie dans les cas d'albuminurie avec anasarque.

Une autre considération qui confirme encore cette manière de voir, c'est la découverte ophthalmoscopique que j'ai faite de l'œdème névro-rétinien, indiquant par l'état du nerf optique et de la rétine un état semblable du cerveau et des méninges. C'est là un résultat important qui confirme toutes les recherches cérébroscopiques auxquelles je me suis livré depuis sept ans, et qui vient en aide aux inductions cliniques que dans le cas actuel j'ai tirées de l'examen des autres symptômes.

Maintenant que cela est établi, et que je vous ai montré le point de vue auquel je me place pour donner une théorie anatomique de l'éclampsie dans l'anasarque albuminurique, je vais vous dire ce que je pense du pronostic chez notre malade.

Bien que d'après Barthès et Sée, sur 25 cas d'éclampsie albuminurique à la suite de la scarlatine, il y ait eu 21 cas de guérison, je crois qu'en général la maladie offre plus de gravité qu'on ne pourrait le croire d'après ces chiffres. Ce que j'en ai vu ne me rassure guère, mais n'ayant pas compté les cas que j'ai observés, je ne puis rien dire de précis à ce sujet. Ce que je sais, c'est que j'ai vu bien des morts produites par l'éclampsie albuminurique et que dans quelques cas même, la mort a été foudroyante. Chez notre malade, au jour de son arrivée j'avais porté le pronostic le plus fâcheux, tant à cause de la grande modification de qualité des urines que du nombre si considérable des attaques éclamptiques; mais sous l'influence de la première dose de chloral, les convulsions ont cessé, et il y a aujourd'hui une telle amélioration des urines et de l'état général, que l'on peut espérer la guérison de l'enfant.

L'amélioration coïncide avec la diminution de l'œdème du tissu cellulaire sous-cutané, et dans ma théorie anatomique de l'éclampsie par albuminurie, on comprend qu'une diminution d'œdème cérébral ou méningé puisse amener la cessation de l'état convulsif. Je ne comprends plus l'amélioration ni la guérison immédiate de l'éclampsie albuminurique dans la théorie humorale de ces accidents; car si l'urémie est la cause des convulsions, comme cette altération du sang ne cesse pas d'un jour à l'autre, et qu'elle est aujourd'hui ce qu'elle était hier, je ne vois pas comment les convulsions qu'elle produisait hier pourraient cesser aujourd'hui. L'existence d'un œdème méningé mobile, variable, comme tous les œdèmes, facile à se déplacer ou à disparaître, explique bien mieux les accidents convulsifs et leur guérison.

Parlons enfin du traitement. Je ne vous dirai rien des moyens qu'on emploie dans l'éclampsie albuminurique de la grossesse ou de l'accouchement, qui exige des pratiques obstétricales déterminées, jointes aux moyens thérapeutiques de l'état convulsif. Je n'ai à vous entretenir que des remèdes à opposer à l'éclampsie albuminurique de l'enfance, et spécialement de ceux que j'ai employés chez la malade qui fait l'objet de cette dissertation.

J'ai beaucoup hésité entre le recours aux émissions sanguines, qui réussit toujours très-bien dans l'éclampsie simple ou albuminurique et les antispasmodiques. Mais l'éclampsie durait déjà depuis vingt-quatre heures, et il m'a semblé que c'était déjà un peu tard pour entreprendre le traitement antiphlogistique.

J'ai préféré me servir des *antispasmodiques*. J'avais le choix entre les perles d'éther; la teinture de castoréum; les lavements d'assa-fœtida, le sirop de chloroforme, l'hydrate de chloral, etc., c'est à ce dernier médicament que j'ai donné la préférence. Les observations que j'ai faites sur ses avantages thérapeutiques et qui ont été publiées par la *Gazette des Hôpitaux* en 1869, le désignaient à ma pensée. D'ailleurs, il avait déjà été employé avec succès dans l'éclampsie puerpérale. J'ai donc donné l'hydrate de chloral selon ma formule dans du sirop de groseilles, excipient qui en déguise le mieux l'amertume.

J'ai prescrit :

Hydrate de chloral. . . . . . *trois* grammes.
Sirop de groseilles. . . . . . *soixante* grammes.

Le prendre en une fois.

Le médicament a été suivi de plusieurs heures de sommeil tranquille, puis au réveil, il y avait moins de stupeur, et il n'y eut pas de nouvelle attaque d'éclampsie.

Le lendemain, même dose d'hydrate de chloral, et la journée se passa sans récidive de convulsion, les urines devinrent plus limpides et moins albumineuses, et au troisième jour du médicament, aucun trouble du système nerveux n'avait reparu.

Les jours suivants, il ne revint pas de convulsions, l'albuminurie cessa et l'enfant a guéri. Évidemment, ce n'étaient pas des convulsions urémiques, car elles n'eussent pas cessé en 24 heures, et c'étaient plutôt des convulsions dues à un œdème cérébral.

Ne faut-il voir dans ce fait qu'une de ces coïncidences thérapeutiques si communes qui font qu'on ne doit jamais rien conclure sur l'action des médicaments, sans que cette action ait été bien des fois vérifiée, ou y a-t-il eu un effet du chloral sur l'éclampsie? Les accidents eussent-ils cessé avec toute autre espèce de médication, avec rien même, comme le pensent les sectaires du nihilisme thérapeutique? Je ne le pense pas. Cette observation est la troisième qui prouve les avantages de l'hydrate de chloral dans l'éclampsie, et sans vous donner l'emploi de ce remède comme une merveille, je me borne à vous dire plus modestement que je le crois être un moyen très-utile. Vous pourrez en juger par l'expérience que je fais aujourd'hui et dont je vous engage à suivre les résultats.

A la clinique suivante, on put constater que l'enfant était guérie de son éclampsie et de son albuminurie.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 1er août 1871. — Présidence de M. BARTHE.

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

1° Une note de M. le docteur Lespiau sur l'action sédative des eaux d'Amélie-les-Bains (Commission des eaux minérales).

2° Un mémoire sur la syphilis des verriers, par M. le docteur Dechaux (de Montluçon). (Commissaires : MM. Ricord, Gosselin et Delpech).

M. LE SECRÉTAIRE ANNUEL donne lecture d'une observation adressée par M. le docteur Amable Dubois, médecin-inspecteur des eaux de Vichy, et relative à un cas d'expulsion de strongles par la voie uréthrale. Cette observation est ainsi conçue :

« M. C..., de Toulon-sur-Auroux (Saône-et-Loire), est venu à Vichy en 1869. Il était âgé de 63 ans, d'une bonne constitution, tempérament nervo-sanguin, vie active, pas d'excès, sauf une passion très-grande pour la chasse.

Depuis six mois, il éprouve un froid glacial aux pieds et aux mains; l'appétit nul, les digestions lentes, lourdes; il a des nausées, des aigreurs, des gaz nombreux. Les selles sont normales; le sommeil est lourd. Il a des douleurs de tête violentes depuis six mois. Le foie est gros et dur, la bouche sèche, la soif ardente, les urines abondantes sans glycose, quelquefois très-claires. La vue est affaiblie, les forces diminuées. Les pieds sont quelquefois œdématiés; il y a de la douleur aux orteils et de l'engourdissement aux mains.

M. C... revient en 1870. Il ne peut plus se livrer à la chasse. Le froid persiste aux pieds et aux mains. Grande amélioration des voies digestives; appétit bon; digestions bonnes. Plus de nausées, d'aigreurs, de gaz. Le foie est presque revenu à son état normal. Le sommeil est bon; les douleurs de tête ont diminué lorsqu'il est survenu de l'hématurie. Il y a moins de soif, moins de sécheresse de bouche, pas de douleurs de goutte. La vue n'a pas faibli davantage. Il y a eu de fréquentes émissions de sable et de gravier en abondance.

En 1871, nouveau séjour à Vichy. Dans l'intervalle d'une saison à l'autre, grande quantité de sable et de gravier. Les voies digestives sont en bon état.

Mais de nouveaux symptômes se sont manifestés, surtout des hématuries abondantes, avec douleurs vives, d'abord dans le rein droit, puis dans le rein gauche; douleurs le long des urethères; quelques accès de fièvre ardente accompagnée de douleurs à la région splénique; la rate cependant n'a pas augmenté de volume. Dans l'intervalle des hématuries qui s'accompagent de caillots assez volumineux, les urines sont claires et contiennent encore du sable et des graviers.

Pendant toute la durée de la cure, les hématuries se répètent avec douleurs intenses, quelquefois atroces, des reins. Je suppose que ces douleurs sont dues à la présence de graviers plus volumineux, ayant peine à descendre dans la vessie. Le malade me dit cependant qu'elles sont autres que celles éprouvées précédemment, qu'elles sont plus aiguës, sans pouvoir exprimer autrement la différence de la sensation qu'il subit.

Rentré chez lui vers le 10 juin, M. C... est pris de nouvelles douleurs, suivies d'une hématurie considérable, et c'est alors que, pour la première fois, on trouve, au milieu de caillots volumineux, plusieurs vers que le médecin ordinaire de M. C... reconnaît être des strongles, dont l'existence chez l'homme n'a été constatée que très-rarement. Depuis lors, M. C... a rendu au moins quarante de ces entozoaires, et il en rend encore tous les jours avec des douleurs vives et une perte de sang qui l'épuise.

M. POGGIALE dépose sur le bureau, au nom de M. le docteur Garrigou, médecin consultant à Bagnères-de-Luchon, une note concernant l'analyse et les propriétés de l'eau chlorurée sodique et bromo-iodurée de Salies (Basses-Pyrénées). (Commission des eaux minérales.)

M. LARREY présente : 1° une brochure de M. le docteur Sarazin, médecin-major, intitulée : *Clinique chirurgicale de l'hôpital militaire de Strasbourg* (semestre d'hiver, 1869-1870);

2° Un mémoire manuscrit de M. le docteur Cabasse, médecin-major, sur l'emploi de la médication thermale dans le traitement des lésions traumatiques récentes. (Commission des eaux minérales.)

M. BARTHE offre en hommage une brochure *Sur la rupture spontanée du cœur.*

LECTURE

Note sur le choléra.

M. le docteur FAUVEL communique les renseignements officiels suivants :

Depuis quelque temps, des journaux politiques signalent la présence du choléra en Europe. Ils ont annoncé son existence, à l'état épidémique, à Naples, à Londres, à Saint-Pétersbourg, et tout récemment à Wilna et dans la Prusse orientale; d'où la menace d'une invasion prochaine en France. J'ai pensé qu'il était important que le public sût à quoi s'en tenir sur la valeur de ces bruits alarmants, et j'ai demandé aux meilleures sources tous les renseignements propres à faire voir quelle est aujourd'hui la véritable situation de l'Europe par rapport au choléra. La présente note, que je viens communiquer à l'Académie, est le résultat encore incomplet de mes recherches à ce sujet.

Disons d'abord que l'annonce de la présence du choléra à Londres est le fait d'une confusion que malheureusement commettent encore quelques médecins. On observe en ce moment à Londres, comme tous les ans pendant la saison chaude, un certain nombre de cas de choléra *nostras*. J'ajoute que, cette année, ces cas ne sont ni plus nombreux ni plus graves que d'ordinaire.

Des cas analogues ont été observés à Naples, et, si l'on prenait la peine de les rechercher, on en trouverait un peu partout à cette époque de l'année.

La similitude d'apparence et de nom a été cause de la confusion commise dans les journaux. En réalité, le choléra asiatique n'existe maintenant ni en Angleterre, ni en Italie, ni en France. Voyons s'il en est de même en Russie et sur les confins de la Pologne.

Pour l'éclaircissement de la question, je dois remonter à une communication sur le même sujet, que j'ai faite à l'Académie le 21 décembre 1869.

A ce moment, le choléra asiatique existait à l'état d'épidémie peu grave dans plusieurs provinces du centre et de l'ouest de la Russie, où, depuis l'importation de 1865, la maladie n'avait jamais entièrement disparu. La ville de Kiew avait été le point de départ de cette manifestation épidémique. Me fondant sur l'expérience tirée des épidémies antérieures et d'accord avec les médecins russes les plus compétents, je ne vis dans cette manifestation, assez bénigne, qu'une de ces réapparitions qui, en Russie particulièrement, ont souvent suivi les grandes épidémies, et qui finissent par s'éteindre sans devenir le point de départ d'une épidémie généralisée.

Quoi qu'il en soit, dans le cours de l'hiver le choléra s'éteignit peu à peu dans les provinces où il avait régné depuis la fin de l'été. A Kiew, il avait entièrement disparu le 15 décembre. Toutefois, le 18 février 1870 la maladie existait encore à Moscow, où, depuis le 25 décembre, 160 cas et 88 décès avaient été signalés.

Jusqu'au milieu de l'année dernière on n'entendit plus parler du choléra en Russie, et l'on put croire que les manifestations épidémiques dont il vient d'être question n'avaient pas eu de suites, lorsque, dans le courant de juillet 1870, on apprit tout à coup à Constantinople que le choléra venait d'éclater à Taganrog, au fond de la mer d'Azow, et qu'il restait à Rostow sur le Don. Bientôt les principales villes du littoral russe de la mer Noire furent atteintes dans le courant du mois d'août, Kertch, Berdianska, Théodosie, Odessa et même Poti, principale échelle des provinces transcaucasiennes, d'où la maladie se propagea dans l'intérieur de ces provinces.

La propagation rapide à tout le littoral russe coïncida comme d'ordinaire avec l'arrivée par navires à vapeur de voyageurs partis des points infectés. Il n'y avait pas à s'y tromper, c'était bien une épidémie de choléra asiatique venue de l'intérieur de la Russie avec le mouvement produit pour le transport des grains jusqu'au point de l'embarquement.

Cette épidémie d'ailleurs fut remarquable par son peu d'intensité, c'est-à-dire par le petit nombre des attaques. A la fin de septembre, elle était partout à son déclin, et depuis elle a cessé sur le littoral.

Un fait important à signaler à propos de cette épidémie, c'est que, grâce aux mesures de quarantaine prises par l'administration sanitaire ottomane, le littoral turc a été complétement préservé de la maladie, malgré des arrivages nombreux provenant des ports infectés. Ainsi, du 2 août au 21 septembre, il n'y a pas eu moins de 700 navires, parmi lesquels plusieurs ayant le choléra à bord, soumis à la quarantaine, à l'entrée du Bosphore.

D'où venait cette épidémie? La première idée qui se présente est qu'il s'agit tout simplement de l'extension de la maladie qui régnait au commencement de l'année dans les provinces du centre de la Russie, et se serait propagée au sud avec le mouvement commercial signalé plus haut.

A Constantinople on est d'un autre avis; on croit savoir, par des renseignements dont je ne suis pas encore à même d'apprécier la valeur, que cette épidémie et même celle de la fin de 1869 reconnaissent pour cause une importation persane. La maladie aurait éclaté à Nijni-Nowgorod, au moment de la foire, avec l'arrivée des marchands persans.

Je le répète, je ne suis pas encore en mesure de contrôler cette opinion; j'espère le pouvoir bientôt.

La question de l'origine de l'épidémie actuelle a une importance très-grande au point de vue de l'étiologie du choléra.

En effet, si, comme je le pensais l'année dernière et comme il est encore permis de le croire, l'épidémie actuelle n'est qu'une suite de l'importation de 1865, une de ces reprises qu'on a souvent observées dans les foyers mal éteints, cette épidémie se distingue des précédentes par sa marche envahissante, elle fait exception, et tendrait à prouver que le choléra trouve en Russie des conditions favorables à sa genèse, à son acclimatement.

Si, au contraire, l'épidémie actuelle a pour origine une importation persane, elle rentre alors dans la règle ordinaire des épidémies de choléra dues à une réimportation de la maladie.

La question mérite donc d'être étudiée avec soin.

Je reprends maintenant l'exposé des faits:

Le 5 septembre 1870, le consul de France à Saint-Pétersbourg signalait, d'après des documents officiels, le développement dans cette ville de quelques attaques isolées de choléra. Les médecins n'y voyaient que des cas de choléra *nostras*. Toujours est-il que la maladie ne prit pas alors de développement.

Pendant le dernier hiver, le choléra sembla s'éteindre à peu près complétement partout en Russie, du moins on n'en parla plus.

Cependant en février la maladie reparut de nouveau à Saint-Pétersbourg, et bientôt, en mars elle y prit le caractère d'une véritable épidémie.

Le 12 mars on y comptait déjà plus de 500 attaques depuis le début, puis la maladie suivit la progression suivante :

Du 12 au 20 mars,	117 cas.
Du 20 au 24 —	620
Du 24 au 1er avril,	216
Du 1er au 12 —	206
Du 12 au 22 —	43
Du 22 au 2 mai	38
Du 2 au 12 —	25
Du 12 au 19 —	29
En tout....	1294 cas

ayant occasionné 754 décès. A partir de ce moment, nous n'avons plus de statistique, mais nous savons que la marche de l'épidémie fut encore décroissante jusqu'au mois de juillet, où une nouvelle recrudescence, moins forte que la première, s'est manifestée. Aux dernières nouvelles, datant d'une dizaine de jours, le nombre des cas journaliers était d'environ 50, et l'on s'en inquiétait peu, tant on est accoutumé à Saint-Pétersbourg à la présence du choléra. Il ne faut pas oublier, en effet, que Saint-Pétersbourg est de toutes les grandes villes d'Europe celle où le choléra, une fois importé, s'est maintenu avec plus de tenacité.

Il n'y aurait donc pas grande inquiétude à avoir pour nous de la présence du choléra asiatique à Petersbourg si d'autres faits ne s'étaient pas produits.

Non-seulement le choléra a repris à Petersbourg, mais au mois de mai il a reparu à Moscow et dans les provinces voisines. Ainsi, en ce moment, il sévit avec une certaine violence à Tambow, ville située au sud-est de Moscow.

Mais le fait le plus sérieux, à notre point de vue, est l'extension de la maladie dans la direction de l'Ouest. Le choléra s'est manifesté dès le mois de juin dans plusieurs villes de la Pologne russe, notamment à Wilna, par des cas peu nombreux. Une dépêche datée de Saint-Pétersbourg, du 29 juillet, me signale quelques attaques isolées à Suwalky, sur la frontière occidentale de Prusse, non loin de Kœnigsberg.

D'un autre côté, dans le courant de juillet, le choléra a fait apparition dans l'importante ville maritime de Riga, où une vingtaine de cas ont été observés parmi les matelots et les ouvriers. Cette apparition à Riga a une importance particulière par le fait des grandes relations maritimes de ce port avec l'Angleterre.

A ces détails, très-insuffisants, se bornent aujourd'hui mes informations. J'attends d'ici peu des renseignements plus circonstanciés qui nous permettront de mieux juger la situation.

Cependant, du peu que nous savons ressortent déjà deux considérations importantes : d'abord il n'est pas douteux que le choléra qui règne à l'état épidémique en Russie depuis 1869 ne soit le choléra asiatique; la maladie en a tous les caractères, la gravité et la marche envahissante de proche en proche dans la direction des courants commerciaux. Il y a seulement encore incertitude sur la question de savoir si cette épidémie est une simple recrudescence du choléra qui n'avait jamais disparu de la Russie depuis l'importation de 1865, ou si elle est le fait d'une importation nouvelle.

Secondement, cette épidémie se distingue des précédentes par une bénignité plus grande relativement au nombre des attaques dans les localités envahies et par une progression plus lente. C'est au point qu'en Russie on ne s'en préoccupe que médiocrement, et qu'on la regarde plutôt comme une queue de l'épidémie antérieure que comme une maladie en progrès.

Quoi qu'il en soit de ce jugement, tant que la maladie n'aura pas envahi l'Allemagne, il sera permis d'espérer que nous échapperons à ses atteintes.

Je ne pousserai pas plus loin ces considérations, les faits connus ne le permettent pas. Plus tard, quand nous serons mieux renseignés sur les faits, nous verrons quels enseignements il est permis d'en tirer.

Un mot, avant de finir, sur le choléra en dehors de l'Europe.

Sans parler de l'Inde, où la maladie reste en permanence sur certains points et sévit en ce moment avec violence au voisinage d'Hyderabad, la Perse, depuis l'année dernière, est le principal théâtre du choléra. La maladie, à peu près éteinte dans ce pays à partir de la fin de 1869, sauf au voisinage du golfe Persique, a repris avec une grande intensité en 1870, à la suite d'un pèlerinage entrepris par le schah jusqu'à Kerbellah, en Mésopotamie, où le choléra n'était pas encore entièrement éteint. L'affluence des pèlerins à cette occasion eut pour effet une recrudescence et fut, lors de leur retour, une cause puissante de propagation. Toujours est-il que le choléra reparut sur leur passage depuis le golfe Persique et Chiraz au sud, jusqu'à Téhéran, au nord de la Perse. A ce fléau est venu se joindre une famine horrible, et, si l'on en croit les dernières nouvelles, l'apparition d'une maladie ayant les caractères de la peste.

C'est dans le district de Bana, à petite distance de la frontière ottomane et à 18 heures de la ville turque de Suleïmanieh, que cette maladie aurait éclaté. On attend à Constantinople le rapport du médecin envoyé sur les lieux pour se prononcer. En attendant, toutes les mesures sont prises pour garantir la frontière.

L'empire ottoman est aujourd'hui entièrement exempt de choléra, sauf sur quelques localités voisines de la Perse et du golfe Persique.

Mais cette maladie qui, l'année dernière, sévissait à Zanzibar et sur la côte d'Afrique voisine de l'entrée de la mer Rouge, menaçant ainsi de compromettre le pèlerinage de la Mecque, a continué sa marche envahissante vers le Sud.

Longeant la côte orientale d'Afrique, le choléra règne en ce moment jusqu'aux embouchures du Zambèse; il a envahi les îles Comores, dans le canal Mozambique, puis Madagascar, et plus au nord les Seychelles. A présent il menace les îles Maurice et de la Réunion, où il faut espérer que les mesures prises l'empêcheront de pénétrer.

Malgré le voisinage signalé plus haut, grâce à l'énergie des précautions adoptées, le pèlerinage de la Mecque a encore échappé cette année aux atteintes du choléra, et le retour des pèlerins a pu s'accomplir dans les meilleures conditions sanitaires. Il n'y a donc aucun danger à craindre de ce côté pour l'Europe. Le bassin de la Méditerranée est entièrement intact. Aujourd'hui, par rapport au choléra, le danger, pour nous, vient uniquement du Nord-Est.

Dès que les renseignements que j'attends me seront parvenus, je m'empresserai de les communiquer à l'Académie.

M. GUÉRIN. Le rapport de M. Fauvel montre combien il serait urgent de reprendre la discussion sur le choléra. On y trouve énoncée, comme une chose admise par tout le monde, la distinction du choléra en *cholera nostras* et choléra asiatique. Or, on est bien loin d'être d'accord là-dessus ainsi que sur l'origine et le mode de propagation du choléra. Il y a là des questions de prophylaxie et de pratique qui demandent à être élucidées, et j'espère que l'on n'attendra pas pour cela que l'épidémie soit arrivée ou même se soit passée, comme cela s'est vu il y a quelques années. Quand la question de fait et de doctrine sera décidée, il y aura évidemment des précautions à prendre pour empêcher l'invasion du choléra. Je demande donc l'urgence pour cette question.

M. LE PRÉSIDENT. La question du choléra est depuis longtemps désignée comme devant être discutée ici. Mais on n'avait aucun motif de croire, comme maintenant, que cela pressât. L'Académie verra ce qu'elle aura à faire d'après les indications que vient de lui fournir M. Fauvel.

M. GUÉRIN. Je crois qu'il faut se hâter. Et puisque j'ai la parole, j'en profite pour présenter à l'Académie un blessé que j'ai soigné par la méthode d'occlusion pneumatique. Un de nos confrères avait dit au commencement du siége que l'amputation était toujours nécessaire dans les cas de blessures articulaires. Eh bien, voici un soldat qui a reçu un coup de feu au coude. Il a eu quinze phlegmons qui ont nécessité 14 opérations avec extraction d'esquilles et crainte continuelle de résorption purulente. Il en a eu, à plusieurs reprises, les symptômes prémonitoires. Mais, grâce à l'occlusion pneumatique, j'ai pu, malgré tout cela, lui conserver le bras et empêcher l'infection purulente toutes les fois qu'elle commençait.

RAPPORT

Sur un travail de M. Dolbeau intitulé : MÉMOIRE SUR LES EXOSTOSES DU SINUS FRONTAL.

M. RICHET lit un long rapport dont voici quelques extraits :

Les exostoses du crâne et de la face, particulièrement celles des fosses nasales et de leurs différents sinus, n'ont encore fait l'objet d'aucun travail spécial. M. Dolbeau ayant eu l'occasion d'observer à l'Hôtel-Dieu, en 1844, alors qu'il remplaçait le professeur Jobert, un cas de tumeur du sinus frontal droit qu'il reconnut être une exostose, conçut le projet d'en débarrasser son malade, et exécuta heureusement cette opération. C'est ce fait qui lui inspira les recherches dont il a eu la bonne pensée de nous soumettre les résultats. Votre commission m'a chargé de vous rendre compte de ce travail, et j'ai accepté avec d'autant plus d'empressement que pour mon compte, trois fois déjà, je me suis trouvé en présence de faits analogues.

Ce n'est donc pas seulement le hasard d'un rapport qui m'a donné à réfléchir sur ce grave sujet, et peut-être les idées que j'aurai à vous soumettre tireront-elles de cette circonstance une autorité qui, sans elle, leur aurait certainement fait défaut.

J'entrerai en matière par un résumé succinct du travail de M. Dolbeau.

Après un trop rapide historique, notre distingué confrère déclare que ces productions osseuses sont inconnues des auteurs classiques, et que Dezeimerie, dans son *Mémoire sur les sinus frontaux*, ne les mentionne même pas. L'auteur n'a trouvé à signaler que deux cas d'exostose du sinus frontal, l'un appartenant à Proux et l'autre à Jobert, et, dans ces deux cas, l'opération commencée présenta des difficultés telles qu'elle ne put être achevée. Les deux malades paraissent avoir succombé aux suites de ces tentatives; les pièces pathologiques ont été déposées, l'une au musée du Val-de-Grâce et l'autre au musée Dupuytren, où elles se trouvent encore aujourd'hui.

C'était, dit M. Dolbeau, peu encourageant pour les chirurgiens; d'ailleurs les observations n'ayant pas été publiées, la pathologie n'en pouvait tirer beaucoup de lumière; l'auteur s'est donc efforcé de reconstituer pour ainsi dire ces deux faits, et il en a tiré des indications très-intéressantes; mais il a pensé de plus, et avec juste raison, que les autres tumeurs osseuses des fosses nasales pouvaient bien lui fournir d'utiles rapprochements, et il a rapidement passé en revue les travaux de quelques-uns de ses devanciers sur les exostoses faciales. Il a montré que Follin et M. Giraldès, par exemple, avaient signalé des granulations ossifiées de diverses grosseurs à la surface de la muqueuse du sinus maxillaire; que M. Amédée Forget en avait trouvé dans les sinus sphéroïdaux; que Lenoir en avait montré sur la muqueuse nasale, et que ces diverses granulations qui se présentent sous un aspect perlé et mamelonné, depuis la grosseur d'un grain de mil jusqu'à celui d'un pois, peuvent acquérir parfois un volume considérable et une dureté semblable à celle de l'ivoire.

Telle serait (suivant M. Dolbeau) l'origine unique de ces exostoses si remarquables, extirpées avec succès par Michon du sinus maxillaire, par MM. Legouest et Panard des fosses nasales, etc. L'auteur se demande alors s'il n'est pas légitime de supposer que, dans les sinus frontaux, les mêmes éléments anatomiques existant, les mêmes lésions puissent se produire? Il cite en preuve une pièce conservée dans le musée de l'hôpital Saint-Barthélemy de Londres, et ses propres dissections, qui lui auraient démontré, en effet, que sur la muqueuse des sinus frontaux on peut rencontrer aussi ces granulations ossifiées, sous forme de perle opaline, déjà observées sur la membrane interne des autres sinus de la face. Plus tard, ces ossifications, en s'accroissant, constitueraient des exostoses, et telle serait l'origine de celles qui font l'objet des observations de Roux, de Jobert et de celle opérée par l'auteur du mémoire.

Résumant alors ces diverses notions, M. Dolbeau cherche à démontrer que les exostoses du sinus frontal sont d'emblée *primitivement* osseuses et formées par une ossification de la membrane du sinus; que dès lors elles doivent être et sont toujours absolument indépendantes de l'os lui-même. Pour lui, le point capital qui ressort de cette étude comparative, c'est que l'exostose constitue un véritable corps étranger, n'adhérant qu'au périoste, dès lors pouvant bien *s'enclaver*, mais jamais adhérer au squelette.

. . . .

C'est par l'anatomie pathologique que M. Dolbeau débute, et c'est à elle qu'il consacre la plus grande partie de son mémoire. C'est justice; car c'est évidemment la seule base sur laquelle on puisse édifier d'une manière durable.

Il considère avec juste raison les exostoses qui se développent dans la cavité même des fosses nasales comme identiques avec celles qui prennent naissance dans les sinus; mais il me paraît exagérer beaucoup trop les différences qu'elles présentent avec les autres exostoses, différences, selon moi, bien plus apparentes que réelles.

Il admet les deux formes *éburnée* et *spongieuse*; et cependant je ne vois figurer dans son travail qu'un seul cas d'exostose spongieuse, le sien propre, et encore il n'en paraît pas bien convaincu. Enfin il cherche à démontrer que ces productions, quelle qu'en soit la nature, ont pour origine première une ossification du périoste, et qu'elles n'émanent jamais du squelette lui-même, dont elles restent *toujours* indépendantes à toutes les phases de leur développement.

Je m'arrête à cette dernière proposition, et c'est, je crois, répondre aux légitimes préoccupations de l'auteur que de la placer en saillie, pour la soumettre à une discussion approfondie. C'est en effet, si l'on peut s'exprimer ainsi, l'idée mère, celle qui domine tout le mémoire de M. Dolbeau, celle à laquelle il attache la plus grande importance, parce qu'elle découle logiquement cette conséquence opératoire qu'il réclame comme lui appartenant en propre, à savoir : *qu'une fois la cavité qui recèle l'exostose largement ouverte, il ne s'agit plus que de la saisir avec une pince pour l'extraire, comme un calcul de la vessie.*

Relativement à la première proposition, celle d'anatomie pathologique, je tiens à constater d'abord que cette question de l'origine et de la nature des ostéomes des fosses nasales et de leurs différents sinus date de 1851, époque à laquelle notre savant collègue et ami le professeur Verneuil la discuta, le premier je crois, dans les *Comptes rendus de la Société de Biologie* (juin 1851, p. 80). Il constata à la partie inférieure du sinus maxillaire d'un jeune homme de 25 ans deux ou trois petites saillies très-dures, dues à des concrétions adhérentes à la muqueuse, acquérant à peine le volume d'une tête d'épingle. Elles étaient constituées par du tissu osseux, et cette dernière particularité frappa même beaucoup M. Verneuil, en raison de la nature de la membrane dans laquelle s'étaient développées ces ossifications. Déjà elles étaient adhérentes aux parois; cependant, avec un scapel fin, on pouvait enlever toute la masse.

M. Verneuil ne tira aucune conclusion de cette découverte; et ce sont MM. Denonvilliers et Gosselin qui, dans le *Compendium* (t. III, p. 564) *de chirurgie*, les premiers pensèrent que les exostoses du sinus avaient probablement pour origine ces concrétions. Depuis cette époque, un certain nombre d'anatomo-pathologistes ont eu l'occasion de vérifier l'exactitude de ces recherches, et, lors de la discussion qui eut lieu à la Société de chirurgie en 1856, à l'occasion du fait de Lenoir, M. Giraldès rapporta en avoir recueilli plusieurs exemples dans les musées de Londres; et, en effet, l'ouvrage de Holmes-Coot en représente un beau spécimen recueilli dans le musée de l'hôpital Saint-Barthélemy.

De ces différents travaux, il résulte : que ces tumeurs débutent, dans l'épaisseur de la membrane qui tapisse les sinus des fosses nasales et dans celle des fosses nasales elle-même, ainsi que l'a observé Lenoir, par des points d'un blanc grisâtre;

Que la matière, d'abord hyaline, qu'elles renferment devient osseuse;

Qu'elles ne tardent pas à devenir très-adhérentes aux parois sous-jacentes (Verneuil);

Qu'elles ont une grande tendance à s'accroître, et que, selon toute probabilité, c'est dans les couches profondes du périoste, là où se passe le phénomène de l'accroissement des os en épaisseur, qu'elles puisent les éléments de leur nutrition.

D'ailleurs, ce n'est point seulement dans l'espèce humaine que les productions périostéales des fosses nasales ont été observées. M. Am. Forget en a trouvé un assez grand nombre de petites dans les sinus spheroïdaux des chevaux, et M. Garbaux en a décrit de très-volumineuses et qui avaient fini par envahir la cavité cérébrale. Ce sont ces productions, sans doute, qui ont été autrefois décrites comme des ossifications du cerveau, et l'observation de Howship (pièce représentée par Haynes Walton), ainsi que celle de la femme du pêcheur de Londres, prouvent que chez l'homme ces tumeurs peuvent également prendre la place de l'encéphale qu'elles refoulent dans la partie postérieure de la boîte crânienne.

L'origine de ces tumeurs dans le périoste muqueux des cavités nasales, opinion soutenue et adoptée par M. Dolbeau, me paraît donc un fait incontestable; mais ce que je ne saurais plus admettre avec lui c'est que ces tumeurs restent toujours indépendantes et libres, qu'elles ne contractent jamais d'adhérence avec le squelette, et surtout qu'elles ne puissent jamais provenir directement de l'os lui-même.

Je dois avouer, toutefois, qu'à la première lecture du mémoire de M. Dolbeau cette proposition de l'indépendance et de la mobilité de ces ostéomes m'avait beaucoup frappé; je la voyais formulée pour la première fois, et elle m'avait séduit par sa simplicité et ses conséquences. Plus tard, je la retrouvai signalée dans une observation publiée longtemps avant, en 1841 (*Annales de la chirurgie française et étrangère*), par M. Boyger de Saintes, chirurgien certainement doué d'un véritable esprit pratique et qui en a donné la preuve en cette circonstance difficile. Chose curieuse à noter, il s'appuie, lui aussi, sur cette mobilité pour en tirer des conclusions opératoires, qui ne sont pas sans analogie avec celles de l'auteur du mémoire que j'analyse.

Toutefois, à mesure que j'avançais dans la lecture des observations et que j'approfondissais davantage la question, en voyant l'inutilité des efforts tentés par beaucoup de chirurgiens pour extraire des exostoses dont la surface était cependant complétement à découvert, je me pris à douter, et il me parut que quelques-unes au moins devaient adhérer plus ou moins intimement au squelette par une partie de leur surface. Je ne m'expliquais pas en effet comment il eut été possible d'appliquer sur des productions osseuses, que rien n'aurait fixées au squelette, des couronnes de trépan qui ne pénétraient leur substance qu'avec les

plus grandes difficultés; je me demandais comment, en raison de leur mobilité, elles n'avaient pas fui ou tout au moins ne s'étaient pas déplacées, même légèrement, devant les violences vraiment parfois exagérées qu'on exerçait sur elles.

J'en étais là de mes réflexions lorsque se présenta à moi un jeune garçon meunier atteint d'une exostose du sinus frontal droit qui fait le sujet de ma deuxième observation; je ne veux ici citer de ce fait que ce qui intéresse le point plus particulièrement en discussion.

Après avoir découvert la tumeur par sa partie saillante, lisse et et mamelonnée, j'arrivai sur la portion adhérente au frontal, qui en formait comme le pédicule. La saisissant alors avec de fortes pinces, je cherchai à l'ébranler, mais inutilement. Je parvins alors à introduire entre une portion de sa circonférence et l'apophyse orbitaire interne un long et fort levier en acier trempé, que j'avais fait confectionner exprès dans cette prévision, et en faisant exécuter un mouvement de bascule il se produisit un craquement entendu par tous les assistants et l'ostéome devint mobile. Je pus alors le saisir, l'ébranler et l'arracher avec un fort davier, et il fut facile de constater que sa suface d'implantation, rugueuse, irrégulière et contrastant par son aspect avec le reste de la tumeur, offrait une étendue de trois centimètres carrés. Du côté du frontal les mêmes irrégularités osseuses pouvaient être constatées à l'œil et au toucher, de plus on voyait distinctement le sang sourdre en abondance à la surface de la brisure récente par un nombre considérable de petites artérioles béantes qu'une compression avec une boulette de charpie suffit à oblitérer. Dès lors, pour moi plus de doute, les exostions du sinus frontal, car c'en était bien une, n'étaient pas toujours libres dans la cavité où elles ont pris naissance, elles pouvaient adhérer au squelette et même, comme ici, se fusionner avec lui de la manière la plus intime.

Je compris parfaitement alors les difficultés qu'avaient éprouvées les opérateurs, qui n'avaient pu, comme moi, découvrir le point par lequel la tumeur adhérait à l'os, et qui avaient été obligés de l'attaquer par une portion de la périphérie autre que celle adhérente.

(*A suivre.*)

Le Bulletin hebdomadaire des causes de décès pour Paris, du 22 au 28 juillet 1871, donne les chiffres suivants :

Variole, 7. — Scarlatine, 2. — Rougeole, 4. — Fièvre typhoïde, 16. Typhus, ». — Érysipèle, 2. — Bronchite, 42. — Pneumonie, 26. — Diarrhée, 81. — Dysenterie, 8. — Choléra, ». — Angine couenneuse, 2. — Croup, 4. — Affections puerpérales, 1. — Autres causes, 583. — Total : 778.

Celui de Londres donne les chiffres suivants, du 16 au 22 juillet 1871 :

Variole, 135. — Scarlatine, 24. — Rougeole, 17. — Fièvre typhoïde, 9. — Typhus, 5. — Érysipèle, 4. — Bronchite, 59. — Pneumonie, 40. — Diarrhée, 110. — Dysenterie, 2. — Choléra, 9. — Angine couenneuse, 1. — Croup, 7. — Affections puerpérales, 14. — Autres causes, 845. — Total : 1,281.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Traité des opérations qui se pratiquent sur l'œil, par le docteur E. Meyer, chevalier de la Légion d'honneur, et le docteur A. de Montméja, ancien chef de clinique ophthalmologique, rédacteur de la *Revue photographique des hôpitaux*, ex-interne provisoire des hôpitaux de Paris. Un volume de 276 pages in-4°, relié demi-chagrin, doré en tête, avec 190 figures sur bois dessinées par Leveillé, gravées par Badoureau, et accompagné d'un atlas photographique de 22 planches (ouvrage terminé). — Prix : 40 fr.

Étude sur le diagnostic et le traitement chirurgical des étranglements internes, par M. le docteur Larguier des Bancels, ancien préparateur du cours d'anatomie chirurgicale de l'amphithéâtre des hôpitaux. In-8°. — Prix : 3 francs.

Opérations préliminaires à l'extirpation des tumeurs : écrasement linéaire, galvano-caustique de leur combinaison, par M. le docteur Th. Raymond, ancien interne des hôpitaux de Paris. In-8°. — Prix : 2 francs.

Recueil d'ophthalmologie, par M. le docteur X. Galezowski. — 1re année; in-8, 128 pages. — Prix : 2 fr.

De l'inflammation primitive aiguë de la moelle des os, par le docteur Culot, ancien interne des hôpitaux. In-8°. — Prix : 2 francs.

Malades et blessés. Ambulance de l'hôpital Rothschild pendant le siége de Paris, par le docteur Job. In-8°. — Prix : 1 fr. 50.

Des complications cardiaques dans la variole et notamment de la myocardite varioleuse, par le docteur Desnos et Henri Huchard, interne des hôpitaux. — Gr. in-8° de 56 pages. — Prix : 1 fr. 50.

De l'émiplégie pneumonique, par M. le docteur R. Lépine, ancien interne des hôpitaux de Paris et de Lyon. Brochure in-8°. — Prix : 1 fr. 25.

Etude sur l'expression utérine comme moyen de délivrance, par le docteur Chantreuil, chef de clinique d'accouchements de la Faculté. In-8°. — Prix : 50 c.

De l'absorption par la muqueuse vésico-uréthrale, par le docteur Alling, ancien interne des hôpitaux de Paris. In-8°. — Prix : 1 fr. 50.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en effets sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 3 août 1871.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. BOUCHUT.

Traitement des papillomes au moyen de l'acide acétique.

Il y a souvent à la surface de la peau des végétations charnues dont le sommet se couvre d'aspérités dures, grises, noirâtres ou cornées, qui forment les cors, les verrues, les cornes et les plaques papillaires. Ces végétations sont formées de papilles hypertrophiées, mêlées à une grande proportion de tissu conjonctif, recouvertes par une couche plus ou moins épaisse d'épithélium.

Sans parler ici des verrues qui forment de petites excroissances papillaires assez étroites, je ne veux parler que de ces tumeurs aplaties infiniment plus rares, formant des plaques de papilles hypertrophiées, recouvertes d'épiderme durci et fendillé.

Ces papillomes, qui sont quelquefois d'un diagnostic difficile, constituent une altération assez profonde de la peau, qui est très-difficile à guérir. Dans les cas qu'on va lire, ce papillome formait une certaine quantité de plaques noirâtres, fendillées, saignant avec facilité dès qu'on enlevait la croûte noirâtre de leur surface. Ces plaques ressemblaient à des croûtes du *rupia ;* mais après avoir enlevé la croûte, il n'y avait pas d'ulcération subjacente, et on ne voyait que le derme hypertrophié, fortement granuleux, et saignant sans suppuration, absolument comme dans les petites verrues qu'on écorche.

Dans l'embarras où j'étais pour établir le diagnostic, j'eus recours au microscope, qui me permit de voir dans ces croûtes de l'épithélium parimenteux, et dans les parties excoriées une hypertrophie des papilles de la peau. Je considérai dès lors ces plaques saillantes comme des tumeurs papillaires épidermiques, c'est-à-dire comme des papillomes cornés, et j'établis le traitement en conséquence au moyen de l'acide acétique. Par l'observation suivante on en pourra juger les effets.

Léontine N..., âgée de 6 ans, entrée au n° 24 de la salle Sainte-Catherine, hôpital des Enfants-Malades, le 10 février 1868. Sortie le 2 août.

Cette enfant, habituellement bien portante, porte aux genoux, en dehors de la rotule, à l'articulation tibio-tarsienne droite et à l'index de la main droite, des cicatrices blanchâtres, profondes comme celles d'une brûlure ayant entamé le derme. Ces cicatrices résultent de la guérison de croûtes qui existaient chez l'enfant il y plusieurs années. Mais depuis lors, à côté de deux de ces cicatrices, celle du genou et celle du pied, il est revenu de nouvelles croûtes noirâtres, écailleuses; des lésions semblables se sont produites au doigt auriculaire droit, à la paume de la main droite, à la face palmaire de l'articulation radio-carpienne, au pouce de la main gauche, à la partie externe et interne de la cuisse gauche, à la plante du pied droit et à la jambe droite, au voisinage des anciennes cicatrices; ce qui fait une douzaine de parties de la peau altérées de la même façon. Dans ces endroits, la peau est hypertrophiée, saillante, avec des aspérités, recouverte de croûtes écailleuses, grises ou noirâtres, desséchées et entourées d'une légère auréole rouge. Ces croûtes ne suppurent pas; elles sont douloureuses quand on les arrache, et donnent un sang noir très-coloré. Quelques personnes croyaient à un lupus hypertrophique, mais l'examen au microscope permit de reconnaître une agglomération de papilles coniques, couvertes de croûtes épithéliales.

L'état général est d'ailleurs excellent, et l'enfant jouit d'une bonne santé. Des applications d'acide acétique eurent lieu tous les jours sur ces croûtes, qui se ramollirent et tombèrent par degrés; puis le derme, dépourvu de ces croûtes, resta rouge et aminci; sur d'autres points, la disparition se fit plus lentement, et il restait encore des croûtes, mais bientôt toutes les plaques papillaires se recouvrirent d'épithélium normal et la guérison fut complète.

Exeat le 2 août.

Le traitement des papillomes par l'acide acétique, liquide ou cristallisé, n'est pas chose nouvelle, mais il n'est peut-être pas encore assez suffisamment connu pour que la publication de ce fait remarquable n'ait son utilité.

Vidal a conseillé contre ces tumeurs les applications d'alun et de sublimé, mais leur efficacité est douteuse. On a employé les cautérisations d'acide nitrique ou de nitrate acide de mercure, qui sont très-douloureuses et peuvent produire une inflammation très-vive; Marchal a employé l'acide chromique, dont l'action desséchante est très-utile; d'autres ont employé la cautérisation au fer rouge ou la galvano-caustique, avec le perchlorure de fer à 30 degrés; mais le moyen le plus utile est sans contredit l'*acide acétique.*

Cet acide, dont l'histologie fait un grand usage pour éclaircir les préparations microscopiques en attaquant le tissu conjonctif, a ainsi révélé ses propriétés contre ces tumeurs hypertrophiques de la peau, qui sont remplies de tissu conjonctif. C'est sans doute en raison de cette propriété qu'on l'a mis en usage dans les papillomes.

Dans l'observation qui précède, les effets en ont été très-remarquables. Chaque jour, l'acide acétique mis sur le revêtement épithélial du papillome ramollissait l'épiderme, faisait tomber la croûte et attaquait le derme. Chaque jour une nouvelle application faisait tomber les croûtes de plus en plus minces produites en 24 heures. Ces croûtes finirent par ne plus se reproduire et furent remplacées par une lamelle d'épiderme ordinaire sur un fond rouge de la peau. Au bout de six mois, toutes les plaques papillaires avaient disparu, et il ne restait que des cicatrices rougeâtres, qui ont dû disparaître et devenir blanches comme celles qui existaient sur le corps de l'enfant lors de son entrée à l'hôpital.

EXOSTOSES DU SINUS FRONTAL.

Par M. RICHET.

(Rapport lu à l'Académie de médecine, dans la séance du 1er août 1871) (1).

M. RICHET continue ainsi la lecture de son rapport :

Dans l'observation de Lenoir il y avait deux exostoses : l'une fronto-nasale et l'autre nasale. Après avoir très-laborieusement mis à découvert leur pédicule, on fut obligé de les détacher avec un ciseau, sur lequel on frappa avec un maillet, tant l'union était intime entre les productions osseuses et le squelette.

M. Maisonneuve, dans ses deux observations, eut plus de peine encore ; il dut frapper à coups redoublés et pendant assez longtemps sur le point par lequel l'exostose se rattachait aux os. Or, j'ai eu la bonne fortune de pouvoir examiner l'une de ces exostoses, précisément celle dont un mamelon se détacha par la percussion et permit de découvrir le pédicule. Sur cette pièce on constate une large surface rugueuse, irrégulière, de 2 centimètre d'étendue, par laquelle elle adhérait certainement au squelette. J'ai l'honneur d'offrir à l'Académie un spécimen en plâtre, moulé sur la pièce qu'a bien voulu me remettre M. Maisonneuve.

L'examen attentif de l'exostose nasale que M. Legouest a enlevée après une opération aussi hardie que laborieuse, montre qu'elle est partout mamelonnée, lisse et criblée de très-petits pertuis vasculaires, excepté en un point, à sa partie supérieure, où elle offre une large échancrure. Là, le tissu osseux est inégal, rugueux, et présente le même aspect que je viens de signaler sur la surface d'implantation de celle qui fait le sujet de ma deuxième observation. Pour moi, il n'est pas douteux, d'après l'étude que j'ai faite des autres productions osseuses analogues, que ce ne soit là le point par lequel elle adhérait au squelette. Il est vrai que M. Legouest ne peut rien affirmer à ce sujet, ce qui s'explique facilement, l'opérateur ne se préoccupant, au milieu des péripéties d'une opération aussi périlleuse, que de mener rapidement à bonne fin sa laborieuse entreprise. Mais il me paraît en tout cas bien difficile d'admettre, comme semblerait disposé à le croire notre savant collègue, que cette surface fongueuse soit le résultat d'une maladie, la production accidentelle d'une sorte de carie, dont, il faut bien le dire, on ne trouve aucune preuve. Cette surface rugueuse, ces inégalités, qui ne peuvent rationnellement s'expliquer que par la brisure des adhérences de l'ostéome au squelette, se retrouvent encore sur les pièces de Michon, de M. Pamard, de M. Desprès, et, cependant, pas plus que M. Legouest, ces opérateurs ne peuvent affirmer par quel point l'ostéome tenait au squelette ou si même il y adhérait. Tous les puissants efforts qu'ils ont dû faire pour l'extraire les ont laissés indécis sur la véritable cause de la résistance. C'est d'ailleurs ce qui m'est également arrivé dans ma première observation, celle de la jeune fille à l'exostose celluleuse nasale, que je fus assez heureux pour morceler et extraire par fragments. L'écoulement du sang était tellement abondant, que je fus obligé de hâter la fin de l'opération, sans me donner le loisir de rechercher son point d'implantation.

Mais faut-il conclure de ce que ni Michon, ni MM. Legouest et

(1) Suite. — Voir le dernier numéro.

FEUILLETON

MASSACRE D'UNE AMBULANCE

Par M. le docteur CHRISTOT (1),
Ex-chirurgien en chef de la 3e ambulance lyonnaise.

Messieurs,

Votre Comité m'a chargé de lui présenter un rapport détaillé sur l'attentat dont a été victime l'ambulance de Saône-et-Loire. Les documents qu'il avait reçus de différents côtés lui ont paru insuffisants pour arriver à la connaissance complète de la vérité, d'autant plus que, dans un rapport adressé à M. Verne d'Arlandes, l'ennemi cherche à établir qu'il n'y a pas eu assassinat, mais légitime défense. Je ne pouvais décliner cette tâche douloureuse, non-seulement à cause des liens qui m'attachaient à plusieurs des victimes, mais encore parce que l'ambulance du docteur Morin et la troisième ambulance lyonnaise se trouvaient sur le même champ de bataille.

Comprenant l'importance que vous attachiez à cette mission, je me mis sans retard à l'œuvre, afin de réunir tous les faits, quels qu'ils fussent, de nature à jeter un peu de clarté sur cette lugubre affaire. M. le docteur Bouchacourt voulut bien me remettre des dépositions du plus haut intérêt, puisqu'elles sont signées par des membres de l'ambulance de Saône-et-Loire. J'ai vu ici des aides-majors de cette ambulance, entre autres M. Cordier, interne des hôpitaux. D'autres renseignements m'ont aussi été apportés par la poste. Néanmoins, je ne me suis pas cru suffisamment édifié, et, afin de ne rien négliger pour arriver à la vérité, le 18 juin je me transportai à Dijon et de là à Hauteville, accompagné de Me Cl. Brun, avocat au barreau de Lyon, et de Me Chenot fils, avocat au barreau de Dijon, que je suis heureux de remercier ici de leur précieux concours. J'ai pu, de cette façon, ajouter de nombreux détails à ceux que je vous avais déjà transmis, alors que votre troisième ambulance était encore dans la Côte-d'Or.

Hauteville est un village situé au nord de Dijon, à 10 kilomètres environ de la ville. Sa position stratégique est importante, son altitude étant sensiblement la même que celle de Talant, dont il n'est guère distant que de 3 kilomètres en ligne directe. La possession de ce point culminant était donc d'un haut intérêt militaire pour l'armée d'attaque de Dijon.

Le 21 janvier, entre 9 et 10 heures du soir, les deux premiers bataillons de la 3e légion de Saône-et-Loire prennent position à Hauteville. L'ambulance du docteur Morin s'installe dans une des maisons les plus spacieuses de la partie basse du village. Cette maison appartient au sieur Callais; elle est située sur la route qui traverse Hauteville du midi au nord. Le plan annexé au rapport et la légende explicative me dispensent d'une description détaillée de cette maison et de ses dépendances. Une chose mérite cependant d'être rappelée, c'est que sa situation, la disposition de la cour extérieure, la position occupée par la maison voisine, qui masque au sud les fenêtres de l'habitation Callais, tout en un mot concorde pour empêcher d'admettre qu'elle ait pu servir de point de défense contre une attaque dirigée du midi au nord, comme l'a été l'attaque de l'armée prussienne.

« Le bataillon partit avec la 2e compagnie (capitaine Von Pullitz) comme avant-garde, à 10 heures du soir, par une complète obscurité, de la cour de la ferme de Changey, et se dirigea sur Hauteville. Lorsque la tête de l'avant-garde se fut approchée d'environ 200 pas des premières maisons du village, elle fut reçue par un feu animé ». (Rapport du général Franceschy; Dôle, 18 mars 1871.) Combien cette contradiction serait ridicule, si elle n'était odieuse!

Le choix de la maison fut dicté plus encore par l'absence complète de soldats que par ses dispositions intérieures, qui paraissaient convenables au docteur Morin. L'habitation Callais n'abritait aucune baïonnette; le fait est des plus plausibles. Toutes les dépositions des membres de l'ambulance l'affirment, et celles de M. et de Mme Callais se produisent avec une énergie qui ne laisse plus de doute à cet égard. Bien plus, un sergent de mobilisés, ayant pénétré dans la maison, fut obligé d'en sortir, sur les instances de M. Morin lui-même. La cour extérieure ne contenait pas non plus de troupes. (Déposition de M. et de Mme Callais, de MM. Cordier, Fleury, de Champvigy, Berland (1), Alacoque, Baudot.)

Les ambulanciers de Saône-et-Loire ne portaient sur eux aucune arme. Le docteur Morin, à plusieurs reprises, avait recommandé à ses collaborateurs la stricte exécution de la Convention de Genève, et lui-même donnait l'exemple en remettant au capitaine de son bataillon le revolver qu'il portait habituellement sur lui. (Dépos. de M. Cordier.) Tous avaient le brassard.

(A suivre.)

(1) Rapport lu au Comité médical de secours aux blessés, le 7 juillet 1871.

(1) Je dois la déposition de M. Berland à l'obligeance de mon ami M. Ch. Jacquier, docteur en droit, avocat au barreau de Lyon, attaché pendant la guerre à l'état-major du général Busseroles.

Pamard, ni moi-même, n'avons pu constater positivement si, oui ou non, l'exostose adhérait au squelette, qu'elle en était complétement indépendante? Personne n'oserait sérieusement le soutenir. Quand je vois dans les observations des confrères éminents que je viens de citer les efforts surhumains qu'ils ont été obligés de faire pour mobiliser et extraire ces tumeurs osseuses; quand je me reporte aux pesées et aux tractions énergiques que j'ai été obligé de pratiquer moi-même dans des circonstances analogues, je me trouve de plus en plus confirmé dans cette conviction, que les adhérences les plus solides ont pu être rompues sans que ni eux ni moi en ayons eu conscience. Il faut songer d'ailleurs que les préoccupations qui assiégent alors l'esprit du chirurgien, et l'énorme responsabilité qui pèse sur lui, l'empêchent d'avoir son attention fixée sur un point après tout fort secondaire, et qu'il est fort excusable de songer d'abord au salut du malade.

Je ne saisis donc pas très-bien ce qui a pu faire ainsi illusion à M. Dolbeau et lui faire penser que les exostoses des sinus étaient, par rapport aux cavités qui les renferment, dans la même situation, qu'on me passe la comparaison, qu'une amande dans sa coque, à moins qu'il ne s'en soit laissé imposer par l'examen des pièces de Roux et de Jobert, déposées aux musées du Val-de-Grâce et Dupuytren. On se souvient que, pendant la vie, ces deux maîtres avaient inutilement tenté d'extraire ces ostéomes, et que les malades avaient succombé, suivant toute probabilité, aux suites de ces tentatives. Sur les pièces on constate effectivement que les exostoses portent les traces de couronnes de trépan et d'autres efforts violents dirigés contre elles. Or, ces tumeurs osseuses sont complétement détachées et libres dans la cavité du sinus, en sorte qu'il paraît évident, en s'en tenant à l'inspection des pièces sèches, que si, au lieu d'attaquer l'exostose elle-même, on eût largement ouvert les parois enveloppantes, il aurait suffi de les saisir avec une bonne pince pour les extraire. Mais je ferai remarquer que rien ne prouve que pendant la vie les exostoses fussent vraiment indépendantes du squelette; bien mieux, je trouve la preuve de leur adhérence: 1° dans les traces non équivoques des violences exercées sur elles et qui auraient dû les ébranler, les mobiliser tout au moins, et par conséquent donner aux chirurgiens éminents qui les attaquaient la démonstration qu'elles allaient céder à leurs efforts et les encourager à ne point abandonner l'opération; 2° dans les empreintes rugueuses qu'on remarque sur une portion de leur circonférence, empreintes qu'on retrouve sur presque toutes les exostoses analogues, et particulièrement sur celle que j'ai extraite du sinus frontal, et dont il a déjà été question.

Sans doute, je me hâte de le dire, même les adhérences au squelette rompues, il n'en eût pas moins fallu, pour leur livrer passage, ouvrir plus largement le sinus que ne l'avaient fait Roux et Jobert; mais il n'en est pas moins certain, à mon sens, que pendant la vie elles n'étaient point libres dans la cavité du sinus comme elles le sont actuellement.

Comment donc expliquer cette mobilité survenant *post mortem?* D'une manière bien simple. J'ai eu longtemps en ma possession un squelette d'adulte qui avait succombé à la suite de l'extirpation d'une énorme exostose de l'omaplate, pratiquée par Philippe Boyer, et dont tous les os étaient couverts d'exostoses. Voulant préparer ce squelette, je le mis macérer, et lorsque, après plusieurs mois, je voulus le visiter, je fus fort étonné de trouver qu'un certain nombre de ces saillies osseuses étaient devenues mobiles, que quelques-unes même s'étaient détachées spontanément. Les autres, et c'était le plus grand nombre, avaient résisté. Ces dernières étaient fusionnées avec le squelette; mais les premières, qui avaient pris naissance dans le périoste, n'étaient plus retenues aux os que par des adhérences fibro-cartilagineuses, ramollies par leur long séjour dans l'eau.

Il s'était passé là, en un mot, un phénomène analogue à celui qu'on observe pour les épiphyses des adolescents, ou pour les sutures du crâne, lesquelles, après la destruction du fibro-cartilage inter-épiphysien ou de la membrane inter-suturale, se désunissent après une longue macération. Même phénomène s'est produit sans doute sur les exostoses des pièces déposées aux musées du Val-de-Grâce et Dupuytren, lesquelles, en effet, ne sont, comme la plupart de celles des cavités de la face, que des exostoses périostales dont la fusion définitive avec le squelette ne se fait parfois que tardivement.

L'erreur dans laquelle est tombé M. Dolbeau, et qui lui a fait considérer cette mobilité des exostoses pendant toute leur existence comme une règle générale et sans exception, ne nous paraît pas avoir d'autre fondement; car, chose singulière! le malade qu'il a opéré est un exemple des plus démonstratifs de la fusion de la production osseuse avec le squelette. Il ne nous sera pas difficile de le prouver.

J'ai dit précédemment combien laborieuse avait été l'opération; elle fut marquée par un incident qui faillit avoir de graves conséquences. M. Dolbeau avait saisi l'exostose qu'il venait de mettre à découvert et il cherchait à l'extraire, lorsque tout à coup elle se brisa sous les puissants efforts que l'on dirigeait contre elle. Cette séparation effectuée, une hémorrhagie abondante se manifesta et on constata qu'une portion de la circonférence restait encore attachée à la cloison qui sépare les deux sinus, et que *c'était là évidemment*, dit l'auteur, *son point d'implantation.* On parvint néanmoins à l'arracher après des efforts variés et multipliés, et l'on fut obligé d'obturer avec une boulette de cire l'orifice d'une artère volumineuse, siégeant sur la surface d'implantation, qui donnait du sang en abondance et que le rédacteur de l'observation qualifie d'*artère nourricière de l'exostose.*

Ainsi l'exostose était non pas adhérente, mais intimement fusionnée avec la cloison qui sépare les deux sinus, et les vaisseaux propres de l'os frontal l'alimentaient; d'où il me sera permis de conclure qu'elle n'était ni indépendante ni mobile. Le serait-elle devenue par le fait d'une macération prolongée, comme dans les cas de Roux et de Jobert? C'est une question qu'il serait peut-être permis de se poser sans la résoudre; mais ce que l'on peut affirmer, c'est que les parois du sinus avaient ici été préalablement largement ouvertes, et que si l'exostose a résisté aux tractions au point de se rompre, c'est qu'elle adhérait bien effectivement au squelette, et qu'elle n'était pas *simplement enclavée.*

Ainsi, résumant en quelques mots toute cette discussion, je dirai que ces ostéomes nés dans l'épaisseur de la membrane muqueuse, tapissant les cavités nasales et faisant fonctions de périoste, sont tout à fait au début libres et indépendants du squelette; qu'ils ne tardent pas ainsi que l'a constaté le premier M. Verneuil à contracter avec la portion sous-jacente du squelette des adhérences qui deviennent de plus en plus intimes, et qu'enfin ils finissent par une fusion complète; ils se comportent donc en définitive comme les exostoses périostales dont ils ne sont qu'une variété.

Il serait aussi curieux qu'instructif, au point de vue de la médecine opératoire, de rechercher à quelle époque de l'évolution du néoplasme s'effectue cette adhérence. Malheureusement les faits d'anatomie pathologique sont encore en trop petit nombre pour qu'on puisse répondre à cette question. Il est probable qu'elle se fait très-rapidement: ainsi, chez le jeune M..., que j'ai guéri d'une exostose fronto-orbitaire, cinq mois s'étaient à peine écoulés depuis l'apparition de la tumeur et déjà, ainsi que j'ai pu le constater d'une manière qui ne laisse aucune prise au doute, la fusion avec le squelette était devenue complète. Je me hâte d'ajouter toutefois que, si complète qu'elle pût être considérée au point de vue anatomo-pathologique, elle n'opposa pas à la *dissection* à l'aide du levier une trop grande résistance. Telle est probablement la raison pour laquelle les opérateurs, préoccupés avant tout d'achever rapidement l'opération, n'ont pu se rendre un compte exact du moment où ces adhérences avaient été rompues, ni du lieu où elles existaient; tous ceux qui ont pratiqué ces opérations, et même ceux qui seulement y ont assisté, comprendront à merveille ces difficultés.

Mais en est-il de même dans tous les cas? Je ne le pense pas, et tout porte à croire que si un long temps s'est écoulé entre l'apparition de l'exostose et l'opération, l'adhésion du néoplasme opposera une résistance énergique. C'est ce qui paraît s'être présenté dans les faits de Lenoir, dans ceux de M. Maisonneuve, et je dirai aussi dans celui de M. Dolbeau lui-même, qui, malgré la large voie faite à l'exostose, éprouva cependant les plus grandes difficultés à extirper la moitié postérieure, retenue évidemment par son adhésion au squelette.

Ici vient naturellement se placer la question de savoir si dans les observations de Lenoir, de Michon, de M. Maisonneuve, de M. Pamard, pour ne citer que celles dont la relation est accompagnée de tous les détails nécessaires pour suivre et bien saisir toutes les péripéties opératoires, l'adhésion au squelette était réellement consécutive à la formation du néoplasme, ou bien si, au contraire, l'ostéome n'était pas une exostose véritable dans toute l'acception du mot, c'est-à-dire ayant eu primitivement son point de départ dans l'os lui-même. En d'autres termes, nous devons nous demander si, outre les productions osseuses périostales, il ne peut pas se développer dans les fosses nasales et leurs sinus des exostoses vraies, comme on en observe partout ailleurs. La solution de cette question, qu'on veuille bien le remarquer, n'intéresse pas seulement l'anatomie pathologique, elle peut exercer une notable influence sur la pratique chirurgicale. On comprend, en effet, que s'il était démontré qu'un certain nombre d'ostéoses des fosses nasales ne sont qu'une émanation de l'os, leur extirpation serait bien autrement laborieuse que celle des productions périostales, elle pourrait même forcer à l'extirpation de l'os lui-même.

Heureusement, ces véritables exostoses nasales paraissent être fort rares, et si l'on peut supposer que telles étaient quelques-unes de celles dont j'ai rapporté précédemment les observations, rien ne le démontre sans réplique. Ainsi M. Maisonneuve, dans ses deux observations, parle bien d'exostoses éburnées *développées dans l'os planum*, mais on cherche vainement dans la description la preuve de ce qu'il avance, et comme les productions osseuses enlevées sont identiques, pour la conformation et la structure, avec celles que nous connaissons actuellement sous le nom d'*exostoses périostales*, et qu'elles ont offert les mêmes symptômes, tout doit faire supposer qu'elles avaient la même origine.

J'attache donc la plus grande importance au fait suivant, qu'il m'a été donné d'observer et dont voici la pièce anatomique, parce qu'elle est de nature à trancher définitivement la question de la possibilité des véritables exostoses nasales éburnées.

(Sera continué.)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 4 janvier 1871. — Présidence de M. Alph. Guérin.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend l'*Union médicale*, numéro du 31 décembre.

DISCUSSION

Compression préventive des artères (suite). — M. VERNEUIL fait mention de deux amputations de cuisse pratiquées par M. Cusco sans perte de sang, en procédant à la ligature préalable de la fémorale. Chez l'un de ces malades, la ligature avait porté au sommet du triangle du Scarpa; tandis que chez le second, M. Cusco, après avoir taillé un premier lambeau externe et scié le fémur, lia l'artère, puis termina l'opération en découpant un lambeau interne.

Une nouvelle amputation de jambe pratiquée par M. Verneuil, ne donna pas non plus lieu à un écoulement notable de sang, bien qu'on n'ait point eu recours à la compression de la fémorale, chacun des trois vaisseaux put être découvert et lié à mesure, sans difficulté aucune.

M. H. LARREY sans nier que la phlébite puisse être parfois la conséquence d'une compression, pense qu'il ne faudrait pas en exagérer la fréquence. Aussi croit-il devoir soutenir, d'accord en cela avec le précepte enseigné par son père, qu'une compression artérielle préventive, faite en vue de modérer la perte de sang, est une chose à laquelle le chirurgien opérateur doit attacher le plus grand prix.

M. GIRALDÈS craint que si le précepte soutenu par M. Verneuil venait à être adopté d'une façon par trop absolue, on n'eût à regretter des conséquences désastreuses de la part de jeunes chirurgiens inexpérimentés, qui éprouveraient plus de difficulté à découvrir et à lier les vaisseaux artériels non encore divisés, qu'à se garantir contre l'hémorrhagie par une compression préventive.

M. VERNEUIL affirme que dans la désarticulation de l'épaule, rien n'est plus facile, une fois la première incision antérieure pratiquée, que de découvrir et de lier l'axillaire. Cette artère se présente pour ainsi dire toute seule à la vue et au toucher.

Le danger signalé par M. Giraldès est réel, mais il en est malheureusement ainsi de tous les procédés opératoires, sitôt qu'ils sont confiés à des mains inexpérimentées.

M. LARREY craint que le procédé préconisé par M. Verneuil ne soit d'une application fort difficile pour la jambe en particulier, où, comme chacun sait, il n'est pas toujours commode de lier les vaisseaux, et en particulier l'artère tibiale antérieure.

Il est à noter, en outre, que de toutes les artères des membres, celles de la jambe offrent le plus d'anomalie.

M. VERNEUIL reconnaît que la chose n'est pas toujours aisée, mais ne partage pas l'opinion de M. Larrey sur la fréquence des anomalies des artères tibiales, dont la situation lui paraît au contraire, très-fixe, pour les deux tiers inférieurs de la jambe.

La seule difficulté qui se soit présentée à M. Verneuil dans deux cas, c'est d'avoir entamé avec le couteau interrosseux l'artère tibiale antérieure, déjà liée. Cet accident doit être d'ailleurs assez rare, puisqu'il ne l'avait vu mentionné nulle part.

M. LARREY rappelle que Ribes insiste sur cet accident, en même temps qu'il indique le moyen de l'éviter.

M. MARJOLIN pour éviter cet accident pratique la section de l'espace interrosseux à l'aide d'un bistouri boutonné.

M. GUÉRIN affirme que l'opération étant conduite d'après les règles, on n'a nullement à craindre la blessure de l'artère. Ce qui expose à cet accident, c'est lorsqu'on néglige dans un premier temps, de couper les parties molles, interrosseuses. Le couteau, en pénétrant d'arrière en avant dans cet espace, au lieu de rester sur le même plan peut être porté plus haut, d'où nouvelle section du vaisseau.

La ligature préalable pour trois artères qui ne sont pas grosses et qui généralement sont faciles à saisir, semble constituer du reste une complication d'autant plus inutile, que l'amputation de jambe n'est pas déjà d'une exécution des plus faciles.

Sans doute, la compression préventive est d'une exécution difficile. Aussi l'on ne saurait trop engager les élèves à s'exercer à la pratiquer sur plusieurs des malades de l'hôpital qui n'ont pas à subir d'opération.

Eu égard à la désarticulation de l'épaule en particulier, M. Guérin en faisant saisir par un aide le pédicule vasculaire de l'aisselle, qu'il coupe en dernier lieu, n'a pas à craindre d'hémorrhagie; cela est plus expéditif et plus simple que la ligature faite comme le veut M. Verneuil.

M. VERNEUIL reconnaît que l'exécution irréprochable du huit de chiffre n'expose pas à couper l'artère de nouveau. De même, il n'y a rien à dire contre une compression préventive très-bien faite, seulement il n'est pas commun de posséder des aides expérimentés.

Revenant à la désarticulation de l'épaule, M. Verneuil affirme de nouveau que rien n'est aisé comme de saisir et de lier l'artère axillaire au début de l'opération.

La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire annuel : F. Panas.

Séance du 11 janvier 1871. — Présidence de M. Alph. Guérin.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

— Le *Bulletin de thérapeutique;*

— L'*Union médicale;*

— Le *Journal de médecine et de Chirurgie pratiques.*

PRÉSENTATION DE MALADE

Tumeur volumineuse de la région thoracique antérieure droite. — M. VERNEUIL désire connaître l'avis de la Société sur la nature de la tumeur et sur l'opportunité d'une opération à faire.

Il y a *huit* ans que le malade s'est aperçu de la présence, en ce point, d'une grosseur du volume d'une noix. Les progrès en ont été incessants, mais progressifs, jusqu'il y a six mois environ, époque à laquelle, à la suite d'un effort, la masse devint ce qu'elle est aujourd'hui.

État actuel. — Volume équivalent à deux fois, à peu près, la tête d'un adulte; surface bosselée, avec fluctuation évidente sur divers points de la masse, qui est sillonnée par de très-grosses veines.

Le grand pectoral, distendu et aminci, recouvre la moitié à peu près de la tumeur, aussi le bord libre de ce muscle y imprime un sillon qui rend celle-ci légèrement bilobée.

La mobilité en est fort restreinte et la tumeur paraît adhérer solidement aux côtes sous-jacentes. La percussion et l'auscultation ne fournissent aucun signe particulier, mais le malade, qui est robuste, replet et n'a pas maigri respire avec une certaine gêne et paraît comme essouflé.

M. Verneuil croit avoir affaire à une tumeur fibro-plastique ou fibro-lipomateuse, et ne serait pas tout à fait opposé à une opération, d'autant plus que le malade la désire ardemment.

M. GIRALDÈS pense qu'une ponction exploratrice peut seule donner la certitude sur la nature de la tumeur qui lui paraît devoir être, soit un enchondrome, soit un sarcome kystique ayant son point de départ dans une ou plusieurs côtes voisines. Comme la masse peut avoir intéressé la cavité thoracique, et que d'ailleurs les conditions d'alimentation actuelles ne sont pas favorables, M. Giraldès conseille de remettre l'opération pour plus tard, alors même qu'elle serait jugée praticable.

M. DOLBEAU, en se rappelant des faits analogues, ainsi que diverses pièces présentées à la Société anatomique, considère la tumeur en question comme mixte; suivant lui elle appartient à la classe des enchondromes malins, qu'il ne faut pas opérer ni même explorer par la ponction, crainte de mettre la vie du malade en danger, et, en tout cas, de s'exposer à des entreprises opératoires qu'on ne saurait mener à bonne fin.

M. BOINET, en se fondant sur la rapidité de la marche, admet que la tumeur est maligne et inopérable.

M. VERNEUIL. Les fibromes auxquels se rattache vraisemblablement cette tumeur n'offrent que des points limités d'implantation aux os, et à ce point de vue l'opération n'offrirait pas de grandes difficultés. Reste, il est vrai, la question de nature, mais, en se fondant sur la marche à la fois trop rapide pour un enchondrome et trop lente pour un vrai cancer, ainsi que sur la bonne santé générale de l'individu, M. Verneuil croit devoir se rattacher définitivement à l'idée d'un fibrome ou d'une production fibro-plastique. Le fait de l'accroissement brusque de celle-ci à la suite d'un effort peut s'expliquer en admettant une hémorrhagie dans la masse, et, somme toute, l'opération ne lui paraît pas impraticable.

M. DOLBEAU ne cache pas sa surprise d'entendre dire à M. Verneuil qu'une opération serait possible ici. Il craint que si elle était commencée on ne pût même pas l'achever, si, comme cela paraît probable, la masse adhère à plusieurs côtes et pénètre dans le thorax.

M. VERNEUIL, tout en exposant sa manière de voir, n'est pas partisan quand même de l'opération, et sa démarche de consulter la société à ce sujet le prouve suffisamment.

M. GUÉRIN. A part le liquide sanguin contenu dans la tumeur, la masse adhère si solidement et si largement aux côtes sous-jacentes que toute opération lui paraît impraticable. Il est même à craindre que, vu le volume considérable des veines qui en grand nombre sillonnent la tumeur et sont si voisines de la base du cou, on n'ait à redouter une hémorrhagie mortelle pendant l'opération. A toutes ces raisons, qui conseillent déjà l'abstention, il faut ajouter la crainte de la récidive, si par impossible le malade pouvait survivre à l'opération.

La séance est levée à 4 heures trois quarts.

Le secrétaire annuel : F. PANAS.

DOCUMENTS

POUR SERVIR A L'HISTOIRE DU MOUVEMENT SCIENTIFIQUE PENDANT LE SIÉGE DE PARIS (1).

3 JANVIER

V. Bulletin des décès. — Triste semaine, triste fin d'année, tristes étrennes que celles du 31 décembre de l'an de détresse 1870. Le *Bulletin hebdomadaire des décès* constate, du 25 au 31 décembre, 3,280 morts, soit une augmentation de 552 sur la semaine précédente. Toutefois, faisons immédiatement deux remarques qui, dans une certaine mesure, atténuent un peu la gravité de ces chiffres : la première, c'est que, dans cette augmentation de 552 décès, les maladies chroniques et les causes accidentelles de mort entrent pour 270, par conséquent, les maladies régnantes pour 282; la seconde, c'est que jusqu'à présent nous avons beaucoup plus souffert des intempéries que de l'alimentation.

Ainsi, le septaire du 25 au 31 est, pour ainsi dire, une partie du solde de la semaine qui s'est écoulée du 19 au 24, et où le froid a pris subitement une grande intensité; de sorte qu'il y a lieu d'espérer que, si la légère élévation de la température qui semble se manifester continue, l'un des plus prochains bulletins sera moins chargé par les pneumonies et par les bronchites; ce sont en effet ces deux affections qui, avec la variole, fournissent les plus gros chiffres : pneumonie, 201, au lieu de 147; bronchite, 258, au lieu de 172; variole, 454, au lieu de 388. Les décès causés par les autres maladies (à l'exception de la scarlatine, qui ne fournit que 5 morts) sont également en croissance relativement à ceux qui ont eu lieu du 18 au 24 pour ces mêmes maladies, mais d'une manière beaucoup moins sensible : de 5 à 20 environ. La fièvre typhoïde elle-même ne donne qu'une augmentation de 29.

Contre la variole, le zèle des vaccinateurs ne se ralentit pas; mais d'après ce que nous croyons savoir, ce que nous avons vu, ce qu'on nous rapporte de divers côtés, les soins pris par l'administration pour la complète séparation des variolés et des individus non infectés ne seraient ni assez prompts ni assez bien dirigés. D'un autre côté, et nous ne cesserons de le répéter jusqu'à ce qu'on ait fait droit à nos légitimes réclamations, les *queues* à la porte des boucheries et des cantines fournissent certainement un ample contingent à la mortalité produite par les bronchites et les pneumonies.

Nous avions appris avec satisfaction que de nombreux comités s'étaient formés, sous la direction des municipalités et avec leur assistance, pour prémunir, par une distribution de vêtements chauds, nos gardes nationaux contre les intempéries de la saison, et nous regrettions seulement que l'intendance n'eût pas cru devoir suivre cet exemple pour la troupe de ligne et la mobile; mais l'intendance a sans doute beaucoup d'autres soucis; en conséquence et pour lui venir en aide, quelques citoyens, animés d'autant de bonne volonté que de patriotisme, ont commandé une ample provision de chemises, de caleçons et de gilets de laine, sans négliger les passe-montagne et autres menus objets qui garantissent du froid.

Oh! impérissable routine! il sera donc à jamais impossible de te déraciner! Dans plusieurs de nos notes relatives au bulletin hebdomadaire des décès, nous avons réclamé, et en cela nous sommes d'accord avec nos confrères, diverses additions ou modifications qui donneraient à ce Bulletin plus d'intérêt et d'utilité. Nous demandions, par exemple, qu'on indiquât le nombre des malades atteints et encore en traitement, afin qu'on pût juger comparativement, par le nombre des décès, de l'intensité réelle des diverses affections; — qu'on nous fît connaître si les malades et les morts appartenaient à la troupe active, à la garde nationale sédentaire, ou au civil; — qu'on divisât les malades par sexe, et qu'on nous donnât la proportion des enfants par rapport aux adultes; — enfin nous réclamions une mention spéciale pour les blessés. Nous ajoutions que tout cela n'entraînerait l'augmentation notable ni du format du Bulletin, ni même du prix de la composition. Eh bien, à ces légitimes requêtes, quelle satisfaction a-t-on donnée? Aucune. Au lieu de nous fournir les précieuses indications que nous sollicitons, on consacre chaque semaine quatre colonnes du Bulletin à nous apprendre que « les renseignements sur la mortalité à Londres, à Bruxelles, à New-York, à Florence, ne nous sont pas parvenus. » Eh! grand Dieu! nous le savons bien. Avons-nous à attendre des nouvelles des morts de Florence, de New-York, de Bruxelles ou de Londres, puisque nous n'en pouvons pas obtenir, même pour le Jour de l'An, de nos parents et de nos amis vivants, en exil sur la terre de France?

Supprimez donc ces quatre ridicules colonnes et remplissez-les par des renseignements utiles. Tous les médecins vous en sauront gré, et vous n'aurez pas perdu chaque semaine une demi-page de papier.

Voici maintenant le tableau des décès du 25 au 31 décembre 1870 :

Variole	454
Scarlatine	6
Rougeole	19
Fièvre typhoïde	250
Érysipèle	10
Bronchite	258
Pneumonie	201
Diarrhée	98
Dysentérie	51
Choléra	»
Angine couenneuse	13
Croup	16
Affections puerpérales	8
Autres causes	1,897
Total	3,280

CH. DAREMBERG.

VI. Académie de médecine. — L'Académie tient séance.

Séance du 3 janvier 1871. — Présidence de M. WURTZ.

M. DENONVILLIERS, président sortant, M. WURTZ, président pour l'année 1871, et M. BARTH, vice-président pour cette même année, prononcent, selon l'usage, des allocutions qui sont accueillies par les applaudissements de l'assistance.

M. LARREY présente, de la part de M. Colin, professeur au Val-de-Grâce, une note relative à des cas nombreux de rougeole que ce dernier a eu l'occasion d'observer récemment, et dans lesquels il a remarqué la prédominance des localisations thoraciques.

Discussion relative à l'influence de l'alcoolisme sur la marche et le traitement des lésions traumatiques.

M. LARREY, qui était inscrit pour prendre la parole, s'excuse en disant qu'il ne lui a pas été possible de se préparer d'une manière suffisante. Il se borne à faire remarquer qu'au nombre des preuves de l'influence fâcheuse de l'abus des boissons alcooliques sur l'organisme on pourrait citer les *combustions spontanées*, nécessairement liées, comme on sait, à cette détestable habitude.

M. BÉHIER s'attache à montrer qu'il faut rechercher l'influence de toutes les phases de l'alcoolisme sur l'évolution des lésions traumatiques. Il croit que si l'on veut catégoriser les faits avec rigueur, on est conduit à accepter, même pour les cas de maladies internes, la désastreuse influence accordée par M. Verneuil à l'alcoolisme.

Une différence très-profonde existe, suivant lui, entre tel ou tel alcoolique. Il ne pense pas, avec M. Hardy, que chez un individu adonné habituellement aux excès alcooliques les phénomènes qui viennent compliquer les maladies aiguës médicales ou les divers traumatismes accidentels ou thérapeutiques soient les caractères d'une intoxication. M. Gubler, lui, paraît être plus dans le vrai quand il remarque que les accidents ont lieu quand le poison est éliminé sous une forme ou sous une autre. A part les phénomènes aigus de l'ivresse, les accidents divers que l'on observe chez les alcooliques ne relèvent donc pas de l'intoxication actuelle et ne la caractérisent pas à vrai dire, mais ils retracent les désordres survenus dans divers organes consécutivement à l'action de la substance toxique.

Or ces désordres, examinés d'une façon générale, sont de divers ordres. Ce sont d'abord des congestions momentanées (d'où la stimulation); puis, à un degré plus avancé, l'état sclérotique de certains organes, sclérose dont les conséquences varient selon les organes. Dans le foie, ce sont les signes de l'occlusion du système de la veine porte; dans le système nerveux c'est : 1° le tremblement habituel qui se rapproche tant, quoiqu'il soit moins fixe et moins intense, de l'état choréique de la sclérose en plaques des centres nerveux; 2° l'obtusion de l'ouïe, de la vue, la perte de la mémoire et de l'intelligence, les paralysies localisées, plus fréquentes dans les membres inférieurs, ce qui retrace l'influence si constante de l'alcool sur le train de derrière des animaux expérimentalement empoisonnés par cette substance.

Enfin, à un degré de plus de l'alcoolisme, se manifestent l'altération graisseuse des tissus, la stéatose des différents organes.

Telles sont, en résumé, les conséquences organiques de l'action exercée sur l'économie par l'alcool.

La sclérose et la stéatose représentent, suivant M. Béhier, les termes importants de la question posée par M. Verneuil. Ces lésions constituent pour l'économie, surtout la stéatose, un état de dégradation qui abaisse sensiblement la force de résistance aux dépressions produites soit par la maladie, soit par le traumatisme. Or cette altération, cette mortification graisseuse des organes est très-généralisée sous l'influence de l'action prolongée de l'alcool.

On l'a constatée dans les glandes de l'estomac, dans le foie (Addison, Budd, Poters, Frerichs), dans le rein, dans le muscle cardiaque et différents autres muscles, dans le sang lui-même qui, suivant l'observation de Magnus-Huss et de plusieurs autres, contient une grande quantité de globules de graisse, en même temps que la fibrine semble altérée dans sa qualité, comme les globules rouges dans leur quantité relative; enfin cette même altération stéatosique a été constatée également dans les capillaires sanguins et dans les tubes nerveux eux-mêmes de l'encéphale, qui est de tous les organes, comme on sait du moins d'après les expériences de Lallemand, Perrin et Duroy, celui qui partage avec le foie la propriété de retenir la plus grande quantité de l'acool ingéré dans l'économie.

Cet envahissement généralisé de la stéatose est, pour l'organisme qui en est arrivé là, un état de misère véritable, une opportunité morbide considérable, et on n'a pas lieu de s'étonner, après la constatation de cette généralisation, que l'économie ainsi ruinée soit incapable de conduire à bien un désordre morbide un peu intense, spontanément ou accidentellement développé, soit la maladie, soit le traumatisme.

La première conséquence de la maladie ou du traumatisme est une dépression plus ou moins considérable de tout l'individu. C'est alors que, chez ces sujets, se montre un ordre particulier d'accidents généraux qui ne peuvent être rigoureusement caractérisés, selon M. Béhier, par les mots d'*ataxie* et d'*adynamie*. Cet état se rapproche de l'un et de l'autre, mais il n'est pas nettement l'un ou l'autre, ni même cette variété composée et intermédiaire dite *ataxo adynamique*; c'est une situation dans laquelle on n'a pas l'ensemble de l'état qu'exprime l'ancien mot d'état *putride*, mais une dépression générale d'ordre analogue.

Il n'y a pas non plus d'état véritablement ataxique, pas de véritable *subdelirium*, mais une incertitude du mouvement, une faiblesse, une titubation intellectuelle, qui n'est pas le délire, mais qui est l'affaissement, le vague de l'intelligence profondément déprimée.

En même temps qu'existe cet état général, les perturbations locales ne suivent pas la voie réparatrice, et, par exemple, s'il s'agit d'une pneumonie, elle ne peut se résoudre, elle s'éternise; le souffle se mélange de râles humides, comme si la résolution allait survenir, mais tout s'arrête là; la maladie manque de franchise d'allure, et le poumon semble rester inerte, sans défense contre l'inflammation qui l'a envahi, en même temps que les symptômes généraux déjà indiqués se montrent avec plus d'obstination.

De même, chez les sujets de cette sorte, l'érysipèle, en tant qu'altération de la peau, reste inégalement réparti, vaguement circonscrit, il n'a pas, pour ainsi dire, la force de s'accuser avec précision, en même temps que les phénomènes généraux restent sans la vigueur de ce qu'on a appelé la réaction et sans l'expression délirante caractéristique.

Le *delirium tremens*, suivant M. Béhier, appartient à une phase de l'alcoolisme différente de celle marquée par les états précédents à une phase peut-être moins avancée, tout au moins à un état qui relève plus spécialement d'une modification du système cérébral. Ainsi que l'a dit M. Gubler, ce n'est nullement un délire par stimulation, c'est un délire dépressif, un délire d'épuisement. La preuve, c'est que l'alcool donné à doses fractionnées, c'est-à-dire à doses capables de soutenir et de réveiller l'action du système cérébral, amène la cessation des phénomènes.

L'altération stéatosique, qui produit l'impuissance de l'organisme à résister aux causes de dépression spontanées ou traumatiques, offre, suivant M. Béhier, des analogies avec ce qui se passe dans la glycosurie. Comme la stéatose, l'état glycosurique permet la vie avec certains malaises, certaines défaillance qu'un médecin exercé peut bien relever et démêler, mais qui passent inaperçus pour le sujet lui-même et pour ceux qui l'entourent : vienne un accident spontané ou traumatique, et l'économie fléchit et succombe sous une influence incapable de produire un résultat aussi désastreux si le milieu organique qui en est le siége n'était à l'avance miné en quelque sorte par une cause morbide encore à l'état virtuel. M. Béhier regrette, à ce point de vue, que l'état des urines n'ait pas été recherché avec soin dans les observations de M. Verneuil, d'autant plus que la glycosurie et l'albuminurie se rencontrent chez les alcooliques, le foie et le rein étant frappés de stéatose.

Peut-on prévoir et reconnaître que l'économie est arrivée, sous l'influence de l'alcool absorbé en excès, à la période des altérations organiques dont il s'agit? C'est une chose assez difficile. Cependant il est une coïncidence dont il faut tenir compte, à savoir, la surcharge graisseuse du tissu connectif. Il est deux faits qui semblent acquis : 1° la surcharge graisseuse du cœur, du mésentère et de quelques autres régions chez les alcooliques; 2° l'embonpoint très-marqué des sujets chez lesquels se manifestent les symptômes graves dont il s'agit à propos d'une maladie ou d'un traumatisme.

Chez les individus stéatosés toute affection accidentelle peut revêtir des caractères graves tout à fait insolites, et la stéatose généralisée est une des conséquences presque inévitables de l'alcoolisme; seulement elle constitue une phase, un degré distinct de ces lésions consécutives.

La stéatose est encore la conséquence de beaucoup d'affections aiguës dans lesquelles on ne l'a pas encore signalée, parce qu'on n'a pas eu l'idée de la rechercher. M. Henri Liouville a constaté, chez un grand nombre de sujets morts de variole grave, un état de stéatose du foie, des reins, du cœur et d'autres muscles de l'économie, comme aussi des capillaires de l'encéphale et de la moelle.

Ces recherches, rapprochées de la stéatose qui fait partie des lésions anatomiques de la fièvre typhoïde, montrent que l'état de maladie aiguë peut apporter son contingent à l'état d'altération graisseuse de l'économie. Qu'est-ce donc quand cette dernière est déjà, au fond, altérée de la même manière?

Une lésion purement accidentelle, comme le traumatisme imprévu ou thérapeutique, exerce sur l'économie une perturbation bien plus profonde que la maladie née spontanément ou par mouvement interne. Les faits douloureux de chacun des jours actuels montrent clairement cette différence.

(1) Suite. — Voir le dernier numéro.

Ainsi les légions organiques ne sont pas les mêmes dans les divers cas d'alcoolisme et la variation dans l'expression des symptômes retrace des degrés variés, comme aussi l'ébranlement accidentel de l'économie est différent dans les cas purement médicaux et dans les cas de traumatisme.

D'après cela, on voit que l'emploi des préparations alcooliques, souvent utile quand il est méthodique, dans les cas où le délire spécial, délire dépressif, quoique violent, vient compliquer les maladies aiguës, ne trouve plus une place efficace quand il s'agit de combattre les accidents qui paraissent résulter de l'état de stéatose généralisée. Cette dernière constitue une lésion organique véritable, une misère organique dont le remède nous échappe, si tant est qu'il soit possible; il en est d'elle comme de l'état de glycosurie qu'on modère sans le guérir, et qui reste une déplorable opportunité morbide. Le terrain est miné, tout support fléchit chez ces sujets, tout secours est inefficace. Dans ces cas, la remarque de M. Verneuil est absolument vraie; son pronostic véritablement fâcheux, est rigoureusement exact, l'impuissance thérapeutique est à peu près absolue, et les reconstituants les plus fermes, comme les stimulants les plus énergiques, sont restés entièrement inefficaces jusqu'ici.

(*A suivre.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

En exécution du règlement du 10 avril 1866, concernant le mode d'admission et de concours dans le corps de santé de la marine, un concours s'ouvrira dans les Ecoles navales de Brest, de Rochefort et de Toulon, le 15 septembre 1871, dans le but de pourvoir à quarante emplois d'aide-médecin et à huit emplois d'aide-pharmacien.

— Hospices civils de Saint-Étienne. — Un concours public pour deux places de chirurgiens aura lieu devant le Conseil d'administration, assisté d'un jury médical, et se composera de cinq épreuves, savoir :

Le lundi. Question d'*anatomie* et de *physiologie*, à traiter de vive voix.

Le mardi. Question d'*accouchement*, à traiter par écrit; lecture des mémoires en séance publique.

Le mercredi. Question de *chirurgie* et de *médecine opératoire*, à traiter de vive voix. Les concurents pratiqueront sur le cadavre une opération chirurgicale.

Le jeudi. Examen clinique d'un malade atteint d'une *affection chirurgicale*, choisi par le jury.

Les candidats liront, en séance publique, une consultation écrite sur les symptômes, le diagnostic, le pronostic et le traitement de la maladie par eux diagnostiquée.

Le vendredi. Examen clinique d'un malade atteint d'une *affection chirurgicale*, choisi par le jury.

Les candidats émettront de vive voix, en séance publique, leur opinion sur les symptômes, le diagnostic, le pronostic et le traitement de la maladie soumise à leur appréciation.

La question à traiter dans chaque séance sera la même pour tous les concurrents; un d'entre eux, désigné par le sort, la tirera de l'urne dans laquelle auront été jetées les questions adoptées par le jury.

Pour les conditions d'admission au concours, s'adresser au Conseil d'administration des hospices civils à Saint-Étienne (Loire).

— Nous sommes heureux d'enregistrer la nomination du docteur Marmy à la place de médecin en chef de l'hôpital militaire de Lyon.

— M. Schimper, membre correspondant de l'Académie des sciences, professeur de géologie et de minéralogie à la Faculté des sciences de Strasbourg, est chargé du cours de paléontologie au Muséum d'histoire naturelle de Paris.

— Le docteur Schweigger, professeur d'ophthalmologie à Gœttingue, vient d'être appelé à la succession de V. Græfe.

— En Autriche, le ministre de l'instruction publique a demandé au collége des professeurs le désaveu de son premier vote au sujet de la nomination de Bamberger à la succession d'Oppolzer; il les invitait à choisir un professeur autrichien. A l'unanimité, le collége a répondu que Bamberger était le seul homme capable de succéder à Oppolzer.

— D'après le correspondant du *British medical Journal*, il y aurait eu, le jour de l'entrée des Prussiens à Berlin, 12 soldats atteints d'insolation; 3 sont morts immédiatement, les autres ont des chances de guérison. Le prince Albert, frère de l'empereur, fut pris de paralysie après la parade.

— Huit médecins militaires autrichiens ont dû quitter Vienne sur la demande du docteur Mundy, pour accompagner les blessés français qui vont être rapatriés.

— L'hôpital général de Vienne contient 2,000 lits. En 1869, le nombre des admissions s'est élevé à 20,214, dont 12,789 hommes et 7,425 femmes, qui sont restés en moyenne à l'hopital pendant 31 jours.

Depuis dix ans, la mortalité varie entre 11.4 et 13.3 p. 100, sauf en 1866, pendant l'épidémie de choléra, où elle s'éleva à 14.4 p. 100.

Il a été fait, en 1869, dans l'hôpital 95 amputations, 36 résections, 187 ablations de tumeurs, 10 lithotomies, 9 lithotrities, 7 ovariotomies (6 morts), 305 cataractes et 249 iridectomies. Les dépenses totales se sont élevées à 589,611 florins (1,500,000 fr. environ).

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 16 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois. . . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 4 août 1871.

CLINIQUE CHIRURGICALE DE LA FACULTÉ

M. RICHET.

Plaie pénétrante de la poitrine. — Empyème. — Thoracentèse. — Drainage de la cavité pleurale. — Mort.

(Leçon recueillie par E. Bourdon, interne du service.)

Messieurs,

Vous vous rappelez sans doute un jeune soldat de la ligne qui avait reçu un coup de feu dans la poitrine et qui succomba il y a quelques jours dans nos salles, après avoir résisté plus d'un mois aux plus graves complications. Je veux compléter aujourd'hui son histoire et vous présenter les pièces anatomiques, qui nous fourniront l'occasion d'examiner ensemble une des questions capitales de la chirurgie, je veux parler du drainage de la cavité pleurale.

Ce malade avait dans la plèvre gauche une abondante collection de pus et de sang transformé; les symptômes généraux et les signes physiques nous avaient permis de l'affirmer; le cœur était refoulé à droite du sternum, le diaphragme fortement abaissé, la dyspnée intense; il était urgent d'évacuer le liquide en totalité ou en partie. A l'aide de la seringue de M. Dieulafoy j'en aspirai un litre et je m'arrêtai, jugeant convenable de ne pas vider complétement la plèvre, car le poumon, maintenu par des fausses membranes, n'aurait pas pu revenir à son volume normal, et l'air serait entré prendre la place du pus par l'orifice resté béant au sommet de la poitrine. Le malade ne fut pas soulagé comme nous l'avions espéré; le lendemain nous constations autour du point par lequel avait pénétré le trocart, un peu de rougeur, de gonflement et même d'empâtement; le malade avait de la fièvre et un frisson avait suivi de quelques heures l'opération. Trois jours après je passai un drain en caoutchouc qui, pénétrant par la partie postérieure du troisième espace intercostal, en comptant de bas en haut, fut ramené au dehors, un peu en avant d'une ligne verticale passant par le mamelon. Le pus qui s'écoula n'était plus inodore, mais fétide, grumeleux, évidemment corrompu par l'air qui s'était introduit dans le foyer en dépit de toutes nos précautions. On ne saurait le nier, l'aspiration avait été plus nuisible qu'utile; le malade s'affaiblit de jour en jour, eut de nouveaux frissons et mourut.

Voyons maintenant, messieurs, si les lésions que l'autopsie permet de constater nous rendront compte des symptômes observés pendant la vie et examinons d'abord celles qui se rapportent aux phénomènes de paralysie du côté du membre supérieur, phénomènes que nous avons analysés dans une de nos dernières conférences. La balle, dans son trajet depuis son orifice d'entrée au dessus de la clavicule jusqu'à son trou de sortie près du bord spinal de l'omoplate, avait traversé le scalène antérieur, rasé la sous-clavière sans même l'effleurer; par contre elle avait singulièrement maltraité le plexus brachial. Vous vous rappelez que notre malade ne pouvait mouvoir ses doigts et n'exécutait que quelques mouvements de flexion et d'extension du poignet; quant à la sensibilité cutanée, elle ne persistait qu'à la face externe et postérieure de l'avant-bras.

Eh bien! messieurs, ces symptômes qui nous avaient fait supposer une section plus ou moins complète des nerfs cubital et médian avec intégrité du nerf radial, se trouvent expliqués par les détails suivants: la première paire dorsale, la huitième et la septième cervicale sont coupées; les extrémités des cordons nerveux soigneusement examinés au microscope ont subi dans leurs éléments une dégénérescence évidente, la substance médullaire est détruite et remplacée par des granulations graisseuses. La carotide primitive gauche est intacte, mais l'œsophage est compris dans un épanchement néoplasique, qui rend un compte suffisant de la dysphagie qui survint dans les premiers jours qui suivirent la blessure. Ajoutons enfin, pour être complets, que la deuxième et troisième côte sont brisées près de leur collet par la balle, dont on trouve l'orifice de sortie près du bord spinal de l'omoplate qui n'a pas été intéressée. Quant au poumon, son sommet est creusé d'un sillon tracé par le projectile, et il est revenu sur lui-même, rétracté vers son pédicule, et la surface totale du viscère est revêtue d'une fausse membrane granuleuse et épaisse de plus d'un millimètre. Cette fausse membrane recouvre un appendice en forme de pis de vache, que vous pouvez voir au niveau du bord postérieur. Il est bien évident, messieurs, qu'un poumon ainsi coiffé, ainsi comprimé, éprouve une extrême difficulté à se dilater, à se laisser distendre par l'air et à réoccuper la totalité de la cavité plerale. De plus, comment les côtes auraient-elles de la tendance à se rapprocher du poumon? Quelle est la force qui les solliciterait, puisqu'elles servent de paroi à une poche pleine de pus, tapissée d'une véritable membrane pyogénique, granuleuse et parfaitement organisée, bien que l'épanchement ne date que de peu de jours encore? Il faudrait, pour obtenir l'adhésion de la séreuse ou plutôt des parois de l'abcès, modifier profondément sa surface libre. Ici toute tentative eut échoué, car le malade a succombé à autre chose qu'à un abcès pleural; le poumon droit est sain, mais le gauche est farci de noyaux pneumoniques, et nous devons même dire que les lésions que je mets sous vos yeux sont bien plus celles de la pneumonie que les abcès métastatiques de l'infection purulente. La mort était donc inévitable, mais je crois que nous pouvons profiter néanmoins de l'occasion qui se présente à nous pour juger les trois modes de traitement entre lesquels le chirurgien hésite dans les cas semblables au nôtre. Que doit-il préférer? L'aspiration simple, le drainage ou les larges incisions, tels que d'éminents praticiens les préconisent encore aujourd'hui? Mettons-nous en présence de la situation telle qu'elle était lorsque nous sommes intervenus.

La cavité pleurale n'est plus qu'un vaste abcès, limité en haut par le poumon refoulé par le pus, fixé à la colonne vertébrale par des adhérences. En bas est le diaphragme faisant saillie du côté de la cavité abdominale; en dedans le cœur repoussé à droite, en ectopie complète, est appuyé contre le poumon droit: en dehors, sont les côtes, et les espaces intercostaux, fortement bombés, permettent d'apprécier nettement la fluctuation. Cette cavité est tapissée par de fausses membranes; nous le répétons encore une fois, c'est un abcès dont les parois n'ont aucune tendance à se rapprocher. Que faut-il faire? Aspirer le pus comme nous l'avons tenté? Vous l'avez vu, ce moyen n'a pas réussi; le poumon ne peut se dilater, le pus se reproduit, et, dans le cas actuel, l'air pénétrait par l'orifice de sortie du projectile, remplaçant ainsi le liquide qu'on évacuait.

Doit-on imiter la pratique du professeur Baccelli (de Rome) et inciser largement le foyer? Cette méthode, que M. Sédillot a décrite et adoptée dans sa thèse de concours, en 1846, ne nous paraît pas offrir au blessé des chances sérieuses de guérison; elle le place dans les conditions d'un malade chez lequel on mettrait, par une large ouverture, un abcès par congestion au contact de l'air. Qu'arrivera-t-il? Les liquides s'altéreront, et la brusque inflammation d'une vaste surface suppurante amènera bientôt une fièvre intense suivie sans aucun doute d'une mort rapide. N'oublions pas que si de pareilles opérations peuvent réussir à la campagne, dans un bon air, elles offrent à Paris, dans un hôpital, de très-sérieux et de réels dangers. Que nous reste-t-il à tenter, si nous écartons l'aspiration simple et les larges incisions? Le drainage.

Permettez-moi, messieurs, de vous rappeler ici un cas de succès obtenu à la Pitié par cette méthode.

M. Bernutz m'appelle en consultation auprès d'un malade qui avait dans la cavité pleurale un épanchement séreux considérable. Je conseille la thoracentèse; mais, bien que pas une bulle d'air n'ait pénétré par la canule, l'épanchement se reproduit peu de jours après l'opération et devient purulent. M. Bernutz place dans la plèvre une sonde en gomme, qu'un matin, à la visite, il ne retrouve plus et cherche vainement dans les pièces de pansement. Appelé aussitôt, je constate que la sonde est tombée dans la cavité pleurale; je fais une incision dans le troisième espace intercostal (de bas en haut), je retire la sonde et j'utilise les deux orifices pour placer un drain en caoutchouc. Peu à peu l'abcès se vide, le poumon se dilate, les côtes, sollicitées par les fausses membranes qui s'organisent, se rapprochent de lui, la cavité se comble, et après quelques semaines je puis retirer le drain : le malade est guéri.

Trois fois pendant le siége j'ai pratiqué cette opération, j'ai obtenu deux succès. Chez notre blessé, le drain était aussi bien placé que possible; son anse reposait sur le diaphragme, le pus s'écoulait facilement, mais je vous l'ai prouvé, le cas était désespéré; on ne peut donc rien conclure de notre observation au point de vue de la méthode; ce que je voudrais vous faire bien saisir ce sont les avantages qu'elle présente dans la plupart des cas : le drain ne laisse pas pénétrer l'air, et il permet un écoulement du pus lent et continu. Le procédé de Reybard, dans le-

---

FEUILLETON

MASSACRE D'UNE AMBULANCE (1)

Deux drapeaux de Genève furent hissés sur la façade de la maison, l'un à la porte d'entrée du rez-de-chaussée, le second au premier étage. Les drapeaux étaient de grande dimension et s'apercevaient facilement. (Dépos. de Mme Callais.)

L'action militaire devait recommencer le lendemain, et notre armée, encore une fois trop confiante, s'apprêtait à reprendre l'offensive seulement le 22 au matin.

Vers 10 heures, une vive fusillade la surprend et la désabuse. Un régiment prussien s'avance dans Hauteville en suivant la route du midi au nord. Nos mobilisés se replient sur la même route et répondent par quelques coups de feu à la fusillade bien nourrie de l'ennemi. La surprise rend toute lutte difficile, presque impossible; aussi n'y en a-t-il pas de véritable. L'ennemi s'empare du village, qui ne peut être défendu. « Les Prussiens arrivent et entrent dans Hauteville. Nos soldats, ne pouvant lutter contre des forces supérieures, abandonnent le village, et ce fut un sauve-qui-peut général. » (Dépos. de M. Alacoque, infirmier de l'ambulance de Saône-et-Loire.)

Telle est la vérité sur la prise d'Hauteville, que le rapport prussien, avec l'art mensonger que vous connaissez, transforme en un brillant fait d'armes. Là encore toutes les dépositions concordent.

Il n'y a pas eu de lutte. Un détail qui a son importance le prouve encore. Toutes les façades sud des maisons d'Hauteville sont criblées par les balles prussiennes, les façades nord, qui recevaient le feu des soldats français, ne présentent au contraire que quelques projectiles; les traces du combat sont encore très-apparentes.

C'est aussi vers 10 heures que les soldats prussiens pénètrent, au nombre de dix ou douze, dans la maison de l'ambulance, dont les membres venaient de se consulter sur la conduite à tenir. (Dépos. de M. Berland, infirmier.) Quelques-uns conseillent le départ; d'autres s'y opposent, déclarant que le devoir les retient à Hauteville, et qu'enfin l'égide de la Convention de Genève les garantit contre les atrocités de la guerre. Du reste, toute indécision cesse devant les soins à donner à un mobilisé blessé à la face (1) et à une enfant de 15 ans (Eugénie Picamelot), mortellement atteinte. Elle a la poitrine traversée par une balle prussienne, tirée assurément de très-près, puisqu'elle n'a blessé la malheureuse enfant qu'après avoir traversé l'épais chambranle d'une porte. (Voir le plan ci-annexé.) Cette première et innocente victime d'une agression barbare est couchée dans l'alcôve de la grande salle où se trouvent réunis les membres de l'ambulance. C'est pendant l'application des premiers pansements que des soldats du 61e de Poméranie, et non du 21e (2), font irruption dans la maison, malgré les protestations énergiques de Morin, qui montre son brassard et le drapeau de Genève, en criant : « *Feld-Lazareth! Feld-Lazareth! Amboulance, amboulance!* — *Charognes, capout!* reprennent les sauvages avec l'expression de l'incrédulité et du mépris. » (Dépos. de M. Berland.)

« On répond à notre infortuné chef, M. Morin, par trois coups de baïonnette; il tombe, puis se relève en répétant de nouveau : Feld-Lazareth! Feld-Lazareth! C'est en ce moment qu'il reçoit une balle qui mit fin à ses jours (1). Ce fut ensuite à notre tour; ils nous jetèrent tous par terre à coups de crosse de fusil, puis ceux qui faisaient les récalcitrants recevaient des coups de revolver. Quand ce fut à mon tour, je me laissai tomber et j'eus la chance de ne pas être touché. Comme les autres je fis le mort; mais un soldat m'ayant écrasé les doigts, je ne pus retenir un mouvement. Voyant que je n'étais pas mort, ils me firent lever, puis quatre baïonnettes se braquèrent sur moi. Il se trouvait dans la chambre un sergent-major prussien qui me demanda si j'étais sergent major. Sur mon affirmation, ils me firent sortir sans me faire de mal. Milliat fut ensuite entraîné au dehors; on lui fit tourner le dos à deux pas de la porte, puis deux détonations retentirent, et il tombait mort. Ensuite ce fut le tour de Fleury : ils le firent sortir et j'entendis deux coups de feu; il tomba. Quelques instants après, je l'entendis courir; il se sauvait. On tira de nouveau sur lui. J'ai appris ensuite qu'il n'avait été que blessé. » (Dépos. de P. Baudot, vaguemestre du 1er bataillon de la 3e légion de Saône-et-Loire.)

Dr CHRISTÔT,
Ex-chirurgien en chef de la 3e ambulance lyonnaise.

(*A suivre*).

(1) Suite. — Voir le dernier numéro.

(1) Ce blessé est un nommé Dumon, de Tourny, commune de Changy.

(2) Des blessés prussiens du 61e, soignés dans nos ambulances, à Dijon, avouaient que leur régiment avait donné à l'affaire d'Hauteville. De son côté, Mme Callais affirmait que les assassins appartenaient au 61e.

(1) On voit encore sur la porte du fond les traces du projectile qui atteignit notre regretté collègue.

quel on perfore une côte pour placer une canule métallique, est bien inférieur à celui-ci; le tube en caoutchouc est flexible et ses parois en s'applatissant sur elles-mêmes jouent le rôle de la baudruche adaptée à la canule dans la thoracentèse; il permet de faire des injections qui s'opposent au croupissement du pus, et quant à la lenteur avec laquelle se vide l'abcès pleural, loin d'être un inconvénient, elle a l'avantage de donner au poumon le temps de se dégager et de rompre en quelque sorte sa cuirasse de fausses membranes; les côtes s'avancent peu à peu à sa rencontre, et l'on atteint le but qu'on poursuit dans tout traitement d'abcès, on obtient le rapprochement des parois.

E. B.

EXOSTOSES DU SINUS FRONTAL

Par M. Richet.

(Rapport lu à l'Académie de médecine, dans la séance du 1er août 1871) (1).

Procédé opératoire. — Deux indications principales se présentent donc :

1° Découvrir la tumeur et lui ouvrir un passage suffisant;

2° La mobiliser, c'est-à-dire la détacher du squelette et l'extraire.

Pour découvrir la tumeur et lui ouvrir une voie suffisante, les procédés varieront selon que l'exostose occcupera les fosses nasales ou les sinus frontaux ou maxillaires.

1er temps. — Il consiste à diviser les parties molles pour mettre à découvert soit l'orifice antérieur des fosses nasales, soit la face antérieure des sinus.

S'il s'agit d'une exostose nasale, l'incision à laquelle je donne la préférence, parce qu'elle laisse bien peu de traces, est la suivante, que j'ai mise deux fois en pratique et qui est celle que M. Rappolla a conseillée pour attaquer les polypes fibreux ovaro-pharyngiens.

Elle consiste à mener une incision qui, partant de l'angle interne de l'orbite, suit le sillon naso-jugal en contournant l'aile du nez qu'elle sépare de la lèvre supérieure. On a ainsi un lambeau qui, relevé en haut et en dedans, permet de découvrir l'orifice nasal antérieur.

Si l'exostose est volumineuse, si, au lieu d'être celluleuse, elle est éburnée et par conséquent irréductible dans ses diamètres, comme on sera plus tard obligé d'agrandir l'ouverture osseuse des narines, il sera possible, en divisant la lèvre supérieure sur la ligne médiane dans toute sa hauteur, d'avoir un lambeau volant qu'on relèvera de bas en haut en le détachant de la face antérieure du sinus maxillaire, ce qui permettra, sans changer le plan primitif, d'attaquer cette cavité et d'y faire une large brèche. C'est, à quelques modifications près, l'incision à laquelle a eu recours M. Pamard.

Michon a taillé un lambeau triangulaire à base dirigée vers l'orbite, et dont le sommet comprenait une portion de la lèvre. M. Legouest, imitant son exemple, a taillé un lambeau triangulaire dans la face, mais sans intéresser le bord libre de la lèvre.

Enfin, on pourrait encore diviser le nez sur la ligne médiane ainsi que je l'ai fait une première fois, en 1849, en présence de MM. Cloquet et Nélaton pour enlever un polype ovaro-pharyngien.

Si, au contraire, on avait affaire à une exostose développée dans le sinus frontal, il faudrait raser le sourcil et promener le bistouri, suivant la ligne sourcillière, dans une étendue proportionnelle à l'ouverture qu'on se propose de faire à la cavité osseuse. Cette incision permet non-seulement d'attaquer la paroi antérieure, mais aussi la paroi inférieure du sinus. Il suffit, pour cela, d'abaisser un peu la lèvre inférieure de l'incision. C'est le procédé que j'ai suivi dans une deuxième opération; je n'ai eu qu'à m'en louer. Bouyer, qui avait affaire à une double exostose des deux sinus, se crut obligé de pratiquer deux incisions se coupant en croix sur la racine du nez; il semble qu'une seule longitudinale aurait pu suffire.

2° Temps. — Il consiste dans la section des os. Mais avant de procéder à l'osthotomie, je ne saurais trop insister sur la nécessité, dans les cas d'exostose nasale, ou de celles situées dans les sinus et qui déjà ont franchi la limite de ces cavités, de tâter, qu'on me passe l'expression, la production osseuse avec différents leviers en acier bien trempé. On peut, en effet, ou bien par ces pesées faites en divers sens détacher l'exostose et la mobiliser, ce qui facilitera beaucoup le *débridement* osseux consécutif et permettra de le réduire au strict nécessaire; ou bien parvenir à la morceler si au lieu d'être éburnée elle est celluleuse, ainsi que j'ai eu l'heureuse chance de le faire dans ma première observation.

Si l'exostose résiste, au contraire, il sera temps de la découvrir largement.

Pour y parvenir, tantôt à l'exemple de Michau et de Lenoir, on a agrandi l'ouverture des narines, en faisant sauter avec des instruments appropriés les os qui en forment le contour, ainsi que la portion avoisinante du maxillaire formant paroi antérieure du sinus; d'autres fois on s'est borné à les déplacer après les avoir sciés, comme l'a fait M. Legouest, à l'exemple de MM. Heyfildu et Boockel. Cette dernière opération, désignée sous le nom de *résection temporaire ou par déplacement*, a déjà donné des succès brillants, et elle est infiniment préférable à la première, en ce sens qu'elle ne laisse point après elle d'aussi choquante difformité. Je l'ai mise en pratique sur mon troisième malade, et elle m'a donné un résultat dont j'ai été très-satisfait. Il faut convenir toutefois qu'elle rend l'opération plus difficile, et que vu la déformation considérable quelquefois apportée dans les os de la face par la présence du produit pathologique, elle ne sera pas toujours applicable.

M. Pamard a chez sa malade très-ingénieusement tourné la difficulté. L'exostose, une des plus volumineuses qui aient été extraites, occupait la cavité des fosses nasales. Après avoir inutilement essayé de l'arracher avec ou sans morcellement par l'orifice des narines agrandies, il eut l'heureuse idée de faire la section des deux maxillaires sur la ligne palatine médiane, pensant qu'il obtiendrait ainsi un écartement suffisant pour livrer passage à la tumeur. Un plein succès couronna cette tentative, qui, dans un cas analogue, devrait être renouvelée.

Quant aux exostoses renfermées dans le sinus frontal, c'est par la face orbitaire et en se rapprochant de la racine du nez qu'on les a attaquées. Bouyer a été obligé de reséquer avec une scie fine une portion de l'arcade orbitaire; M. Dolbeau a dû largement enlever la paroi antérieure du sinus. Quant à moi, comme notre honoré confrère le docteur Desprez, de Saint-Quentin, j'ai trouvé la face inférieure de la tumeur à découvert, sans aucune lamelle osseuse engainante, et s'offrant à nos regards, après la division des parties molles orbitaires, simplement coiffée d'une sorte de membrane transparente, soulevée en quelques points par un liquide très-limpide, qui permettait de distinguer la couleur des mamelons éburnés de l'exostose.

Disons cependant que l'examen des pièces des musées Dupuytren et du Val-de-Grâce démontre que pour dégager la tumeur, il eût fallu, dans ces deux cas, largement briser toute la partie antérieure du sinus agrandi, et encore, ainsi que le fait remarquer M. Dolbeau, peut-être aurait-on eu beaucoup de peine à faire sur la pièce de Jobert une voie suffisante pour déloger l'exostose sans la briser.

2° *Mobilisation et extraction de l'exostose.* — Si l'exostose était toujours libre et indépendante des os, il ne resterait plus, après lui avoir ouvert une large voie, qu'à la déloger, à la *désenclaver*, ainsi que l'avait dit le chirurgien de Saintes. Pour exécuter ce temps de l'opération, de fortes pinces ou un davier devraient suffire.

Mais j'ai démontré précédemment que ce n'était qu'exceptionnellement que l'exostose n'était point attachée au squelette, que le plus souvent elle y tenait par des adhérences solides, quelquefois même par une sorte de pédicule osseux, en sorte que, si l'on s'attendait, après avoir ouvert la cavité qui la renferme, à ne plus avoir qu'à saisir la tumeur et à l'extraire, on éprouverait de sérieuses déceptions. C'est ce qui est arrivé à Michon, à M. Pamard et aussi à M. Dolbeau. Aucun d'eux ne me paraît s'être parfaitement rendu compte de la résistance qu'ils ont eue à surmonter; pour moi, ainsi que je l'ai dit déjà, cette résistance provenait de l'attache de la tumeur au squelette, et cela était manifeste, surtout dans le cas de M. Dolbeau.

Cette mobilisation doit se faire avec de longs daviers à manche, comme ceux que j'avais fait construire par MM. Robert et Colin. A leur extrémité, ils sont un peu aplatis, crénelés ou pourvus de petites dents ou rainures, de façon à pouvoir s'insinuer entre les parois osseuses de l'exostose et ne pas glisser sur elle. On exerce ainsi des pesées dans tous les sens successivement, et à moins que le pédicule ne soit tout à fait ossifié et très-large, il me paraît difficile qu'il ne cède pas.

Dans mon cas d'exostose frontale, la tumeur, ai-je dit, était complétement dégagée du sinus, je pus donc la saisir immédiatement avec un fort davier et faire une tentative d'extraction qui fut inutile ainsi que je l'avais prévu. M'étant assuré alors du point par lequel elle était adhérente, au lieu d'y porter une scie ou un ciseau, comme avait fait M. Maisonneuve, je glissai mon davier entre l'os et le produit pathologique, et, par un mouvement d'élévation du manche, je le décollai facilement, qu'on me passe l'expression, de la surface d'implantation. Une fois mobilisée, l'extraction s'en fit sans difficulté.

Dans mon observation d'exostose nasale, j'ai dit déjà qu'en faisant une pesée pour la mobiliser, j'avais senti un craquement se faire; c'était la tumeur qui se brisait et que je pus ainsi morceler. Sans cette tentative de mobilisation préalable, j'aurais certainement ignoré cette possibilité du morcellement de l'exostose, j'aurais cherché à lui frayer une large voie, et par conséquent j'aurais produit inutilement un grand délabrement osseux. C'est donc fondé sur cette observation que je crois devoir recommander de chercher toujours à mobiliser la tumeur avant de tenter l'extraction et même de le faire toute les fois que cela est possible, dans les cas d'exostoses nasales par exemple, avant même de pratiquer *l'ostéotomie.*

Si M. Dolbeau avait employé ce procédé, peut-être eût-il pu extraire son exostose, qui était collecteuse, sans être obligé de pratiquer une aussi large voie, et sans aucun doute avec plus de facilité. Quoiqu'il en soit, une fois la tumeur mobilisée, il faut l'extraire : c'est alors seulement qu'on peut bien juger de la nécessité d'agrandir encore l'ouverture osseuse. C'est ce qui est arrivé notamment à M. Legouest et à M. Pamard, qui l'un et l'autre étaient parvenus après de vigoureux et persistants efforts à ébranler la tumeur; ils ne purent cependant l'extraire qu'après avoir de nouveau augmenté les diamètres de l'ouverture qui devait lui livrer passage. On imitera leur sage conduite, car il vaut mieux y revenir à deux fois et ne pratiquer que graduellement ce que j'appellerais volontiers le *débridement osseux*, que de s'exposer à un trop grand délabrement en voulant le faire d'emblée.

Pour saisir la tumeur, on se servira de pinces à longues branches et à mors crénelés qui ne glisseront pas sur elle, ou, plus simplement, de daviers, quoique ces derniers aient le désavantage d'avoir des branches trop courtes qui ne permettent pas d'agir sur la tumeur par un assez long bras de levier.

Enfin, il faut prévoir le cas où, malgré les efforts les plus persistants et les plus sagement dirigés, on ne parviendrait pas à déloger la tumeur, comme cela paraît avoir été le cas de Jobert et de Roux. Il faudrait alors tenter de faire ce que Rizzoli a proposé dans les cas de calculs vésicaux trop volumineux pour être extraits par le périnée, c'est-à-dire briser, morceler l'exostose; et aujourd'hui, grâce aux perfectionnements apportés dans les instruments de force pour la lithotricie, cela serait plus facile qu'il y a quelques années. Effectivement, tous les ostéotomes connus, scie à molette, trépan, pinces de Liston, ciseaux et maillet seraient inutilement employés. Cependant il faut se souvenir que c'est avec le ciseau et le maillet, et en frappant à coups redoublés, que M. Maisonneuve, après avoir fait sauter un mamelon éburné de la tumeur, put placer l'ostéotome sur son pédicule même, formé de tissu moins dur, et la détacher enfin, puis l'extraire. Il faut se rappeler aussi que c'est en exerçant d'énergiques tractions en tous sens que M. Legouest, prenant à un certain moment l'exostose à *faux*, comme on dit vulgairement, parvint à la rompre en deux parties et à extraire la première, ce qui facilita l'extraction de la deuxième. Si donc, on n'avait à sa disposition que des ostéotomes ordinaires, il faudrait encore essayer de s'en servir, d'autant mieux que l'anatomie pathologique a démontré que parfois, au centre des exostoses les plus compactes, on trouve des cavités spongieuses, en sorte qu'après avoir traversé la coque éburnée, on peut courir la chance de tomber sur une de ces loges qui permettraient de les gruger et de les morceler plus facilement.

Mais il est un autre instrument auquel je crois résisteraient difficilement les exostoses les plus dures, c'est celui qu'ont imaginé MM. Robert et Colin pour morceler les calculs volumineux et rebelles à tous les efforts des instruments lithotriteurs connus jusqu'ici. Cet instrument gruge, perfore et presse tout à la fois, et il est pourvu de très-longues branches qu'on peut encore allonger à volonté pour en rendre la force irrésistible dans les cas exceptionnels. La seule difficulté, et elle est grande, serait de le placer de manière à lui faire bien saisir la tumeur, mais je ne doute pas qu'une fois entre les mors, la portion saisie ne puisse être détruite. Cet instrument, qui d'ailleurs est fait pour être introduit dans la vessie, pourrait être modifié et approprié au cas particulier auquel on aurait affaire. Il aurait sur tous les autres ostéotomes cet immense avantage que son action puissante s'exercerait sans déterminer d'ébranlement, et c'est là un point qu'il faut prendre en grande considération lorsqu'on agit sur la face et dans le voisinage immédiat de la cavité crânienne.

L'opération terminée, l'écoulement de sang peut parfois être considérable. M. Dolbeau fut obligé d'obturer un gros canal osseux artériel avec de la cire; quant à moi, j'ai dû, dans ma première observation, hâter la fin de mon opération à cause de l'hémorrhagie en nappe et considérable qui s'était manifestée dès le début par toute la surface des fosses nasales, hémorrhagie séreuse et très-inquiétante chez une jeune fille de 14 ans, chlorotique et très-affaiblie. Une grosse éponge fut introduite dans les fosses nasales à la place occupée par la tumeur, et quelques minutes après l'écoulement sanguin était arrêté; mais je dus la laisser jusqu'au lendemain, grave inconvénient qui ne me permit de faire la réunion imédiate de la plaie extérieure que dans une étendue fort limitée, afin de conserver un passage libre pour cette éponge, que je retirai effectivement dès le lendemain.

Cette hémorrhagie en nappe provenait évidemment d'un suintement capillaire de la membrane de Schneider, mais vu les circonstances dans lesquelles était placée cette jeune fille, elle aurait pu avoir des suites fâcheuses; par le fait, elle fut très-longtemps à se remettre de cette perte abondante de sang.

Disons en terminant que tous les malades chez lesquels on a pu achever l'opération ont guéri et même assez rapidement et presque sans accidents; ce qui prouve que l'opération en elle-même n'est pas très-grave.

Chose remarquable! et qu'on n'aurait guère pu prévoir : les déformations résultant de la présence de la tumeur se sont très-rapidement effacées dans la plupart des cas. On peut en voir la preuve sur les photographies et les dessins de M. Dolbeau et les miens; les os écartés se rapprochent; les cavités osseuses se resserrent et les organes déplacés se hâtent de reprendre leur situation normale. L'œil particulièrement rentre immédiatement dans la cavité orbitaire, et s'il reste pendant quelque temps encore un peu plus saillant et sur un plan un peu différent de celui du côté opposé, néanmoins il est rare qu'il ne récupère pas intégralement sa place et ses fonctions.

Somme toute, on peut dire qu'il est peu d'opérations qui donnent d'aussi beaux et d'aussi complets résultats.

C'est à ce titre, Messieurs, que nous devons féliciter M. Dolbeau d'avoir largement contribué à porter la lumière, par ses intéressantes recherches, sur ce point de pathologie encore peu connu, et d'avoir par conséquent hâté le moment où il entrera dans le commun domaine des faits bien étudiés.

(1) Fin. — Voir les numéros des 6 et 9 mai 1871.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 18 janvier 1871. — Présidence de M. Alp. Guérin.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

PRÉSENTATION DE PIÈCES

M. Verneuil communique une observation de taille médiane faite en vue de combattre des douleurs intolérables du col de la vessie.

M. Dolbeau regrette que la date déjà ancienne de l'opération ne permette plus de juger si la taille médiane a intéressé le bulbe ou non.

Si l'on voulait juger d'après la situation de la cicatrice cutanée, placée plus avant que dans le procédé de lithotricie périnéale communiquée par M. Dolbeau à la Société, il y aurait peut-être lieu de songer à la possibilité d'une blessure du bulbe.

Le soulagement momentané qui a suivi l'opération n'est pas absolument à dédaigner, lorsqu'on songe à l'insuccès absolu de tous les moyens mis antérieurement en usage.

Il est toujours difficile en pareil cas de faire la part exacte des lésions vésicales et rénales, et de préciser au juste par où le mal a dû commencer. Ce qui est certain, c'est que plusieurs de ces malades, après avoir beaucoup souffert, succombent, et qu'à l'autopsie on manque rarement de rencontrer des altérations rénales plus ou moins avancées. L'état des reins doit donc toujours préoccuper le chirurgien, et si la maladie dure depuis plusieurs années déjà, le plus prudent serait de s'abstenir de toute opération, qui, en aggravant la lésion rénale, peut entraîner une mort rapide.

M. Dolbeau croit, du reste, que les deux modes d'origine sont possibles et, pour son compte, il parvint à guérir par la taille deux individus affectés de la sorte, ce qui témoigne que chez eux au moins le col de la vessie seul fut en cause.

M. Giraldès. L'ensemble clinique des signes exposés par M. Verneuil semble se rattacher à ce que les Anglais ont décrit sous le nom de vessie irritable, et que Roux considérait comme une névralgie vésicale. On sait que l'opération de la taille, faite pour de prétendus calculs qui n'existaient pas, s'est montrée efficace contre l'affection en question, et ce qui a été publié depuis n'a fait que confirmer l'utilité de l'opération.

M. VERNEUIL partage l'avis de M. Dolbeau, qu'il ne faut entreprendre l'opération que si l'on a lieu de croire qu'il n'y a pas de lésion rénale grave.

M. GUÉRIN est frappé de la ressemblance de l'observation présentée par M. Verneuil avec celles d'abcès périnéphrétiques, qu'il a eu l'occasion de recueillir.

Ce qui rend le diagnostic difficile, en pareil cas, c'est la marche parfois longue de la périnéphrite et la profondeur de l'abcès qui a presque autant de tendance à se porter en avant et en bas qu'en arrière. Aussi, dans les premiers temps, n'est-ce que par la percussion et le palper abdominal qu'on arrive à reconnaître la collection purulente.

Ainsi que l'a enseigné Trousseau, la simple ponction est complétement insuffisante en pareil cas, et une large ouverture par le bistouri devient indispensable. M. Guérin compte déjà huit guérisons obtenues à l'aide de larges incisions, tandis que, ponctionnés ou laissés à eux-mêmes, ces abcès finissent par entraîner la mort. Dans un cas, il a pu même constater la pénétration du pus à travers le diaphragme jusque dans les bronches.

M. VERNEUIL ne met pas en doute l'existence, chez son malade, d'un abcès périnéphrétique, seulement il considère celui-ci, ainsi que c'est la règle, comme consécutif à une phlegmasie rénale. Seuls les abcès aigus et franchement phlegmoneux font exception à la règle, et c'est pour ces derniers seuls que M. Verneuil juge la large ouverture nécessaire.

M. PANAS. La question des abcès périnéphrétiques est trop importante pour que chacun n'apporte pas ici le contingent de son observation personnelle.

Partageant complétement l'avis émis par M. Dolbeau, à savoir que le chirurgien ne saurait être trop circonspect lorsqu'il s'agit d'entreprendre une opération sur la vessie ou même sur l'urèthre, M. Panas cite le fait suivant :

« Un adulte de trente-quatre ans, sujet depuis quelques années à des difficultés de miction, ayant des urines ammoniacales et sédimenteuses, offre à l'examen par la sonde un calcul uréthral placé dans la portion membraneuse du canal, non loin du col de la vessie.

L'opération de la boutonnière, qui en elle-même, et de l'avis de M. Nélaton, appelé en consultation, ne devait offrir aucune gravité, permit d'extraire un calcul ovoïde, du volume d'une petite amande, couvert d'aspérités et composé d'urate et de phosphate ammoniaco-magnésien.

Jusqu'au cinquième jour tout alla bien, lorsque le malade fut pris brusquement de frisson, d'une grande fièvre, et présenta ultérieurement tout le cortége d'un état adynamique. Ce n'est que quinze à vingt jours après le début des accidents généraux graves qu'à force d'explorer ce malade, on finit par sentir poindre profondément, sous les dernières fausses-côtes droites et derrière le foie, une rénitence, puis, quelques jours plus tard, de la fluctuation profonde.

Comme le malade était à bout de forces, on dut, bien qu'à regret, renoncer à l'incision au bistouri et se borner à y plonger, par la partie postéro-latérale, un gros trocart à ovariotomie, dont la canule fut elle-même remplacée par un très-gros tube en caoutchouc vulcanisé. Le pus qui s'est écoulé était séreux, extrêmement fétide, contenant les mêmes dépôts pulvérulents que l'urine, dont il rappelait l'odeur, et au moment de la ponction on a pu parfaitement se convaincre que le bout de la canulle heurtait contre des pierres contenues dans la poche. Il y avait lieu de croire dès lors que non-seulement le tissu cellulaire périnéphrétique, mais que le rein lui-même faisait partie de la poche, et ce qui a fini par en donner la preuve irrécusable, c'est que des injections antiseptiques faites trois fois par jour avec de l'eau alcoolisée, de l'eau phéniquée ou une solution de permanganate de potasse au millième arrivaient, en suivant l'uretère, jusque dans la vessie où le liquide provoquait un besoin immédiat d'uriner. La couleur et l'odeur caractéristiques du permanganate, ainsi que l'odeur pénétrante de l'acide phénique ne permettaient pas le moindre doute à cet égard. Il est bon de signaler que des trois solutions employées, celle au permanganate parvenait seule à désinfecter complétement le liquide contenu dans la poche purulente. Malgré tous les soins administrés, le malade ne finit pas moins par succomber deux mois plus tard, avec de la diarrhée incoercible, de la fièvre, des sueurs profuses et des eschares sur différentes parties du corps. En résumé, une opération comme celle de la boutonnière, qui habituellement ne passe pas pour grave, commandée d'ailleurs par la présence d'un corps étranger dans l'urèthre, ne fut pas moins suivie de mort, et cela parce que le malade avait le rein droit farci de calculs, que rien ne pouvait faire soupçonner.

M. Guérin vient de citer un cas où le pus de l'abcès s'est frayé un passage à travers le diaphragme, jusque dans le poumon. Bien que non signalé par les auteurs qui se sont occupés d'abcès périnéphétriques et en particulier par Trousseau, cet accident ne paraît pas extrêmement rare, et M. Panas a eu l'occasion de l'observer déjà deux fois. L'un de ces malades est mort à l'hôpital Saint-Louis avec tous les signes d'une pleurésie à gauche, et le diagnostic en fut confirmé à l'autopsie.

La plèvre contenait en effet une grande quantité de pus; mais, en outre, il y avait un abcès périnéphrique du même côté, et une perforation diaphragmatique avait permis au pus d'arriver ainsi jusque dans la plèvre.

Ce malade n'avait jamais présenté de signes d'affection des voies urinaires; le rein était sain, et il n'était entré à l'hôpital que pour une contusion du flanc gauche, sans ecchymose et sans hématurie. C'est, en somme, à une véritable périnéphrite phlegmoneuse par contusion qu'on avait eu affaire, terminée par rupture de l'abcès dans la plèvre, d'où pleurésie purulente consécutive.

Le second fait de ce genre concerne un jeune homme de vingt-six ans, fort et habituellement bien portant qui, à la suite d'un refroidissement, fut pris d'une douleur assez vive avec empâtement de la région rénale gauche. Les confrères haut placés de Londres qui donnèrent tout d'abord des soins au malade parurent hésiter sur le diagnostic, qui fut en somme celui de pleurésie de la base. Leur hésitation ne fit du reste qu'augmenter lorsque, après plusieurs semaines d'un état en apparence grave, le malade rendit du pus par les selles et se trouva sensiblement amélioré. Cette amélioration ne fut que passagère, et bientôt la poitrine sembla se remplir de plus en plus, le thorax et le flanc s'œdématièrent et offrirent une voussure considérable. Une thoracentèse fut alors arrêtée, mais non exécutée, et comme le malade semblait reprendre quelque force, il lui fut conseillé de passer quelque temps à Brigton, puis sur le continent.

C'est en ce moment que le malade vint à Paris, et, qu'aidé des conseils de MM. Béhier, Nélaton et Potin, deux thoracocentèses successives, à l'aide du petit trocart siphon de M. Potin, furent faites avec plein succès. Chaque fois on a retiré trois litres de pus crémeux dépourvu de toute odeur. Le poumon est revenu en partie à sa place, ainsi que le cœur qui auparavant battait sous le mamelon droit. Le pouls devint presque normal, et le malade marchait évidemment à la guérison, lorsque le blocus imminent de Paris l'obligea de quitter la capitale pour retourner à Londres.

En récapitulant cette observation, on voit qu'un abcès phlegmoneux périnéphrique ayant refoulé le diaphragme jusqu'à faire croire, au début, à une pleurésie de la base, s'ouvrit temporairement dans l'intestin, probablement dans le colon descendant, puis fit irruption dans la plèvre et provoqua une pleurésie purulente, qui certainement aurait entraîné la mort si l'on n'était pas intervenu à temps en pratiquant la thoracentèse.

Il est à noter que, dans les deux cas, le siége de la périnéphrite était à gauche, et cela s'explique aisément en se rappelant les rapports du rein gauche avec le diaphragme, tandis qu'à droite la présence du foie rend l'arrivée du pus dans la plèvre à peu près impossible. Il n'en est pas moins un fait important à noter que celui du cheminement du pus, contre les lois de la pesanteur, jusque dans la cavité thoracique, ce qui s'accorde du reste avec ce que nous savons des abcès ou des kystes du foie, pouvant pareillement faire irruption dans la plèvre et jusque dans les bronches.

M. Marjolin désire savoir dans quel état se trouvait le foie chez le malade de M. Verneuil.

Il était, dit M. Verneuil, entièrement sain, ainsi que la rate et les poumons.

La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire annuel : F. PANAS.

DOCUMENTS

POUR SERVIR A L'HISTOIRE DU MOUVEMENT SCIENTIFIQUE PENDANT LE SIÉGE DE PARIS (1).

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 3 janvier 1871. — Présidence de M. DENONVILLIERS.

(Suite et fin.)

M. VERNEUIL se propose de répondre aux diverses argumentations de MM. Hardy, Gubler, Gosselin et Béhier.

M. Hardy a posé en quelque sorte la question préalable. Avant de discourir sur la gravité particulière des lésions traumatiques chez les alcooliques, il serait bon, dit-il, de s'assurer que cette gravité existe réellement. M. Hardy incline à croire que les craintes de M. Verneuil sont exagérées; il a observé bien souvent le délire et ses formes vivaces chez des sujets atteints de pneumonie, de variole, d'érysipèle, etc. Il reconnaît que la coïncidence de ces affections avec l'alcoolisme constitue un fait sérieux et implique un pronostic défavorable; mais il a obtenu en somme, dans ces conditions mauvaises, un grand nombre de succès.

Sans doute M. Hardy pense qu'une variole est tout aussi grave qu'une plaie, et que si un pneumonique ivrogne se sauve, un alcoolique blessé peut tout aussi bien guérir.

M. Verneuil dit qu'il pourrait répondre en invoquant les dangers de l'induction quand il s'agit de faits d'ordre différent; il pourrait citer plusieurs affections comme l'érysipèle, le tétanos, la phlébite, évidemment moins graves lorsqu'elles naissent spontanément que lorsqu'elles succèdent à des blessures. Mais il préfère en appeler à ses collègues les chirurgiens qui décideront du sort et de la valeur de sa proposition fondamentale.

M. Verneuil examine la question du *delirium tremens* ou délire ébrieux, sur laquelle MM. Hardy et Gubler ont presque exclusivement concentré leur argumentation.

M. Hardy adopte une opinion déjà ancienne qui attribue l'explosion du délire ébrieux à la privation subite et complète des boissons alcooliques; produit par la suppression d'un excitant devenu normal, ce délire serait sans doute comparable à celui que provoque l'inanition ou un régime insuffisant pendant la convalescence; la diète alcoolique agirait comme la diète alimentaire. Cette hypothèse prend de la consistance quand on remarque que l'agitation cérébrale survient d'ordinaire trois ou quatre jours après le début de l'affection aiguë principale et qu'elle cède souvent à la première réquisition, grâce à l'ingestion d'une certaine quantité de vin ou d'un composé alcoolique, tout comme le délire *à stomaco vacuo* s'évanouit à l'aide de quelques aliments bien choisis.

S'il est vrai que la privation de l'opium et du haschich engendre les mêmes symptômes délirants, l'existence du délire alcoolique par diète d'aclool en reçoit un degré de plus de probabilté; mais cette hypothèse est contredite par les faits suivants :

1° Le délire alcoolique, chez les blessés, se montre parfois, il est vrai, le troisième ou le quatrième jour, mais souvent douze, quinze, vingt-quatre heures après l'accident, alors que la privation n'a pu produire ses effets.

2° Il manque chez un très-grand nombre de blessés soumis par une cause quelconque à un régime assez sévère.

3° Il se montre chez d'autres qui, atteints d'une blessure assez légère, continuent à boire du vin dans une porportion raisonnable.

4° Un sujet blessé en état d'ivresse a plus de chance d'être atteint de délire et surtout de délire précoce que s'il était, lors de l'accident, dans une période de tempérance; ce qui concorde avec cette donnée bien établie que le délire ébrieux spontané éclate très-souvent après un excès alcoolique et devient de plus en plus rare chez les ivrognes qui essayent de se corriger.

5° Si l'on songe qu'avec la réforme, très-utile d'ailleurs, introduite depuis quelques années dans le régime des blessés et des opérés, la diète alcoolique complète est fort rare, que chaque malade reçoit une ration suffisante de vin de bonne qualité, que, nonobstant, le *délirium tremens* se montre de plus en plus fréquent, on arrive à se demander si l'on doit suspendre absolument ou décupler au contraire les doses d'une substance qui paraît agir d'une façon si irrégulière.

Cette question du régime des opérés a été de tout temps diversement jugée par les chirurgiens, depuis Guy de Chauliac, qui proscrivait le vin, Théodoric et Henry, qui le toléraient, jusqu'à Lisfranc et Philippe Boyer, dont l'un soumettait les opérés à une diète rigoureuse et dont l'autre les nourrissait généreusement. L'usage du vin comme celui des autres agents doit être soumis à des indications positives et négatives.

M. Verneuil a vu ce liquide déterminer souvent des vomissements et n'être toléré par le troisième ou quatrième jour; en revanche, il lui est arrivé d'arrêter des vomissements opiniâtres avec le rhum et les vins mousseux.

Lorsqu'il existe un état saburral ou une dyspepsie (chose si commune chez les ivrognes), le vin est mal toléré. Parfois les blessés le prennent avec plaisir, mais sans bénéfice, car il n'éteint pas la soif, sèche la langue et perpétue l'anorexie. On ne saurait davantage le prescrire quand l'accident est survenu pendant un accès d'ivresse suivi d'une réaction qui dure souvent plus de vingt-quatre heures, ou bien encore lorsque le chloroforme laisse à sa suite des nausées, du malaise et de la céphalalgie.

Par contre, M. Verneuil a vu le vin faire des miracles, mais chez des sujets qui n'étaient rien moins qu'alcooliques. Il cite deux exemples qui prouvent l'efficacité de la stimulation alcoolique dans les cas d'adynamie. Mais comment expliquer les succès obtenus par l'emploi de l'alcool dans le *delirium tremens?* Suivant lui, les préparations alcooliques rendent de grands services, sans pour cela devoir être considérées comme spécifiques. En effet, bien d'autres préparations ont fait leur preuve contre le délire ébrieux : ainsi l'opium, la digitale, le bromure de potassium, le chloral, le tartre stibié, etc. Il n'est pas jusqu'à l'expectation franche ou déguisée qui ne compte des succès, puisqu'il n'est pas rare de voir ce symptôme abandonné à lui-même cesser spontanément au bout de deux ou trois jours. La réussite d'agents si divers empruntés à tous les cadres de la matière médicale ne peut se comprendre qu'à la condition de reconnaître au délire plusieurs causes et plusieurs mécanismes.

M. Gubler établit deux variétés : dans l'une il ne s'agirait que d'une simple névrose; dans l'autre l'appareil vasculaire du cerveau serait turgescent et tout prêt à fournir l'exsudation inflammatoire. Dans le premier cas, l'opium et ses congénères seraient indiqués; dans le second, il faudrait faire contracter les capillaires et arrêter le processus inflammatoire naissant ou déjà réalisé.

Cette distinction, fondée sur l'anatomie pathologique, utile à la thérapeutique, sert encore à expliquer le pronostic si variable du délire. Cependant M. Verneuil préfère s'attacher à la pathogénie qui, suivant lui et dans l'espèce, conduit plus sûrement aux déductions pratiques.

Au point de vue purement chirurgical, un premier fait est irrécusable : la fréquence du *delirium tremens* après une lésion traumatique, fréquence telle qu'il est impossible de n'y pas voir une relation de cause à effet.

Comment une lésion siégeant à la périphérie du corps, au bras ou à la jambe, par exemple, vient-elle à réagir sur le cerveau?

Les anciens auraient invoqué la sympathie; il n'y a pas si longtemps qu'on admettait encore une relation problématique entre les plaies de tête et les abcès du foie. Aujourd'hui le mot sympathie ne suffit plus à notre besoin d'explications.

Une loi de pathologie générale porte que lorsque, chez un sujet atteint d'une lésion primitivement locale, on voit survenir des lésions secondaires ou des troubles fonctionnels dans un organe éloigné et appartenant à un appareil différent, l'action à distance ne comporte que deux explications : la transmission par le sang ou l'irradiation par les nerfs. Au lieu donc d'invoquer une affinité mystérieuse, il faut chercher lequel des deux grands systèmes organiques est mis en cause : le système vasculaire ou le système nerveux. Est-il possible d'expliquer, à l'aide de la loi précédente, l'apparition du délire après les lésions traumatiques et d'en admettre même deux variétés, l'une imputable à une altération du sang, l'autre à une action désordonnée des nerfs?

M. Verneuil répond par l'affirmative. Pour le prouver il suffit, suivant lui, de démontrer que les susdites lésions peuvent modifier la composition du sang et provoquer des manifestations insolites de l'action nerveuse.

L'altération du sang consécutive aux lésions traumatiques n'a pas besoin d'être discutée; sans être constante, heureusement, elle peut toujours se produire lorsque le foyer de la blessure est envahi par l'inflammation, la suppuration ou la gangrène. Le cas est très-commun dans les plaies ouvertes ou dans les plaies cachées en communication avec les cavités et réservoirs internes : si les fluides délétères engendrés dans ce foyer sont absorbés, il y a fatalement altération du sang indiquée nettement par un ensemble de symptômes connus sous le nom de fièvre traumatique, fièvre de suppuration, et qu'on désignerait plus brièvement et plus scientifiquement par le mot de septicémie traumatique. Or, la septicémie traumatique se range dans le cadre nosologique tout à côté des pyrexies, des maladies typhiques, infectieuses, contagieuses et virulentes, c'est-à-dire de toutes celles qui s'accompagnent très-communément du délire. Ce symptôme, dans les services de chirurgie, se montre à chaque instant dans l'érysipèle, l'angioleucite, le phlegmon diffus, la gangrène, la pustule maligne, les piqûres anatomiques, la périostite phlegmoneuse, les grandes contusions et les larges blessures; toutes les fois en un mot que sur un point de l'économie se trouve un foyer putride ancien ou récent.

L'ivrogne, en tant que blessé ordinaire, aurait donc chance de délirer tout comme un autre; mais il est aisé de comprendre pourquoi il délire plus qu'un autre quand on observe ce qui se passe chez lui au niveau de la blessure. Tout dans le foyer traumatique semble concourir à la formation de produits délétères septiques, inflammatoires ou gangréneux et à leur facile introduction dans le torrent circulatoire; il est donc probable que, dans un grand nom-

(1) Suite. — Voir le dernier numéro.

bre de cas, le délire chez les alcooliques est de nature septicémique ou infectieuse et qu'il traduit une altération profonde du sang.

Quant à la fréquence très-grande et à la gravité spéciale du symptôme chez les alcooliques, elles pourraient s'expliquer encore par d'autres causes que l'anomalie du travail réparateur. L'état particulier du sang avant la blessure, les lésions latentes du cerveau et de ses membranes jouent sans doute un rôle adjuvant.

Cette variété du délire étant admise, c'est par les toniques, les excitants, les stimulants diffusibles, le sulfate de quinine, le quinquina en nature, le vin, l'alcool et les teintures stimulantes qu'il est logique de la combattre; les stupéfiants, l'opium à haute dose, les émissions sanguines sont contre-indiqués.

Toutefois, le traitement cordial et stimulant n'est pas héroïque, car le délire n'est qu'un symptôme de cet état très-complexe de l'économie que présentent les ivrognes. Les complications gastriques sont très fréquentes chez eux et s'accommodent mal d'une médication trop excitante. Le délire cesse, mais l'adynamie lui succède avec la sécheresse de la langue, la constipation, l'anorexie absolue, la soif intense, etc.

L'altération du sang par des produits puisés dans la plaie explique convenablement le délire quand celui-ci se montre vers le troisième jour, et plus tard quand il coïncide avec la fièvre traumatique primitive et secondaire, avec l'élévation de la température et l'accélération du pouls; mais il est impossible de reconnaître les mêmes conditions pathogéniques dans d'autres cas, qui sont loin d'être rares.

Le délire éclate à la suite de blessures ouvertes peu d'heures après l'accident, alors qu'aucun produit septique n'a pu être absorbé ni même engendré; il se développe encore après des lésions traumatiques sous cutanées fort simples : contusions, entorses, fractures ne s'accompagnant d'aucune inflammation locale, d'aucune altération du sang.

L'action à distance sur le cerveau ne peut alors se concevoir que par l'intermédiaire du système nerveux.

Le délire sympathique qui se déclare si facilement chez les ivrognes à l'occasion d'une blessure, d'une fracture, d'une pneumonie, ne peut être expliqué, dit Monneret, que par l'excitabilité plus grande du cerveau et de la moelle et de la mise en jeu du pouvoir réflexe. On comprend que l'opium puisse calmer et guérir ce trouble psychique.

M. Verneuil adopte entièrement cette manière de voir. Les lésions traumatiques à leur début sont, à son avis, des affections locales et peuvent rester telles pendant toute leur durée; mais très-souvent aussi elles entraînent la participation de l'économie tout entière; elles s'accompagnent donc de phénomènes locaux, de phénomènes généraux, de symptômes de voisinage, de symptômes à distance, tels que la syncope, le frisson, le vomissement, le hoquet, l'émission involontaire des urines et des fécès, les spasmes traumatiques, les attaques épileptiques ou éclamptiques, certaines douleurs siégeant hors de la sphère anatomique de la région blessée, etc. Aucun organe n'est soustrait à ces retentissements lointains qui se traduisent d'ordinaire sous forme de contractions musculaires, de congestions viscérales ou de flux sécrétoires avec ou sans modification chimique. Tous ces troubles peuvent apparaître et disparaître subitement sans provoquer de mouvement fébrile et sans intéresser les organes voisins. Ils offrent la plus complète similitude avec les phénomènes dits réflexes que l'on provoque expérimentalement. Il n'est pas douteux que le délire puisse naître par action réflexe. On ne voit pas pourquoi l'encéphale échapperait à la loi générale établie plus haut; ensuite l'existence des troubles fonctionnels de cet organe ou névroses cérébrales n'est point contestable; enfin, les caractères mêmes de certains délires confirment absolument cette hypothèse.

En effet, on le voit apparaître subitement, de très-bonne heure ou très-tardivement, et s'évanouir sans laisser de traces. Il se montre souvent à heure fixe, la nuit, pour cesser totalement le matin, attestant ainsi, ne serait-ce que par son intermittence, la nature essentiellement temporaire de la cause. Enfin, il récidive sous des influences précises sans troubler notablement la santé générale et parfois sans provoquer la moindre fièvre.

Par ces motifs, M. Verneuil admet chez les alcooliques une forme de délire réflexe très-différente du délire septicémique, beaucoup moins grave, très-susceptible de guérison spontanée et cédant sans peine à des agents comme l'opium, le bromure de potassium ou le chloral qui, tous, ont sur les actions réflexes en général une influence réelle.

En terminant cette première partie de son argumentation, M. Verneuil croit devoir protester, avec M. Gubler, contre une pratique qui s'intitule *Médecine des symptômes*, et qui voudrait opposer partout et toujours une sorte de spécifique à chaque manifestation morbide. Il n'y a guère plus d'antidote qu'il n'y a de symptôme pathognomonique; il n'y a que des phénomènes morbides à cause le plus souvent multiple et qu'on ne peut combattre franchement qu'en tenant compte de leur origine première.

En admettant deux formes de délire ébrieux souvent distinctes et isolées, M. Verneuil reconnaît la possibilité de leur association; il ne lui répugne nullement de croire que le *delirium tremens* né sous l'influence réflexe peut se continuer et s'aggraver par l'altération septicémique du sang, ce qui nécessite un revirement dans la médication.

Il est tout aussi certain qu'une congestion réflexe prolongée ou une série de congestions récidivant à courte échéance peuvent changer en altération grave du parenchyme nerveux la simple réplétion de son appareil vasculaire. Ceci explique encore la gravité du *delirium tremens* chez les ivrognes dont l'encéphale est de longue date plus ou moins altéré.

La séance est levée à cinq heures et quart.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

Le journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois.. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 5 août 1871.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Médications qui réussissent.

« Hâtons-nous d'employer ce remède pendant qu'il guérit, » disait Trousseau.

En effet, combien de traitements n'a-t-on pas vu devenir à la mode, puis être universellement abandonnés.

Il n'est pas nécessaire qu'une médication soit réellement efficace pour qu'elle soit devenue l'objet d'un engouement momentané. L'observation porte en thérapeutique sur tant d'éléments différents que mille causes d'erreurs peuvent la rendre vaine. Et c'est pourquoi, de la meilleure foi du monde, on a pu vanter des remèdes qui n'influaient pas en bien sur la guérison, mais au contraire la rendaient plus lente et plus difficile.

En effet, le thérapeutiste se trouve entre ces deux écueils : 1° attribuer à ce qu'il emploie ce qui est simplement le résultat d'une évolution naturelle ; 2° attribuer à l'évolution naturelle de la maladie ce qui est le résultat des moyens employés.

La contre-épreuve est difficile, car la marche d'une maladie est rarement identique chez deux individus.

Le danger est presque le même de part et d'autre ; car, peu importe à celui qui meurt d'être victime d'une *omission* ou d'une *commission* funeste. Et même lorsqu'il ne s'agit pas de la vie, mais de la santé habituelle, ou, chez une femme, de la beauté, les regrets n'en sont pas moins grands, que le rôle du médecin soit actif ou passif dans l'atteinte éprouvée.

Il ne faut donc pas croire qu'on soit hors de tout blâme parce que, de crainte de nuire, on s'est entièrement rattaché à cette méthode expectante naguère préconisée à Vienne.

L'expectation doit être un moyen de contrôle, mais ce ne peut être le dernier mot du praticien; car autrement, à quoi bon la médecine en tant que profession.

L'expérience de tous les jours, longtemps continuée, peut seule faire connaître d'une manière définitive les médications qui réussissent. Et c'est pourquoi il est bon de revenir sur les mêmes sujets à plusieurs années d'intervalle, afin de dire si l'expérience est encore favorable ou non.

C'est ce que je vais faire aujourdhui pour quelques points de pratique qui me semblent avoir une certaine importance.

Du jus de citron contre l'angine couenneuse.

Voilà dix-sept ans que j'emploie le jus de citron contre l'angine diphthérique. Plusieurs années se sont écoulées depuis que j'ai fait connaître les premiers résultats de cette méthode, dans un mémoire que j'ai lu à l'Académie de médecine à l'instigation de Trousseau, puis publié dans la *Gazette*.

Dans cet intervalle, bien d'autres moyens ont été successivement préconisés, et je les ai vu mettre en usage dans les différents hôpitaux ; aussi puis-je affirmer maintenant que pas un ne donne des résultats meilleurs.

Les médecins qui l'ont essayé le préfèrent, du reste, à tout autre, et parmi eux je pourrais citer plusieurs médecins des hôpitaux tant de Londres que de Paris.

Dans l'angine couenneuse simple, les fausses membranes, une fois détachées par le jus de citron, ne se reproduisent pas. Dans l'angine diphthérique, au contraire, il faut insister sur les lotions et les gargarismes ; car les fausses membranes, de plus en plus molles et de moins en moins adhérentes, peuvent se reproduire jusqu'à quatre et même cinq fois.

La quantité de jus de citron à employer varie, suivant les cas, dans des proportions considérables. J'ai rapporté des observations dans lesquelles j'avais fait user jusqu'à trois douzaines de citrons en quatorze heures. Dans les cas graves, je conseille toujours de faire avaler une partie de chaque gargarisme, afin d'atteindre plus sûrement les fausses membranes situées en arrière et un peu bas. Cette précaution est d'autant plus utile que beaucoup de personnes se gargarisent dans l'*avant-bouche*, pour ainsi dire, sans rien laisser pénétrer dans le pharynx, dont l'orifice antérieur s'entrouvre seulement pour le passage de l'air à travers le liquide maintenu au dehors.

C'est pourquoi, même chez les adultes, il est quelquefois aussi commode de porter le jus de citron sur les fausses membranes à l'aide d'une éponge ou d'un pinceau qu'on y exprime. C'est la seule manière de s'en servir chez les enfants. Mais il faut renouveler cette opération très-fréquemment pour réussir dans une véritable angine diphthéritique, et il faut user beaucoup de citrons, car l'inflammation diphthéritique vraie est lente à perdre son caractère spécial, qui tend à reproduire de nouvelles fausses membranes sur les surfaces mises à nu.

La pourriture d'hôpital, dans celle de ses formes qui ressemble tant à la diphtérie, est, elle aussi, rapidement modifiée par le jus de citron. Tous les chirurgiens le savent et j'ai eu l'occasion de le vérifier pendant le siége. La forme ulcéreuse, au contraire, et les ulcères phagédéniques, de cause vénérienne, de cette forme, ne m'ont pas donné des résultats aussi pleinement satisfaisants. Cependant le jus de citron peut être encore utile, au moins comme adjuvant dans un certain nombre d'ulcérations non diphthéritiques ni couenneuses. C'est ainsi que j'ai guéri des ulcères variqueux déjà très anciens par des pansements successifs au jus de citron et au carbonate de plomb. Le jus de citron avait alors le double avantage de nettoyer la plaie en dissolvant le sel métallique précédemment posé et d'exciter d'une manière utile la surface ainsi mise à nu.

Du carbonate de plomb dans l'érythème.

J'ai déjà dit que le carbonate de plomb était souvent très-utile pour hâter la cicatrisation des plaies. Je dois ajouter que peu de moyens calment aussi vite un érythème, quelle qu'en soit du reste la cause.

On dirait que le plomb est ami de la peau, si je puis m'exprimer ainsi. Le sous-nitrate de bismuth ou les poudres inertes, telles que farine de riz, fécule, etc., sont bien loin d'avoir la même action quand on les emploie, comme isolants, dans l'érythème du scrotum, par exemple, ou des environs de l'anus, cet érythème entretenu par la sueur, par les frottements, et qui cause tant de gène à certaines personnes.

Dans d'autres cas, où l'isolement ne peut plus avoir aucun rôle, par exemple dans un érythème de la face qui paraissait causé par une irritation du réseau lymphatique superficiel chez un vieillard sujet depuis longtemps à des érysipèles qui souvent débutaient ainsi, l'application du carbonate de plomb a ramené la peau très-vite à l'état normal.

Aussi, dans les érysipèles proprement dits, ai-je l'habitude de saupoudrer de carbonate de plomb les parties malades avant d'y étendre une couche de collodion riciné.

Reste à savoir si le collodion, en enfermant le sel métallique entre ses mailles, ne lui enlève pas son utilité propre. Comme j'emploie alors une médication assez complexe, je fais mes réserves sur la part que chaque moyen peut avoir dans les résultats.

Mais le carbonate de plomb seul, sans collodion, sans remède interne, m'a parfaitement réussi chez un jeune enfant mal nourri, pâle, qui présentait un gonflement rose avec épaississement et induration de la peau du scrotum, des fesses et du haut des cuisses. L'absence de chaleur et de rougeur bien nette, même sur les limites du mal, faisait ressembler ce gonflement bien moins à une inflammation érysipélateuse qu'à un œdème dur ou sclérosique. Quand je vis cet enfant, il y avait près d'une semaine qu'on avait remarqué ce gonflement, qui s'étendait de plus en plus. Après trois jours de pansement au plomb toute trace d'induration et de gonflement avait disparu.

J'ai souvent aussi employé le carbonate de plomb avec grand avantage, comme dernier pansement, dans des affections aiguës ou chroniques de la peau, telle que eczéma, pityriasis ou psoriasis ; mais ici encore, la médication étant complexe, il devient moins facile de faire la part du plomb.

De la teinture d'ambre contre le symptôme : convulsion.

L'efficacité de la teinture d'ambre contre les phénomènes convulsifs est de mieux en mieux démontrée pour moi.

Depuis le jour où j'ai publié dans la *Gazette des Hôpitaux* ma première note sur ce sujet, j'ai recueilli les faits les plus curieux et les plus probants.

Il est maintenant certain pour moi que l'ambre agit en modérant les actions reflexes et, par conséquent, probablement l'impressionnabilité même des centres nerveux.

Le bromure de potassium paraît avoir une action semblable, mais beaucoup plus lente à s'établir.

L'ambre agit très-vite, en moins d'une heure et souvent en quelques minutes.

Je l'ai employé pour arrêter tout nouvel accès chez un jeune homme atteint de syphilis tertiaire grave, et qui avait été pris trois heures plus tôt de phénomènes épileptiformes ou, pour mieux dire, éclamptiformes.

FEUILLETON

MASSACRE D'UNE AMBULANCE (1)

Baudot ne revint que le surlendemain à Dijon, chez M. le docteur Chanut, professeur honoraire à l'École de médecine, chez qui Morin avait reçu l'hospitalité la plus affectueuse. « Nous craignions, me dit le docteur Chanut, que ce brave garçon n'eût été victime de son attachement pour son chef. Aussi combien fut grand notre bonheur quand nous le vîmes reparaître. Il était blessé et avait la tête empaquetée. Nous ne pûmes retenir des larmes de joie en le voyant si heureusement échappé au massacre. » Les détails qu'a bien voulu me fournir mon obligeant confrère confirment complétement ceux qui sont consignés dans ce rapport.

La déposition suivante n'est pas une preuve moins triste. Elle est de M. Fleury, étudiant en médecine, infirmier-major au 2e bataillon, 3e légion de Saône-et-Loire :

« Resté debout un des derniers, dit-il, je ne me laissai tomber qu'après avoir reçu un coup de crosse sur la tête et deux coups de baïonnette au flanc gauche, dont un seul m'atteignit et porta heureusement sur une des dernières côtes. Je restai couché au milieu de mon sang et de celui de mes camarades, déjà étendus par terre, pendant que l'on brisait à coups de crosse deux cantines de médicaments et d'objets de pansement marqués à la croix de Genève.

« Après avoir délibéré quelques secondes entre eux, les Prussiens firent lever l'un de nous, que je crois être le vaguemestre Baudot, et l'entraînèrent au dehors. Ce fut ensuite mon tour. Arrivé à la porte extérieure, je me trouvai en présence d'un peloton de vingt hommes environ, alignés. Je compris et voulus rentrer. Mais tout était prévu ; il y avait des baïonnettes derrière moi. On me fit signe d'avancer. J'avançai sans hésiter et m'arrêtai à cinq pas d'eux en croisant les bras. Une détonation retentit; j'avais l'épaule droite, près du cou, traversée par une balle. Cette nouvelle blessure n'était pas mortelle. L'idée me vint de faire le mort et je me laissai tomber. Au bout d'une minute, je me sentis tirer par la jambe. Craignant d'être achevé à coups de baïonnette, je me relevai, préférant recevoir une balle qui terminerait tout. Puis me ravisant subitement, en deux bonds je fus au fond de la cour. Mais déjà deux balles avaient sifflé à mes oreilles : l'une m'avait atteint à la joue droite, l'autre avait percé mon capuchon. Cela ne m'empêcha pas de franchir la claire-voie qui ferme la cour et de gagner les jardins, d'où je sortis ensuite en escaladant les murs. Je pris alors à travers les vignes, et après deux heures d'une marche pénible, j'arrivai à Pouilly, qu'occupaient les Français. »

L'horreur de ces détails ne doit pas m'empêcher de citer encore la déposition de M. Jean Morin, infirmier. Elle n'est ni moins triste, ni moins probante que les précédentes : « Je me trouvai près de la porte d'entrée. Je reçus au front un coup de crosse qui me renversa. En même temps j'entendis les plaintes de mes camarades, mais les brigands criaient plus fort qu'eux. Lorsque tous furent tombés, ils revinrent à moi et me forcèrent brutalement à me relever. Je suppliai ces monstres de me laisser le peu de vie qui me restait et de me faire prisonnier. Pour toute réponse je reçus deux coups de crosse de fusil dans l'estomac. Je tombai de nouveau, et des flots de sang me sortirent par la bouche et par le nez. J'avais déjà le front fendu depuis les cheveux jusqu'à l'œil, et comme je relevais la tête, un coup de fusil fut tiré de mon côté. La balle me passa sur l'épaule droite et alla frapper au cœur M. Morin, qui tomba mort à mes pieds.

« Leur œuvre achevée, ils ont bu et mangé dans la maison..... »

La maison Callais fut livrée au pillage. Les soldats pénétrèrent dans toutes les pièces, et notamment dans une pièce du fond (four et cave) où Mme Callais avait entraîné un infirmier dans l'espoir de le soustraire à la fureur des assassins. Ce malheureux fut arraché brutalement et traîné au dehors. « Seul, j'ai pu réussir à échapper au massacre, écrit M. Alacoque. Voyant deux femmes se précipiter dans une cave, je les suivis.... Au bout de quelques minutes, les Prussiens croyant avoir massacré toute l'ambulance se mirent à visiter la maison. Cinq d'entre eux s'apprêtaient à me tuer, prononçant avec rage les mots revolver, chassepot. A force de prières et de supplications, j'obtins d'être fait prisonnier. Je pouvais à

(1) Suite. — Voir les numéros des 9 et 11 mai 1871.

Toutes les vingt minutes à peu près survenait un nouvel accès, avec cri prolongé, perte de connaissance, morsure de la langue, convulsions, coma, stertor et profond sommeil. Dans l'intervalle, comme les épileptiques ou comme les saturnins éclampiques qui sont dans une des formes de ce qu'on a nommé *l'état de mal*, il restait sans pensée, sans voix, l'œil atone et dans un état d'anéantissement complet.

Ici la cause était tangible, pour ainsi dire. Ce jeune homme avait eu, du reste, après une éruption confluente de tubercules, un grand nombre de gommes, dont plusieurs avaient suppuré, et des exostoses ou périostites. La seule question embarrassante était donc celle de savoir s'il s'agissait d'une exostose ou d'une gomme; mais, certainement, les centres nerveux devaient être mis en branle par la présence d'un néoplasme vénérien.

J'espérai, néanmoins, calmer pour le moment ce désordre nerveux, menaçant pour la vie, en employant l'ambre à hautes doses, et j'y réussis.

Une potion, contenant *cinq* grammes de teinture d'ambre pour *cent* grammes de véhicule, fut prise en huit heures, par cuillerées à café données d'abord toutes les dix minutes, puis toutes les vingt minutes, puis toutes les demi-heures.

Quand ce temps se fut écoulé, voyant qu'aucune nouvelle attaque ne s'était produite, et que le malade, bien qu'étant encore affaissé et sans parole, se remettait pourtant visiblement du choc éprouvé, je crus que le temps était venu d'associer à l'ambre le bromure de potassium, dont l'action plus lente est par là même plus prolongée, et de commencer contre la tumeur la médication spécifique.

Je m'arrêterai ici dans cette observation, me bornant à dire que le malade se rétablit parfaitement, mais pour être atteint quelques mois plus tard d'une apoplexie cérébrale avec paralysie de la moitié droite du corps. Actuellement encore il est en traitement pour les suites de ce nouvel accident.

Certes, ce cas est très-curieux en ce qu'il montre bien qu'on peut calmer le symptôme *convulsion* en en laissant subsister la cause; mais il en est d'autres qui m'ont frappé bien plus encore.

Ainsi, dans la principale ambulance que j'eus à diriger comme médecin en chef, un jeune soldat, atteint de fièvre typhoïde, fut pris subitement d'un délire furieux. Les infirmiers, ne pouvant le contenir, furent obligés de lui mettre la camisole de force : et pourtant ce délire cessa sous l'action de la teinture d'ambre. Ce jeune homme mourut, deux semaines après, de perforations intestinales, étant en pleine convalescence.

Appelé, en l'absence d'un de mes confrères de la rue du Bac, chez une malade qu'il soignait pour des accidents puerpéraux, je la trouvai en proie à un délire furieux du même genre. Je combattis le symptôme, réservant le reste à mon confrère, qui est revenu peu d'heures après; et le délire cessa, bien que les accidents, trop graves pour être conjurés, eussent suivi leur cours, jusqu'au jour où ils se terminèrent par la mort.

Chez une autre malade, âgée de 76 ans, dame de compagnie, après avoir été l'institutrice de Mme la baronne de C..., je fus également appelé pour un délire furieux survenu subitement, en même temps qu'une paralysie presque complète de la moitié droite du corps.

Comme je n'ai pas fait l'autopsie, je me garderai bien de préciser ici la nature et le siége de la lésion encéphalique à laquelle elle devait succomber. Je sais trop combien ces exquises finesses de diagnostic sont souvent démenties par l'ouverture du cadavre. Mais il est certain que le cerveau venait d'être gravement atteint, comme le prouvait la paralysie, qui persiste.

Eh bien, encore dans ce cas, l'ambre fit tomber le délire. Pendant quelques heures, on put espérer que tout se bornerait à une paralysie; mais le lendemain soir existait une aphasie complète, avec conservation de l'intelligence; puis l'intelligence s'éteignit, et soixante heures après cette femme était morte.

Il me semble que ces faits et ceux du même genre, où l'on combattit isolément un seul symptôme sans combattre la cause, sont plus probants que tous les autres pour prouver l'efficacité du remède employé contre ce seul symptôme.

L'ambre est un des meilleurs moyens qui puissent modérer l'agitation nerveuse sous ses diverses formes : attaques épileptiques ou éclamptiques, convulsions histériques ou autres, délire furieux.

Nous nous arrêtons là, pour ne pas prolonger indéfiniment cet article.

Dr VICTOR REVILLOUT.

APERÇU GÉNÉRAL

SUR

L'INFLUENCE DES COURANTS ÉLECTRIQUES

DANS LES AFFECTIONS DE LA MOELLE.

Par M. le docteur ONIMUS.

Il est inutile d'insister sur les inconvénients que peuvent avoir les courants induits appliqués directement sur la moelle. Ce serait là, dans tous les cas, une pratique aussi imprudente que dangereuse, et qui amènerait une excitation des plus violentes. A la période d'excitation succéderait un moment d'abattement qui pourrait amener les conséquences les plus funestes. Il faut donc se garder d'électriser directement les centres nerveux avec les courants induits.

Si dans les affections spinales on veut employer les courants induits, on ne peut le faire qu'indirectement en électrisant les membres. L'électrisation cutanée dans certains cas d'anesthésie, celle des muscles dans l'affaiblissement des filets moteurs est quelquefois assez avantageuse.

Mais, c'est surtout dans les affections des centres nerveux que l'emploi des courants continus est incontestablement supérieur à celui des courants induits; c'est donc leur mode d'application seulement que nous allons indiquer dans ce paragraphe.

La première question qui se présente à l'esprit et qui a beaucoup préoccupé quelques médecins, est de savoir si en appliquant les rhéophores sur la colonne vertébrale, le courant pénètre jusque dans la moelle. L'électricité doit, en effet, pour cela, traverser plusieurs régions et une certaine épaisseur de substances plus ou moins mauvaises conductrices, la peau, une couche profonde de muscles et les vertèbres.

Il n'est peut-être pas de meilleure preuve à la pénétration des courants continus jusque sur la moelle que les faits que nous avons observés dans la chorée chez les chiens; car, que les électrodes soient appliqués en dehors de la moelle ou directement et à nu sur la moelle, les phénomènes dépendant de l'électrisation ont été les mêmes. Dans les deux cas, l'influence de la direction des courants était analogue, et cela démontre bien que les courants agissent sur les centres nerveux à travers les parties qui les enveloppent.

D'ailleurs nous avons insisté, dans les premières parties de cet ouvrage, sur la diffusion des courants continus dans l'organisme. Nous avons cité l'expérience dans laquelle, plaçant des aiguilles communiquant avec un galvanomètre dans la partie postérieure de l'animal, nous obtenions une déviation de l'aiguille du galvanomètre en électrisant un des membres antérieurs. Nous avons en même temps insisté sur la différence que présentaient sous ce rapport les courants continus ou les courants induits, et c'est pour nous une grande satisfaction d'avoir vu depuis cette époque, ces mêmes faits être également observés par M. Helmholtz.

Voici comment s'exprime cet illustre savant, dans une lecture faite à Heidelberg (*Revue des cours scientifiques*, 11 juin 1870): « Des expériences récemment faites au laboratoire physiologique, sur la transmission de l'excitation dans les nerfs, ont appelé mon attention sur ce fait que les courants intermittents d'induction électrique produisent peu d'effet sur des nerfs situés à une certaine profondeur dans le corps humain, tandis qu'il est facile, à l'aide d'une pile de dix à vingt éléments de zinc et de platine, de provoquer dans ces mêmes nerfs des commotions ou même le tétanos. Pourtant la force électro-motrice d'un appareil d'induction qui donne de petites étincelles entre les extrémités rapprochées de la spinale induite, est beaucoup plus grande que celle d'une pile de dix à vingt éléments, laquelle ne produit jamais d'étincelles visibles au moment où l'on ferme le courant. »

Dans ce même mémoire, nous remarquons encore la confirmation d'autres faits sur lesquels nous avons beaucoup insisté, et qui se rapportent à la différence d'action des courants selon leur direction.

« Dans ces expériences, dit M. Helmholtz, les maxima des courants qui montent dans les nerfs se distinguent de ceux qui en descendent par une action physiologique plus intense, de sorte qu'on peut reconnaître les changements dans la direction des courants par ces maxima. »

Il est donc évident que les courants continus pénètrent à travers les tissus et les vertèbres pour agir sur la portion de la moelle, qui se trouve placé entre les deux électrodes. C'est là un premier point qu'il était important d'élucider.

Pour comprendre l'action des courants continus dans les affections de la moelle, il faut nous reporter aux différentes lésions que l'anatomie pathologique nous fait connaître.

Dans les affections chroniques, lentes, progressives, le début de la maladie commence toujours par des troubles dans la circulation, qui peu à peu entraînent des altérations de nutrition, des éléments nerveux, puis ces éléments viennent à disparaître complétement; mais même dans les régions où les lésions sont le plus grandes, il reste encore des éléments nerveux qui n'ont pas encore été complétement altérés, et qui peuvent revenir à l'état normal sous l'influence de bonnes conditions de nutrition et de milieu. En effet, on trouve dans ces régions à côté de tubes nerveux complétement détruits ou de cellules nerveuses entièrement atrophiées, des tubes nerveux qui ont encore leur cylinder axis complet et des cellules dont l'atrophie n'est que commençante.

Au début de l'affection, lorsque les éléments nerveux ne sont pas encore altérés et que la circulation seule est troublée, il est bien plus facile de ramener l'état normal, et cela même très-rapidement.

Dans les irritations spinales, dans les congestions passives, nous avons eu plusieurs fois l'occasion de constater une amélioration notable au bout de quelques séances. Ces faits prouvent évidemment l'influence des courants continus sur la circulation de la moelle.

L'influence des courants continus sur la circulation a été étudiée assez longuement pour que nous n'ayons pas à y revenir ici. Il suffit de se rappeler les expériences démontrant que la circulation momentanément arrêtée ou ralentie revient normale sous l'influence des courants continus, pour comprendre leur action thérapeutique dans les troubles vasculaires de la moelle.

La continuité et la constance d'action de ces courants a en même temps une grande importance. Elle maintient les éléments nerveux dans un état de calme relatif, elle n'agit pas sur la fonction, l'empêche presque, mais facilite au contraire la nutrition intime des tissus. Nous avons indiqué l'importance de cette action dans le paragraphe précédent, où nous avons étudié l'influence des nerfs sur la nutrition.

En électrisant le centre spinal, non-seulement on agit sur la lésion locale, mais on modifie en même temps les symptômes pathologiques qui ont lieu à la périphérie. Ainsi, dans la chorée, dans l'hystérie, dans l'ataxie locomotrice, nous n'appliquons jamais ou très-rarement les électrodes sur les membres.

Lorsque la lésion a commencé par une altération de la moelle, il est évident qu'il est toujours préférable d'agir directement sur elle, puisqu'elle a été atteinte en premier lieu; mais, même dans les cas où la moelle n'est affectée que consécutivement, il est encore préférable de n'électriser que les centres nerveux. Il y a plus; comme nous l'avons souvent constaté dans les lésions périphériques et sans aucun retentissement sur la moelle, il est avantageux le plus souvent d'électriser uniquement les centres nerveux, et nous aurons l'occasion de citer quelques observations qui démontreront cette proposition d'une manière très-nette.

La moelle ne renferme pas seulement des nerfs moteurs et

---

peine me soutenir. Trois Prussiens m'aidèrent à monter l'escalier et me forcèrent à traverser la salle qui venait d'être le théâtre de cet horrible carnage. Je ne saurais donner une idée de l'impression terrible que j'éprouvai à la vue de mes amis baignant dans leur sang. Je les crus tous morts. Je termine en affirmant qu'aucune provocation, qu'aucune décharge d'armes ne sont parties de l'ambulance. Il n'y a pas même eu d'injures de notre part. Rien par conséquent ne saurait atténuer l'horreur du massacre de l'ambulance d'Hauteville, commis au mépris de la convention de Genève. » (Dépos. de M. Alacoque).

Le domestique de la maison Callais, un enfant de 17 ans, est emmené prisonnier, et depuis, malgré les recherches les plus actives, ses maîtres sont restés sans nouvelles de lui. Au 18 juin, jour de notre enquête, ils n'avaient encore reçu aucun renseignement.

Cette scène de massacre avait duré une demi-heure environ, au bout de laquelle les Prussiens évacuèrent la salle en ayant la précaution de placer une sentinelle à la porte. L'assassinat avait été consommé au milieu de hourras frénétiques.

Mme Callais rentre alors. Elle trouve le cadavre de Morin près de l'horloge; un infirmier gît vers le placard; deux autres sont étendus entre l'alcove et la porte de sortie. Tous trois sont plus ou moins grièvement atteints. Un quatrième caché derrière le lit peut s'évader grâce à des habits prêtés par les maîtres de la maison. « Chacun se jette où il peut, dit M. Berland. Je réussis à me glisser furtivement entre le montant, formant le pied du lit où était la jeune fille et le mur de l'alcove. Un simple rideau me masquait. J'ignore comment j'ai pu éviter les regards et surtout les recherches. De là, j'entendis les cris des malheureuses victimes. Je distinguai la voix de mon infortuné ami le docteur Morin, tombant en flétrissant ses meurtriers du nom d'assassins. Il ne me fut guère possible d'analyser les circonstances de cette affreuse scène. Il n'est resté dans mon esprit que des souvenirs confus, l'horrible sensation de la poudre et du sang. Je ne saurais dire non plus s'il y avait un chef parmi les assassins. Je n'ai vu que des casques identiques et n'ai pu distinguer aucun signe particulier. Leur infernale besogne achevée, les meurtriers sortirent, et quelques instants après les habitants revenaient assister la jeune fille. Je sortis de ma cachette et vis les pauvres victimes baignées dans une mare de sang. Au pied du lit MM. de Champvigy et Dheret gémissaient à voix basse. Ils avaient été laissés pour morts. Je leur dis un adieu que je crus être le dernier (Dépos. de M. Berland).

Le cadavre de Milliat gît dans la cour extérieure près du puits, attenant à la maison. Les cantines de l'ambulance avaient été défoncées, elles sont vides, rien n'a été respecté, pas même les linges de pansement.

M. et Mme Callais s'asseyent devant le foyer et passent la nuit auprès des victimes. Des soldats, en présence d'un officier, dépouillent Morin et ses aides. Ils enlèvent au premier une montre en or et un porte-monnaie. Sur les observations faites par M. Callais que les malheureux appartiennent aux ambulances et doivent être respectés au moins après la mort, l'officier répond : « C'est notre droit. Du reste cela enrichira la compagnie. »

« La valise du médecin-major, contenant les fonds de l'ambulance, fut également soustraite. Ayant tenu les comptes de notre médecin-major, j'évalue à 1,500 fr. environ la somme que pouvait renfermer cette valise. » (Dépos. de M. Berland.)

Le portefeuille de Morin, oublié ou négligé par les misérables, fut retrouvé par Mme Callais. Il était traversé d'un coup de baïonnette. Alors que M. Jean Morin était étendu presque sans connaissance, « ces bourreaux se mirent à le fouiller et prirent tout ce qu'ils trouvèrent.

« Il n'y eut que ses souliers qu'ils ne parvinrent pas à arracher. » (Dépos. de Jean Morin.)

A côté de l'habitation Callais, dans la maison même d'Eugénie Picamelot, agonise un officier, le brave chef de bataillon Braconnier, commandant le 1er bataillon de la 3e légion de Saône-et-Loire. Il est brutalement dépouillé de tout, même de ses vêtements, par les soldats scrupuleux du major von Erckert (1).

Dr CHRISTÔT,

Ex-chirurgien en chef de la 3e ambulance lyonnaise.

(*A suivre.*)

(1) Le docteur Bernheim, chirurgien en chef adjoint de la 3e ambulance lyonnaise, appelé, le 22, auprès de ce brave officier, a été assez heureux pour apporter quelque soulagement à ces dernières souffrances.

des nerfs sensitifs, mais elle fournit également des filets nerveux qui se rendent aux ganglions et qui, par conséquent, ont une influence directe sur les phénomènes vasculaires. C'est ainsi que pour agir sur la circulation de la tête et surtout des yeux, il est préférable d'électriser le centre cilio-spinal que de placer directement les électrodes sur la face ou près des yeux.

(*A suivre.*)

DOCUMENTS

POUR SERVIR A L'HISTOIRE DU MOUVEMENT SCIENTIFIQUE PENDANT LE SIÉGE DE PARIS (1).

6 JANVIER.

VII. **Bulletin des décès.** — Dans le cours de cette semaine, la mortalité causée par la variole a baissé de 454 à 329; la différence, 125. Voilà tout ce qu'il y a de bon (c'est toujours quelque chose de gagné) dans le *Bulletin hebdomadaire* du 1er au 6 janvier. Le total des décès s'est élevé de 3,280 à 3,680; différence, 400, dont 289 au compte des maladies chroniques ou accidentelles (ce que le *Bulletin* appelle *autres causes*). En effet, le chiffre de ces autres causes était, du 25 au 31 décembre, de 1,897, tandis qu'il est monté à 2,186. Si l'on ajoute à cela que la diarrhée a fait 151 victimes au lieu de 98 (différence, 53), on peut craindre qu'une alimentation insuffisante ou de qualité inférieure ne commence à exercer sa fâcheuse influence. Toutefois nous constatons que la fièvre typhoïde (cette fièvre de l'encombrement et de la misère) est restée stationnaire : 259 du 25 au 31 décembre; 251 du 1er au 6 janvier.

Les décès causés par la bronchite et la pneumonie se sont accrus de 85 et de 61. Espérons que c'est, comme nous le disions dans notre dernière Note, la fin du triste solde de ces maladies contractées pendant la période de froid que nous avons traversée. Nous avons remarqué, du reste, que beaucoup de soldats renvoyés trop tôt des ambulances étaient de nouveau très-rapidement atteints et nous revenaient dans un état presque toujours fort grave (2). En second lieu, notre observation personnelle nous a appris que, chez les individus qui font partie de l'armée active, les pneumonies et les bronchites revêtent fort souvent un certain caractère pernicieux ou typhique qui précipite le dénoûment. Cela tient sans nul doute aux fatigues, aux privations et aux émotions de tout genre inséparables d'un siége prolongé.

Quant aux convalescents évacués précipitamment des hôpitaux ou des ambulances, on ne manquera pas d'objecter la nécessité de faire place aux plus malades. Mais je répéterai ce que j'ai déjà dit maintes fois : il y a encore beaucoup de lits vacants dans les ambulances; il y a beaucoup de locaux de disponibles, ne fût-ce que les *Magasins Réunis*, auxquels on a songé tardivement, et qui vont, à ce que l'on assure, recevoir bientôt soit des malades, soit des convalescents en assez grand nombre (3). Sans vouloir ici remplir le rôle de prophète de malheur (Dieu nous en garde!), nous osons rappeler qu'il y a plus de deux mois nous écrivions à la fin d'un article : « Il y aura bientôt beaucoup plus de malades que de blessés; qu'on ne se laisse pas surprendre. » Aujourd'hui encore nous renouvellerons le cri : *Caveant consules!*

S'il y a dans le *Bulletin hebdomadaire* quelques chiffres changés au profit de la mort, rassurez-vous, chers lecteurs, il n'y a rien de changé dans les documents que ce *Bulletin* nous fournit. Ouvrez-le, vous n'y trouverez aucune des améliorations que nous réclamons, mais vous y lirez toujours, et vous y lirez longtemps encore : « Les renseignements ne sont pas parvenus de Londres, de Bruxelles, de New-York et de Florence. » Si après cela vous n'êtes pas satisfaits, il faut avouer que vous êtes bien difficiles et très-exigeants.

Voici maintenant le tableau des décès du 1er au 6 janvier :

Variole	329
Scarlatine	13
Rougeole	31
Fièvre typhoïde	251
Erysipèle	9
Bronchite	343
Pneumonie	262
Diarrhée	151
Dysenterie	52
Choléra	3
Angine couenneuse	19
Croup	20
Affections puerpérales	11
Autres causes	2,186
Total	3,680

CH. DAREMBERG.

6 JANVIER.

VIII. **Légion d'honneur.** — Par décret en date du 5 janvier 1871, M. Aude, médecin de 1re classe de la marine, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur (s'est distingué pendant le bombardement des forts et du plateau d'Avron).

IX. **Bombardement.** — Les proclamations suivantes ont été affichées aujourd'hui sur les murs de Paris :

« Jeudi soir, 5 janvier.

« Le bombardement de Paris est commencé.

« L'ennemi ne se contente pas de tirer sur nos forts, il lance ses projectiles sur nos maisons, il menace nos foyers, nos familles.

« Sa violence redoublera la résolution de la cité, qui veut combattre et vaincre.

« Les défenseurs des forts, couverts de feux incessants, ne perdent rien de leur calme et sauront infliger à l'assaillant de terribles représailles.

« La population de Paris accepte vaillamment cette nouvelle épreuve. L'ennemi croit l'intimider, il ne fera que rendre son élan plus vigoureux. Elle se montrera digne de l'armée de la Loire qui a fait reculer l'ennemi, de l'armée du Nord qui marche à notre secours.

« *Vive la France! Vive la République!*

« Général TROCHU, JULES FAVRE, EMMANUEL ARAGO, JULES FERRY, GARNIER-PAGÈS, EUGÈNE PELLETAN, ERNEST PICARD, JULES SIMON. »

7 JANVIER.

X. **Ambulances.** — M. de Ranse publie, dans la *Gazette médicale*, ses visites aux ambulances.

AMBULANCE DE LA LÉGION D'HONNEUR, A SAINT-DENIS.

Cette ambulance, toute militaire, est installée, comme nous avons eu déjà l'occasion de le dire, dans l'établissement fondé par Napoléon Ier pour l'éducation des jeunes filles dont les pères font partie de la Légion d'honneur. Elle est surtout destinée à recevoir les soldats blessés dans les engagements dont la zone qui entoure Saint-Denis peut être le théâtre. Le nombre des lits est d'environ deux cent cinquante à trois cents, répartis dans le refectoire, la salle de dessin et quelques dortoirs. Ce nombre pourrait, au besoin, être considérablement accru, mais non sans s'exposer à l'encombrement, si préjudiciable aux blessés.

Nous avons visité l'ambulance deux jours avant la dernière grande sortie de nos troupes. Comme Saint-Denis est au centre de différents points qu'on devait attaquer, on avait évacué sur Paris le plus de blessés possible, et les salles étaient presque vides. Notre collaborateur et ami, M. Sistach, qui y a un service chirurgical important, a pu néanmoins nous montrer quelques cas intéressants.

Le premier est celui d'un soldat blessé le 30 novembre, à Épinay, par une balle, au niveau du pariétal gauche, à deux travers de doigt au-dessus de l'oreille. La balle, qui a été extraite difficilement au moyen d'une pince, était comme à cheval sur le bord du pariétal fracturé et présentait un sillon médian en rapport avec le même bord de cet os. Le malade avait conservé toute son intelligence; mais, tant que la balle est demeurée enclavée dans la plaie osseuse, il est resté aphasique. Il pouvait très-bien écrire son nom; il ne pouvait le prononcer. Dès que la balle a été extraite, il a parlé.

Dans la plupart des faits d'aphasie rapportés par les auteurs, les malades avaient perdu la faculté d'écrire les mots qu'ils ne pouvaient prononcer; ici nous voyons une corrélation moins étroite entre la faculté de parler et celle d'écrire. Ce cas est intéressant à un autre point de vue; si la lésion siége à gauche, elle n'intéresse pas la seconde ou la troisième circonvolution frontale et constitue ainsi une nouvelle exception à la localisation donnée par M. Broca à la lésion anatomique de l'aphasie. Ajoutons, avant de finir, que le blessé en question présentait une légère paralysie faciale du côté droit et que sa plaie d'ailleurs était en bonne voie de guérison, car nous l'avons vu dans la voiture où il venait de monter pour être évacué sur une ambulance de Paris.

M. Sistach nous a montré un blessé sur lequel il a eu à pratiquer la ligature de la fémorale au sommet du triangle de Scarpa. Ce militaire avait reçu une balle qui avait traversé la cuisse et lésé la fémorale au niveau de l'anneau. L'orifice d'entrée était à la face antérieure de la cuisse, l'orifice de sortie au côté interne et postérieur. Il y eut une hémorrhagie immédiate qui dura trois heures et fut arrêtée par la compression. Vers le dixième jour, il se produisit une hémorrhagie secondaire dont la compression permit également de se rendre maître; mais l'hémorrhagie reparut le lendemain, et M. Sistach pratiqua la ligature. Nous avons vu le blessé le dixième jour après l'opération; le fil n'était pas encore tombé; l'état de la plaie et l'état général étaient excellents.

A propos d'hémorrhagie, M. Sistach nous a dit avoir eu à combattre un grand nombre d'hémorrhagies secondaires pendant les grands froids. L'abaissement considérable de la température semblerait exercer une influence sur la production de cet ordre d'accidents consécutifs. On pourrait, à ce sujet, invoquer des théories pour ou contre : nous nous bornons, après notre confrère, à signaler le fait.

Nous avons vu bon nombre de blessures de la main pour lesquelles M. Sistach immobilise la main et l'avant-bras au moyen d'un appareil composé de ouate, d'attelles, de taffetas gommé et d'un bandage roulé, dextriné ou non. Une fenêtre est pratiquée en regard de la plaie; on panse simplement au styrax. Ce mode de traitement a l'avantage d'éviter toute douleur au blessé, de lui permettre de se promener sans craindre les mouvements de la partie malade, et de rendre les pansements extrêmement prompts et faciles.

AMBULANCE DE L'ODÉON.

La plupart des théâtres ont suivi le mouvement général et ont transformé leur foyer en ambulance. L'Odéon est l'un des premiers qui aient donné l'exemple de cette transformation. Le foyer des spectateurs est consacré aux soldats; celui des artistes aux officiers. Nous avons vu un blessé prussien installé très-confortablement dans la loge d'une actrice. Le service, composé de vingt lits, est confié à M. Léon Duchesne, qui a bien voulu nous en faire les honneurs. Il n'a eu à observer aucun accident infectieux; c'est que les conditions hygiéniques sont très-bonnes. Un seul point fait défaut : le calorique. Les deux foyers de l'Odéon, surtout celui des artistes, sont difficiles à chauffer, et le combustible est encore plus difficile à trouver. Mais c'est là une cause générale de souffrance pour tout le monde.

Les principales actrices de l'Odéon se sont constituées les infirmières de l'ambulance; elles sont de garde chacune à son tour : elles remplissent noblement leurs nouvelles fonctions. Quant aux acteurs, leurs devoirs de citoyens les ont appelés dans nos bataillons de la garde nationale ou de l'armée, et quand ils reviennent, ce n'est pas le théâtre, mais l'ambulance qu'ils recherchent. C'est ainsi que nous avons vu, au nombre des officiers blessés, M. Porel, qui s'était engagé dans les francs-tireurs et qui a reçu une blessure assez sérieuse au pied. Honneur à nos artistes, qui savent, les uns payer de leur personne sur les champs de bataille, les autres prodiguer leurs soins généreux à nos blessés, et qui trouvent encore parfois des loisirs pour accroître la part du pauvre en distrayant le riche, et se faire ainsi les instruments actifs, de vrais apôtres, de la charité!

AMBULANCE DU GRAND-HÔTEL.

On a beaucoup parlé et médit de cette ambulance; elle mérite tous les reproches qu'on a le droit, au nom de l'hygiène, d'adresser aux grandes ambulances ou aux hôpitaux, mais elle n'offre aucune cause particulière d'insalubrité, et si certaines opérations ont réussi rarement, le chiffre des succès, pris dans son ensemble, ne paraît guère inférieur à ce qu'on voit ailleurs.

Trois étages, sur tout le périmètre de l'hôtel, sont consacrés aux salles de malades. Les chambres, qui prennent le jour sur la rue, ouvrent dans un couloir dont les fenêtres donnent sur des cours.

La ventilation serait difficile, impossible même, si chaque chambre n'avait une cheminée dont le tirage permet le renouvellement de l'air. Ces chambres, de dimensions différentes, contiennent de un à cinq ou six lits. Les plus petites sont réservées à un seul blessé. L'agencement de ces pièces serait bon si elles étaient complétement isolées les unes des autres, mais les exigences du service font qu'elles se condamnent réciproquement. On retombe ainsi dans les inconvénients des grandes salles. Ajoutons que, malgré la largeur des voies qui entourent l'hôtel, sa situation au centre de Paris et l'absence d'un promenoir bien aéré où les blessés assez valides puissent aller respirer l'air extérieur, en faisant un exercice salutaire, sont autant de conditions extrêmement défectueuses. On pourrait répondre que le Grand-Hôtel ne reçoit que des blessés graves, ceux qui doivent le plus souvent subir de grandes opérations, et qu'on évacue plus tard, quand ils sont convalescents, dans de petites ambulances. Mais on chercherait alors à atténuer un vice par un vice bien plus grand encore, et nous sommes entièrement de l'avis de M. Berrut, dont nous publions plus haut une intéressante lettre : réservez pour de petites ambulances les blessés graves, et ne traitez dans les grandes ambulances et les hôpitaux que les blessures légères.

L'administration de l'Hôtel a donné son matériel à l'ambulance. Il ne laisse rien à désirer. Les lits sont larges, ce qui est un peu gênant pour panser les blessés; mais on s'habitue bien vite à ce léger inconvénient. La surveillance des salles et des soins à donner aux blessés est confiée à des dames du monde, qui là, comme partout où nous trouvons ces sœurs de charité improvisées, se montrent à la hauteur de la belle mission qu'elles ont elles-mêmes ambitionnée.

Nous avons assisté à la contre-visite de notre honorable confrère M. le docteur Félix Guyon, qui dirige l'un des sept ou huit services chirurgicaux de l'ambulance. Les résultats qu'il a obtenus sont plus satisfaisants que nous ne l'aurions pensé; il n'a perdu en définitive qu'une douzaine de blessés sur deux cents environ qu'il a eus à traiter, et il ne faut pas oublier qu'il s'agissait presque toujours de blessés gravement atteints. Il est des opérations qui ont généralement peu réussi, et que les chirurgiens du Grand-Hôtel hésitent à pratiquer : telles sont les amputations de la cuisse. Nous avons vu cependant, dans le service de M. Guyon, un blessé qui était au vingt et unième jour de cette opération, et dont l'état général, de même que l'état local, était excellent. A côté de ce blessé, d'autres auxquels le chirurgien avait également pratiqué de graves opérations, comme la résection de l'épaule, celle du coude, etc., étaient aussi en bonne voie de guérison.

Notre visite, quelque rapide qu'elle ait été, nous a permis d'apprécier la pratique chirurgicale de M. Guyon. Notre confrère n'est pas trop prompt à manier le bistouri; il cherche à réaliser tous les progrès de la chirurgie conservatrice. Il ne s'acharne pas non plus à poursuivre les balles dans les trajets sinueux à travers lesquels elles se perdent dans les tissus; il attend patiemment qu'elles révèlent leur présence et qu'un travail préparatoire, dont la nature fait tous les frais, indique le moment opportun de leur extraction : le blessé, auquel on épargne ainsi des incisions, des débridements prématurés, ne s'en porte pas plus mal.

M. Guyon ne se préoccupe pas exclusivement de l'état local de la plaie; il consulte aussi l'état général de ses blessés, et il pourvoit de bonne heure à tous les accidents qui peuvent menacer de se produire. Ses procédés de pansement sont les procédés classiques : immobilisation complète (au moyen de gouttières plâtrées quand il y a fracture) du membre blessé; cataplasmes quand il y a réaction inflammatoire; issue facile donnée au pus (position, drainage, injections); pansements avec de la charpie ou une simple compresse imbibée d'une solution alcoolisée et phéniquée, et recouverte de taffetas gommé, etc.

Quand on agit avec la prudence et la conscience de notre confrère, qu'il nous est d'autant mieux permis de louer que nous n'avons jamais eu avec lui que des rapports très-rares et très-indirects, le chirurgien n'est plus responsable des statistiques malheureuses qu'il peut avoir à déplorer dans son service; c'est notre organisation hospitalière tout entière qu'il faut accuser. Mais il est bon d'ajouter, afin que le chirurgien ne s'endorme pas dans une douce quiétude, que son irresponsabilité a des limites, qu'il ne doit pas se borner à des protestations platoniques contre un système d'assistance meurtrier pour nos blessés, et qu'en continuant à s'y associer, il se rendrait complice des désastres que notre esprit de routine nous fournirait la triste occasion d'enregistrer. Dans une discussion restée mémorable, la Société de chirurgie a émis de saines idées sur l'hygiène hospitalière : il est temps de passer de la théorie à la pratique, l'occasion est plus propice que jamais; commençons par les ambulances, où l'on n'a qu'à édifier et non à détruire d'abord, comme dans les hôpitaux, pour réédifier ensuite.

(1) Suite. — Voir le dernier numéro.

(2) Aujourd'hui même j'ai recueilli dans une des ambulances où je fais office de médecin un soldat évacué le matin d'un hôpital et qui ne pouvait plus continuer sa route, en raison d'une bronchite dont il était, soi-disant, convalescent.

(3) La justice commande toutefois de reconnaître que la situation devient très-difficile depuis que les obus arrivent jusque dans Paris. Il importe donc d'organiser des ambulances supplémentaires dans les quartiers les moins exposés au feu de l'ennemi.

LE BOMBARDEMENT DE PARIS.

Depuis hier jeudi, le bombardement de Paris a commencé. Le Panthéon, l'Observatoire et le Luxembourg paraissent servir de point de mire à l'artillerie prussienne, placée sur les hauteurs de Châtillon. Jusqu'à présent, les obus ont causé peu de dommages; on ne compte que peu de blessés et encore moins de tués. On a dû néanmoins évacuer les baraquements du Luxembourg, où nos blessés trouvaient, comme on peut le penser, un abri insuffisant. Il n'est pas encore question d'user de la même mesure à l'égard des autres ambulances ou hôpitaux du même quartier. La population est loin d'être effrayée; le sentiment de la curiosité domine celui de la crainte, et le mouvement des rues serait plutôt accru que diminué. Les Parisiens sont bien réellement décidés à tout supporter, en attendant le jour de la victoire.

XI. — Par décret en date du 7 janvier 1871, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de commandeur. — M. Lustreman (Urbain-Achille-Louis), médecin-inspecteur; officier du 16 avril 1856 : 33 ans de service, 9 campagnes.

Au grade d'officier. — M. Perrin (Maurice-Constantin), médecin principal de 2e classe; chevalier du 21 février 1856 : 24 ans de service, 5 campagnes.

M. Massie (Jean-François-Alphonse), pharmacien major de 1re classe; chevalier du 14 mars 1857 : 30 ans de service, 15 campagnes.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Dans sa séance du 6 juillet 1871, la Société de médecine pratique a décidé que tous les membres honoraires, titulaires et correspondants de *nationalité allemande* seraient à tout jamais exclus de son sein.

— La variole sévit cruellement à Montevideo, elle y fait chaque jour une quinzaine de victimes et elle est encore dans sa période ascendante.

— La fièvre rémittente a reparu à l'île Maurice où elle fait de nouveaux ravages.

— Les autorités coloniales du cap de Bonne-Espérance ont recommandé chaudement la pratique de la revaccination. Plusieurs milliers de colons se sont déjà, parait-il, conformés à cet avis.

— La pratique de la quarantaine en Turquie vient d'être modifiée de la manière suivante à ce que raconte le *britich medical Journal*. Les navires qui se présentent avec patentes nettes pour passer le détroit des Dardanelles ne font pas de quarantaine, mais ils reçoivent à bord des médecins, agents, secrétaires turcs et ils traversent en droite ligne, sans pouvoir aborder nulle part, toute la mer de Marmara.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments ou autres objets).

Traité des maladies du fond de l'œil et Atlas d'ophthalmoscopie, par L. de Wecker et E. de Jalger, 1 vol. grand in-8° avec 29 planches coloriées. — Prix : 35 fr.

Étude sur les affections glaucomateuses de l'œil, par M. le docteur Mohammed, émir, ancien médecin de l'intendance sanitaire d'Égypte. In-8. — Prix : 4 fr.

Revue photographique des hôpitaux de Paris, Bulletin médical publié par A. De Montméja et Bourneville. Numéros de novembre et décembre 1870, avec 4 photographies. — Prix des deux numéros, 4 francs.

Des altérations de l'œil dans l'albuminurie et le diabète, par M. le docteur Mohammed Off, professeur-adjoint d'ophthalmologie à l'École de médecine du Caire. In-8° avec planches en chromolithographie. — Prix : 4 fr. 50.

Revue photographique des hôpitaux de Paris. Bulletin médical publié par A. de Montméja et Bourneville; numéros de septembre et octobre 1870, avec 4 photographies. — Prix des deux numéros : 4 fr.

Des rétrécissements de l'urèthre et de leur guérison radicale et instantanée par un nouveau procédé, la divulsion rétrograde, par M. le docteur Moreau Wolf, chevalier de la Légion d'honneur. In-8°. — Prix : 3 francs.

Des hémorrhagies rétiniennes, par M. le docteur E. Larrieu, chef de clinique ophthalmologique du docteur Sichel. In-8°. — Prix : 2 fr. 50.

Revue photographique des hôpitaux de Paris. Bulletin médical publié sous le patronage de l'administration de l'Assistance publique, paraissant du 1er au 5 de chaque mois. — 2e année; numéros de juillet et août 1870. — Chaque numéro se vend séparément. — Prix : 2 fr.

De l'absorption par la muqueuse vésico-uréthrale, par le docteur Alling, ancien interne des hôpitaux de Paris. In-8°. — Prix : 1 fr. 50.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Etudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 7 août 1871.

CLINIQUE CHIRURGICALE DE LA FACULTÉ

M. RICHET.

Leçon rédigée par MM. L. MOUGIN et J. BERTILLON élèves du service.

Luxation sous-astragalienne.

Le malade couché au n° 2 de la salle des hommes présente un cas de luxation fort rare sur lequel les chirurgiens ne sont pas bien d'accord.

Par une chance heureuse, ce malade, entré dans nos salles il y deux jours, a pu être examiné une heure seulement après l'accident. Dans les cas analogues précédemment étudiés, le temps avait permis à un gonflement considérable de masquer la plupart des symptômes des lésions survenues; le chirugien avait dû parfois attendre jusqu'à huit à dix jours la disparition de ce gonflement pour pouvoir se rendre un compte exact des désordres survenus.

Ce malade travaillait aux démolitions des Tuileries. Il raconte que le pied lui a manqué et qu'il est tombé, son pied gauche pris sous les décombres et porté violemment en dedans. Aujourd'hui, à cause du gonflement, l'état du malade n'est plus le même que lors de son entrée. Nous aurions probablement essayé de réduire la luxation immédiatement si nous n'avions tenu à vous montrer le malade et à l'opérer devant vous; mais nous ne l'avons fait qu'après avoir constaté que ce retard était sans danger et nous permettait de concilier l'intérêt du malade et les nécessités de l'enseignement.

Ce qui frappait au premier abord, c'était la torsion du pied sur son axe antéro-postérieur, en sorte que la plante du pied regardait en dedans. On remarquait en second lieu que la difformité portait sur l'avant-pied, quoique le talon ne fût pas non plus dans sa situation normale. Ce n'est donc pas l'articulation tibio-tarsienne qui a été lésée, et ce qui le prouve, c'est que la torsion ne commence qu'à 2 centimètres environ au-dessous de la ligne bi-malléolaire. La face dorsale du pied formait une courbe à convexité dirigée en dehors et le bord interne offrait une concavité en dedans. A la face dorsale, existait une saillie très-prononcée qui n'a été reproduite qu'à un moindre degré sur le moule en plâtre que nous avons fait faire plusieurs heures après l'accident. Les téguments sont soulevés par une crête osseuse tranchante au point de faire craindre la rupture de la peau, et située à deux centimètres et demi au-dessous de la ligne des malléoles. Cette saillie n'est pas dépressible; on n'y remarque ni mobilité, ni crépitation. Si l'on essaie d'imprimer au pied des mouvements, on remarque que ceux dus à l'articulation tibio-tarsienne (mouvements antéro-postérieurs) sont faciles.

L'absence de mobilité de la saillie est un point capital et nous fait décider de la nature de la lésion : en effet, un os luxé est toujours un peu mobile. Dans la luxation de l'humérus, par exemple, lorsqu'on produit la rotation du bras, les doigts placés sur la tête humérale la sentent se déplacer légèrement. Cet os saillant et immobile, je le dis par avance, c'est la tête de l'astragale abandonnée par le scaphoïde; elle n'a pas quitté sa place normale.

Quand on examinait le bord interne du pied, le doigt, promené d'avant en arrière, rencontrait d'abord la tête du premier métatarsien, puis sa saillie inférieure, si importante à connaître pour l'amputation de Lisfranc : à ce point, le métatarsien s'articule avec le premier cunéiforme. Plus en arrière, on sentait la saillie de cet os, puis celle du scaphoïde. Cette dernière était ici plus enfoncée qu'à l'état normal, et à la suite, là où on aurait dû trouver la tête de l'astragale et l'apophyse interne du calcanéum, on tombait dans un enfoncement, une dépression profonde avec pli de la peau. Aussitôt après, on rencontrait la partie antérieure de la saillie malléolaire du tibia.

Si alors, après avoir constaté cette dépression, on passait à la mensuration, on trouvait du côté malade, entre l'extrémité du gros orteil et la saillie de la malléole interne, une distance de 17 centimètres. On en trouvait de 18 à 18 1/2 du côté sain.

Sur le bord externe on rencontrait, d'avant en arrière, la saillie du cinquième métatarsien, puis, un peu plus profondément qu'à l'état normal, le cuboïde, qu'on devinait plutôt qu'on ne le trouvait; plus profondément encore, l'apophyse externe du calcanéum, enfin, la saillie considérable de la malléole externe.

Si on mettait le pied du côté sain dans la flexion et dans l'adduction, pour l'examiner comparativement avec le pied malade, on remarquait sur le côté externe du pied sain la saillie très-accusée du calcanéum située à un centimètre au-dessous de la malléole, tandis que du côté malade on la sentait à peine; il en était de même pour celle du cuboïde.

Il existe donc un déplacement dont les renseignements qui précèdent vont nous aider à déterminer la nature.

Qu'est-ce que cette saillie sur le dos du pied? Pourquoi ce raccourcissement du bord interne? Pourquoi les saillies du bord externe sont-elles dissimulées? La détermination exacte de ce cas est certainement très-difficile. La science n'est pas faite sur ce point, et c'est peut-être le premier cas de ce genre où la lésion puisse être très-nettement diagnostiquée.

Et d'abord qu'est-ce que ce point culminant du dos du pied? Dans l'état normal, quand le pied est fortement porté dans l'extension ou dans la flexion, en dedans, on fait saillir la tête de l'astragale à deux centimètres et demi en avant de la ligne bi-malléolaire. C'est ce qu'il est aisé de voir sur la pièce que je vous présente, et dont les ligaments ont été déchirés de façon que la saillie de la tête astragalienne fût plus facile à reproduire. La saillie qui nous occupe ne peut donc être produite que par la tête astragalienne.

Mais, est-ce l'astragale qui est déplacée ou sont-ce les os qui s'articulent avec elle? Puisque les mouvements de l'articulation tibio-tarsienne sont possibles, faciles même, que la mortaise est intacte, c'est que l'astragale est à sa place, et nous en concluons que la luxation est au-dessous d'elle. En effet, la dépression que l'on trouve au-dessous de la malléole interne, à la place où l'on devrait trouver la tête de l'astragale, la saillie anormale de la face dorsale, nous montrent jusqu'à l'évidence le changement de position du scaphoïde, qui a glissé en dedans et en bas sur la tête astragalienne, et tout s'accorde pour nous faire diagnostiquer ce genre de luxation.

Mais n'y a-t-il que le scaphoïde de luxé? Nous éclaircirons ce côté de la question en portant l'analyse sur le côté externe du pied. La dépression du calcanéum et du cuboïde, et la différence de la mensuration sous-malléolaire, ne nous laissent pas de doute sur le déplacement du cuboïde.

Le malade étant couché sur le ventre, on voit que le talon n'est plus dans l'axe de la jambe; il fuit en dedans. Si on mesure l'espace compris entre la face postérieure de la malléole et le tubercule du calcanéum qui donne attache au tendon d'Achille, on trouve que du côté sain, cette distance est de deux centimètres; elle est de trois et demi du côté malade. Donc le calcanéum a fui en dedans, abandonnant également l'astragale, ainsi d'ailleurs que le cuboïde et le scaphoïde, et avec eux tout le reste du pied. Ainsi s'explique l'absence du cuboïde et du calcanéum sur le bord externe.

Cela posé, quel diagnostic allons-nous porter? Dirons-nous que c'est l'astragale qui est luxée? Il existe, à ce sujet, dans les auteurs, une véritable logomachie qui les rend incompréhensibles. Cela vient de ce qu'ils n'ont pas observé la nomenclature usitée pour les luxations dans le reste du corps. Il est de règle, dans le déplacement de deux os l'un sur l'autre, de dire luxé le plus éloigné du tronc. Ainsi, dans les luxations scapulo-humérales, on dit que l'humérus est luxé sur l'omoplate, et non l'omoplate sur l'humérus. Donc ici, le calcanéum et le scaphoïde sont luxés sur l'astragale, et ce déplacement ne doit pas être décrit comme il l'est dans la plupart des auteurs, sous le titre de luxation de l'astragale. En un mot, il existe ici une luxation *sous-astragalienne*, pour nous servir de l'expression de MM. Broca et Malgaigne.

On peut soulever ici quelques difficultés, et se demander si les luxations du scaphoïde seul sont possibles. M. Broca a réuni dix observations de ces luxations. Mais il a contesté l'authenticité de ces faits pour plusieurs motifs : 1° Ces faits sont en contradiction avec les données anatomiques; 2° dans leurs observations, les auteurs ont omis beaucoup de détails et n'ont pas prouvé que le scaphoïde fût seul luxé; 3° enfin, dans les deux cas où l'anatomie pathologique a pu contrôler un semblable diagnostic, elle l'a démenti, en démontrant la luxation simultanée du scaphoïde et du calcanéum, aussi M. Broca a-t-il pensé que dans les huit autres cas le diagnostic n'a pas été plus exact. Son opinion est

---

FEUILLETON

MASSACRE D'UNE AMBULANCE (1)

Ces raffinements d'assassinats et de cupidité n'expliquent qu'avec trop de lucidité le passage suivant du rapport du général Franceschy. L'héroïsme et la bonne foi germaniques éclatent ici avec une douloureuse évidence :

« Vers minuit, dans le rez-de-chaussée de ladite maison, la mêlée devint affreuse. Environ huit hommes de l'ennemi furent tués. Après que la résistance eût été maitrisée et le bâtiment pris, on découvrit, après une inspection plus minutieuse, que quelques-uns des morts et des blessés ennemis portaient le brassard blanc avec la croix rouge, et plus tard le drapeau genevois flottant sur le toit du bâtiment.

« Dans l'intervalle apparut le major von Erckert. Cet officier fit immédiatement des recherches (on connait maintenant la nature de ces recherches) qui donnèrent les résultats suivants :

« 1° Pendant ce temps, les cadavres avaient été emportés et les habitants de l'endroit avaient pris les blessés, en sorte qu'on ne peut constater d'une manière certaine si parmi les morts se trouvaient deux médecins français, ni le nombre d'individus revêtus du brassard de la neutralité qui avaient été tués ou blessés par mégarde (1).

« 2° On ne peut pas non plus constater si les individus qui avaient le brassard portaient des armes, ou s'ils en avaient fait usage. Par contre on affirma qu'au rez-de-chaussée de la maison du coin, souvent mentionnée, et surtout dans l'espace où les cadavres des deux médecins furent trouvés, qu'un combat contre des gens armés avait eu lieu. On trouva aussi des armes fraîchement déchargées et beaucoup de munitions. (Rapport du général Franceschy. Dôle, le 18 mars). »

Nous devons aux assassins une circonstance atténuante. Pendant notre séjour à Dijon, l'autorité militaire française arrêta plusieurs espions prussiens porteurs des insignes de Genève. Plus d'une fois aussi les membre de la 3e ambulance lyonnaise ont ramassé sur le champ de bataille des cartouchières contenant à la fois des munitions et des brassards.

Mais revenons à cette nuit de terribles angoisses : J'ai passé toute la nuit dans de mortelles frayeurs, me dit Me Callais, un mouvement, un mot, un seul gémissement pouvait amener des malheurs plus grands encore. Les assassins ont fait preuve d'un cynisme odieux; ils ont surveillé leurs victimes avec une féroce insistance. Plus de dix fois, ces bandits reviennent auprès de ces malheureux jeunes gens pour s'assurer qu'ils ne donnent plus signe de vie. Ils leur approchent la chandelle de la face, leur assènent des coups de crosse de fusil sur le crâne ou leur écrasent les doigts avec les talons de leurs bottes. Aussitôt après leur sortie, j'ai peine à réprimer les gémissements qu'exalent les poitrines des pauvres victimes. L'une d'elle me demande à boire avec instance; je suis obligé de refuser sous peine de la trahir. La sentinelle voit tout ce qui se passe au dedans (2).

Vers les deux heures, un soldat entre de nouveau. Il découvre qu'un des infirmiers respire encore, il tire son sabre pour l'achever, puis se ravisant, trop lâche probablement pour faire la besogne à lui seul, il va chercher quatre camarades, qui, par hasard moins inhumains que lui, l'empêchent d'accomplir son funeste dessein.

Trois heures après le massacre, un officier supérieur pénètre dans la maison.

Voyant les gens de la maison pleurer, il leur demande la cause de leurs larmes; ils répondent en montrant la jeune fille blessée et les cadavres des médecins français. — « Tant pis, reprend l'officier, vous êtes bien heureux que je ne vous fasse pas brûler avec eux, car j'ai brûlé partout où j'ai passé. » Il ajouta d'un air de mépris que nous avions tirés sur ses soldats. Aux dénégations formelles des habitants il répondit : « Si vous aviez des francs-tireurs, je mettrais le feu à tout le village (2) » Les soldats étaient présents; le chef leur disait presque qu'ils avaient bien fait. Comme on lui demandait ce qu'il fallait faire des pauvres malheureux gisant sur le sol : « Cela ne me regarde pas, reprit-il, maintenant qu'ils sont tués, ce n'est plus notre affaire. » (Dépos. de M. Jean Morin).

Ce soldat de l'humanité et de la civilisation promit cependant sur les instances des habitants d'envoyer son médecin auprès de la jeune fille qui agonisait.

(1) Fin. — Voir les numéros des 9, 11 et 13 mai 1871.

(1) Ne serait-ce pas affaiblir la valeur du rapport que d'y ajouter un commentaire!

(1) Ces renseignements sont confirmés par la déposition de M. J. de Champvigy, infirmier de l'ambulance.

(2) Cette menace ne fut que trop mise à exécution le 23, jour de la bataille de Pouilly.

logique, mais peut-être n'est-elle pas complétement justifiée. Il a démontré qu'il est impossible de produire artificiellement la luxation isolée du scaphoïde. Nous avons voulu examiner cette possibilité sur le cadavre, et nous tombons parfaitement d'accord avec lui. Les ligaments qui unissent le scaphoïde à l'astragale se rompent, mais ceux bien plus puissants de la face plantaire et de l'espace interosseux l'unissent au calcanéum d'une manière inséparable pour ainsi dire. Est-ce à dire qu'on n'observera jamais cette luxation? gardons-nous de cette erreur. On a vu des luxations que l'anatomie déclarait impossibles être démontrées possibles par la clinique.

Ainsi, pour nous résumer, nous considérons avec M. Broca les cas de luxation du scaphoïde isolé, publiés jusqu'ici, comme tout à fait négatifs, parce que l'observation en est incomplète, et nous pensons avoir affaire ici à une luxation sous-astragalienne des deux os, c'est-à-dire du calcanéum et du scaphoïde astragale. Qu'on veuille bien remarquer d'ailleurs qu'il ne s'agit pas d'une discussion scolastique. Le diagnostic précis est très-important pour le chirurgien, et voici pourquoi : les anciens chirurgiens, croyant avoir affaire à une luxation isolée, saisissaient, pour réduire le calcanéum, les os de la jambe pour faire la contre-extension, et, immobilisant un os luxé, s'opposaient ainsi à sa réduction.

Nous ne tomberons pas dans cette erreur. Le malade sera chloroformé pour anéantir l'action musculaire, un des principaux obstacles à la réduction. Puis, quand la résolution sera obtenue, on pratiquera l'extension avec des lacs saisissant le pied, et tandis qu'on fera la contre-extension sur la jambe même, je presserai alors sur le calcanéum, prenant appui sur l'astragale avec les pouces, de façon à ramener l'avant-pied en haut et en dehors de cet os.

Nous espérons réussir, quoique la réduction soit parfois très-difficile. Dans un cas, Roux fut obligé de pratiquer l'amputation; dans un autre, Dupuytren a tenté l'extraction de l'astragale. Pour nous, dans un cas difficile, nous n'avons obtenu la réduction qu'après une heure de manipulations et de tractions sur un malade cependant complétement chloroformé. Ce qui a rendu l'opération si longue, c'est cette série de crêtes, de rainures et d'apophyses saillantes que présentent les os du pied, et qui s'engrenant, s'enchevêtrent les unes dans les autres, opposant une grande résistance quand on essaie de réduire.

Aujourd'hui la réduction sera, nous l'espérons, plus facile : nous avons affaire à un homme de 51 ans, vieilli et affaibli par la boisson; l'insuffisance de ses ligaments a rendu la luxation facile; la faiblesse de ses muscles facilitera la réduction, et nous fait espérer peu de résistance de la part du malade.

Clinique du 2 août. — Je désire insister sur le manuel opératoire que nous avons suivi dans la dernière clinique, pour réduire la luxation sous-astragalienne. Le malade a été chloroformé, non sans difficulté, car il est alcoolique. Alors on a essayé de réduire, la contre-extension étant faite sur la partie inférieure de la jambe, et l'extension sur les os luxés. Nous voulions opérer celle-ci au moyen de deux lacs, l'un ayant pour principal point d'appui la face dorsale de l'avant-pied, devait tirer suivant son axe mobile, l'autre lac appliqué sur le talon devait le ramener en dehors. Mais on a dû renoncer à ces lacs, qui glissaient trop facilement sur les parties molles; ils ont été remplacés par les mains des aides; ceux-ci, saisissant le talon et l'avant-pied produisirent des mouvements de rotation combinés avec des mouvements de flexion et d'extension, pendant que nous soumettions les articulations luxées à une véritable manipulation. Ces manœuvres ont amené la réduction petit à petit. Elle est maintenue par des attelles et un bandage roulé.

Comme nous l'avions prévu, la réduction n'a pas été bruyante comme celle des os longs. Lorsque le fémur rentre dans sa cavité, d'un bout de l'amphithéâtre à l'autre, on entend un bruit caractéristique, et si le bruit est moins marqué pour l'humérus, il n'en existe pas moins. La réduction a été lente ; elle s'est faite petit à petit, et non brusquement ; à chaque reprise, on a gagné quelque chose, et en une demi-heure, le pied était dans son état normal. Il est important d'insister sur ce mode de réduction, qui consiste dans l'extension et dans la contre-extension unies à la flexion et à la rotation dans tous les sens. Ce procédé est employé également pour réduire les luxations du pouce (1). Après l'opération, le malade a ressenti peu de douleur; cependant il a accusé un sentiment de brûlure à la plante du pied. Cela est dû probablement aux nerfs froissés, comprimés et tiraillés par le déplacement, et qui longtemps engourdis, sont rendus à la liberté. Cela arrive pour la luxation de l'épaule par la compression des nerfs du plexus brachial, car on observe souvent des douleurs vives dans les doigts. Mais aujourd'hui cette douleur a cessé, la réduction s'est maintenue, il n'existe pas d'œdème, et tout nous fait espérer que dans quinze jours environ, le malade marchera comme avant l'accident.

Nous lui appliquons aujourd'hui notre appareil inamovible en stuc.

(1) A. Richet, Anat. Chirurg., 2e édit., p. 957.

RÉFLEXIONS

POUR SERVIR A

L'HISTOIRE DE LA CHIRURGIE EN CAMPAGNE

Par le Dr E. Tachard,

Répétiteur de chirurgie à l'École de médecine militaire.

A la fin d'une guerre sans exemple comme celle qui vient de se terminer, qui a laissé tant de victimes, et qui a été faite avec des engins dont la puissance était méconnue de la part de ceux qui les employaient les premiers, il faut que la science médicale fasse sérieusement son inventaire.

Il sera difficile, impossible sans doute, de mener à bonne fin toutes les recherches que comporterait un pareil sujet; mais les événements ayant fait de chaque médecin civil un chirurgien d'armée, nos confrères voudront bien nous prêter encore un concours indispensable pour créer à nouveau l'histoire des plaies par armes à feu. Cette œuvre est déjà commencée; mais, pour qu'elle soit complete, il faut que chacun fasse part de ce qu'il a vu ou fait, et cela sincèrement, en dehors de toute idée préconçue. En tenant compte, dans chaque observation, des conditions réunies au milieu desquelles elles ont été prises, il sera possible, en les analysant avec soin, de construire l'édifice ruiné de la chirurgie en campagne.

Il est permis d'espérer que, si la pyrotechnie nouvelle a réalisé de si rapides progrès dans l'art de détruire l'espèce humaine, l'art de guérir se montrera jaloux de lui disputer ses victimes.

Je me bornerai, dans ce travail, à analyser succinctement les observations que j'ai pu recueillir à l'hôpital militaire de Strasbourg, et à en tirer les conséquences pratiques qu'elles ont fait naître dans mon esprit.

Bloqué dans Strasbourg après la bataille de Wœrth, le 6 août, je ne reçus de blessés dans mon service que le 31 août. De cette époque jusqu'au jour de la capitulation, le 26 septembre, 179 blessés furent confiés à mes soins. Après le 27 septembre, le rapatriement ou l'exil ayant fait fermer un grand nombre d'ambulances, je reçus encore 58 blessés venant de divers services.

Ce n'est que le 17 novembre, après un échec essuyé par les armées allemandes, que j'ai été brusquement enlevé à mes blessés.

Avant d'énumérer le plus petit fait chirurgical, il est important de faire ressortir les conditions physiques et matérielles dans lesquelles vivaient nos soldats.

Après que l'abattement causé par nos premiers revers eut fait place au vif désir de se défendre et de chasser l'ennemi, nos troupes, peu nombreuses, exécutèrent de très-pénibles travaux de défense qui avaient été négligés jusque là. La rapidité avec laquelle l'investissement eut lieu changea la nature des occupations, et notre garnison, insuffisante pour la défense d'une pareille place, prenait alternativement le fusil ou la pioche. Sans repos, on peut le dire, notre garnison veillait aux remparts avec vigilance ou réparait les dégâts fait au corps de place.

Longtemps l'espoir d'une armée de secours soutint le courage des soldats; mais cette armée tant désirée ne venait pas. Les fatigues et les privations augmentèrent chaque jour; les hôpitaux se remplirent de malades atteints d'affections à formes insolites, qui ne se rencontrent que dans les villes assiégées.

Si le pain, comme ailleurs, ne nous a pas manqué, il n'en fut pas de même de la viande, et le cheval seul fut donné en très-petite quantité. Si aux fatigues, aux privations, à la sollicitude que donnait un bombardement incessant, nous ajoutons que le mois d'août fut entièrement pluvieux, qu'en septembre la température, extrêmement variable, devint très-froide à plusieurs reprises, on pourra se faire une assez juste idée des conditions dans lesquelles vivaient nos soldats lorsque des blessures ou des maladies les conduisaient à l'hôpital.

Leur situation n'était pas encore là exempte de dangers. L'hôpital militaire, placé au sud-est de la ville, se trouve entre un canal malsain, rempli de vase toujours agitée par les chevaux qu'on y fait baigner, et les remparts de la ville, dont les fossés, inondés au loin, étaient encore une cause d'insalubrité. Il est composé de deux longs bâtiments parallèles et à deux étages, entre lesquels sont construits trois pavillons moins élevés. Les cours carrées délimitées par ces constructions sont plantées d'arbres; mais l'élévation des bâtiments latéraux s'oppose à une aération suffisante. En arrière, enfin, du dernier pavillon existe encore une grande cour bien aérée, limitée par l'amphithéâtre, qui est ainsi éloigné d'environ 100 mètres de la dernière salle des malades.

Pour terminer ce qui a trait à la position de l'hôpital, j'ajouterai qu'il a été fort malencontreusement placé à côté de l'arsenal, qui, étant l'objectif incessant du tir des ennemis, fut incendié par deux fois. Nos salles de chirurgie, situées du côté de l'arsenal, n'en étaient séparées que par le canal dont j'ai déjà parlé.

La situation peu hygiénique de l'hôpital, à cause de l'insalubrité du canal, devint très-dangereuse; car on doit le dire, bien que jamais un projectile n'ait été lancé volontairement sur l'hôpital, la proximité de l'arsenal nous a fait recevoir dans les salles des obus, mais surtout d'innombrables éclats, qui privaient les malades de sommeil et entretenait chez eux une crainte instinctive constante, qui augmentait la fièvre et nuisait au rétablissement de leurs blessures.

Pris à Strasbourg, plus qu'ailleurs peut-être, au dépourvu, l'hôpital fut rapidement encombré de malades, et je dus ouvrir, vers le 5 septembre, une salle située au rez-de-chaussée, humide, froide et mal aérée, et que le soleil ne visitait que quelques heures avant son coucher. Malgré les efforts tardifs des intendants et des pharmaciens, nous fûmes rapidement privés de viande de bœuf, et le cheval seul entra dans la fabrication du bouillon. Le pain blanc disparut; les œufs et le lait ne furent plus donnés, ainsi que le mouton, qu'*in extremis* et par prescription spéciale. A la pharmacie, le sucre fut rationné; j'ai honte d'ajouter que des médicaments de première nécessité, la quinine, l'extrait ou la teinture de quinquina, l'eau de Sedlitz, etc., étaient épuisés dès les premiers jours de septembre. M'étant assigné le rôle de narrateur, je n'accuse personne, je constate simplement des faits qu'on ne peut laisser dans l'ombre lorsqu'on recherche la vérité.

Telles sont les conditions dans lesquelles se sont trouvés soit avant, soit pendant leur séjour à l'hôpital, ces pauvres soldats de Strasbourg, presque tous mutilés par les obus. Quoique se-

---

Ce dernier vient enfin mettre un terme à cette scène horrible, continue Mme Callais. Il délivre les infortunés infirmiers de la surveillance homicide de leurs bourreaux. A huit heures et demie, les deux cadavres sont portés au cimetière.

Ce médecin prussien est le seul homme qui se soit trouvé au milieu de ces bêtes féroces, dit M. de Champvigy. C'est lui qui nous a sauvé la vie. »

Mme Callais avait à peine achevée sa déposition que son mari rentra et nous donna des renseignements tout à fait conformes à ceux qui précèdent.

La dette contractée par ces malheureux vis-à-vis de leur sauveur devait être promptement acquittée. Le lendemain, 22, l'armée de Dijon victorieuse faisait prisonnière, à la ferme de Changey, une ambulance prussienne. Dans l'ardeur de représailles que l'attentat de la veille rendait presque légitimes, les médecins ennemis couraient risque d'être passés par les armes. Votre troisième ambulance, sous la protection de laquelle les prisonniers venaient de se placer, fut assez heureuse pour éviter une nouvelle effusion du sang et une seconde violation de la convention de Genève. Mon ami le docteur Bernheim surtout témoigna dans ces circonstances périlleuses d'un courage et d'une énergie que je ne saurais trop signaler à vos éloges.

Le 25 janvier, alors que le canon grondait du côté de Saint-Apollinaire, j'envoyais à Hauteville un de nos infirmiers, M. Chambry et un fourgon pour accompagner les parents de Morin et accomplir le soin pieux de l'exhumation. Les cadavres étaient enterrés sans cercueil; les bottes avaient été enlevées; les poches des uniformes vidées et retournées. Milliat avait encore son képi. Tous deux portaient le brassard.

Voici les notes prises par M. Chambry au moment de l'exhumation :

A. Morin, major de l'ambulance de Saône-et-Loire;

Balle à la partie supérieure de l'abdomen; coup de sabre à la partie gauche de la tête ; coups de crosse de fusil ayant entamé et fracturé le crâne ; plusieurs coups de baïonnette au côté droit; en tout six blessures.

Les membres du cadavres sont crispés, les poignets fermés, la face contracturée comme chez les malheureux qui se sont débattus et ont souffert avant de succomber.

Milliat, aide-major de l'ambulance de Saône-et-Loire;

Coup de baïonnette au sein droit. Balle dans la région lombaire gauche. L'habitus extérieur du cadavre montre que la mort a dû être immédiate.

Le 26, à dix heures, les honneurs funèbres ont été rendus à nos infortunés collègues. Le cortège partit de l'hôpital où les cadavres avaient été déposés. Le commandant du bataillon de Charolles, M. le docteur Jeannin, médecin-major d'un bataillon de Saône-et-Loire, un autre médecin de ces mêmes bataillons et moi tenions les coins du drap mortuaire. Les troupes faisaient haie sur le passage du convoi. M. le docteur Favre, délégué de la société de secours aux blessés, plusieurs ambulances militaires, composées en grande partie d'amis des victimes, suivaient le char funèbre. Votre troisième ambulance avait tenu à assister à cette cérémonie; pas un ne manquait à l'appel.

Le corps de Milliat fut laisé au cimetière; celui de Morin, mené à la gare, pour être rendu à sa famille. Avant la séparation, je n'ai pu me refuser à dire à nos collègues un dernier adieu et en même temps à faire entendre une protestation énergique.

La veille cependant nous avions décidé que, pour ne pas surrexciter davantage l'opinion publique, nous nous abstiendrions de toute parole passionnée. Mais la suprême tristesse du convoi, la vue du cercueil, les larmes de tous avaient fléchi notre décision, et je n'ai été qu'un bien pâle interprète des sentiments communs en lisant l'adieu suivant :

« Je sais, Messieurs, que la mort aime le silence et qu'on est mal inspiré en jetant sur les bords d'une tombe des paroles passionnées. Mais le crime qui nous réunit ici est d'une si lâche atrocité, qu'il nous est impossible de ne pas protester de toute l'énergie de nos cœurs. Jamais les lois de l'humanité, jamais les grands et généreux principes de la convention de Genève n'ont été, depuis le commencement de cette guerre barbare, plus indignement et plus cruellement foulés aux pieds.

Je tiens hautement à protester, au nom de notre Société, dont Morin et Milliat était des membres les plus distingués; au nom de la grande famille lyonnaise, que nous représentons ici et qui pleure aujourd'hui ces courageux martyrs, au nom enfin de leurs amis, qui entourent ces deux tombes et dont les abondantes larmes disent mieux encore la perte que nous faisons et la grandeur de l'attentat.

Adieu, mes amis, vos noms sont portés à l'Europe indignée; mais rien ne pourra nous consoler de votre perte. Vivez toujours dans nos souvenirs et dans nos cœurs comme des héros du devoir et du patriotisme. »

Ici, Messieurs, s'arrête la tâche que vous m'avez imposée. J'ai essayé de la remplir, sans autre objectif que la vérité et en éloignant autant que possible de trop légitimes passions. La vérité est écrasante pour nos ennemis, qui n'ont été à Hauteville que de lâches assassins. Le voile hypocrite dont le rapport prussien couvre cet attentat le fait paraître encore plus odieux et plus cinique.

Dr Christôt,

Ex-chirurgien en chef de la 3e ambulance lyonnaise.

condés avec un zèle digne des plus grands éloges par les élèves de l'École de médecine militaire, qui donnaient aux remparts des soins immédiats avant de diriger les blessés dans les hôpitaux, la mortalité, considérable dès le début, est allée toujours croissant jusqu'au dernier jour. Arrivés à l'hôpital les blessés y recevaient sans délai les soins du médecin traitant, et chaque opération, avant d'être pratiquée, était toujours discutée avec le plus grand soin.

Du 31 août au 26 septembre inclus, 179 blessés ont été dirigés sur notre service; à notre départ, le 17 novembre, 94 avaient guéri, 67 avaient succombé, 10 restaient en traitement; les 8 derniers enfin, envoyés à l'hôpital pour ongle incarné, anthrax ou autres affections, ne doivent pas rentrer dans notre étude. Comme les 10 malades restant de notre service, et confiés aux soins des médecins allemands, pouvaient être considérés comme guéris à notre départ, on peut dire que la mortalité s'est élevée au chiffre de 39 pour 100.

Nous allons donner sommairement un tableau des faits que nous avons eu l'occasion d'observer; nous y joindrons aussi celui de nos amputations; mais pour donner plus de poids à nos observations, nous y joindrons, en les y groupant, les opérations pratiquées soit par M. Reeb, médecin en chef de l'hôpital, soit par MM. Poncet et Claudoz, répétiteurs à l'École de médecine. Pour éviter toute chance d'erreur, nous n'avons fait entrer dans cette statistique que les résultats certains que nous avons pu constater.

	Guéris.	Morts.
Lésions de la tête : face et organes des sens.	10	0
— crâne	11	9
Lésions du rachis : cervicale	1	1
— dorsale	0	0
— lombaire	0	1
Lésions du thorax : plaies pénétrantes	2	4
— non pénétrantes ou des régions scapulaire et claviculaire	10	6
Lésions de l'abdomen : pénétrantes avec ou sans fracture de l'os iliaque.	1	9
— non pénétrantes	4	2
Membres : lésions des teguments	49	7
— fracturés ou emportés (conservation	5	5
— fracturés ou emportés (amputation ou non)	9	20 + 5

blessés ayant eu les membres emportés et morts en arrivant à l'hôpital.

Epoque des amputations.	Guéris.	Morts.
Immédiates	22	49
Retardées : au moins 24 heures après l'accident	2	13
Tardives : 10 jours au moins après la blessure	6	5
Méthodes employées.		
Circulaire	21	41
Ovalaire	4	4
A un ou plusieurs lambeaux	5	22
Désarticulations.		
Epaule	3	4
Coude	2	0
Partielles du pied	2	2
— de la main	5	1
Résections.		
Epaule (a dû être amputé)	1	1
Coude	2	3
Genou	0	1

(*Sera continué.*)

DOCUMENTS

POUR SERVIR A L'HISTOIRE DU MOUVEMENT SCIENTIFIQUE PENDANT LE SIÉGE DE PARIS (1).

7 JANVIER.

XII° Faculté des lettres. — La *Revue des cours littéraires* publie une leçon de M. Egger sur la littérature à Athènes, pendant les guerres; nos lecteurs nous sauront gré de reproduire cette leçon de circonstance.

FACULTÉ DES LETTRES

LITTÉRATURE GRECQUE

COURS DE M. EGGER (de l'Institut).

Leçon d'ouverture. — La littérature à Athènes pendant les guerres (2)

Si jamais l'émotion fut naturelle, au début d'un cours, même pour le professeur que depuis longtemps soutient la bienveillance assidue de cet auditoire, c'est aujourd'hui; car nos leçons de cette année s'ouvrent en des conditions sans exemple dans l'histoire de notre chère patrie française. J'ai beau relire ce que fit l'université de Paris sous la domination des Anglais (3), ce qu'elle souffrit sous la Ligue, lorsque le plus humain des rois assiégeait les murs de sa propre capitale, je ne retrouve rien dans ces tristes souvenirs qui offre la plus lointaine ressemblance avec notre situation présente. Au milieu de telles angoisses, on a besoin de se ressaisir soi-même, en quelque sorte, pour faire honneur au devoir de la parole publique et de l'enseignement. Mais, heureusement et par un privilége singulier, le professeur de littérature grecque se trouve avoir à vous entretenir d'un peuple dont les exemples et les œuvres, surtout dans la période que nous devons parcourir ensemble cette année, ont pour nous l'opportunité la plus encourageante.

(1) Suite. — Voir le dernier numéro.

(2) En rédigeant une libre analyse de cette leçon, j'y ai fait quelques additions, et j'ai rattaché quelques notes qui, je l'espère, seront utiles aux lecteurs studieux.

(3) Voyez sur ce sujet un mémoire de M. C. Jourdain dans les *Comptes rendus de l'Académie des inscriptions*, mai 1870.

Je ne parle pas des préceptes et des observations sur l'art de la guerre, sur la moralité ou l'immoralité de cet art terrible; ils abondent chez les historiens, dans les traités spéciaux, et ils nous frappent souvent par leur application naturelle aux événements du siècle où nous vivons (1). Je ne parle pas des écrits sur l'attaque et la défense des places fortes, où, de l'aveu des ingénieurs de profession, les problèmes élémentaires de cette science sont posés avec une précision parfaite et quelquefois résolus avec une habileté que nous ne dépassons pas aujourd'hui, satisfaits de l'atteindre à l'aide des instruments nouveaux que possèdent le *génie* et la balistique modernes. Ces choses là d'ailleurs sont trop peu de ma compétence (2).

Je pense à des analogies plus intimes, si je puis ainsi dire, et d'un caractère plus élevé.

On nous a beaucoup entretenus, depuis deux mois, avec esprit et même avec éloquence, de l'*alimentation morale* en temps de siége. Les auteurs grecs sur la poliorcétique n'en ont pas dit mot, que je sache; ils nous fournissent seulement quelques recettes culinaires pour la nourriture des populations assiégées; ils songent même à recommander la création et l'entretien de ces jardins intérieurs que nous appelons des *squares*, surcroît d'agrément pour les villes en temps de paix, champs de culture maraîchère utiles dans les cas d'investissement. Mais si la *poliorcétique* grecque ne va pas plus loin dans sa sollicitude, l'histoire générale de la Grèce supplée à ce silence, et elle nous montre fréquemment quelles ressources peuvent déployer le cœur et l'esprit d'un grand peuple pour se défendre contre toute faiblesse dans les grandes crises de la vie publique; elle déroule à nos yeux un spectacle plein d'exemples bien faits pour nous affermir dans les rudes épreuves que nous traversons. Le sujet même du cours que je commence, quoique circonscrit par un de nos programmes universitaires, nous ramène, après quelques années d'autres études, au siècle de Périclès, à cette terrible guerre du Péloponèse qui mit les Athéniens à deux doigts de leur perte; et les annales de ce temps, si incomplètes qu'elles nous soient parvenues, nous font voir encore, par des traits saisissants, Athènes luttant de courage et de génie contre la mauvaise fortune, rachetant ses fautes, quelquefois ses crimes, par les productions durables de la science et de l'art, et créant, aux jours mêmes de ses désastres, la plupart des chefs-d'œuvre qui l'immortalisent et qui sont l'honneur de l'humanité.

C'est un lieu commun cher à l'ancienne critique que de montrer la concorde des États, le jeu régulier d'une sage constitution, comme les seules conditions où se développe le culte des beaux-arts et des lettres. Rien n'est plus vain que cette prétendue loi. La Grèce et Rome, pour ne parler que des anciens, ont vu fleurir tous les arts de l'esprit au temps de leurs plus cruelles dissensions. Ce qu'un Romain a dit de l'éloquence : *Sicuti flamma, materia alitur et urendo clarescit*, on peut le dire de la poésie, de l'architecture, de la statuaire et de la science grecques. Non pas que ces nobles développements du génie humain se passent de toute prospérité matérielle; mais chez les peuples vraiment doués (et quel peuple le fut jamais mieux que les Hellènes?), l'ardeur des passions politiques, la guerre même et la discorde, pourvu qu'elles n'aillent pas jusqu'aux misères extrêmes, jusqu'à la ruine de l'État, sont comme un aiguillon de plus pour la féconde activité des âmes. Si glorieuses qu'a ent été les guerres médiques, elles ne furent pas sans mélange de revers; c'est pourtant la période où l'hellénisme a pris son plus brillant essor dans tous les genres: c'est la période où se fonde le théâtre, où la philosophie, la médecine, l'histoire, se constituent comme des sciences régulières, avec la prose pour expression, expression alors nouvelle, mais qui devait en être désormais inséparable.

Le vrai créateur de la tragédie, Eschyle, fut, avec ses deux frères, un des guerriers de Marathon, de Salamine et de Platées; sa vie, commencée avec ces luttes héroïques, se prolonge à travers les alternatives de la fortune d'Athènes, sans qu'il paraisse que sa riche imagination fût jamais égarée par l'énivrement des succès de la patrie ou troublée par ses défaites. Les *Perses*, la plus ancienne de ses tragédies dont nous connaissions la date (473 avant Jésus-Christ), sont l'œuvre d'un patriotisme à la fois serein et grandiose. En 459, date malheureuse de deux défaites d'Athènes, l'une auprès d'Halies, l'autre à Tanagre (3), se place la belle trilogie que forment l'*Agamemnon*, les *Choéphores* et les *Euménides*, dramatique tableau des douleurs de la conscience humaine aux prises avec les instincts du crime, les devoirs de la piété filiale et le fatal vertige du remords. C'est aussi l'occasion de remarquer que dès lors sont organisés les concours annuels de comédies et de tragédies sur le théâtre attique; que tout concours tragique admettait trois concurrents, chacun avec quatre pièces, trois tragédies et un drame *satirique*; que tout concours comique (et il y en avait deux par an) admettait trois poëtes, chacun avec une comédie: en tout dix-huit drames nouveaux par année; puis, que d'ordinaire, et sauf de rares exceptions, chaque pièce n'était représentée qu'une seule fois. Toute proportion gardée, et si l'on songe que l'Attique n'avait pas plus de 600,000 habitants, y compris les esclaves, n'est-ce pas là le témoignage d'une merveilleuse fertilité?

L'an 456, qui voit mourir Eschyle, voit Euripide débuter sur la scène avec les *Péliades*, tragédie aujourd'hui perdue. C'est l'époque marquée par une victoire des Athéniens à Œnophytes, par la construction des *longs murs*, si célèbres dans leur histoire; mais aussi par leur intervention, finalement désastreuse, dans la guerre d'Inachus en Egypte. Notre musée du Louvre possède une plaque de marbre où sont gravés les noms de deux cents des soldats athéniens morts dans les divers combats où la république avait alors pris part; c'est le fragment d'une liste funèbre qui devait être beaucoup plus longue, car une seule tribu d'Athènes y figure (1). De telles pertes, qui ne furent pas sans gloire, mais qui supposent bien des douleurs domestiques, ne semblent pas avoir un instant refroidi l'émulation des poëtes, des musiciens, des acteurs, qui contribuaient à l'éclat des fêtes de Bacchus; elles n'ont pas ralenti les dépenses de l'État pour ces coûteuses distractions d'un peuple avide d'élégants plaisirs (2).

(1) Voyez, par exemple, les nombreux extraits résumés dans le chapitre LIV de l'*Anthologie morale* de Stobée.

(2) Je songe particulièrement aux recherches récentes de M. Vincent, puis de M. Prou, sur la *chirobaliste*. M. le commandant Prévost, M. le capitaine de Rochas d'Aiglun, M. le commandant Hennebert, tous trois de l'arme du génie, ont aussi, depuis quelques années, entrepris sur ce sujet des travaux interrompus, hélas! aujourd'hui pour des devoirs patriotiques d'un intérêt plus urgent. Plus récemment encore, M. E. Ruelle, élève et ancien secrétaire de M. Vincent, lisait à l'Academie des inscriptions de curieux extraits des ingénieurs concernant la nourriture des populations assiégées.

(3) Thucydide, I, 105; Diodore de Sicile, XI, 78.

Nous entrons dans la période historique que domine le génie de Périclès, le grand *démagogue*, au sens ancien et tout honorable alors de ce mot. Athènes exerce et gardera trente ans encore la suprématie sur la plus grande partie du monde grec. Un des sanglants épisodes de la lutte qu'elle soutint pour étendre ou affermir sa domination, c'est la guerre de Samos. Elle est signalée par le triomphe que remporta l'éloquence de Périclès, lorsque de retour à Athènes, après la défaite des Samiens, il célébra dans un discours demeuré célèbre les soldats qui avaient donné leur vie pour assurer, dans cette expédition, le succès des armes athéniennes. On sait que les femmes, les sœurs, les mères de ces soldats, après la cérémonie funèbre, entourèrent et accompagnèrent comme en triomphe jusqu'à sa maison celui qui s'était fait le digne interprète de la douleur et de la reconnaissance publiques (3). Un des collègues de Périclès dans la guerre de Samos était, dit-on, Sophocle, et la légende, sinon l'histoire, racontait qu'il devait cet honneur au succès de sa tragédie d'*Antigone* (4), représentée l'année précédente, par conséquent en 439. L'an 438 est marqué encore par l'*Alceste* d'Euripide, une des compositions les plus originales et les plus touchantes de sa veine si féconde. L'*Alceste*, d'ailleurs, n'est pas seulement un drame original et touchant (car on sait aujourd'hui que cette pièce avait, dans la *tétralogie* présentée à ce concours par Euripide, la place d'un drame satirique), c'est, dis-je, la preuve d'une transformation qui allait changer le grossier *drame satirique*, dernier vestige des impuretés du culte de Bacchus, en une véritable tragédie: ainsi le progrès de l'art est parallèle aux progrès de la fortune d'Athènes, mais à des progrès, on le voit, chèrement payés par le sang de ses citoyens. Il est vrai que le trésor de Minerve, sur l'Acropole; s'enrichit en même temps des tributs de trois cents villes alliées de nom, mais, en réalité, sujettes de la puissante république. Périclès règle à son gré l'emploi de ces richesses; il les consacre à orner sa patrie de tout le luxe des beaux-arts; il organise, sous la direction de Phidias, cette légion d'éminents artistes qui couvrent l'Acropole de leurs chefs-d'œuvre (5). En 433, un habile astronome, Méton, réforme le calendrier, et dote la chronologie d'une méthode qui met le calcul des temps en un plus exact rapport avec les phénomènes célestes. Dès l'année suivante, sur le calendrier réformé d'Athènes, va être inscrite, à côté de la mort de Phidias, la représentation de quatre pièces d'Euripide, parmi lesquelles est la *Médée* (6). Euripide, ce jour-là, vit couronner avant lui deux de ses rivaux, Euphorion et Sophocle; on se figure quel devait être l'éclat d'un concours où la *Médée* n'obtenait que le troisième rang.

Ces dates diversement mémorables nous amènent au début de la guerre du Péloponèse, époque douloureuse, s'il en fut jamais, dans les annales d'Athènes. A peine la lutte est commencée qu'elle se complique par l'invasion de cette célèbre peste que Thucydide a décrite avec une précision savante et une sombre vigueur de pinceau. Périclès en est la plus regrettable victime; mais l'année même où il disparaît de la scène que ses talents avaient tant illustrée, Platon vient au monde (7), comme pour consoler la patrie en deuil par le présage d'une gloire qui jusque-là lui avait manqué, celle de l'éloquence alliée au génie de la spéculation philosophique. En cette année aussi, Euripide va prendre sa revanche de l'échec subi en 432; il donnera l'*Hippolyte* (8), double peinture des ardeurs de l'amour incestueux et d'une pureté virginale qui semble anticiper, en plein paganisme, sur la chasteté chrétienne. Avec l'*Hippolyte*, il sera vainqueur d'Iophon et d'Ion, deux auteurs tragiques dont les ouvrages furent en grande estime chez leurs contemporains.

Nous voici en pleine guerre, et pour plusieurs années, sans interruption; nous en avons le grave et pathétique récit chez l'historien Thucydide, d'abord acteur dans la lutte, puis exilé, mais toujours patriote malgré l'exil, recueillant avec un soin scrupuleux, presque jour par jour, les notes et les renseignements qui doivent servir de matière à son histoire. Une seule chose manque à ce tableau, si justement admiré d'ailleurs: Thucydide n'y représente pas complétement la vie intérieure d'Athènes au milieu des épreuves que lui imposaient de perpétuels combats; il ne dit rien, par exemple, du rôle que jouait alors la comédie, comédie toute politique, toute pleine des libertés et même des licences que s'attribue la presse quotidienne dans nos sociétés démocratiques modernes, et qu'Aristophane nous permet d'apprécier par les onze pièces qui nous sont parvenues de son théâtre, et par les fragments qu'on peut recueillir des trente autres. Or, Aristophane débute en 428, et, depuis ce début, chaque année se montre pour lui, sinon par une victoire, au moins par un courageux effort, pour éclairer ses concitoyens, en les amusant, sur les torts et les périls de leur politique, sur leurs devoirs, sur l'ambition des indignes successeurs de Périclès, sur les bienfaits d'une paix d'autant plus désirable qu'elle semble plus ajournée par la vivacité des passions populaires, par l'ardeur d'ambitions irréconciliables. La politique et les intérêts de chaque jour ne l'occupent pas seuls: il songe aux intérêts moins éphémères de l'éducation;

(1) Thucydide, I, 108-110; de Clarac, *Inscr. du musée du Louvre*, planches X-XII.

(2) Voyez le calcul de ces dépenses dans l'opuscule de Plutarque *sur la gloire des Athéniens* chap. VI.

(3) Plutarque, *Vie de Périclès*, c. VIII.

(4) Voyez l'*Argument* grec qui nous a été conservé en tête de cette tragédie.

(5) Diogène Laërce, III, 3.

(6) *Argument* grec, en tête de l'*Hippolyte*.

(7) Plutarque, *Vie de Périclès* c. XII (qu'il sera surtout intéressant de lire dans la belle imitation française de P. L. Courier), Cf. Scheibel, Scaligeri Αναγραφὴ ὀλυμπιάδων (Berlin, 1852, in 4), p. 73. C'est l'ouvrage le plus sûr à consulter, avec les *Fasti hellenici* de Clinton, sur toute cette chronologie des littérateurs et des artistes athéniens.

(8) *Argument* grec, en tête de la *Médée*.

il attaque les sophistes et les poëtes corrupteurs de la jeunesse; il plaide la cause des anciennes mœurs et des viriles vertus qui ont préparé les grandeurs d'Athènes. Parmi toutes ses brillantes productions, dont quelques-unes sont des actes de sagesse patriotique et de courage, il en est une que j'aime surtout à signaler, c'est la comédie des *Oiseaux*. Elle date de 415, et de la première période (1) de cette expédition des Athéniens contre la Sicile, suprême effort de conquête qui devait aboutir à un affreux désastre, et, à vrai dire, abaisser pour toujours la puissance militaire d'Athènes. La ville était alors enivrée d'espérances, toute pleine de devins qui lui prédisaient des victoires, de rêveurs aventureux qui proposaient maint projet de réforme sociale : on encourageait sur le théâtre la parodie des dieux et de leur culte, et en même temps on mettait hors la loi Diagoras de Mélos, le premier sophiste que la Grèce eût entendu prendre le nom d'*athée* (2); on poursuivait Alcibiade coupable ou tout au moins suspect d'avoir, dans une orgie avec ses compagnons de plaisir, mutilé les statues du dieu Hermès. C'est contre ces folies de tout genre que proteste le bon sens du poëte comique, et cela par la plus spirituelle et la plus audacieuse des bouffonneries dramatiques; et c'est le trésor public qui, selon l'usage, paye les frais de la leçon ainsi donnée au peuple athénien. Dans le même concours, un autre poëte, Phrynichus, fait représenter une pièce aujourd hui perdue (le *Monotropos*, à peu près notre *Misanthrope*), qui est peut-être le plus ancien modèle, au moins le premier essai du genre de comédie illustré par Ménandre et son école dans l'antiquité, par Molière dans notre littérature. Ainsi les plus heureux efforts d'invention sérieuse s'unissent aux plus libres débauches de la fantaisie.

(1) Voyez le deuxième *Argument* grec, et le Scholiaste sur le vers 997 de cette comédie. Un autre *Argument* nous induit sans doute en erreur en plaçant la représentation des *Oiseaux* après la défaite de Nicias et de Démosthène.

(2) Diodore de Sicile, XIII, 6.

L'issue fatale de l'expédition contre Syracuse allait donner aux Athéniens une bien autre leçon. Dans le sombre tableau qu'il en a tracé, Thucydide oublie de nous dire un fait bien touchant qu'a recueilli Plutarque, et qui témoigne du prestige exercé alors chez tous les Hellènes par le génie des poëtes athéniens : « Plusieurs des soldats de Nicias et de Démosthène durent leur salut à Euripide (qui venait précisément de faire représenter ses *Troyennes* en 416). Il paraît que parmi les autres Grecs du dehors, ceux de Sicile avaient la plus vive passion pour ses poésies. Quand on leur en apportait les moindres fragments, et qu'on les y faisait goûter, ils les apprenaient et se les transmettaient avec amour les uns aux autres. On dit qu'alors beaucoup de ceux qui revinrent dans leur patrie allèrent en foule saluer Euripide, et lui racontèrent avec effusion, les uns qu'ils avaient été affranchis pour avoir appris à leurs maîtres ce que leur mémoire avait retenu de ses poëmes; les autres que, errant après le combat, ils avaient trouvé à manger et à boire pour avoir chanté ses vers (1). » Nous rencontrerons bientôt dans ce rapide parallèle de l'histoire politique et de l'histoire littéraire d'Athènes, une autre preuve non moins belle de la bienfaisante popularité de celui qu'Aristote a nommé « le plus tragique des poëtes ». Mais notons encore quelques rapprochements expressifs avant d'arriver à la catastrophe qui termine la guerre du Péloponèse.

(A suivre.)

(1) Plutarque, *Vie de Nicias*, c. XXIX.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté du chef du pouvoir exécutif, en date du 1er août 1871, rendu sur le rapport du ministre de la guerre, ont été promus ou nommés dans l'ordre national de la Légion d'honneur les militaires dont les noms suivent, savoir :

Au grade d'officier : M. Réeb (François-Camille), médecin-major de 1re classe à la 1re légion de la garde républicaine : chevalier du 30 décembre 1863; 26 ans de services, 16 campagnes.

Au grade de chevalier : M. Vincent (Jules-Charles-Désiré), médecin sous-aide des hôpitaux de la division d'Oran; 30 ans de services, 18 campagnes.

M. Petit, médecin en chef de l'hospice général de Moulins.

M. De Deux-Ponts-Bérigny (Adolphe), docteur médecin requis à l'hôpital militaire de Versailles.

M. Huette, médecin à Montargis.

M. Barthélemy (Louis), chirurgien aide-major aux ambulances de l'armée de la Loire.

— Par arrêté du chef du pouvoir exécutif, en date du 1er août 1871, rendu sur la proposition du ministre de la guerre, ont été promus ou nommés dans l'ordre national de la Légion d'honneur, les officiers et fonctionnaires de l'armée belge dont les noms suivent, savoir :

Au grade de commandeur : M. de Bassompierre, intendant militaire en chef.

Au grade d'officier : M. Decaisne, médecin en chef.

— Le Bulletin hebdomadaire des causes de décès pour Paris, du 29 juillet au 4 août 1871, donne les chiffres suivants :

Variole, 6. — Scarlatine, 2. — Rougeole, 3. — Fièvre typhoïde, 14. Typhus, 1. — Érysipèle, ». — Bronchite, 40. — Pneumonie, 33. — Diarrhée, 80. — Dysenterie, 14. — Choléra, 1. — Angine couenneuse, 5. — Croup, 4. — Affections puerpérales, 6. — Autres causes, 622. — Total : 835.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois. . . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 8 août 1871.

POURRITURE D'HOPITAL

TRAITEMENT DE CETTE AFFECTION PAR LE CAMPHRE EN POUDRE (1).

De la nature de la maladie.

La théorie que je vais exposer se base sur des faits positifs, déjà établis dans les descriptions des auteurs, faits qu'il me suffira, je crois, de grouper dans un certain ordre pour en montrer l'enchaînement.

Dans une plaie compliquée de pourriture d'hôpital, il y a à considérer 1° le liquide de la plaie ; 2° la matière plus ou moins sèche qu'on y rencontre d'ordinaire ; 3° l'état des bords ; 4° l'état des tissus circonvoisins.

1° *Liquide de la plaie.* — C'est un liquide grisâtre, grumeleux, très-fétide, quelquefois brunâtre (coloration due à la présence d'un peu de sang). Ce liquide, et ici j'appelle l'attention, ce liquide est *âcre* et *corrosif*.

« J'ai vu plusieurs fois, dit M. Salleron, la pourriture ulcéreuse débuter non sur la surface traumatique, mais dans le pourtour de la plaie, sur les téguments excoriés par le contact de la matière devenue âcre et corrosive. On observait de petites ulcérations ponctuées qui s'agrandissaient rapidement, finissaient par se confondre, et augmentaient rapidement l'étendue de la plaie en même temps qu'il s'en formait d'autres un peu plus loin destinées à parcourir les mêmes phases. » Cet important détail est extrait d'un mémoire autre que celui déjà cité et que l'auteur a publié en 1858 sous le titre : *Compte rendu des amputations primitives et des amputations consécutives.* (*Recueil de médecine militaire*, 1858.)

Ce liquide se présente d'une manière différente, selon qu'on le considère dans telle ou telle forme de l'affection. Tandis que dans la forme ulcéreuse il se trouve abondamment sur la plaie (Legouest), passant par-dessus les bords (Salleron), tout au contraire, dans la forme pulpeuse, il fait à peu près complétement défaut sur la surface de la plaie où se voit la matière grisâtre plus ou moins sèche; mais on en constate toujours une certaine quantité, sous les bords, dans les enfoncements des décollements.

2° *Matière plus ou moins sèche.* Cette matière est insensible, remplaçant la portion des tissus qui ont été détruits; elle est évidemment le résidu de la destruction; aussi l'affection a-t-elle été d'abord classée parmi les *gangrènes*, sous la dénomination de *gangrène humide*. Cette matière présente des différences d'aspect, selon que dans la région atteinte il y avait auparavant plus ou moins de graisse, présence ou absence d'aponévrose ; c'est ainsi que dans une de mes observations relatées, où la plaie était située à la partie inférieure et externe du bras, sur le facialata, l'aspect de la pourriture a été caractérisé par un chirurgien présent, M. Saiget, sous la qualification de *pultacé* ; d'après mes impressions personnelles, on aurait dit un assemblage imbriqué de petites lamelles de carton grisâtre macéré. Quand la pourriture est établie sur la cicatrice d'un moignon d'amputé, la matière sèche est caséeuse (Salleron).

Le degré de sécheresse de cette matière est variable ; c'est ainsi que dans une des observations que j'ai publiées, la matière s'est présentée comme une dartre ; d'ordinaire elle est plus ou moins humide. Naturellement les différences de cette nature se rattachent aux conditions d'écoulement des liquides au dehors, selon le siége des plaies et selon que les blessés sont levés ou couchés, dans le décubitus ou dans tel autre.

Ajoutons que la destruction s'étant opérée aux dépens du tissu cellulo-graisseux, les matières grasses doivent dominer dans le résidu.

3° *Etat des bords.* — Dans la forme pulpeuse, les bords, comme on sait, sont ulcérés, déchiquetés, décollés, plus ou moins enflammés, douloureux ; quelquefois l'inflammation prend le caractère d'un érysipèle grave, avec production d'eschares noires.

Dans la forme ulcéreuse, le décollement est bien moindre ; les bords, dit M. Legouest, sont relevés, l'excavation étant creusée en godet.

4° *Etat des tissus circonvoisins.* — C'est sur cet état que M. Salleron se trouve avoir vivement appelé l'attention. D'après lui, l'œdème de la périphérie ne fait jamais défaut, et, autre détail caractéristique, au fur et à mesure que les plaies grandissent, que l'ulcération s'avance, l'œdème aussi s'étend plus loin, de sorte que l'œdème est comme l'avant-garde de l'ulcération. Entre autres passages où l'auteur revient sur ce point, je dois citer le suivant où l'on verra pourquoi il n'a pas pu comprendre la signification des phénomènes qu'il a si bien observés. « Toujours, dit-il, l'affection locale se compliquait d'un engorgement séreux sous-jacent et périphérique plus ou moins étendu, suivant le siége de la blessure et suivant l'état organique des malades. Cette complication que l'on a si justement appelée *typhus traumatique*, m'a toujours paru la manifestation locale d'un état pathologique général... ».

Œdème périphérique, manifestation locale d'une infection typhique primitivement généralisée.....! Non. L'œdème périphérique se relie tout simplement au liquide qui est visible tout à côté dans l'enfoncement des décollements ; c'est celui-ci qui infiltre les tissus voisins où ses qualités âcres et corrosives provoquent une sécrétion abondante de sérosité, dans laquelle il se trouve étendu ; aussi, dans la forme ulcéreuse, dans laquelle le liquide s'écoule en dehors de la plaie, l'engorgement périphérique est-il bien moindre : « l'engorgement œdémateux des parties, dit M. Legouest, est beaucoup plus considérable dans la forme pulpeuse que dans la forme ulcéreuse.

Tels sont les faits établis depuis longtemps empiriquement et dont voici ce me semble une explication bien simple. Le liquide de la plaie, liquide âcre et corrosif, est un *virus*, un *ferment*. Si dans la forme pulpeuse, les bords sont douloureux, d'un rouge livide, déchiquetés, quelquefois érysipélateux, c'est parce que le liquide âcre et corrosif est là, dans l'enfoncement des décollements. Plus loin, sous la peau, le liquide ne produit pas ces effets, parce ce qu'il se trouve étendu dans une grande quantité de sérosité, et sans doute aussi parce qu'il n'y est pas en rapport avec l'oxygène de l'air nécessaire aux ferments. Ce virus se multiplie aux dépens du tissu cellulo-graisseux qu'il détruit et qui se trouve ainsi être son corps fermentescible. Le résidu de cette destruction est représenté par les portions de tissu tombé en gangrène. De là aussi la marche de la pourriture envahissant toujours les parties voisines encore saines. Dans les cas exceptionnels où la pourriture s'étend dans la profondeur des tissus, probablement le liquide âcre et corrosif se trouve rassemblé sous la couche du détritus, couche sans doute alors moins consistante et laissant passer l'oxygène de l'air. Dans la forme ulcéreuse le résidu de la destruction se trouve entraîné avec le liquide qui s'écoule au dehors de la plaie. Bref, la pourriture des plaies, maladie primitivement locale, est une fermentation, dégageant des gaz fétides, et ainsi que je l'ai démontré précédemment, l'ensemble de l'organisme ne souffre de cette fermentation que par résorption accidentelle de matières putrides et par affaiblissement.

Cette théorie peut être vérifiée expérimentalement de deux manières. D'abord par l'inoculation. Déjà, comme on sait, des essais ont été faits dans ce sens. Le premier qui a décrit l'affection sous sa dénomination actuelle de pourriture d'hôpital, Pouteau, a contracté le mal en se piquant. Ollivier, expérimentant directement, s'est inoculé la maladie. Mais voici que Willaume se trouve avoir échoué complétement dans une série de tentatives (*Dictionnaire*, en 1860). Enfin, dans ces derniers temps, l'inoculation a été de nouveau suivie de ses effets caractéristiques. « Plusieurs de nos aides, dit M. Legouest, contractèrent la pourriture en Orient, à la suite de piqûres aux doigts faites avec des épingles, en pansant des blessés. » Cette opposition absolue entre les faits positifs et négatifs provient sans doute de ce que les expérimentateurs auront inséré des éléments différents de la pourriture des plaies. D'après ma théorie, c'est le liquide pris dans l'enfoncement des décollements qu'il faudrait inoculer.

L'autre manière de vérifier la chose expérimentalement est la suivante. Étant donnée une plaie avec pourriture d'hôpital, cherchons le moyen de faire écouler tout le liquide existant et sous les bords et dans les parties ambiantes. Si le mal est arrêté aussitôt, il sera démontré expérimentalement que c'est le liquide qui est l'agent destructeur. Eh bien ! l'expérience a été faite par M. Salleron; car, d'après lui, tel serait précisément le mode d'action du perchlorure de fer, et toutes ses observations révèlent ce mécanisme. Voici un passage où il se résume : « Appliqué sur une plaie compliquée de pourriture d'hôpital, le perchlorure de fer exerce une action irritante et attractive; il fait affluer à l'extérieur la sérosité contenue dans les vaisseaux superficiels, et surtout celle qui imbibe les tissus, qui constitue l'engorgement sous-jacent et périphérique » (*Mémoire*, 1839, page 326). Les phénomènes se succèdent dans l'ordre suivant : Vingt-quatre heures après l'application du perchlorure de fer, une sorte d'eschare est produite, eschare adhérente aux bords de la plaie. Ces bords se trouvent soulevés par le liquide rassemblé au-dessous, et qui ne tarde pas à se faire jour au dehors et à ruisseler dès lors sur la plaie. Cet écoulement continue jusqu'à ce que l'engorgement périphérique soit complétement dissipé (page 320). L'attraction sur le liquide a paru tellement évidente à M. Salleron, qu'il considère le perchlorure de fer comme une sorte d'épipastique, c'est-à-dire agent qui, étant appliqué sur la peau, détermine l'exsudation d'un liquide (page 325). M. Salleron donne encore une autre explication de cette facilité d'écoulement, et qui me paraît mieux fondée.

Le perchlorure de fer a la propriété de précipiter l'albumine du liquide des plaies et rend ainsi celui-ci plus fluide. Et, en effet, ce liquide est de sa nature visqueux et gluant. « Dans la forme ulcéreuse, dit M. Legouest, il s'offre comme un ichor tenace, et déjà le célèbre Boyer a donné comme premier signe de l'apparition de la pourriture d'hôpital sur les plaies un enduit visqueux sur la surface des chairs. C'est donc dans la propriété de fluidifier le liquide de la pourriture que paraît consister la vertu du perchlorure de fer. Malheureusement cet agent, appliqué d'après le mode d'emploi de M. Salleron, c'est-à-dire avec un plumasseau de charpie qui doit en être imbibé continuellement pendant plusieurs heures et presque journellement, provoque des douleurs atroces, dont l'auteur trace lui-même le pénible tableau. C'est une véritable torture. On appelle cela du *chlorure de fer*, lui a dit un de ses blessés, mais c'est du *chlorure d'enfer*. Ainsi s'explique pourquoi l'emploi du perchlorure de fer compte beaucoup d'insuccès, les chirurgiens n'en renouvelant pas l'application aussi fréquemment que l'a stipulé M. Salleron, de sorte que le remède n'étant pas employé selon les conditions indiquées, aboutit trop souvent à des améliorations seulement passagères. »

Il y a un autre moyen de débarrasser les plaies de leurs liquides, moyen bien plus simple et inoffensif, c'est l'emploi des poudres absorbantes; aussi, parmi les remèdes depuis longtemps préconisés empiriquement contre la pourriture d'hôpital, compte-t-on le mélange connu de poudres de quinquina, de charbon et de camphre. Mais le quinquina et le charbon absorbent difficilement un ichor tenace, qu'il faudrait simultanément fluidifier ; or, c'est cette condition qui se trouve réalisée avec la poudre de camphre employée seule et dissolvant les matières grasses.

Quand on applique sur la pourriture une quantité suffisamment abondante de poudre de camphre, une partie de cette poudre se dissout dans les graisses, qu'elle fluidifie et qu'elle transforme ainsi en huile camphrée saturée de l'agent. L'excédant, qui ne se dissout pas, absorbe tous les liquides et forme un magma adhérent au fond des plaies. Si maintenant il est vrai que e camphre a des propriétés fermenticides, et si l'on considère qu'avec l'application aussi abondante de la poudre les plaies restent pendant plusieurs heures à l'abri de l'oxygène de l'air, on s'expliquera et la rapidité et la constance des succès que j'ai obtenus avec ce moyen. Avec la poudre de camphre employée en quantité suffisante, le ferment est à la fois asphyxié, directement tué et entraîné en dehors de l'organisme (1).

A. NETTER.

APERÇU GÉNÉRAL
SUR
L'INFLUENCE DES COURANTS ÉLECTRIQUES
DANS LES AFFECTIONS DE LA MOELLE (2).

Par MM. ONIMUS et LEGROS.

En dehors des maladies dites essentielles du système nerveux central, pour le traitement desquelles nous avons déjà insisté, la plupart des autres affections sont chroniques et envahissent

(1) Fin. — Voir les numéros des 2, 4, 7 14, 23, 30 mars 1er et 8 avril 1871.

(1) L'essence de térébenthine, déjà anciennement préconisée par Dussaussoy et conseillée de nouveau dans ces derniers temps (*Union médicale*, n° du 23 juillet 1868), a également la propriété de se dissoudre dans les graisses ; mais l'application en est douloureuse, et s'il en tombe à côté sur les tissus sains, elle détermine des brûlures ; c'est ce que j'ai vu arriver cette année-ci au Mans.

(2) Suite. — Voir le numéro du 13 mai 1871.

lentement et progressivement les diverses régions de la moelle.

Au point de vue thérapeutique, et laissant de côté toute considération purement scientifique, la question importante est celle-ci : Étant donnée une affection chronique de la moelle, telle qu'une sclérose des cordons postérieurs, une atrophie graisseuse progressive, une paralysie infantile, une paralysie agitante, que peut-on espérer du traitement par les courants continus?

Pour éviter toute équivoque, nous commençons par faire une distinction très-nette entre les expressions guérison et amélioration.

La chorée même très-ancienne, l'irritation spinale, l'ataxie tout à fait au début peuvent guérir complétement, mais jamais on ne peut espérer guérir une sclérose ancienne, une paralysie agitante bien définie, une paralysie musculaire progressive, etc.

Dans ces cas, on améliore la maladie, on l'empêche de faire des progrès, mais jamais on ne la guérit. Il n'est au pouvoir d'aucun agent thérapeutique de faire naître une cellule nerveuse, de faire disparaître le tissu lamineux qui s'est formé ; et ce serait une illusion que l'ignorance seule pourrait excuser, d'annoncer de pareils résultats ou de les faire espérer aux malades.

Dans toutes ces affections, nous ne devons donc avoir qu'un seul but : ramener à l'état normal les organes qui n'ont encore subi qu'une altération incomplète ou indirecte, et enrayer la maladie.

La paralysie infantile fait exception aux diverses affections chroniques de la moelle, car, au lieu de progresser, elle a au contraire une tendance rétrograde, et on n'a pas à craindre de la voir augmenter avec le temps. Dans ce cas, il ne faut donc songer qu'à rendre aux muscles atrophiés et altérés leur état normal et leur fonctionnement.

Jusqu'à présent, dans cette affection, on employait toujours les courants induits appliqués directement sur les muscles atrophiés.

C'est là une méthode que nous rejetons complétement, et dont on n'a d'ailleurs jamais tiré grand profit. Nous la croyons même funeste entre des mains peu exercées, et il en est de même pour toutes les altérations des muscles autres que les atrophies simples.

Les courants induits, en ne considérant que leur influence sur les muscles, n'agissent que sur la fonction ; ils font contracter la fibre musculaire, et dans les cas où cette fibre s'atrophie faute d'activité et faute d'excitation, il n'y a pas de meilleur agent thérapeutique que ces courants. Dans les cas pathologiques où la structure et la composition intime de la fibre musculaire sont altérées, la propriété contractile est perdue en grande partie, et il est important au contraire de ne pas chercher tout d'abord à faire contracter ces fibres malades, à les fatiguer et à les épuiser pour ainsi dire.

Ce que l'on doit surtout chercher à obtenir, ce sont des changements dans la nutrition intime par la circulation et par l'influence du système nerveux central.

Dans ce but, l'électrisation cutanée, les frictions sèches, les révulsions de diverse nature, les bains légèrement excitants agissent inévitablement sur la circulation locale ; mais à côté de tous ces agents, les courants continus offrent une grande supériorité, car ils peuvent agir sur les éléments atteints primitivement, et influencent de plus et la circulation et le système nerveux central.

Le traitement dans la paralysie spinale des enfants doit donc consister dans l'électrisation modérée des régions de la moelle dont partent les nerfs qui se rendent aux membres paralysés.

Voilà en général comment nous procédons. Nous promenons d'abord les électrodes sur les muscles malades et en faisant par moments quelques interruptions, puis nous plaçons le pôle positif sur la colonne vertébrale et l'autre sur le trajet des nerfs qui se rendent aux membres atrophiés; et enfin, tant pour agir sur la circulation de la moelle que pour combattre l'excitation qui a pu être produite, nous maintenons sur la moelle, sans interruption, pendant trois à cinq minutes un courant descendant de dix à vingt éléments. Les séances durent vingt à vingt-cinq minutes et doivent avoir lieu trois ou quatre fois par semaine.

Après quelques semaines de traitement, il est utile, la plupart du temps, de le suspendre pendant quinze jours ou un mois et d'insister alors sur les autres agents thérapeutiques qui doivent être employés simultanément, tels que les bains sulfureux, les lavages froids, le massage, les frictions sèches, etc.

Plus le début de l'affection est récent, plus on se trouve dans de meilleures conditions, et nous sommes convaincus qu'en employant avec prudence les courants continus dès que la période aiguë a cessé, c'est-à-dire huit à dix jours après les premiers symptômes, on obtiendrait des résultats remarquables.

Dans ce cas, il ne faudrait employer qu'un courant descendant sur la moelle, et dans ces conditions il n'y a aucune excitation à craindre.

On redoute toujours d'employer les courants électriques, et pendant bien des années encore les médecins considéreront toujours l'électricité comme l'excitant le plus terrible. Oui, les courants interrompus ou ceux que fournit l'électricité statique sont excitants et ne *peuvent jamais être qu'excitants*; mais les courants continus, *selon le mode d'emploi, agissent comme un sédatif puissant*, en même temps qu'ils favorisent la nutrition intime.

Ils sont calmants, parce qu'ils maintiennent le système nerveux dans le même état dynamique, et qu'ils favorisent les conditions normales de la circulation, et l'on sait que le meilleur calmant pour le système nerveux est un sang bien oxygéné.

(*Sera continué.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 24 juillet 1871. — Présidence de M. FAYE.

MÉMOIRES ET COMMUNICATIONS DES MEMBRES ET DES CORRESPONDANTS DE L'ACADÉMIE.

Physiologie. — *Sur l'arrêt de la circulation du sang produit par l'introduction d'air comprimé dans les poumons.* Note de M. N. GRÉHANT, présentée par M. Claude Bernard.

« Poiseuille, dans un travail qui a paru dans les Comptes rendus de l'Académie des sciences le 17 décembre 1855, établit ce fait, que l'inspiration entrave la circulation pulmonaire, tandis que l'expiration la favorise. Poiseuille a démontré en outre, par des injections, que les poumons insufflés offrent des capillaires plus allongés et d'un diamètre plus petit qui laissent passer moins de liquide que les poumons non insufflés. Une observation que je fis au laboratoire de physiologie du Muséum d'histoire naturelle m'a conduit à étudier de nouveau cette question. Chez un chien empoisonné par le curare, on entretenait la respiration artificielle et on mesurait à l'aide d'un manomètre à mercure la pression du sang dans l'artère fémorale; cette pression se maintenait égale à 15 centimètres environ tant que le mouvement régulier du soufflet fut conservé ; mais aussitôt qu'on exagéra le nombre et l'amplitude des mouvements d'insufflation, la pression du sang baissa considérablement jusqu'à 7 centimètres environ, et en même temps la colonne mercurielle cessa d'osciller.

Si par un tube fixé dans la trachée on insuffle les poumons avec de l'air comprimé, on observe exactement le même phénomène de dépression. Chez un chien, à l'état normal, la pression du sang dans l'artère fémorale tracée par le manomètre de M. Fick sur le cylindre tournant de M. Marey était égale à 12 centimètres de mercure en moyenne; on insuffla dans les poumons de l'air soumis à la pression de 15 centimètres de mercure, la pression dans l'artère baissa jusqu'à 3 centimètres, et le tracé montra que les ondées sanguines envoyées par le cœur devinrent de plus en plus petites et même disparurent complétement. Dans une seconde expérience, l'air insufflé étant soumis à une pression de 6 centimètres de mercure, la pression dans l'artère diminua de 12 centimètres à 5 centimètres.

Chez le lapin, des expériences semblables fournissent des résultats analogues. La trachée d'un lapin est mise en communication avec un gazomètre plein d'air à la pression de 4c, 2 de mercure; la pression du sang dans la carotide baisse aussitôt de 13c, 8 à 2c,6. L'insufflation des poumons étant faite avec de l'air soumis à la pression de 1c,2, la pression dans l'artère baissa de 13c,5 à 11c, 5; elle avait diminué de 2 centimètres. Dans cette seconde expérience, le tracé indique encore les battements du cœur et l'influence des mouvements respiratoires.

La section des nerfs pneumo-gastriques n'exerce aucune influence sur la production de ces phénomènes.

On peut démontrer directement que l'air comprimé arrête la circulation dans le poumon. On introduit par la veine jugulaire, chez un chien, une sonde de plomb préalablement remplie d'une solution de bicarbonate de soude ; l'extrémité de la sonde est enfoncée jusque dans la portion thoracique de la veine cave inférieure ; une canule de verre est fixée dans l'artère carotide, et les deux tubes, la sonde et la canule sont unis aux deux branches d'un manomètre différentiel de M. Claude Bernard. Dans les conditions normales, le mercure monte du côté de la veine jusqu'à 14 centimètres; dès qu'on insuffle les poumons avec de l'air soumis à la pression de 6c,5 de mercure, aussitôt le mercure descend du côté de la veine, monte du côté de l'artère; bientôt les deux niveaux sont dans un même plan horizontal; la pression est alors exactement la même dans la veine cave inférieure et dans l'artère. Ouvre-t-on l'artère, le volume de sang qui s'écoule est petit, la pression tombe à zéro dans l'artère, et le sang cesse de couler. Ainsi la circulation est complétement arrêtée, et l'obstacle se trouve dans le poumon; dès qu'on laisse cet organe s'affaisser, le sang arrive en quantité dans l'artère.

L'expérience suivante démontre encore directement le même fait. Chez un animal sacrifié par hémorrhagie, le sang est défibriné. Le thorax étant ouvert, on fixe deux canules de verre, l'une dans l'artère pulmonaire, l'autre dans l'oreillette gauche, puis on établit artificiellement la circulation du sang à travers les poumons, sous une pression constante de 5 centimètres de mercure. Aussitôt qu'on insuffle les poumons, le sang cesse de revenir par l'oreillette gauche, il s'échappe en abondance quand on cesse l'insufflation. Cette expérience permettrait encore d'établir le rapport qui existe entre la perméabilité du poumon pour le sang et le degré de dilatation de cet organe.

On peut déduire des faits qui précèdent, sans qu'il soit nécessaire d'y insister davantage, les ménagements qu'il faut garder dans les cas où l'on pratique la respiration artificielle.

On ne devra pas confondre ces expériences et les résultats qu'elles fournissent avec les cas dans lesquels l'homme ou l'animal, au lieu de recevoir de l'air soumis à une certaine pression par le poumon seul, se trouve placé, le corps entier, dans une atmosphère d'air comprimé.

Séance du 31 juillet. — Présidence de M. FAYE.

Physique. — *Deuxième mémoire sur la décoloration des fleurs et des feuilles par les décharges électriques; par* M. BECQUEREL. (Extrait par l'auteur.)

Dans le précédent mémoire, présenté à l'Académie le 10 juillet dernier, sur la décoloration des fleurs et de certaines feuilles colorées sur une de leurs faces, par des décharges électriques, même très-faibles, nous avons dit que les effets produits étaient les mêmes, en général, à quelques différences près cependant, que ceux que l'on obtient en les plongeant dans de l'eau à 100 degrés, et même pour certaines espèces, à une température au-dessous, sans entrer toutefois dans aucun détail à cet égard. Nous avons étudié de nouveau cette question, pour montrer les différences existant entre ces deux modes d'action et mettre en évidence de nouveaux rapports entre la chaleur et l'électricité, deux agents qui produisent souvent des effets physiques et chimiques semblables, probablement en raison d'une origine commune.

Tous les phénomènes qui ont été décrits dans le précédent mémoire paraissent être dus à la diffusion des liquides colorés, renfermés dans les cellules des pétales des fleurs, à travers leurs parois, et qui ont éprouvé des lésions provenant d'actions physiques ou chimiques, lesquelles lésions ont altéré ou détruit leur organisation et donné lieu aux effets observés.

Dans le but de comparer les effets de décoloration provenant de la chaleur d'une part, de l'électricité de l'autre, on a commencé par soumettre diverses espèces de fleurs rouges, bleues et jaunes, depuis une température de 12 à 15 degrés au-dessous de zéro jusqu'à 100 degrés au-dessus. Les pétales de ces fleurs ont d'abord été introduits dans des tubes que l'on a plongés dans un milieu réfrigérant, et on les y a laissés pendant une demi-heure. Les fleurs rouges ont pris une teinte violette plus ou moins foncée. Nous citerons notamment le pavot (coquelicot), les roses ordinaires ayant une teinte violacée, les roses trémières, etc., etc. Il paraîtrait donc que, par l'effet de la congélation, les enveloppes des cellules ont été altérées; il y a eu diffusion à l'extérieur du liquide coloré, destruction en partie de la couleur rouge, prédominance de la couleur bleue, qui a fini par devenir sensible à tel point que l'on apercevait çà et là des traces de bleu. Le pavot et la rose trémière, du reste, sont des fleurs qui présentent à un degré bien marqué ces effets remarquables de changement de couleur.

Les feuilles de *begonia discolor*, colorées en rouge violacé en dessous, soumises à un refroidissement semblable, éprouvent des effets du même genre : altération des cellules, infiltration de la matière colorante sur la face verte, qui prend la même teinte que celle de dessous. Peu à peu le vert de cette dernière se manifeste, et il arrive un instant où les deux faces de la feuille présentent la même teinte. L'action continuant, la couleur de la chlorophylle finit par disparaître en partie.

A zéro, les fleurs précédemment mentionnées et les feuilles de bégonia ne paraissent éprouver aucune altération; il en est de même, en élevant successivement la température jusqu'à 50 degrés; de 50 à 60 degrés, la décoloration commence à se manifester, très-faiblement d'abord, par un reflet violacé blanchâtre dans les fleurs rouges; la limite varie suivant la nature de la matière colorante : dans le pavot, la couleur devient d'abord légèrement violette, s'affaiblit peu à peu, puis à 100 degrés la décoloration est complète dans la plupart des fleurs.

On voit donc que l'abaissement de température au-dessous de zéro et l'élévation au-dessus d'une certaine limite produisent les mêmes effets, c'est-à-dire altération des enveloppes des cellules qui renferment la matière colorante, diffusion du liquide coloré et décoloration successive jusqu'à ce qu'elle soit complète.

Lorsque les fleurs ont pris une teinte rouge violacée par élévation ou abaissement de température, si on les plonge dans l'eau légèrement acidulée par un acide faible, tel que l'acide acétique, elles ne tardent pas à reprendre leur couleur rouge primitive. Si on les met, au contraire, en contact avec de l'eau contenant des traces d'ammoniaque, elles prennent une teinte violette foncée. En opérant de la même manière avec du papier teint avec le liquide extrait de la fleur de pavot, les effets sont les mêmes, si ce n'est que l'eau alcalisée le rend plus sensiblement bleu qu'il n'était auparavant. On est donc porté à admettre que la diffusion du liquide coloré a lieu sous l'influence d'une température élevée ou très-basse, et que ce liquide, dans son contact avec les sucs environnants, éprouve dans sa composition une modification semblable à celle qui a lieu lors de la réaction de l'eau alcalisée sur la couleur rouge du pétale.

Si l'on passe de ces expériences à celles qui sont relatives aux décharges électriques opérées avec la machine électrique ordinaire ou l'appareil d'induction, on trouve que les effets produits ont la plus grande ressemblance avec les précédents. On a soumis à l'expérience les mêmes fleurs, afin de rendre la comparaison plus facile; avec de faibles décharges, les fleurs rouges, telles que celles du pavot, prennent une teinte légèrement violacée; mais, si l'on cesse aussitôt l'électrisation et qu'on les mette en contact avec de l'eau distillée, elles se décolorent peu à peu et finissent par devenir tout à fait blanches et même translucides, après un temps plus ou moins long, suivant l'intensité et la durée de l'action électrique; la matière colorante a donc été enlevée par l'eau, qui est teinte en violet; mais si, au lieu de cesser l'électrisation, on la continue, la fleur se décolore complétement. On voit par là que non-seulement les cellules ont reçu une atteinte profonde dans leur organisation, d'où est résultée une mort plus ou moins lente, mais qu'il s'opère, en continuant les décharges, une décomposition de la matière colorante; les fleurs ont donc été en quelque sorte foudroyées, bien que la quantité d'électricité ait été quelquefois très-faible.

Mais quelle est la nature de l'altération produite par l'électricité dans les cellules par suite de laquelle il y a diffusion et altération du liquide coloré qui se trouve dans ces cellules? On ne saurait le dire, car le microscope n'indique aucune altération organique apparente. La cause qui maintient les cellules à l'état normal est tuée par l'électricité, comme elle l'est par une température inférieure même à 100 degrés et un refroidissement qui ne dépasse pas 12 à 15 degrés au-dessous de zéro. La différence qui existe entre ces deux modes d'action consiste en ce qu'une décharge électrique très-faible, telle que celle qui provient de l'électricité produite par le frottement d'un tube de verre avec une étoffe de laine, suffit quelquefois pour détruire l'organisation des cellules.

Lorsqu'on triture dans un mortier d'agate, avec une très-petite quantité d'eau, des pétales de pavot rouge-orangé, on détruit les cellules et l'on en extrait, par une légère pression, au lieu d'un

liquide rouge, un liquide coloré en violet, ayant la même teinte que celle que prend le pétale électrisé : on peut en conclure que l'on produit dans les deux cas le même genre d'altération, c'est-à-dire la destruction des cellules et un changement dans la composition de la matière colorante.

En soumettant à des décharges électriques du papier teint avec le liquide retiré des pétales et humide, l'électricité ne lui fait éprouver d'abord aucun changement dans sa coloration; ce n'est que quelques temps après que le papier se décolore peu à peu, et que la matière colorante est décomposée.

Les fleurs bleues et même jaunes ne se comportent pas précisément comme les fleurs rouges ou violettes ayant une teinte rouge; l'électricité agit lentement sur leurs pétales pour détruire la matière colorante, mais non pour rendre très-soluble, dans l'eau, cette matière, quand elle est légèrement impressionnée par l'électricité. Parmi les exemples que nous pourrions citer, nous mentionnerons :

1° La clématite, bleu foncé, dont la matière colorante, quand elle a éprouvé un commencement de décomposition, est à peine soluble dans l'eau, comme cela a lieu avec les fleurs rouges;

2° La fleur de capucine, rouge-orangé, dont la matière jaune, après l'électrisation, se dissout très-difficilement dans l'eau, perd sa couleur rouge et conserve sa couleur jaune.

L'électricité agit donc, dans les phénomènes que l'on vient de décrire, comme force physique pour détruire les cellules, et comme force chimique pour décomposer les couleurs des fleurs, notamment les couleurs rouges.

Notre confrère M. Chevreul, a fait une étude approfondie de la composition de la couleur des fleurs et des rapports existant entre les matières colorantes; on trouvera dans le Mémoire quelques détails à cet égard. MM. Fremy et Cloëz ont fait également des recherches sur le même sujet, dont nous parlerons également. Nous ferons remarquer que, dans ces recherches, on n'a employé que des réactions chimiques pour produire les effets dont il est question, tandis que nous, nous n'avons fait usage que de forces physiques.

Il est probable que des effets physiques et chimiques d'une autre nature, quoique ayant de l'analogie avec ceux-ci, doivent être également produits dans l'homme et les animaux, surtout dans les tissus les plus délicats de l'organisme, tels que ceux, par exemple, du système capillaire. Ce sont là des recherches importantes à faire, et qui intéressent les applications de l'électricité à la médecine.

Alcoolisme aigu. — *Épilepsie absinthique.* Deuxième Note de M. MAGNAN, présentée par M. Bouley.

Depuis le mois d'avril 1869, deux cent cinquante cas environ d'alcoolisme aigu, chez l'homme, observés au bureau central d'admission des aliénés de la Seine (Sainte-Anne), ont permis de vérifier et de confirmer les conclusions cliniques énoncées dans la Note du 5 avril 1869, sur le même sujet.

De ces nouveaux faits, il résulte :

1° Que les alcooliques aigus avec attaques épileptiques s'adonnent presque toujours à la liqueur d'absinthe;

2° Que les alcooliques aigus sans épilepsie, mais avec tremblement, quel que soit d'ailleurs son degré d'intensité, boivent habituellement du vin et de l'eau-de-vie.

On peut donc dire, d'une manière générale, pour les faits relatifs à l'alcoolisme aigu : l'alcool produit le délire et le tremblement; la liqueur d'absinthe (alcool et absinthe) produit le délire, le tremblement et l'épilepsie.

Des expériences physiologiques nombreuses, avec l'alcool et l'essence d'absinthe, ont fourni de leur côté, depuis cette époque, une démonstration plus complète de l'épilepsie absinthique.

Physiologie. — *Lois de la croissance chez les Mammifères.* — Lettre de M. PROSEL à M. de Quatrefages.

En vous exposant la loi de la croissance, je crois vous avoir dit que ce sont les homologies du squelette vertébral (dans le sens de Richard Owen), qui nous fournissent la clef pour l'intelligence de la progression successive des différentes parties du corps. Ainsi ce sont les névrapophyses qui finissent leur croissance les premiers, en s'ossifiant pendant les premiers mois après la naissance; les plévrapophyses et les homopophyses (les côtes, l'omoplate, les os du bassin) viennent en seconde ligne; leur développement est maximum dans la première année, et va en diminuant chez les grands ruminants et le cheval, jusqu'à la fin du trentième et même jusqu'au trente-sixième mois. Les centres (ou corps de vertèbre) continuent leur croissance beaucoup plus longtemps, jusqu'à la fin de la quatrième année (chez le bœuf), et dépassent même la cinquième année (chez le cheval); les appendices (les membres, les os longs) les suivent de près, mais avec une latitude d'à peu près une demi-année; et quant à la névrospinale, cette apophyse peut même continuer sa croissance chez le cheval jusqu'à la sixième année passée, mais le plus souvent elle a fini son développement en même temps que les autres.

Mes expériences n'embrassent que le cheval et le bœuf, mais vous comprendrez facilement que la loi est la même pour les autres mammifères, seulement il reste à fixer les termes. Quand les parties homologues se développent toujours sous les mêmes influences extérieures, il s'ensuit nécessairement que les proportions, que beaucoup de zoologistes regardent comme spécifiques, varient avec les altérations du milieu. Ainsi les races naines et rabougries se présentent toujours où la nourriture ne se présente qu'avec beaucoup de parcimonie, et, au contraire, les races colossales dérivent d'une nourriture abondante; mais, dans les deux cas, les proportions peuvent rester les mêmes. C'est seulement quand la nourriture varie beaucoup en quantité (et même en qualité), que les proportions présentent des différences souvent assez grandes.

Ainsi, quand on nourrit le jeune animal (le jeune cheval) assez médiocrement, jusqu'à ce qu'il ait atteint l'âge de deux ou trois ans, pour le bourrer de fourrage avant de l'envoyer au marché, il conserve la poitrine étroite et sans profondeur, tandis que les membres et les vertèbres profitent de l'abondance de la nourriture, et le font haut sur jambes, à dos long et à l'encolure nouée. La même conformation se présente quand l'animal, sauvage ou à demi-domestiqué, subit des alternatives d'abondance et de famine, comme il arrive souvent lorsque la rigueur de l'hiver ou la sécheresse de l'été exposent les animaux à des privations considérables; les parties du corps qui ne profitent guère que de deux bonnes saisons restent en retard, tandis que les membres et les corps des vertèbres arrivent à se dédommager pendant quatre et même cinq saisons d'abondance. Ainsi, vous voyez le cheval de la Pologne et de la Hongrie (et le bœuf des mêmes pays) présenter la même conformation que le cheval barbe; c'est aussi pourquoi ces fautes de conformation ne sont jamais héréditaires, quand la stabulation vient remplacer la pâture dans les mauvaises saisons. C'est par la même raison qu'une maladie d'assez longue durée, et assez grave pour entraver la nutrition, entraîne les mêmes défauts de conformation, même chez l'homme; on trouvera peut-être un jour que ce sont les mêmes alternatives d'abondance et de privations qui font les cerfs de nos climats et les chevreuils hauts sur jambes, pendant que les antilopes des pays fertiles présentent des proportions plus normales.

Mais quand l'art fait tout le contraire, quand l'éleveur pousse le développement du jeune animal, et puis, pour éviter une stérilité immédiate, fait tout son possible pour le restreindre et même l'arrêter, en suscitant les rapports sexuels, le résultat devient aussi tout contraire; alors nous avons les proportions de la race courte-corne, les côtes larges et longues, la poitrine profonde, mais les corps de vertèbres et les membres courts, sur le corps ramassé et à jambes basses.

Peut-être est-il superflu d'ajouter que la croissance des corps de vertèbres et des os longs va toujours en diminuant, et que souvent elle reste stationnaire (ou presque stationnaire) pendant quelque temps et même pendant quelques années (chez le cheval). Le plus souvent c'est le cas, quand la nutrition a été assez abondante et *régulière*; au moins les proportions se présentent-elles toujours plus normales par un tel régime. Mais pourtant l'aptitude reste toujours jusqu'à l'ossification complète, et quand une abondance tardive intervient, les aptitudes latentes se réveillent : c'est alors qu'elles entraînent les défauts précédents, défauts si communs et si fâcheux.

Comme point de départ, j'ai fait des études dans notre haras de Fredericksbourg, de 1857 à 1864. La première année du poulain a présenté tant d'irrégularités, qu'il a été tout à fait impossible d'en rien tirer de général; les différences de développement pendant la gestation et la lactation sont tout à fait individuelles, et ce n'est que vers la fin de la première année que les différences commencent à disparaître.

Depuis la première jusqu'à la deuxième année révolue, cinquante-deux poulains ont gagné 125,4 millimètres (la taille mesurée jusqu'au garrot), mais les membres de devant, mesurés jusqu'à l'articulation cubito-humérale, n'ont gagné que 27 millimètres.

Le maximum de croissance a été de 202,5 et 182,9 millimètres, observés chez deux poulains de la même mère; le minimum a été de 52,25 millimètres. Cette grande différence n'a pourtant pas eu d'autre effet que de faire disparaître les irrégularités de la première année; car, après la deuxième année, tous les poulains n'ont différé que très-peu par leur taille. Quant à la différence du sexe, vingt-deux poulains ont gagné, terme moyen, 130,9 millimètres, pendant que trente pouliches n'ont atteint que 121,5 millimètres. Le maximum de la croissance des membres de devant a été de 65,3 à 52,25 millimètres chez onze poulains, et pour neuf elle a été presque imperceptible.

De la seconde à la troisième année, quarante-trois poulains ont gagné 38,2 millimètres (vingt poulains mâles 35 millimètres, et vingt-trois pouliches 40,75 millimètres); le maximum a été de 104,5 millimètres chez un seul; on a obtenu 78,4 millimètres chez deux individus, et 52 millimètres chez neuf individus. Les membres de devant n'ont gagné que 10,5 millimètres : le maximum a été de 52 millimètres chez un seul individu; on a obtenu 27 millimètres chez neuf individus; chez vingt individus, la croissance a été nulle.

Entre la troisième et la quatrième année, la taille a gagné 23 millimètres (moyenne de vingt-neuf cas); et cette augmentation est, dans la plupart des cas, due à la croissance des névrospinales du garrot. Le maximum a été de 52 millimètres dans un seul cas; sept individus ont gagné de 32 à 40 millimètres; chez trois poulains, la taille est restée tout à fait stationnaire. Les membres n'ont gagné, en moyenne, que 5 millimètres; chez trois individus, 27 millimètres; chez seize poulains la croissance a été nulle.

Entre la quatrième et la cinquième année, on a observé une croissance de 26 à 38 millimètres, due aux membres seulement; la profondeur du corps n'a rien gagné. Il faut pourtant observer qu'on ne garde pas dans les haras les individus à développement irrégulier, et qu'on n'y trouvera jamais ces proportions faussées, qui sont si communes chez les éleveurs privés.

DOCUMENTS

POUR SERVIR A L'HISTOIRE DU MOUVEMENT SCIENTIFIQUE PENDANT LE SIÉGE DE PARIS (1).

FACULTÉ DES LETTRES

LITTÉRATURE GRECQUE

COURS DE M. EGGER (de l'Institut).

—

Leçon d'ouverture. — La littérature à Athènes pendant les guerres.

(Suite et fin.)

L'an 412 est marqué par une double victoire des Athéniens à Cyzique (2) et par le *Philoctète* de Sophocle (3), exquise production d'un octogénaire, qui écrira encore avant de mourir l'*Œdipe à Colone* (4), éloquent hommage au génie humain et hospitalier de sa patrie. En 409, Athènes se laisse reprendre par les Lacédémoniens Pylos, qu'avait si heureusement conquise, quelques années auparavant, l'aventureux Cléon (1); mais une belle tragédie d'Euripide, l'*Oreste*, qui est de cette année (2), a pu la consoler de son échec. D'autres témoignages nous la montrent, alors comme toujours, passionnée pour les beaux arts, et prodiguant à ces nobles dépenses ce qui lui reste de ses trésors tour à tour épuisés et renouvelés, selon les vicissitudes de sa fortune. C'est de 410 à 408 que s'achève le temple d'Athénée *Poliade* (protectrice de la ville et spécialement de l'*Acropole*), temple plus connu sous le nom d'*Erechthéton*. Nous avons aujourd'hui, sur des marbres d'Athènes, les fragments du registre tenu par les entrepreneurs de ce monument (3), œuvre d'un art sublime et délicat. On ne se lasse pas d'admirer la sérénité de ces ingénieux artistes, des mains de qui, parmi tant de traverses, rien ne peut arracher le compas et le ciseau!

Une autre preuve de l'industrieuse activité des artistes était comme réservée à notre temps. Vous savez les richesses acquises récemment par les principaux musées de l'Europe, à la suite des fouilles opérées dans les nécropoles étrusques, surtout dans la nécropole de Vulci. Il est à peu près démontré aujourd'hui que ces milliers de vases où l'art se déploie avec tant d'éloquence et de variété, malgré la négligence d'une exécution rapide, sont dus à des potiers et à des peintres que les opulents Lucumons de l'Étrurie appelaient pour orner leurs palais et leurs tombeaux. La tradition des Phidias et des Polygnote se reconnaît à ce sentiment délicat de la beauté des formes, à cette facilité de pinceau, à cette abondance des souvenirs mythologiques; enfin mainte signature atteste précisément l'origine grecque, et souvent athénienne, des vases qu'une observation superficielle, et bornée d'ailleurs à trop peu de monuments, avait d'abord fait ranger sous le titre commun de *vases étrusques*. Or, la céramographie hellénique de l'Étrurie, comme celle de la grande Grèce, des îles et du continent grec oriental, paraît remonter au moins à la seconde moitié du cinquième siècle avant notre ère : une partie de ses meilleures productions doit donc être comptée à l'honneur du siècle de Périclès (4).

Sophocle mort, en 406, avec Euripide (5), après cinquante années de glorieux succès, son deuil va être doublement célébré par Athènes et par ses ennemis.

A Athènes, c'est Aristophane qui, dans l'ingénieuse fable des *Grenouilles*, représentera ses concitoyens éplorés, redemandant au Dieu des enfers le poëte honneur de leur scène tragique. Euripide veut en vain lui disputer la faveur de remonter sur la terre; Eschyle, le vrai créateur de la tragédie, laissera voir, en juge impartial, sa préférence pour le poëte austère qui n'a jamais exagéré les émotions dramatiques et les effets de scène, et qui n'a jamais compromis la gravité de la muse tragique par des fictions indécentes et indignes de sa gravité; sous la bouffonnerie du débat si plaisamment imaginé par Aristophane perce une critique dont le dernier mot est celui même du bon sens et de la morale.

Hors d'Athènes, voici ce que racontait une légende, fidèle expression des sentiments de la Grèce et de son respect pour une renommée grande et pure. La ville était investie par les Spartiates; ils occupaient le faubourg où reposaient les cendres des ancêtres du poëte. En ces conjectures solennelles, le dieu des fêtes dionysiaques apparut deux fois en songe au général spartiate, et lui suggéra de permettre que le peuple d'Athènes pût, au travers des lignes ennemies, conduire à son lieu de repos la dépouille mortelle de Sophocle (6).

La guerre, hélas! une guerre impitoyable comme les colères qu'avait soulevées l'ambitieuse domination d'Athènes, reprit bientôt ses droits. Vaincue et privée de sa flotte à Ægos-Potamos, la république ne put défendre et sauver les *longs-murs*, son honneur à la fois et sa sûreté. Comme une amère dérision du sort, ce fut le jour anniversaire de la bataille de Salamine que Lysandre y fit son entrée avec les alliés de Sparte. Puis, comme les Athéniens ne se hâtaient pas assez de détruire, selon les termes de leur capitulation, cette enceinte, objet pour eux d'une si légitime et si patriotique jalousie, dans un conseil de guerre tenu par Lysandre, le Thébain Erianthe fut d'avis de raser la ville et d'en changer le sol en un pâturage pour les bestiaux. Toutefois, dans un festin des généraux ennemis qui eut lieu ensuite, un Phocéen s'étant mis à chanter de beaux vers d'Euripide (7) où Électre, la fille du roi des rois, est représentée dans la misère, tous les convives se sentirent touchés d'une compassion profonde : ils virent quel crime ce serait de détruire une ville si célèbre et mère de tant de grands hommes (8). La cité de Minerve fut donc sauvée, comme l'avaient été naguère ses soldats vaincus et captifs à Syracuse, par l'éloquence d'un de ses poëtes. Après cela, les Athéniens devaient bien à Euripide l'honneur qu'ils lui rendirent en autorisant, après sa mort, son fils à faire représenter trois pièces qu'il avait laissées inédites (9), et dont deux, l'*Iphigénie à Aulis* et les *Bacchantes* parvenues jusqu'à nous, ne sont pas un des moindres ornements de sa galerie tragique.

Quant à Lysandre, il paraît que son âme, naturellement portée à la mélancolie (10), reçut une profonde impression de ce spectacle d'Athènes humiliée et réduite à ne devoir son salut qu'à la pitié de ses vainqueurs. Le hasard nous en a conservé un témoignage qui me semble éloquent dans sa simplicité. Parmi les offrandes déposées au Parthénon, et dont il nous est parvenu d'assez nombreux inventaires, on voit figurer plusieurs fois *une couronne d'or offerte par le Lacédémonien Lysandre, fils d'Aristocrite* (11). N'était-ce pas là

---

(1) Suite. — Voir le dernier numéro.
(2) Xénophon, *Helléniques*, I, 1, § 9; Diodore de Sicile, XIII, 50.
(3) *Argument* grec, en tête du *Philoctète*.
(4) L'*Argument* grec atteste qu'elle ne fut représentée qu'après sa mort, par les soins de son petit-fils.

---

(1) Diodore, XIII, 64, Cf. Thucydide, IV, 3; V, 14, et les *Chevaliers* d'Aristophane.
(2) Scholies sur les vers 371 et 772 de cette tragédie.
(3) *Corpus inscrip. græcarum* de Bœckh, n. 160; Rhangabé, *Antiquités helléniques*, n. 56-60.
(4) Voyez le célèbre mémoire de Gerhard, *Rapporto intorno i vasi Volcenti* (Roma, 1831, et l'*Introduction* de MM. C. Lenormant et de Wite à leur *Elite des monuments céramographiques* (Paris, 1844).
(5) Diodore, XIII, 103, et l'*Argument* grec des *Grenouilles* d'Aristophane.
(6) Biographie anonyme, composée en partie, comme l'a démontré M. Ritter, d'après une biographie plus ancienne dont l'auteur était l'érudit Alexandrin Didyme.
(7) Vers 167 et suivants.
(8) Plutarque, *Vie de Lysandre*, c. XV.
(9) Scholiaste d'Aristophane sur le vers 67e des *Grenouilles*.
(10) Plutarque, *Vie de Lysandre*, c. II, d'après Aristote, *Problèmes*, XXX, 1.
(11) *Corpus inscrip. græc.*, n. 150, 151, 152.

comme une religieuse expiation de la pensée cruelle que Lysandre laissa discuter devant lui dans le conseil raconté par Plutarque? Comment, en effet, l'âme d'un véritable Hellène, qui n'était pas étranger (sa vie l'atteste par plus d'un trait) au goût des lettres et des arts, pouvait-elle songer sans remords à ce suprême péril d'une cité comme la cité de Minerve?

Athènes était déchue pour toujours de son orgueilleuse grandeur; mais elle n'était pour cela découragée ni abattue. Elle le montra bien vite, en chassant les trente commissaires que Sparte lui avait imposés, en rétablissant la démocratie par les mains de Thrasybule; et elle honora cette victoire par un mémorable exemple de prudence et d'humanité, en proclamant l'*amnistie*, c'est-à-dire l'oubli des discordes antérieures, l'engagement de ne poursuivre aucun de ceux qui avaient pu y prendre part. L'*amnistie* (le mot était nouveau alors, et il a mérité de passer dans nos langues modernes), ce pardon, cet oubli des injures faites à la démocratie, fut-elle strictement observée? Je n'ose l'affirmer; mais c'était un noble élan de clémence, comme la célèbre *nuit du 4 août* 1789 fut un noble élan d'abnégation. L'année suivante, Athènes, toujours agitée, mais toujours sereine, procédait à la révision de ses vieilles lois, à une nouvelle rédaction de ses actes publics, d'après une orthographe dont les Grecs asiatiques lui avaient donné l'exemple, et dont l'utilité, sans doute, s'était fait sentir depuis quelque temps, car un singulier drame de Callias, une parodie, à ce qu'il semble, la *Tragédie des lettres*, traitait de ces questions grammaticales, et le chœur de ce drame se composait des lettres mêmes de l'alphabet (1). A partir de cette date, on pratiqua l'alphabet dit Callistrate (2); petit événement sans doute, et qui, à la distance où nous sommes aujourd'hui, ne jette pas grand éclat sur l'histoire littéraire d'Athènes, mais qui, alors, eut d'assez graves conséquences pour l'ordre public et pour ce que j'appellerais volontiers la discipline grammaticale du dialecte attique. En même temps, le théâtre reprenait toute son activité; la tragédie compte encore, après Eschyle, Sophocle et Euripide, des écrivains distingués; la comédie *antique*, moins libre désormais, quoique toujours républicaine par son esprit et ses habitudes, va se changer en comédie *moyenne*, où la peinture des travers et des mœurs tiendra plus de place que la satyre violente et personnelle. L'éloquence a perdu l'un de ses maîtres, Antiphon, mort victime, en 412, d'une réaction des démocrates contre le parti aristocratique; mais Lysias est dans l'éclat de son talent, et Isocrate ouvrira bientôt l'école d'où sortiront en foule des orateurs et des historiens appelés à la célébrité. Socrate sera, quatre ans après la délivrance d'Athènes, immolé dans un accès d'aveuglement populaire: mais il laissera, pour continuer son œuvre de moraliste, pour agrandir et développer son œuvre de penseur, Xénophon et Platon. Les beaux-arts poursuivront leur progrès et achèveront à la fois d'embellir Athènes et de répandre leurs œuvres dans les diverses contrées de la Grèce, toutes animées par l'exemple de cette ville qui est « l'Hellade de l'Hellade » comme a dit un ancien (1), c'est-à-dire le foyer même de la civilisation.

Est-il besoin d'étendre cet aperçu, messieurs, et ne vous ai-je pas assez fait voir avec quelle sève inépuisable se développe le génie grec dans la mauvaise comme dans la bonne fortune, et quels salutaires exemples il nous a légués? Certes, en un temps où nous avons si grand besoin du reconfort moral que peuvent nous apporter les leçons de l'histoire, je n'oublie pas, je ne méconnais pas les pages encourageantes que nous offre notre histoire nationale. La France de 1526, qui refuse de sanctionner les concessions du captif de Charles V, après la défaite de Pavie, la France qui répare à Denain les désastres de Ramillies et de Malplaquet; surtout la France de 1792 et de 1793, qui se lève tout entière pour repousser d'un héroïque effort l'invasion de son territoire, offrent à notre émulation de beaux exemples de patriotisme. Mais, au delà de ces dates nationales, sur un théâtre plus lointain, malgré bien des distances et des différences de condition sociale, politique et religieuse, il y a pour nous comme un patriotisme supérieur qui nous rattache aux traditions du monde ancien, et, parmi ces traditions, à celles des Hellènes, nos vrais ancêtres, nos éternels maîtres dans la culture des sciences et des arts. C'est d'eux aussi que nous aimons à apprendre comment une ferme raison peut combattre les illusions et les chimères de l'esprit, ainsi que les défaillances du cœur; comment le courage peut réparer les fautes commises, résister au flot de l'adversité, dompter la jalousie des puissances rivales, garder ou reconquérir le patrimoine de prospérité, d'honneur, de talent et de vertu dont notre patrie est justement fière. Aussi vous ai-je rappelés ici avec confiance à des études qui sont plus et mieux qu'une noble distraction, car elles peuvent ajouter à la force que réclame de tous les bons citoyens l'œuvre laborieuse du salut public.

(1) Athénée, *Dipnosophistes*, VII, p. 276; X, p. 448 et 453.

(2) Voyez les témoignages réunis par Franz, *Elementa epigraphices græcæ*, p. 24, et le discours de Lysias *contre Nicomaque*, accusé de falsification dans les textes de lois qu'il avait été chargé de faire transcrire.

(1) Épigramme du poëte Timothée, dans une des Biographies anonymes d'Euripide.

9 JANVIER

XIII. **Ambulances.** — Nous recevons de M. le docteur Mundy le relevé statistique des opérations chirurgicales exécutées à l'ambulance du Corps législatif, du 19 septembre au 31 décembre 1870, certifié conforme par le chirurgien en chef, M. le docteur Mosetig.

Il serait bien désirable, dans l'intérêt de la science, que tous ceux qui ont été à la tête de semblables services suivissent l'exemple de MM. Mundy et Mosetig, en publiant la statistique de leurs ambulances. (Voir les *Documents* au 31 janvier 1871.)

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes

SOMMAIRE. — SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE. — CLINIQUE OPHTHALMOLOGIQUE. Sur l'exophthalmie consécutive à une tumeur vasculaire de l'orbite (M. Galezowski). — Réflexions pour servir à l'histoire de la chirurgie en campagne (M. E. Tachard). — ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Nouvelles.

Paris, le 9 août 1871.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

D'après les chiffres que M. Delpech est venu lire à l'Académie, il paraît que le choléra de Saint-Pétersbourg n'a jamais fait beaucoup de victimes et qu'il est maintenant en pleine diminution.

Faut-il en conclure que l'épidémie ne pourra pas arriver jusqu'à nous? Il serait, je crois, imprudent de l'affirmer.

Depuis quelques jours les diarrhées deviennent, à Paris, de plus en plus fréquentes et de plus en plus graves. La mortalité causée par elles a atteint le chiffre de 95 pendant la semaine dernière ; c'est peu de chose encore, mais c'est beaucoup plus que les semaines précédentes.

En même temps, on voit se produire, tant dans la pratique de la ville que dans celle des hôpitaux, un certain nombre d'indigestions non motivées, pour ainsi dire. Sans qu'il y ait eu rien de changé dans l'alimentation, il survient tout à coup des vomissements, qui laissent après eux beaucoup de fatigue et de faiblesse.

Ne seraient-ce pas là de ces avant-coureurs qui précèdent le choléra dans ses visites à Paris ?

Car il ne faut pas que les théories qui règnent actuellement nous fassent oublier un fait d'observation : les épidémies de choléra ont toujours ici été préparées, pendant au moins quelques semaines, par une constitution médicale analogue à celle que nous voyons se dessiner maintenant.

En Angleterre, on paraît convaincu de l'arrivée prochaine du choléra.

L'agitation se fait autour de cette question ; les journaux de médecine lui consacrent de longs articles, et discutent l'étiologie, le mode de propagation, le traitement du choléra, comme si l'on était déjà en pleine épidémie.

La théorie dominante est celle de la contagion proprement dite, de la transmission par le contact du poison morbide, et souvent par son absorption en nature dans les aliments ou les boissons. M. le professeur Watson, comme M. Grimaud de Caux, accuse les eaux courantes de recevoir le germe dans les déjections des cholériques et de le répandre parmi tous ceux qui en boivent. La Tamise et la Seine seraient ainsi de grands propagateurs du choléra.

Dans cette théorie, une fois absorbé, le poison cholérique aurait à être éliminé par les voies digestives. Les vomissements et la diarrhée joueraient donc un rôle providentiel, pour ainsi dire. Il faudrait y voir, non point un résultat funeste, un symptôme menaçant de la septicémie, mais au contraire une hypersécrétion critique et favorable que la *nature médicatrice* opposerait aux progrès du poison.

De là à conclure qu'il est bon de favoriser par des purgatifs cet *effort éliminateur de la nature*, il n'y avait qu'un pas, et ce pas a été franchi par les médecins anglais.

Ainsi la vieille tradition d'arrêter la diarrhée en temps d'épidémie et de craindre les purgatifs a fait place chez nos voisins à une doctrine tout opposée.

Maintenant, on dit pour le choléra ce qu'on disait pour la variole avant Sydenham : Il faut chasser le poison le plus vite possible, en exagérant le phénomène qui témoigne de sa présence et de son élimination.

Et dans la variole, on ensevelissait les malades sous les couvertures, on leur faisait prendre des boissons sudorifiques, on avait surtout peur que l'éruption ne sortît pas bien.

C'était aggraver la maladie, accroître la mortalité, comme l'a prouvé Sydenham ; mais c'était parfaitement logique, comme les purgatifs dans la cholérine et dans le choléra.

Voilà le grand, l'immense danger des théories en médecine ; elles font oublier ou méconnaître les faits d'observation et amènent ainsi des révolutions inattendues dans cette pratique médicale qui devrait s'attacher toujours à l'expérience et ne relever que d'elle seule.

J'ai déjà raconté l'histoire de ces marins qui se purgèrent par précaution avant d'aborder dans une ville où le choléra régnait très-faiblement alors, et qui, contractant la maladie dès leur arrivée, moururent presque tous.

Pendant la mission médicale que le Gouvernement français nous avait donnée en Egypte, nous eûmes souvent l'occasion d'observer des faits analogues; nous n'avons donc pas la moindre tendance à conseiller l'abus des purgatifs en temps de choléra.

Nous aurons peut-être bientôt, malgré les calculs rassurants de M. Delpech, l'occasion de voir à l'épreuve ces nouvelles doctrines qui, très-répandues en Angleterre, comptent déjà parmi les médecins français un certain nombre de partisans.

—M. Théophile Roussel, membre de l'Assemblée nationale, est venu lire à l'Académie un projet de loi contre l'ivresse, avec un long exposé des motifs.

Il faudrait en avoir le texte sous les yeux pour bien apprécier ces mesures, qui pourront paraître d'abord un peu sévères, mais que font désirer les faits que nous voyons tous les jours. Avant-hier, dans la rue du Bac, j'ai compté jusqu'à douze hommes ivres, dont plusieurs soldats et un sergent de ville, qui se heurtait contre les passants et pouvait à peine se tenir debout.

Il faut donc une loi sévère pour réprimer l'ivrognerie. Mais il faut aussi que cette loi trouve sa place naturelle dans notre système pénal et soit en juste proportion avec les autres dispositions de notre Code.

Cette question de législation ne pouvant pas être abordée à la légère, nous attendrons la publication de ce projet pour en parler.

Mais dès aujourd'hui nous pouvons exprimer notre admiration pour le talent avec lequel M. Roussel a fait l'historique de l'ivrognerie et des lois pénales qui l'ont frappée dans les divers pays. Cet historique montre admirablement combien sont grandes les différences qui séparent l'abus du vin de cette ivresse alcoolique à laquelle doit s'appliquer le terme anglais : *intoxication*.

Dr VICTOR REVILLOUT.

CLINIQUE OPHTHALMOLOGIQUE. — M. GALEZOWSKI.

Sur l'exophthalmie consécutive à une tumeur vasculaire de l'orbite.

L'étude des tumeurs anévrysmales de l'orbite présenta de tout temps des difficultés considérables, et tandis que certains auteurs, entre autres Travers, Jobert et Velpeau, décrivaient ces maladies comme des tumeurs érectiles, d'autres, comme Dudley, Pétrequin et Demarquay, publièrent des faits analogues en les rapportant à la classe d'anévrysmes de l'artère ophthalmique. Cette dernière opinion avait prévalu dans un grand nombre de traités. Pourtant, si on examine les faits anatomo-pathologiques, on se trouve en présence d'un fait de Guthric, où les deux artères ophthalmiques avaient été trouvées dilatées, et d'un autre cas plus complexe, où la carotide ainsi que l'origine de l'artère ophthalmique se trouvaient dilatées.

Si d'une part les faits anatomiques confirmant l'existence d'anévrysmes de l'artère ophthalmique nous font défaut, d'autre part nous nous trouvons souvent en présence de faits problématiques où, malgré la symptomatologie la plus complète de ce qu'on appelait l'anévrysme de l'artère ophthalmique, l'autopsie ne confirma point le diagnostic. Il nous suffit de citer ici l'observation recueillie par Hulke (1) dans le service de Bowman d'une femme âgée de quarante ans qui, à la suite d'un coup de poing, a eu l'exophthalmie avec bruit de souffle et tous les autres signes caractéristiques d'anévrysme de l'artère ophthalmique. Bowman pratiqua la ligature de la carotide primitive, et toute pulsation ainsi que le bruit cessèrent dans l'œil. Mais huit jours après, la malade succomba à la suite d'hémorrhagies nombreuses provenant de la plaie. A l'autopsie, on ne trouva point d'altération du côté de l'artère ophthalmique, mais le sinus caverneux était rempli de coagulums ramollis et désagrégés. Un autre fait analogue sous tous les points est celui d'une malade atteinte d'exophthalmie avec bruit de souffle des plus marqués, et à laquelle le professeur Richet fit une ligature de la carotide. La malade succomba à la suite de cette opération, et à l'autopsie on ne trouva point d'anévrysme dans aucun des vaisseaux de l'orbite. Pourtant, la veine ophthalmique était très-fortement distendue.

On trouve l'explication de ces faits dans les recherches ingénieuses faites par le professeur Nélaton, qui démontre que dans un certain nombre de cas il ne s'agissait point d'anévrysme de l'artère ophthalmique, comme on pensait généralement, mais de fissure de la carotide interne dans le trajet à travers le sinus caverneux. Cette lésion de l'artère carotide donnait lieu aux mêmes phénomènes que ceux qui ont été rapportés par les auteurs aux anévrysmes de l'artère ophthalmique, et comme le sang artériel communiquait avec le sang veineux du sinus caverneux et de la veine ophthalmique, on pouvait appeler cette affection : *anévrysme artérioso-veineux*.

(1) Hulke. — *Ophthalmic Hospital reports*, 1859, n° 7, p. 6.

La thèse inaugurale de M. Delens (1) jette un nouveau jour sur ce sujet intéressant; elle contient une étude historique et une analyse détaillée de toutes les observations qui se rapportent à cette variété d'anévrysmes.

Un fait des plus remarquables, qui se présenta dans ces derniers temps à ma clinique, semble se rapporter sous tous les points de vue à la maladie qui a été si bien étudiée par Nélaton et Delens. Nous croyons utile de reproduire en détail cette intéressante observation.

OBSERVATION. — Mme ..., âgée de 42 ans, demeurant à Paris, s'est présentée à ma consultation, le 17 février 1871, pour consulter sur son œil gauche, atteint d'une exophthalmie. Cette malade raconte qu'il y a trois ans et demi, elle est tombée dans la rue et s'est blessée au bord de l'orbite de l'œil gauche. Les paupières restèrent rouges pendant plus de quinze jours. Depuis cette époque, elle n'avait jamais souffert, lorsque le 31 décembre 1870, le matin, en se levant, elle a eu un mal de tête qui ressemblait à celui qu'elle avait habituellement depuis l'âge de 17 ans, au moment des règles. Cette douleur a duré toute la journée avec nausées. En se couchant, elle a vomi de la bile, et après, elle a entendu, dans l'œil et la tête, un bruit pareil à celui qui se produit quand on scie le bois, les battements de cœur étaient très-forts avec cela.

Le lendemain l'œil était déjà à demi fermé, et trois jours après il était gros et fermé complétement. Elle souffrait beaucoup ; le médecin donna des vomitifs et des purgations ; les douleurs diminuèrent, mais elle était faible. Les battements étaient encore plus forts, et, depuis, le bruit et tous les autres signes n'avaient pas discontinué. Pendant les premiers quinze jours, elle ne voyait pas bien de l'œil droit et ne distinguait pas le cadran.

État présent. L'œil est fortement projeté et est immobile. La paupière supérieure est abaissée et immobile ; la conjonctive de la paupière inférieure forme un chémosis très-fort qui descend sur la joue. Aucun engorgement dans les vaisseaux des paupières. La pupille est un peu irrégulière, sans mydriase. La vue est bonne. L'examen ophthalmoscopique permet de constater que les vaisseaux sont engorgés sans névrite.

La malade a des douleurs sur toute la moitié de la tête, la nuit et le jour. Dans la racine du nez, douleurs. Bruit qui ressemble à un sifflet ou au miaulement d'un chat. On entend, avec l'oreille, le bruit dans l'oreille, l'œil et toute la tête, même en arrière. Ce bruit est continu, avec dédoublement. Au sommet de la tête, une sensation de chaleur très-forte. En comprimant la carotide, on fait cesser le battement; le bruit disparaît complétement; on ne sent de pulsation nulle part. Je diagnostique, en présence de MM. Lognon, Thenot et Vaslin, l'anévrysme artérioso-veineux résultant de la fissure de la carotide, et je prescris la compression sur l'œil, faite au moyen d'un bandage. Comme en même temps la malade se plaint de douleurs de tête nocturne, je lui administre l'iodure de potassium, (15 grammes pour 300 grammes, de deux à trois cuillerées), et les granules de digitaline. Les douleurs cessèrent au bout de huit jours.

Le même traitement est continué pendant un mois, et on y ajoute la compression du globe de l'œil avec de la charpie et un bandage compressif. Cela soulage beaucoup la malade, quoique, par moments, elle se plaigne de douleurs très-fortes dans la tête et d'une sensation dans l'œil, toute particulière. Il semble à la malade que l'œil est poussé par quelque force en avant et hors de l'orbite. Les veines des paupières, surtout à l'angle externe et jusque sur la tempe, sont fortement engorgées, mais on ne sent aucune douleur à la palpation, aucune pulsation. A ce moment, j'ai présenté la malade à MM. Guéneau de Mussy, Gosselin, Richet, Labbé, Delens, Terrier; plusieurs médecins qui me font l'honneur d'assister à mes cliniques ont pu examiner aussi cette malade.

Voici quel est le résultat de l'examen fait par M. Guéneau de Mussy le 24 mars 1871. On entend à l'œil gauche, exophthalmique, un bruit de souffle légèrement dédoublé à l'œil droit, le bruit de souffle est plutôt diastolique. Le même bruit peut être facilement entendu sur toute la tête, et principalement sur la région temporale et auriculaire. Au côté gauche du cou, la diastole est un peu rude. Sous la clavicule gauche, le souffle est par moments intermittent. Du côté de la carotide droite, on entend un souffle continu, rugueux, avec dédoublement. Par moments même il y a un bruit de sifflement. La pointe du cœur est déviée en dehors, vers le 6e espace intercostal. On entend un léger prolongement rude à la pointe, et, à la base, un léger souffle qui n'a rien de commun avec le bruit de la tête et pourrait être, d'après M. Guéneau de Mussy, un bruit anémique.

Selon MM. Delens et Labbé, la tumeur était complétement identique à celle qui a été si bien étudiée par Nélaton sous le nom d'anévrysme artériso-veineux. Mon diagnostic ayant été confirmé par

(1) Delens. — *De la communication de la carotide interne et du sinus caverneux.* (Paris, 1870.)

nos éminents confrères, restait le traitement à indiquer. Me rappelant l'issue fatale dans quelques cas de ligature de la carotide, j'ai préféré tenter chez notre malade la compression digitale de la carotide. J'ai commencé à la faire tous les deux ou trois jours pendant 15 à 20 minutes, puis m'étant associé le concours obligeant de plusieurs confrères, entre autres M. Accolas. J'ai pu avec leur aide prolonger chaque séance jusqu'à quarante-cinq et soixante minutes par jour. Après chaque séance de compression, elle se trouvait sensiblement soulagée, et déjà, au bout d'un mois de ce traitement, l'œil avait repris ses mouvements en entier; la paupière se releva, et le chémosis disparut. La compression a dû être interrompue pendant quinze jours, au mois d'avril; puis elle fut reprise de nouveau et continuée tous les deux ou trois jours jusqu'au mois de juillet. Le résultat est on ne peut plus satisfaisant. L'exophthalmos a presque complétement disparu; la malade n'entend plus de bruit de souffle, et, lorsqu'on ausculte sa tête, on n'entend rien nulle part, si ce n'est quelques bruits légers sous l'œil. Je l'ai présentée pour la seconde fois à M. Richet le 3 août 1871, et l'éminent professeur a pu constater l'absence de ces bruits partout, excepté à la région de l'œil gauche, où l'on entend un bruit sourd, et à de petits et courts intervalles. La compression est continuée, et, si la malade n'est pas encore totalement guérie, elle est, dans tous les cas, sur la voie de la guérison radicale.

RÉFLEXIONS
POUR SERVIR A
L'HISTOIRE DE LA CHIRURGIE EN CAMPAGNE (1)

Par le Dr E. Tachard,
Répétiteur de chirurgie à l'École de médecine militaire.

La simple reproduction des faits que nous nous sommes imposée ne nous dispense pas de mettre en relief les causes pathologiques principales de la mortalité, soit chez nos blessés, soit chez nos amputés, et nous devons étudier ce que Roux a si bien désigné sous le nom d'accidents secondaires des plaies.

La pyohémie ou plus exactement la septipyhémie, la gangrène, les hémorrhagies, le tétanos ont été les complications habituelles des plaies de toute nature.

Les accidents infectueux ont revêtu des caractères spéciaux dus aux conditions dans lesquelles nous vivions; ainsi, dans les cas d'infections purulentes le mieux accentués cliniquement, nous ne trouvions ordinairement pas à l'autopsie les lésions emboliques d'origine veineuse franchement accusées. Le plus souvent, la localisation des lésions anatomiques ne semblait soumise à aucune loi, et, lorsque l'évolution était très-rapide, on trouvait à peine quelques ecchymoses. Le cœur et les reins étaient constamment altérés avec un commencement de ramollissement sans abcès, lorsque la fièvre avait acquis une intensité rapidement croissante. Par exception, les poumons et les synoviales articulaires étaient le siége d'un foyer de suppuration; mais le tissu cellulaire, pour la plus légère blessure par éclat d'obus, devenait rapidement le foyer d'énormes phlegmons par diffusion, que le drainage préventif n'était même pas de nature à enrayer.

En dehors de toute autre complication, nous avons vu succomber à la septipyhémie 4 blessés et 10 amputés; mais 2 désarticulés de l'épaule, chez qui l'affection putride était manifeste, ont résisté à ces accidents. Le sulfate de quinine, parfaitement neutre, employé par la voie endermique à la dose de dix à vingt centigrammes, par jour, nous semble avoir seul amené la guérison de ces deux derniers blessés.

2 blessés et 4 amputés ont été victimes de la gangrène qui s'est manifestée peu d'heures après une blessure par éclat d'obus. Si l'on veut bien faire attention que nos blessés étaient frappés en général par des fragments anguleux dont le poids moyen était de 850 grammes, il n'y a pas lieu d'être étonné qu'un corps de ce poids, animé d'une vitesse colossale, ne détermine une gangrène presque immédiate lorsqu'il vient atteindre la racine d'un membre.

Les hémorrhagies primitives ou secondaires nous ont maintes fois donné lieu de regretter nos blessés; onze fois nous avons dû intervenir contre cette terrible complication, qui remplit les blessés d'épouvante et fait craindre au chirurgien, quoi qu'il fasse, quels que soient son habileté ou le procédé employé, une issue fatale à courte échéance. — Nous avons constaté trois fois des hémorrhagies primitives chez des blessés auxquels la gravité de leurs blessures ne prescrivait d'autre intervention que la ligature des vaisseaux par le procédé le plus rapide, pour s'opposer à la syncope et à la mort. Chez nos amputés, l'hémorrhagie primitive qui se produisit ouvrit dans un cas la porte à la septipyhémie, et dans le second entraîna la mort peu de temps après l'opération. — 5 fois des hémorrhagies secondaires se manifestèrent chez nos amputés; ils furent emportés par cet unique accident, que ne put conjurer la ligature des vaisseaux dans la plaie, ou entre la plaie et le cœur. Dans deux autres cas, cette complication accéléra la marche de l'infection putride.

Le tétanos enfin, complication moins curable encore que la précédente, se manifesta dès le 12 septembre dans la salle humide et basse du rez-de-chaussée, emporta d'abord un de nos amputés, puis 2 soldats blessés très-légèrement et qui furent successivement couchés dans le même lit.

Y aurait-il dans cette affection un génie contagieux? Cette complication apparaît encore dans un autre pavillon bien aéré, mais affecté depuis longtemps au service des fiévreux. Ces deux victimes du tétanos étaient atteintes de larges plaies contuses aux cuisses. La moyenne des journées de traitement fut de 4 jours; mais ni le chloral, ni les injections hypodermiques de chlorhydrate de morphine n'amenèrent jamais de révolution, temporaire même.

D'après ce que nous avons pu voir, nous croyons être en droit d'avancer que les blessures par éclat d'obus ont une gravité contre laquelle les ressources de l'art seules sont inutiles ou insuffisantes; si une intervention chirurgicale est possible, elle doit être tentée sans délai, et pour une blessure insignifiante parfois, en apparence seulement, le sacrifice d'un membre est souvent une nécessité.

Parlerons-nous, après cela, de notre règle de conduite chaque fois que nous nous trouvions en face d'une blessure grave d'un membre, avec fracas des os et écrasement des parties molles? Les délabrements étaient si considérables, qu'il n'y avait le plus souvent qu'une amputation à faire immédiatement, et les chirurgiens les plus conservateurs ne pouvaient songer à appliquer leur méthode.

Les blessures par balles ou par gros projectiles, irréguliers de formes et doués d'une quantité de mouvement considérable, ne peuvent nullement se comparer, et nous avons acquis la triste conviction que les tentatives de conservation ou un retard de vingt-quatre heures dans l'intervention, lorsqu'il y a lésion des os et contusion plus ou moins étendue des parties molles, ont été fatals à nos blessés.

En face de blessures en apparence insignifiantes, nous avons hésité parfois; nous espérions pouvoir éviter à nos blessés un si pénible sacrifice, mais la marche accélérée des accidents nous forçait la main, et nous amputions lorsqu'il était trop tard.

Quel est le phénomène de physiologie pathologique qui se passe après une grave blessure par obus? nous l'ignorons; mais il est évident que la violence inouïe du choc anéantit immédiatement la vie non-seulement dans les parties frappées, mais encore bien au delà. C'est ainsi que la gangrène s'est déclarée immédiatement dans le cas suivant :

Obs. n° LIX. P..., maréchal-des-logis du train, âgé de 24 ans, entre le 7 septembre à l'hôpital, à 8 heures du soir. Il a une plaie contuse de la dimension d'une pièce de 1 franc à la partie externe et inférieure de la jambe droite; le péroné, mis à nu, est fracturé. Le médecin qui releva le blessé pansa la plaie avec un tampon de charpie imbibée de perchlorure de fer, pour arrêter un abondant suintement de sang. Trente-six heures après, la gangrène a envahi le pied et la jambe jusqu'au genou. Le 9 septembre, à 2 heures, je fais l'amputation de la cuisse au tiers inférieur par la méthode circulaire; la gangrène s'arrête, mais le malade succombe à la septipyémie le 25 septembre.

Quoique je ne sois pas partisan de l'emploi du perchlorure de fer, surtout lorsqu'il n'est pas absolument neutre, ce n'est pas lui, sans doute, qui a déterminé les accidents de gangrène immédiate, et c'est probablement l'obus qui a frappé de mort les parties atteintes.

Il nous serait aisé de multiplier les exemples qui prouvent l'action antivitale des gros projectiles, qui impose au chirurgien d'intervenir sans délai et de sacrifier d'un membre les parties restées saines en apparence. On peut poser en principe qu'il faut, pour les plaies compliquées, faites par obus, s'éloigner, comme dans la gangrène, du foyer du mal pour faire porter la section dans des parties dont la vitalité n'a pas été détruite. Chaque fois que nous avons suivi cette conduite, les résultats ont été plus favorables; lorsque, au contraire, nous avons cru devoir nous en départir, nous n'avons eu que des regrets.

La marche de nos amputations a été celle qui s'observe dans toutes ces grandes épidémies traumatiques. Au début, toute opération était suivie de guérison; mais bientôt les conditions changèrent, et, au moment de la capitulation de la ville, ceux de nos blessés qui avaient résisté avaient presque tous des moignons coniques, sans manchettes, et dont l'os nécrosé, recouvert d'un champignon central exubérant, empêchait la cicatrisation. La perte si rapide de nos amputés nous engagea, vers la fin, à modifier notre manuel opératoire.

Nous n'avions plus recours qu'à l'amputation circulaire; nous ne conservions que la quantité strictement nécessaire de téguments, et nous touchions la surface saignante avec le persulfate de fer, pour fermer autant que possible cette voie d'absorption, et surtout pour nous opposer à la cicatrisation brusque d'une portion de la plaie.

Les amputations à lambeaux ont eu de si effrayants résultats, qu'à l'avenir, en campagne au moins, nous pensons y renoncer. C'était, du reste, chaque fois, par nécessité et pour faire porter le plus loin possible de la racine du membre la section à opérer.

De pareilles considérations ne doivent pas arrêter la main du chirurgien, car les lambeaux de nécessité que l'on taillait, ayant perdu toute vitalité, ne tardaient pas à se mortifier, et ils devenaient ainsi pour les blessés eux-mêmes et pour leurs voisins une source d'empoisonnement.

Les désarticulations ont donné des résultats plus favorables que les amputations. D'abord, parce que l'on s'éloignait en général davantage du foyer même du mal, et qu'en outre on n'ouvrait pas le canal médullaire des os. Aussi, malgré toutes les justes incriminations faites contre la désarticulation du coude, nous n'avons pas hésité à pratiquer cette opération, qui a été assez rapidement suivie de succès.

Nous n'avons jamais eu l'occasion de faire des résections articulaires; mais les opérations pratiquées sous nos yeux à l'hôpital militaire nous semblent indiquer que les plaies par obus se prêtent mal à ce genre d'opération, en raison même de la contusion violente des parties molles que l'on doit conserver, mais qui fatalement suppurent un temps fort long.

Afin de dégager d'une façon précise ma pensée, je formulerai ma conviction de la manière suivante :

Pour les blessures des membres par éclat d'obus :

1° Lorsqu'il y a plaie contuse avec fracas étendu des os, l'amputation immédiate doit être la règle;

2° Quand l'examen attentif d'une plaie contuse avec dénudation ou abrasion des os permet d'espérer la guérison, s'abstenir d'intervention; mais pour peu qu'il y ait doute, il faut, au lieu de s'abstenir, opérer sans délai;

3° Les résections doivent rester exceptionnelles au membre supérieur, l'amputation être la règle au membre inférieur.

Je ne puis avancer sans preuves de pareilles idées; je voudrais pouvoir affirmer de plus grandes convictions conservatrices; mais, malgré les tristes résultats obtenus, bien que, vers la fin du siége surtout, nous n'ayons pris qu'à regret le couteau chaque fois que nous y avons été forcé, nous croyons avoir rendu plus de services qu'en nous abstenant systématiquement.

Je vais donc énumérer ici les cas de conservation que j'ai pu tenter. Je me garderai de faire entrer en ligne de compte les cas dans lesquels toute intervention était inutile à cause de la gravité de la blessure. Les cas comme le suivant ne sont pas des tentatives de conservation, mais bien de l'expectation obligatoire.

Obs. IV. D..., adjudant des gardes mobiles, entre à l'hôpital militaire le 31 août, à huit heures du soir. Moins d'une heure avant son arrivée, l'explosion d'un obus détermine une fracture comminutive du tiers supérieur du fémur avec une double plaie contuse très-étendue à la partie antéro-externe de la cuisse. Après avoir extrait les esquilles et un éclat d'obus siégeant à la partie moyenne et antérieure de la cuisse, ne voyant de minime chance de salut que dans la désarticulation du membre, nous demandâmes l'avis de MM. Reeb et Poncet. L'opération fut regardée comme inutile, et le malade mourut avec un appareil plâtré le 3 septembre, à six heures du soir.

La conservation fut tentée dans le cas suivant :

Obs. XXIII. — D..., soldat au 87e régiment de ligne, entré à l'hôpital le 2 septembre, à trois heures de l'après-midi, avec une contusion violente de tout le mollet gauche, produite par un éclat d'obus volumineux. Il n'existait pas de plaie, mais le gonflement énorme du membre nous engagea à pratiquer immédiatement un large débridement qui nous révéla l'attrition complète des muscles et la fracture de la tête du péroné. L'opération immédiate nous sembla urgente; mais les avis de M. Reeb nous la firent différer. Le 8, la gangrène se manifeste; le 10, le malade nous demande instamment de retrancher ce membre qui lui cause tant de douleurs. Nous répondîmes d'autant plus volontiers à son désir qu'à ce moment la fièvre était calmée, que l'appétit semblait revenir et que, de plus, son membre était une source d'empoisonnement pour les autres. La cuisse fut amputée au tiers moyen, mais la gangrène continuant ses progrès emporta le malade le 14 septembre, à quatre heures du soir.

Obs. L. — B..., soldat au 3e zouaves, entre à l'hôpital le 6 septembre. Il a été blessé le même jour par un éclat d'obus qui a fracturé les deux os de l'avant-bras à la réunion du tiers supérieur avec le tiers moyen; il existe en outre une vaste plaie contuse qui communique avec le foyer de la fracture. Le 22 septembre, il est atteint de variole, et il sort de notre service pour y entrer le 8 octobre. A notre départ, le 17 novembre, la plaie n'est point cicatrisée, et la fracture non consolidée.

Depuis, nous ne savons ce qu'est devenu ce malade.

Obs. LXXIV. — G..., soldat au 13e de ligne, entre à l'hôpital le jour même de sa blessure, le 8 septembre, pour une plaie contuse peu étendue avec abrasion de la rotule droite; les cavités sous-prérotuliennes semblaient seules intéressées. Malgré tous nos efforts une synovite purulente se déclare, et le malade s'affaiblit et meurt le 20 octobre.

Obs. LXXV. — Le 8 septembre, M..., soldat au 16e régiment d'artillerie, reçoit au pied droit un éclat d'obus qui fracture le 3e et le 4e métatarsien sans ulcérer la peau. Grâce aux irrigations continues, sans doute, le 3 octobre, ce malade ne marchait pas encore, mais pouvait être rapatrié.

Obs. CIII. — H..., soldat du train, entre à l'hôpital le jour de sa blessure, le 16 septembre. Un ou plusieurs éclats d'obus ont légèrement contusionné l'abdomen dans la région iliaque gauche, et fait une plaie contuse peu étendue au milieu de la face antérieure de la cuisse. Le genou gauche portait aussi une plaie contuse, mais l'articulation nous semble parfaitement intacte et la conservation du membre possible. Nous retirâmes de la cuisse un éclat d'obus, et nous fîmes du drainage préventif à la cuisse afin de faciliter l'écoulement du pus. L'inflammation rapidement croissante du genou affaiblit le malade, rendit toute intervention impossible, et il mourut le 8 octobre.

(1) Fin. — Voir le numéro du 16 mai 1871.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 8 août 1871 (1). — Présidence de M. Barthe.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet : 1° Une note de M. de Gérando sur les propriétés thérapeutiques de l'eucalyptus globulus et spécialement sur son emploi dans le traitement des fièvres intermittentes. (Commission des remèdes nouveaux.)

2° Un rapport de M. le docteur Jacquez (de Lure), sur une épidé-

mie de dyssenterie qui a régné en 1870 à Fraine. (Commission des épidémies.)

3° Une délibération du conseil municipal de Bagnères de Bigorre et une demande du maire de cette ville, tendant à obtenir, en faveur de la demoiselle Torné, sage-femme, une récompense honorique pour les vaccinations qu'elle a pratiquées. (Commission de vaccine.)

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

Elle comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Benoît de Giromagny (Haut-Rhin), accompagnant l'envoi de deux brochures sur l'abus des boissons alcooliques. (Commission de l'alcoolisme.)

2° Un pli cacheté déposé par M. le docteur Reliquet, et renfermant la description d'un instrument destiné à rendre plus facile et plus sûre l'appréhension de la pierre dans la vessie. (Accepté.)

M. BÉCLARD dépose sur le bureau, au nom de M. le docteur Cazenave (de Bordeaux), membre correspondant, un nouveau modèle de brise pierres à coulisse d'Horteloup, avec addition d'un encliquetage qui rend ses manœuvres lithotritiques plus faciles et plus sûres. Une notice explicative accompagne l'instrument.

M. BOUDET présente : 1° des échantillons d'aconitine cristallisée obtenue par M. Duquesnel à l'aide de nouveaux procédés ; 2° le dernier bulletin de la Société protectrice de l'enfance.

M. LARREY présente, de la part de l'auteur, M. le docteur de Vaureal, un volume intitulé : *De l'aguerrissement des armées.*

M. ROBIN présente un rapport imprimé de M. le docteur Gallard au ministre de la guerre sur les malades et les blessés de l'armée de la Loire.

M. WURTZ présente un volume intitulé : *Principes de chimie biologique*, par M. le docteur Ernest Hardy.

Renseignements sur la marche du choléra en Russie.

M. DELPECH. Voici des renseignements officiels sur le choléra qui règne actuellement à Saint-Pétersbourg.

Le 26 juillet, on comptait 602 malades, 47 cas nouveaux, 37 guérisons, 36 décès.

Le 27, 586 malades, 57 cas nouveaux, 62 guérisons, 33 décès.

Le 28, 538 malades, 29 cas nouveaux, 40 guérisons, 16 décès.

Le 29, 531 malades, 31 cas nouveaux, 18 guérisons, 20 décès.

Le 30, 434 malades, 33 cas nouveaux, 35 guérisons, 16 décès.

Le 31, 476 malades, 33 cas nouveaux, 35 guérisons, 18 décès.

Total dans ces six jours, 230 faits nouveaux et 119 décès.

Voici, du reste, quel est l'état récapitulatif de l'épidémie depuis l'apparition du choléra le 29 août 1870 jusqu'au 31 juillet 1871 :

6,817 cas ont amené 2,769 décès; il y a eu 3,542 guérisons.

S'il est vrai que l'on ne peut considérer comme une épidémie passagère ou vernale, une épidémie qui dure depuis bientôt une année, il est également vrai que d'un autre côté on ne peut pas la regarder comme très-menaçante, puisque pendant ce laps de temps elle n'a déterminé que 2,797 décès, c'est-à-dire moins de 10 par jour, en moyenne, si l'on voulait comparer en masse ce total à la durée.

Les femmes ne représentent que le tiers environ des hommes, soit dans le chiffre des débuts (2,249 contre 4,568), soit dans celui des décès (859 contre 1,938).

Si l'on veut chercher sur d'autres points de l'empire russe l'état de l'épidémie cholérique, on constate qu'au 22 juillet l'épidémie était en décroissance à Tambow, ville située à 40 lieues sud-est de Moscou.

Il y avait eu dans ce jour 56 décès et 95 cas nouveaux. Le chiffre des malades était descendu de 355 à 292.

C'est le 15 juillet que l'épidémie avait commencé à faiblir. Il y avait à cette date 148 décès, et le nombre total des décès avait atteint le chiffre de mille, chiffre important pour une ville dont la population n'est pas très-considérable comme on le voit pour la ville de Tambow. Toutefois l'épidémie était encore assez importante le 19 juillet pour que la municipalité s'occupât de la constitution d'un hôpital temporaire.

A Yaroslaw, l'épidémie diminue aussi d'intensité. Toutefois elle persiste encore. L'autorité locale avait décidé de distribuer gratuitement à tous les pauvres les médicaments de la pharmacie de l'hôpital. Les médecins là, comme sur tant d'autres points, ont montré leur dévouement en se mettant complétement aux ordres des autorités pour secourir les malades indigents.

Tels sont les faits que l'on peut extraire des documents authentiques publiés dans l'empire russe, et qui, sans présenter pour nous une menace certaine, ne peuvent pas cependant ne pas exciter de la façon la plus sérieuse notre attention.

M. BRIQUET. Je tiens à venir corroborer ici l'opinion exprimée par M. Fauvel au sujet de l'origine du choléra russe. Il pense avec raison que le choléra n'est pas venu dans ce pays de l'étranger, mais bien du territoire russe lui-même, dans lequel il était en incubation depuis plusieurs années. Je puis dire qu'il s'est passé identiquement la même chose lors du choléra de 1832 et 1845, en Russie et en Allemagne. La maladie était devenue, à proprement parler, une épidémie vraiment régionale, qui ne disparaissait jamais complétement, mais semblait cesser à l'entrée de l'hiver pour avoir bientôt une nouvelle recrudescence au printemps et durer tant que duraient les chaleurs. C'est ainsi qu'ont eu lieu, après l'épidémie de 1832, les épidémies de 1833, 1834, et 1835 ; après celle de 1845, les recrudescences de 1850, 1851 et 1852.

Il paraîtrait, d'après les renseignements officiels que je recueillis à cette époque, que certains villages pauvres de la Silésie étaient alors le lieu de refuge ou d'élection spécial de la maladie, qui, de là, se répandait à l'époque des chaleurs dans toutes les contrées avoisinantes.

On voit par ces exemples que le choléra peut très-bien, comme le disait M. Fauvel, s'acclimater en Europe, et tout spécialement en Russie et en Allemagne, et qu'il ne faut pas toujours lui chercher une origine asiatique.

RAPPORT

Altération des eaux de puits par le voisinage des cimetières.

M. VERNOIS, au nom d'une commission composée par M. Guérard, Boudet et Vernois, lit le rapport suivant sur un mémoire de M. Jules Lefort.

Dans la séance du 20 juin 1871, M. Jules Lefort vous a lu un Mémoire intitulé : *Remarques sur l'altération des eaux de puits, par le voisinage des cimetières* ; et vous avez chargé une commission composée de MM. Boudet, Guérard, et du rapporteur soussigné, de vous en rendre compte.

La note de M. J. Lefort est un travail d'opportunité, plutôt qu'un mémoire touchant à des découvertes neuves et inédites. Les inhumations régulières mais très-nombreuses dans les cimetières, les inhumations précipitées, plus ou moins disséminées et superficielles, auxquelles ont donné lieu la guerre dans les départements envahis et l'insurrection, dans une grande partie de celui de la Seine, ont appelé son attention sur l'influence délétère que ces inhumations impriment à la pureté de l'eau des puits. Il s'est donc proposé de rechercher si un puits pouvait recevoir, à *une grande distance*, de l'eau qui aurait préalablement séjourné dans des fosses de cimetière, et si cette eau pouvait conserver tout ou partie de la matière organique rendue soluble par le fait de la décomposition de la substance organisée. Pour résoudre ce problème, il a trouvé dans tous les traités *ex professo* l'histoire des recherches déjà faites, et dont les conclusions sont que, selon la nature géologique du terrain, selon la situation relative des cimetières et des puits, les eaux arrivent, même de très-loin, chargées de matières organiques, dans les puits situés soit au niveau, soit en aval des cimetières plus ou moins voisins.

Il a rappelé les descriptions de la composition variable des couches souterraines des eaux, selon qu'elles traversent un sol imprégné de sels minéraux solubles ou de substances organiques, ne rencontrant que des détritus de végétaux; la matière qu'elles tiennent alors en dissolution est seulement hydro-carbonée ou humique, et semble ne pas être essentiellement nuisible à la qualité de l'eau potable. Mais si elles ont reçu le contact prolongé de matières animales en fermentation putride, cette substance organique devient de nature plus complexe et nuit alors beaucoup à l'eau destinée aux services alimentaires. Soluble dans l'eau, elle y est en outre accompagnée de sels ammoniacaux, produits ultimes de la décomposition des matières organisées. En dehors du contact de l'air et de la chaleur, ces eaux contaminées peuvent demeurer transparentes et inodores; mais dès qu'elles se trouvent en contact avec l'air et une température élevée, elles deviennent troubles et prennent l'odeur et la saveur de l'*eau croupie*.

Tous ces faits étaient déjà constatés, M. J. Lefort le reconnaît; mais ce qu'il y a de réellement intéressant dans son travail, c'est l'analyse chimique très précise qu'il a faite de l'eau de la commune de Saint-Didier (Allier), où, à moins de 50 mètres du cimetière, existe l'unique puits qui dessert la localité, pour l'usage alimentaire.

Cette eau, avant d'arriver au puits, filtre dans un terrain d'alluvions anciennes et de rognons d'argile. Toute la partie superficielle est très-perméable. Le puits est très-profond ; la température à la surface de l'eau n'était que de +6° au moment de l'expérience, l'odeur était donc peu nauséabonde, mais la saveur était très-fétide. Soumise à l'évaporation, l'eau a donné un résidu gris foncé, qui, chauffé progressivement, s'est coloré en brun noirâtre, et a répandu une odeur légèrement empyreumatique. Ce résidu, traité par l'acide hydro-chlorique dilué, a dégagé du gaz carbonique sentant la colle forte; et une autre partie du résidu, mélangée à de l'hydrate de chaux, a indiqué la présence d'une quantité notable d'un sel ammoniacal.

La conséquence de ces constatations était facile à prévoir. M. J. Lefort demande, après tous les conseils d'hygiène qui en ont constamment réclamé l'application, l'exécution rigoureuse du décret du 7 mars 1808, relatif à l'érection et à la disposition des cimetières. Il trouve que la distance prescrite de 100 mètres de toute habitation est insuffisante, et qu'il y aurait lieu de solliciter de l'autorité la révision ou la correction du décret précité.

M. J. Lefort enfin insiste pour qu'on n'établisse aucun cimetière nouveau, que quand on aura reconnu l'impossibilité de la filtration des eaux vers les puits de la localité ; et qu'on fasse exécuter autour des cimetières actuels et de tous les lieux accidentels d'inhumations ou d'enfouissements considérables d'animaux, des tranchées profondes et des drainages, de manière à détourner le cours des eaux venant de ces foyers et à assainir ainsi les eaux de puits.

Comme vous le voyez, messieurs, les remarques qui vous ont été communiquées par M. J. Lefort ne signalent rien d'absolument neuf sur ce que l'on sait de la filtration possible des liquides contenus dans les fosses des cimetières dans les puits environnants, et sur les altérations qu'ils produisent dans les eaux destinées à la boisson. Mais ces remarques insistent, *très-opportunément* en ce moment, sur l'examen chimique de l'eau des puits placés dans le voisinage de tous les lieux permanents ou accidentels d'inhumations pratiquées dans la dernière guerre. Ces analyses, ainsi qu'en ont cité quelques exemples nos collègues Guérard et Tardieu, ont déjà été faites, mais accidentellement. Il faudrait les pratiquer partout officiellement et réglementairement.

Dans les grandes villes, on surveille avec soin tous les foyers d'infection, mais en province il n'en est pas de même. Il y aurait donc lieu, selon votre commission, de mettre le travail de M. Lefort sous les yeux de M. le ministre de l'intérieur et de M. le ministre du commerce, plus particulièrement chargé de ce qui touche à l'hygiène publique. Les moyens proposés par M. J. Lefort contre les inconvénients qu'il a signalés sont certainement logiques (le drainage et les tranchées) et doivent être très-utiles.

Quoique la principale cause de l'inaccomplissement de la loi de 1808 soit le manque d'argent, il va sans dire qu'on peut *à nouveau* demander la mise en pratique immédiate et en tout lieu de ce décret tendant à éloigner les cimetières des habitations. Mais quant à modifier le chiffre du nombre de mètres indiqués pour fixer les distances et à le déclarer insuffisant, il faut se rappeler qu'il en est de ce chiffre comme de celui de 500 mètres admis *dans l'usage* pour déterminer l'espace qui doit séparer, des habitations, un établissement insalubre de 1re classe. Des odeurs insupportables sont souvent portées par les courants d'air à des distances de 1,000 et 1,500 mètres, et des eaux contaminées des cimetières, ou provenant de diverses industries, peuvent, selon les couches et les dispositions du sol, gagner des puits à des distances considérables.

La commission n'a pas voulu insister ici sur le danger plus ou moins grand de la présence des matières organiques mêlées aux eaux de puits, par suite du voisinage des cimetières ou de certains lieux d'inhumations accidentelles. L'hygiène doit en principe en proscrire l'emploi, quoique la pathologie puisse difficilement, peut-être, indiquer la maladie spéciale à laquelle son usage habituel peut donner lieu. Il ne faut pas qu'une mesure de sage prévoyance alarme les populations. Il y a en général de l'exagération dans les plaintes qui ont été souvent formulées à ce sujet ; car, au bout *de peu de temps*, et dans les conditions les plus ordinaires, il y a dans la terre *combustion presque totale* de la matière organique qui y a été déposée.

Ce qu'il faut néanmoins conseiller et prescrire sous la surveillance des conseils d'hygiène, c'est l'analyse habituelle et répétée, selon les circonstances, des eaux de puits servant à l'alimentation et pouvant être contaminées, surtout dans les pays privés de sources et de cours d'eau; c'est, pour tous les lieux permanents ou accidentels d'inhumation, de les entourer de fosses profondes et de drains dans les points déclives, d'où elles pourraient filtrer et s'étendre au loin; et de n'établir un cimetière que dans une situation telle que tout inconvénient soit prévu et tout danger réduit à sa plus faible expression de nocuité.

Votre commission, Messieurs, a l'honneur de vous proposer :

1° D'adresser des remerciments à M. J. Lefort, pour son intéressante communication;

2° De transmettre une copie de son travail à MM. les ministres de l'intérieur et du commerce, en appelant tout particulièrement sur lui l'attention de l'administration supérieure.

LECTURE

M. le docteur THÉOPHILE ROUSSEL, membre de l'Assemblée nationale, lit un travail intitulé : *De l'ivresse pratique, de l'ivrognerie et de l'alcoolisme au point de vue de la répression légale.* (Sera publié.)

M. LE PRÉSIDENT. Il est trop tard aujourd'hui pour que je puisse donner la parole à un autre orateur. Mais avant de nous séparer, il nous reste à fixer la date et l'ordre du jour de la séance prochaine. Mardi prochain étant le 15 août, fête de l'Assomption, l'Académie doit choisir entre deux partis : ou bien ne pas se réunir avant quinze jours, ou bien se réunir un jour de la semaine autre que le mardi.

UNE VOIX. Pourquoi pas mercredi ?

M. BÉCLARD. Ce serait conforme aux traditions de l'Académie, qui n'a jamais supprimé une séance, mais l'a toujours remise au lendemain en cas pareil.

M. WURTZ. Mais le mercredi est le jour de la Société de chirurgie. On me dit que la Société de chirurgie va entrer en vacance. Je ne vois donc pas d'objection à ce qu'on choisisse le mercredi.

Reste à fixer notre ordre du jour. Deux discussions sont entamées actuellement : l'une sur l'infection purulente et l'autre sur l'alcoolisme.

M. VERNEUIL. L'alcoolisme est bien plus à l'ordre du jour que l'infection purulente. On va faire une loi pour réprimer l'ivrognerie. Si l'Académie veut donner son avis à temps, et elle doit le faire, il ne faut pas attendre davantage pour discuter le rapport de M. Bergeron. Consacrons donc de suite une ou deux séances à cette discussion urgente.

M. LE PRÉSIDENT. La loi dont on parle ne sera pas votée avant les vacances. Nous avons donc devant nous plusieurs mois, et comme plusieurs orateurs se trouvent inscrits pour parler dans la discussion sur l'infection purulente, tandis que personne, jusqu'à présent, ne demande à parler sur l'alcootisme, je crois qu'il vaut mieux consacrer une ou deux séances à terminer la première de ces discussions.

M. CHAUFFARD. Il est bon d'ailleurs que la discussion sur l'alcoolisme ne s'engage pas à la légère. M. Bergeron devra faire un nouveau rapport sur le mémoire de M. Roussel, et il faut lui laisser, pour la rédaction de ce rapport, au moins une quinzaine. Il n'en faudra pas davantage pour en finir avec l'infection purulente.

En ce qui me regarde, je m'engage à ne pas abuser du temps et de l'attention de l'Académie si je me trouve avoir à parler de nouveau.

L'Académie, consultée, décide que la discussion sur *l'infection purulente* sera reprise mercredi prochain.

La séance est levée à 5 heures et quart.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 25 janvier 1871. — Présidence de M. ALP. GUÉRIN.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

L'Union médicale.

Un mémoire sur l'*anatomie et la physiologie du corps thyroïde*, par M. le docteur Ricou, médecin aide-major de 1re classe. Broch. in-8 ; Paris, 1870.

Une brochure de M. le docteur Félix Rochard, relative à la *création d'une ambulance sur la Seine* ; Paris, 1871.

Le discours imprimé de M. le docteur Dionis des Carrières « *sur la vie et les œuvres de Ph.-J. Roux.* » Extrait du *Bulletin de la Société des sciences historiques et naturelles de l'Yonne* ; 1870.

Une brochure in-8, ayant pour titre : *Military hygiene a lecture delivered at the Royal united service institution*, Netlay, par M. F. de Chaumont, Esq. M. D. Army medical school.

M. H. Larrey offre à la Société, le discours prononcé par lui au nom de l'Académie des sciences, le 15 novembre 1870, sur M. Auguste Duméril. — La Société remercie.

La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire annuel : F. PANAS.

Séance du 1er février 1871. — Présidence de M. ALPH. GUÉRIN.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

La correspondance comprend :
L'Union médicale.

COMMUNICATION

Coup de feu de la partie latérale droite du cou. — M. HOUEL. Un homme reçut, le 21 décembre, une balle (peut-être une balle de rempart) qui a pénétré au niveau de l'angle de la mâchoire, au devant du muscle sterno-mastoïdien. L'hémorrhagie immédiate fut peu abondante, et le cathétérisme pratiqué à l'aide d'une sonde de femme permit de suivre le trajet du projectile jusqu'à la partie latérale de l'ésophage, et au niveau de la clavicule, sans qu'on ait rencontré le corps étranger. Depuis il n'est survenu aucun accident, la suppuration est resté modérée, et dans ces conditions, le plus prudent serait certainement de ne pas intervenir. Toutefois, M. Houel voudrait avoir l'avis de la Société.

M. GUÉRIN pense qu'il faut attendre. M. Marjolin est du même avis, et ne croit pas, vu le peu d'accidents survenus, que le corps vulnérant soit une balle de rempart. Dans un cas de blessure observé par M. Marjolin, il y eut une hémorrhagie consécutive, provenant de l'artère iliaque externe, et il est à se demander si dans ce cas, deux explorations faites antérieurement, en vue de rencontrer le corps étranger, n'ont pas contribué pour quelque chose à provoquer l'hémorrhagie.

Pour toutes ces raisons, M. Marjolin est d'avis que M. Houel fera bien d'attendre.

La séance est levée à quatre heures et demie.

Le secrétaire annuel : F. PANAS.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret du Chef du pouvoir exécutif, M. Babault, médecin en chef du corps Cathelineau, vient d'être nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— *Faculté de médecine de Paris.* — On croit devoir attirer l'attention du corps médical sur la création d'un prix nouveau, institué près la Faculté de médecine de Paris.

Aux termes du testament de M. le docteur Lacaze, un prix d'une valeur de 10,000 francs est accordé, *tous les deux ans*, au meilleur ouvrage sur la *phthisie* et sur la *fièvre typhoïde*, alternativement.

Ce prix sera décerné, *pour la première fois*, à la fin de l'année classique 1871-1872, au meilleur ouvrage sur la *phthisie*.

Les mémoires des concurrents devront être remis au secrétariat de la Faculté avant le 1er juillet 1872. — Ils ne porteront pas le nom de l'auteur, mais une épigraphe répétée avec le nom de l'auteur sous un pli cacheté. Les médecins étrangers pourront concourir pour ces prix.

— Les médecins des hôpitaux ont été appelés, vendredi dernier 28, à nommer leur représentant au conseil de surveillance de l'assistance publique. M. Moissenet a été réélu à la presque unanimité. On revient, comme on le voit, aux règlements qui régissaient la matière avant le 4 septembre.

— On lit dans les journaux anglais d'hier :

La Société de secours aux blessés de la guerre, établie à Londres, a tenu son assemblée générale annuelle hier soir dans les salons de Willied, sous la présidence du colonel Lloyd Lindsay. Le rapport sur la situation de la caisse expose que le montant des souscriptions recueillies s'élève à une somme de 300,000 livres sterling, soit 7,500,000 francs. La majorité des fonds recueillis provient de petites sommes détachées, et la masse des donateurs d'argent et objets en nature, s'élève à 800,000 personnes.

L'excédant de la somme recueillie après la répartition des 300,000 livres sterling restant en caisse est de 73,212 livres sterling. Il a été décidé que cette somme serait l'objet d'un placement sous les noms du prince Arthur, du comte de Shaftesbury et du colonel Lloyd Lindsay, et qu'une charte d'incorporation de la société serait sollicitée de Sa Majesté.

— Le journal belge la *Meuse* donne les renseignements suivants sur l'aménagement du train qui vient de ramener nos prisonniers blessés qui étaient restés en Allemagne :

Les premières voitures étaient des fourgons, des ambulances allemandes, qui avaient été mis à la disposition du gouvernement français pour le rapatriement des malades. L'aménagement si remarquable de ces voitures mérite une mention spéciale; chacune d'elles peut contenir 15 malades, disposés dans le sens de la longueur du fourgon, sur deux rangs superposés. Ils sont étendus sur des matelas reposant sur des civières, lesquelles sont suspendues au toit de la voiture par de larges bandes en caoutchouc, qui font l'effet de ressorts et rendent les cahotements moins sensibles. Au milieu de chaque voiture, toujours dans le sens de la longueur, est un couloir qui permet, grâce aux plates-formes qui relient entre eux tous les fourgons, de circuler d'un bout à l'autre du train. Le service des médecins et des infirmiers se fait ainsi avec la plus grande facilité. Une des voitures est destinée à la cuisine, une autre à la pharmacie.

— A céder de suite une très-bonne clientèle de médecin située à Bourgneuf, canton de la Jarrie, arrondissement de la Rochelle (Charente-Inférieure). S'adresser à M. Thoumelet, propriétaire et médecin, à Bourgneuf.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

N° 61. — MARDI 23 MAI 1871. 44e ANNÉE. MARDI 23 MAI 1871. — N° 61.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois. . . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 10 août 1871.

CLINIQUE OPHTHALMOLOGIQUE. — M. GALEZOWSKI.

Sur l'exophthalmie consécutive à une tumeur vasculaire de l'orbite (1).

RÉFLEXIONS SUR CETTE MALADIE. — Si on compare tous les faits connus sur cette maladie, on arrive à se former déjà une idée réelle sur la valeur de chaque symptôme, de même que sur le mécanisme de son évolution.

Le plus souvent, sous l'influence du traumatisme l'artère carotide interne se déchire dans son trajet à travers le sinus caverneux, où elle présente une faible épaisseur. Le sang artériel entre ainsi en communication directe avec le sang veineux du sinus et s'y mélange.

Selon Delens, le premier effet de ce mélange est l'augmentation de la pression dans le sinus ; mais les sinus crâniens se ressentent peu de cette pression exagérée à cause de la rigidité de leurs parois ; la veine ophthalmique, au contraire, subit une dilatation progressive, ainsi que toutes ses branches collatérales. Il en résulte naturellement une stase sanguine, un œdème des tissus qui remplissent la cavité et font refouler l'œil en avant. L'inflammation gagne les parois du sinus caverneux, et alors les filets nerveux du moteur oculaire commun, du pathétique et de la sixième paire, subissent souvent des modifications, ce qui entraîne des paralysies. De là, immobilité de l'œil et chute de la paupière supérieure.

Symptomatologie. — 1. L'*exophthalmie* est constante dans la maladie, souvent elle est excessive et chasse presque complétement l'œil au dehors. La paupière est peu mobile, œdématiée et d'une teinte livide, par suite de stase veineuse ; de petites veinules dilatées apparaissent sous la peau.

2. La conjonctive est fortement injectée ; du côté de la paupière inférieure elle est œdématiée à tel point, qu'elle forme un bourrelet chemosique rouge, qui, en refoulant totalement la paupière inférieure sur la joue, fait saillie entre les paupières.

L'exophthalmie était considérable dans les deux cas de Nélaton, et elle dépassait d'un centimètre le niveau de l'arcade orbitaire. Pourtant elle peut être sensiblement diminuée et même presque complétement effacée, si on fait dès le début de la maladie la compression du globe de l'œil et de la carotide, comme on peut en juger par le fait rapporté par nous plus haut.

Selon Nélaton et Delens, le globe de l'œil est soulevé constamment par un mouvement de propulsion, isochrone aux battements artériels et appréciable à la vue comme au toucher. Marey dit avoir même obtenu des tracés sphygmographiques.

En même temps, on constate une tumeur pulsatile dans l'angle interne et supérieur de l'œil, qui est formée par la veine ophthalmique dilatée.

La paupière supérieure est ordinairement très-tendue, le sillon orbito-palpébral supérieur s'efface totalement ; la peau elle-même est souvent œdématiée et violacée, ainsi que le mentionne l'observation Henry. Mais ce qui est le plus important pour le diagnostic de cette affection, c'est la dilatation considérable de nombreuses veinules de la paupière supérieure, surtout à son angle externe et sur la tempe. Ce signe s'explique naturellement par la communication artérioso-veineuse, et on le retrouve dans les mêmes anévrysmes des membres.

Le *bruit de souffle* est continu avec renforcement ; il est entendu facilement au niveau du globe oculaire, ainsi que dans les régions voisines frontale, temporale et pariétale. La malade entend elle-même dans l'oreille correspondante les mêmes bruits, mais plus forts, semblables à ceux du chemin de fer, bruit de rouet.

Delens dit avec raison : s'il existe entre deux renfoncements consécutifs un silence apparent, ce silence n'a qu'une extrême brièveté, et les caractères du souffle sont très-analogues à ceux du souffle de l'anévrysme artério-veineux, observé dans les autres régions. Chez notre malade, le bruit de souffle s'observait avec dédoublement marqué, comme cela avait été constaté par le docteur N. Guéneau de Mussy. Ce même bruit s'étendait à toute la tête, à l'autre orbite, et même, par moments, dans la carotide droite il a pu constater un bruit de sifflet.

L'intensité du bruit varie chez le même sujet, d'un instant à l'autre, et quelquefois on entend le bruit de *piaulement*, comme cela avait été signalé par Henry Delens ; j'ai pu le retrouver à divers moments chez ma malade.

Ordinairement, ce bruit se déclare instantanément pendant le sommeil, comme cela avait lieu aussi chez ma malade. Tantôt les malades entendent ce bruit très-fort dans toute la tête, dans d'autres cas il est à peine appréciable.

La compression de la carotide primitive du côté malade fait cesser le bruit de souffle, et même l'exophthalmie diminue rapidement ; le malade lui-même cesse d'entendre le bruit tant que la carotide est comprimée.

On constate en outre, par la palpation, l'existence d'une *tumeur pulsatile* du côté de l'angle interne de la paupière supérieure et un peu au-dessous de l'arcade orbitaire. Ce fait existait dans l'observation de Delens, mais il manquait complétement dans mon observation, ainsi que dans celle de Henry. Lorsqu'elle existe, elle est pulsatile, molle et réductible, et dépend de la dilatation de la veine ophthalmique.

La vue reste souvent intacte, ou peu modifiée ; et l'examen ophthalmoscopique pratiqué, soit par Giraud-Teulon (cas de Nélaton), soit par Perrin (cas de Desormeaux), n'a révélé que des dilatations des veines rétiniennes. Pourtant, chez ma malade cet examen a donné des résultats très-variés à différentes périodes de la maladie. C'est ainsi que pendant le premier mois il n'y avait que des engorgements veineux très-marqués ; mais dès le commencement du troisième mois de la maladie, j'ai pu constater une périnévrite très-marquée, avec des infiltrations séreuses qui recouvraient une partie des vaisseaux centraux au delà de la papille. Avec l'amélioration de la maladie, l'infiltration diminua d'une manière très-sensible, et la papille a recouvré en grande partie sa transparence.

MARCHE, DURÉE, TERMINAISON. — Le début de la maladie est habituellement brusque, et, le plus souvent même, tous les symptômes propres à cette affection, tels que exophthalmie, chemosis et bruit de souffle, se déclarent d'une manière très rapide, au bout de quelques jours.

La maladie marche lentement ; et si, comme cela arrive habituellement, aucun traitement n'est entrepris, la marche est progressive, et, au bout de quelques mois, elle peut amener des dilatations excessives dans les veines du crâne, et des hémorrhagies nasales plus ou moins abondantes.

La terminaison a été fatale dans les quatre cas connus jusqu'à présent ; mais à part les cas de guérison possible par la ligature de la carotide, on peut obtenir l'amélioration notable et peut-être même une guérison radicale par la compression méthodique de la carotide.

Quelquefois la maladie a de la tendance à s'étendre d'une orbite à l'autre, comme cela avait lieu dans un fait rapporté par Velpeau, et où la compression de la carotide primitive droite arrêtait complétement les pulsations et le bruit dans l'orbite gauche, et *vice versâ*. Pour ma part j'ai eu l'occasion d'observer un fait du même genre, dont voici quelques détails : Mme B..., âgée de 60 ans, demeurant à Paris, vint me consulter le 4 mai 1869 pour une exophthalmie double, qui existait depuis cinq semaines dans l'œil droit et trois semaines dans l'œil gauche. Les yeux étaient fortement saillants, les paupières étaient abaissées et il y avait un chemosis séreux. Dans l'œil droit je découvris une pulsation spontanée de l'artère centrale. En appliquant l'oreille sur les deux yeux on entendait le bruit de souffle et de sifflement, et la malade entendait constamment dans les oreilles un bruit aussi fort que si c'était un train de chemin de fer. C'était très-probablement la rupture spontanée des deux carotides ; ou bien l'exophthalmie de l'autre œil n'était provoquée que par le passage du sang artériel du sinus caverneux droit au côté gauche, la distension consécutive de la veine ophthalmique donnant lieu à l'exophthalmie.

(*A suivre.*)

(1) Suite. — Voir le dernier numéro.

APERÇU GÉNÉRAL SUR L'INFLUENCE DES COURANTS ÉLECTRIQUES DANS LES AFFECTIONS DE LA MOELLE (1).

Par MM. ONIMUS et LEGROS.

Dans les affections chroniques de la moelle, autres que la paralysie spinale des enfants, on doit surtout chercher à arrêter les progrès de la maladie.

Dans les scléroses, dans l'atrophie graisseuse progressive, dans la paralysie agitante, que peut-on espérer par le traitement des courants continus ? Sauf des cas assez rares, nous pouvons affirmer que pendant le traitement nous avons toujours pu constater un arrêt dans la maladie, et même une amélioration plus ou moins grande.

D'abord, l'application des courants continus produit plus de régularité dans la circulation, provoque la contraction autonome des artérioles, et par conséquent empêche les stases sanguines et facilite l'arrivée du sang artériel.

Il n'y a pas d'élément et de système organique qui soient aussi sensibles aux changements de la circulation que le système nerveux. Pour son maintien à l'état normal et pour son fonctionnement régulier, il lui faut constamment la présence d'un sang richement oxygéné, et l'on peut presque dire que la valeur et l'énergie des agents thérapeutiques dépendent uniquement de leur influence sur le système vasculaire des centres nerveux.

Les courants continus agissent incontestablement sur la circulation intra-vertébrale. Grâce à cette influence, et de plus à leur action chimique qui provoque plus directement la nutrition intime des éléments électrisés, ils peuvent empêcher la destruction lente des éléments nerveux. Rappelons-nous, de plus, que dans ces affections chroniques de la moelle, à côté du tissu lamineux qui a pris la place de cellules et de tubes nerveux complétement altérés, il existe d'autres cellules « qui ont conservé à peu près les dimensions et tous les autres caractères de l'état sain. Les unes, bien que six ou sept fois plus petites que dans l'état normal, ont cependant conservé leur forme étoilée, leurs prolongements et possèdent encore un noyau et un nucléole distinct. »

Il est évident que pour ces groupes de cellules, une circulation régulière modérée, un fonctionnement et une nutrition plus actifs, peuvent agir puissamment sur leur développement et les ramener à l'état normal.

Nous avons déjà indiqué le mode opératoire pour l'ataxie locomotrice et pour la paralysie spinale des enfants. Dans l'atrophie musculaire progressive le procédé est à peu près le même. Il faut, pendant une partie de la séance, électriser uniquement la moelle avec un courant constant et d'une intensité moyenne, et pendant cinq à dix minutes appliquer l'électrode positive sur la moelle et l'autre sur les nerfs ou les plexus qui renferment les nerfs qui se rendent aux muscles atrophiés. On peut en même temps, pendant quelque temps, mais seulement pendant deux ou trois minutes, promener le pôle négatif sur les muscles malades, et faire de légères interruptions.

Dans la paralysie agitante, nous électrisons avec un courant ascendant assez intense la partie supérieure de la moelle. Le pôle négatif est placé à la base du crâne et le pôle positif sur les vertèbres cervicales et sur le ganglion cervical supérieur.

Si la paralysie est localisée dans un des membres supérieurs, nous plaçons également, pendant une partie de la séance, le pôle positif sur le plexus brachial, le pôle négatif étant maintenu sur la nuque.

Nous croyons inutile de citer les différentes observations qui ont été publiées sur le traitement de ces affections par le courant continu. Ce que nous avons constaté par nous-mêmes, c'est que dans l'atrophie musculaire progressive, les courants continus ramènent assez promptement dans les muscles l'incitation volontaire ; qu'ils augmentent la chaleur dans les membres, leur donnent plus de force et plus de fermeté ; que sous l'influence des courants continus et d'une faradisation musculaire modérée, les muscles atrophiés reprennent peu à peu de leur développement.

Plusieurs auteurs citent des observations de guérison complète d'atrophie musculaire progressive. L'une des plus importantes, à notre avis, est celle de Morax adressée au docteur Paul (1). Mais il faut bien remarquer que, dans ce cas, la marche de la maladie a présenté plusieurs symptômes qui diffèrent de ceux qu'on observe d'ordinaire ; ce qui explique peut-être cette guérison complète. Le développement de la maladie avait été tellement rapide qu'en deux mois les quatre membres avaient été impotents, ce qui n'a pas lieu dans l'atrophie musculaire progressive proprement dite.

De même, pour la paralysie agitante, plusieurs médecins, Remack, etc., citent des guérisons complètes. Ce résultat est peut-être plus facile à obtenir dans cette affection que dans d'autres maladies chroniques de la moelle ; mais, quant à nous, nous n'avons jamais vu de paralysie agitante, bien caractérisée, guérir complétement, et surtout la guérison se maintenir pendant plu-

(1) Suite. — Voir les numéros des 13 et 18 mai 1871.

(1) *De quelques applications de l'électricité à la thérapeutique*, par Chapot. Thèse de doctorat, 1870.

sieurs mois. Par contre, dans trois cas, nous avons constaté que le traitement par les courants continus diminuait le tremblement, et surtout, on n'a jamais beaucoup insisté sur ce fait, facilitait les mouvements du malade.

Le fait caractéristique de la paralysie agitante, bien plutôt que le tremblement, nous paraît être la lenteur des mouvements musculaires. La contractilité électrique est parfaitement conservée, et, de plus, la force musculaire est entière, mais elle présente cette différence importante qu'elle ne peut s'exercer que peu à peu et après une attention soutenue. Chez les personnes saines, après un ou deux efforts violents, la force musculaire est diminuée, tandis que chez les malades atteints de paralysie agitante elle semble augmenter peu à peu.

Ainsi, en mesurant la force du bras au dynamomètre, après avoir amené une certaine déviation de l'aiguille indiquant, par exemple, 50 degrés, après quelques instants et des efforts répétés, une personne saine ne peut plus amener que 45, puis 40, 30 degrés.

Le contraire a lieu pour les malades atteints de paralysie agitante, et nous avons eu l'occasion de vérifier plusieurs fois, qu'après un premier effort ils ne pouvaient amener que 25 à 35 degrés, tandis qu'après un certain nombre d'efforts ils faisaient arriver l'aiguille du dynamomètre jusqu'à 40, 50 degrés. Inutile d'ajouter que cette marche progressive de la force musculaire est très-limitée.

Lorsqu'on venait d'électriser le malade, et surtout après quelques jours de traitement, cette différence d'énergie entre la première et la troisième ou quatrième contraction musculaire n'était plus aussi marquée, et prenait le caractère normal. Une plus grande facilité dans tous les mouvements correspondait à ce premier signe d'amélioration (1).

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 8 février 1871. — Présidence de M. Alph. Guérin.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

La correspondance comprend : *l'Union médicale* du 4 février.

COMMUNICATION

M. Verneuil communique l'observation suivante :

Obs. I. — *Plaie pénétrante de l'articulation du genou par un éclat d'obus.*

Il s'agit d'un homme pâle et chétif, blessé à Buzenval le 19 janvier :

Il n'y avait qu'un seul orifice, celui d'entrée, situé sur le devant de la cuisse et à trois travers de doigt au-dessus de la rotule.

Le cathétérisme à l'aide d'une sonde mousse ne permit pas de suivre le trajet au loin, seulement l'instrument semblait se diriger plus volontiers en haut qu'en bas.

Vers le quatrième jour, il y eut gonflement et suppuration de l'article, et deux jours après on dut ouvrir une collection purulente située à la partie antérieure et inférieure de la cuisse. Enfin le septième jour survint un tétanos, qui entraîna la mort dans l'espace de 36 heures, malgré l'emploi du chloral et de l'opium à haute dose.

Autopsie. Le projectile, en suivant un trajet oblique en bas, avait intéressé le haut du cul-de-sac synovial et pénétré dans l'épiphyse fémoral immédiatement au-dessus de la poulie articulaire. Un morceau de drap de la tunique s'y trouve fixé en même temps que le projectile, qui consiste en un fragment très-irrégulier de plomb du volume d'une amande.

Une fêlure verticale parcourt la diaphyse dans l'étendue de quelques centimètres, et le corps médullaire se montre manifestement enflammé en ce point.

Obs. II. — *Coup de feu de la partie inférieure du tibia gauche à quatre travers de doigts de l'interligne articulaire. Arthrite suppurée de l'articulation tibio-tarsienne ayant nécessité l'amputation consécutive. Guérison. Dissection de la partie enlevée du membre.*

Il s'agit ici d'un jeune soldat blessé à Champigny par une balle.

Le projectile avait rencontré le tibia, sur lequel il semble avoir rebondi à en juger par l'existence d'un orifice unique, et aussi par l'absence de tout corps étranger dans la plaie.

Au bout de quelques jours cependant, l'articulation tibio-tarsienne se tuméfia, et une exploration faite tardivement par M. Verneuil, appelé en consultation vers le 34e jour de l'accident, permit de juger de la destruction des surfaces diarthrodiales et de la nécessité qu'il y avait d'amputer la jambe un peu au-dessous du lieu d'élection.

La dissection de la pièce a fourni les détails intéressants que voici : Articulation tibio-tarsienne et astragalo-calcanienne postérieure privées de leurs cartilages et pleins de pus. Au niveau du coup, le tissu du tibia offre un enfoncement, plus, une fêlure verticale qui ne communique pas avec l'articulation dont elle reste distante de plusieurs centimètres.

Quant à savoir comment l'inflammation suppurative a pu se propager jusque dans les articulations précitées, la dissection de la pièce révèle un fait important d'anatomie pathologique. Le pus semble, en effet, avoir fusé du haut en bas, au devant du ligament interosseux, jusqu'à la partie inférieure de l'espace du même nom. Là, le liquide purulent a dû traverser l'orifice destiné au passage de l'artère interosseuse, puis descendre encore jusqu'à atteindre le côté postérieur de l'articulation tibio-tarsienne qui n'est protégée, comme on le sait, que par un faible ligament, et c'est par là que le pus a dû faire irruption dans les articulations tibio-tarsienne et sous-astragalienne postérieure.

M. Blot communique les deux observations suivantes :

Obs. I. — *Tétanos traumatique. Traitement par l'opium, puis par le chloral. Mort.*

Un jeune malade de 25 ans reçut à la main, au niveau de l'éminence Thénare, une balle qui fut extraite par le chirurgien du régiment.

A son entrée dans l'ambulance du Grand-Hôtel, le 20 décembre, il y avait un peu d'inflammation de la plaie, qui ne tarda pas à se dissiper. Ce fut à ce moment, huitième jour de l'accident, que, sans cause connue, et alors que la plaie avait un excellent aspect, le malade fut pris de trismus. Dans les premières 48 heures, on prescrivit l'opium à haute dose et les sudorifiques, qui restèrent sans effet. M. Blot administra alors du chloral à la dose de *huit* grammes par jour, et le continua, à la même dose, pendant six jours. Voyant que le tétanos envahissait les muscles du cou, il porte la dose à *dix* grammes, ce qui n'empêche pas le mal de se généraliser et d'entraîner la mort le huitième jour après le début du tétanos.

Il est à noter que le malade a eu, surtout pendant les derniers jours de la maladie, des accès effrayants de dyspnée, pendant lesquels il se jetait sur le bord du lit, la tête en bas, et c'est pendant un de ces accès qu'il a dû succomber.

Ainsi voilà un nouveau cas où ni l'opium à haute dose et les sudorifiques, ni le chloral, n'ont pu empêcher l'effet funeste du tétanos.

Obs. II. — *Coup de feu de la racine de la cuisse ayant intéressé la cavité pelvienne. Extraction de la balle logée dans l'espace ischiorectal du côté opposé. Guérison.*

Il s'agit encore ici d'un jeune mobile. Il y eut les premiers jours des douleurs abdominales vives et de la difficulté à uriner, qui prouvent que la cavité pelvienne et peut-être le cul-de-sac péritonéal ont dû être intéressés par le projectile. Tout d'abord on n'a pas pu savoir où celui-ci s'était logé, et ce n'est qu'après examen de la fesse du côté opposé et surtout en introduisant le doigt dans le rectum, qu'on a pu découvrir la balle dans la rainure ischiorectale à une profondeur de 15 à 20 centimètres de la peau.

Pour en faire l'extraction, le malade fut anesthésié. En introduisant alors l'indicateur gauche dans le rectum, en vue d'immobiliser le corps et de le faire saillir vers la peau, M. Blot fit une incision intermédiaire à l'anus et à l'ischion qui lui permit d'extraire facilement une balle de forme olivaire et lisse à la surface, comme le sont les balles prussiennes.

La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire annuel : F. Panas.

DOCUMENTS

POUR SERVIR A L'HISTOIRE DU MOUVEMENT SCIENTIFIQUE PENDANT LE SIÉGE DE PARIS (1).

9 JANVIER

XIV. **Académie de médecine.** — L'Académie tient séance.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 9 janvier 1871. — Présidence de M. Faye.

MÉMOIRES ET COMMUNICATIONS DES MEMBRES ET CORRESPONDANTS DE L'ACADÉMIE.

M. Chevreul donne lecture à l'Académie de la déclaration suivante :

Le jardin des plantes médicinales, fondé à Paris par édit du roi Louis XIII, à la date du mois de janvier 1626,

Devenu le Muséum d'histoire naturelle par décret de la Convention du 10 juin 1793,

Fut bombardé,

Sous le règne de Guillaume Ier, roi de Prusse, comte de Bismark chancelier,

Par l'armée prussienne, dans la nuit du 8 au 9 janvier 1871.

Jusque-là, il avait été respecté de tous les partis et de tous les pouvoirs nationaux et étrangers.

E. Chevreul, directeur.

Paris, le 9 de janvier 1871.

Histoire des sciences. — *Lettre de Cassini IV au comte d'Angivillers, communiquée par* **M. Delaunay.**

L'Académie ayant eu à s'occuper récemment de la question du déplacement de l'Observatoire de Paris, et ayant entendu à cette occasion de nombreuses critiques, non-seulement sur la situation fâcheuse de l'établissement à l'intérieur d'une ville populeuse, mais aussi sur la disposition même de l'édifice consacré aux observations astronomiques, j'ai pensé qu'il y aurait quelque intérêt à lui faire connaître une lettre curieuse dont j'ai trouvé copie dans les archives de l'Observatoire. Cette lettre a été adressée, en 1785, par J.-D. Cassini IV, au comte d'Angivillers, directeur général des bâtiments du roi. A cette époque, l'Observatoire était dans un état déplorable. On peut en juger par le passage suivant, que j'extrais d'un ouvrage publié par Cassini IV, en 1810 (2) :

« Chargé de la direction de l'Observatoire bien avant la mort de mon père, à qui sa mauvaise santé ne permettait plus de s'en occuper, je résolus de réunir tous mes efforts pour obtenir, à quelque prix que ce fût, la restauration d'un édifice prêt à s'écrouler, et que je rougissais d'habiter, s'il ne devait plus lui rester de son antique splendeur qu'un vain nom et des ruines. L'insouciance et la pénurie qui avaient caractérisé les dernières années du règne de Louis XV avaient laissé les monuments publics dans un délabrement qui faisait l'objet de la honte de la nation française et de l'indignation des étrangers. Lorsqu'il en venait quelques-uns visiter l'Observatoire, il fallait les conduire avec précaution sous des voûtes dont les pierres, minées par les eaux, se détachaient fréquemment et faisaient courir aux curieux le risque de la vie. Aussi avais-je été obligé d'interdire l'entrée de la grande salle méridienne pendant l'hiver, surtout dans les temps de dégel. »

La lettre dont je présente aujourd'hui une copie à l'Académie est une de celles que Cassini IV a dû écrire pour arriver à la restauration de l'Observatoire. On sait qu'il réussit dans sa tentative. Le palais, construit à grand frais par Louis XIV, en l'honneur de l'astronomie, fut complétement restauré dans les dernières années du règne de Louis XVI, et cela grâce au puissant concours du comte d'Angivillers, auquel Cassini IV rend pleine et entière justice dans l'ouvrage déjà cité.

Lettre de Cassini IV au comte d'Angivillers.

« Le mémoire que j'ai eu l'honneur de vous adresser est ce que je puis appeler *l'acquit de ma conscience.*

« Il faut, à ce sujet, que je vous raconte une anecdote qui n'est pas fort connue, mais qu'un jour je ferai imprimer pour cause.

« Jean-Dominique Cassini arriva à Paris le 4 avril 1669. Il n'eut pas plutôt été présenté à Louis XIV, que Sa Majesté ordonna qu'on lui communiquât tous les plans et projets de l'Observatoire, qui n'était encore élevé qu'au premier étage, afin qu'il pût en dire son avis. Cassini, comme de raison, trouva que le plan n'avait pas le sens commun. Jour pris, avec M. Perrault, pour en raisonner devant le roi et M. Colbert, l'éloquent Perrault défendit en fort jolies phrases son plan et son architecture ; mon grand-père, qui ne savait que fort mal le français, écorchait les oreilles du roi, de M. Colbert et de Perrault, en voulant plaider la cause de l'astronomie ; et ce fut au point que Perrault, dans la vivacité de la dispute, dit au roi : « Sire, ce baragouineur-là ne sait ce qu'il dit ». Mon bisaïeul se tut, et fit bien ; le roi donna raison à Perrault, et fit mal : d'où il en a résulté que l'Observatoire n'a pas le sens commun.

« J'ai, dans mes papiers, les plaintes de J.-D. Cassini à ce sujet, écrites de sa propre main ; je n'ai pas voulu vous les envoyer, parce que je ne m'en dessaisirai jamais, puisqu'ils me serviront à répondre à bien des gens qui m'ont souvent dit : Comment l'Observatoire est-il si mal distribué et si peu propre aux observations astronomiques, ayant été construit sous les yeux de votre grand-père ?

« Je serais fâché, monsieur, que, dans un siècle comme celui-ci, on pût trouver un pendant à cette anecdote, et que l'on pût dire par exemple :

« En 1785, sous le ministère de M. le comte d'Angivillers, on travailla à la restauration de l'Observatoire ; un arrière petit-fils de J.-D. Cassini, qui s'en trouvait alors directeur, proposa de profiter de cette circonstance pour faire quelques additions utiles à l'usage de l'astronomie, et que l'on avait négligées dans l'ancien édifice, et il ne fut point écouté.

« Vous me marquez, monsieur, *que vous ne vous occuperez d'aucune nouvelle ordonnance* ; vous êtes le maître, je le sais. Mais mon nom, mon état, mon devoir enfin, m'imposaient la loi de vous proposer ce que contient mon mémoire. Je n'ai plus rien à me reprocher ; la postérité jugera entre nous. Elle a déjà prononcé entre J.-D. Cassini et Perrault.

« Vous pouvez être sûr à l'avenir de n'être plus importuné de mes mémoires. J'ai dit tout ce que j'avais à dire, et vous avez vu tout d'un œil si défavorable, que vous avez refusé jusqu'à un garde-fou sur une plate-forme élevée de 85 pieds, quoique depuis cent ans on ne cesse de réclamer à ce sujet. Vous dites qu'il y a un appui suffisant. Je vous en demande mille pardons ; mais cette assertion est fausse, on vous a trompé ; et si cela eût été, je ne vous aurais point demandé de garde-fou. Au reste, je vais terminer cette lettre par un petit aveu que voici :

« Presque tout ce que contient mon mémoire (y compris même le garde-fou) est le résultat d'une visite, d'un examen et d'une conférence d'une heure, faite sur les lieux par MM. Brébion, Renard et moi ; si j'ai déraisonné, ces messieurs sont de moitié. Mon bisaïeul avait contre lui Perrault l'architecte ; moi, du moins, j'ai les architectes de mon côté, et je vous avoue que c'est une consolation pour moi d'avoir tort dans ce cas.

« Vous avez si peur des toits, que vous n'avez vu que toits dans mon mémoire ; vous avez pris de basses calottes sur les tours pour des toits, et vous n'avez point fait attention à cette phrase modérée : — Si donc messieurs des bâtiments jugeaient à propos d'em« ployer, soit un toit, soit une calotte, ou des plans inclinés. — Vous voyez donc, monsieur, que par cette phrase, la seule où il soit question de toits dans mon mémoire, je ne prétendais nullement fixer le genre de couverture.

« Je ne tiens uniquement qu'à une lanterne au haut de l'Observatoire, d'où l'on puisse, à couvert et d'un seul point, suivre avec un seul instrument, sans le déranger de place, le cours diurne d'un astre quelconque. Je vous le répète, cela est indispensable, nécessaire ; je dois vous le demander, tout comme vous pouvez me le refuser, ainsi que l'endroit pour placer le cercle horizontal. Si vous ne vous fiez pas assez, comme il paraît, dans mes lumières, que l'Académie soit consultée, j'y consens ; et ce sera là, j'espère, le terme de nos débats et de nos petites querelles, qui doivent avoir le caractère de toutes celles qui ont les sciences pour objet, c'est-à-dire ne laisser après elles aucun levain, aucune impression fâcheuse. C'est ainsi qu'à l'Académie nous nous disputons ; chacun tient ferme pour son opinion, et ne cède qu'à la conviction et à la démonstration de la vérité. Je suis de même ; je disputerais contre le roi même pour les intérêts de l'Observatoire et de l'astronomie. Quand je vous adresse un mémoire à ce sujet, et que vous n'êtes point de mon avis, je vous réponds en confrère, et oublie (pour ce

(1) Des expériences physiologiques que nous venons d'entreprendre semblent démontrer que la paralysie agitante est produite par une affection du cervelet.

(1) Suite. — Voir le dernier numéro.

(2) *Mémoires pour servir à l'histoire des sciences et à celle de l'Observatoire royal de Paris, suivis de la vie de J.-D. Cassini, écrite par lui-même, et des éloges de plusieurs académiciens morts pendant la révolution* ; par J.-D. Cassini, ci-devant directeur de l'Observatoire royal de Paris et membre de l'Académie des sciences, de l'Institut et de la Légion d'honneur ; Paris, 1810.

moment seul) les sentiments particuliers que je vous ai voués depuis si longtemps, et avec lesquels je suis

Le comte de Cassini. »

Histoire des sciences. — *Résumé historique des travaux dont la gélatine a été l'objet* (troisième partie); M. CHEVREUL (1).

INTRODUCTION A LA TROISIÈME PARTIE

La deuxième partie de l'histoire des travaux auxquels la gélatine a donné lieu se compose de deux ordres de faits :

1er Ordre. — Ceux qui se sont passés dans les deux commissions dites *de la gélatine*.

2e Ordre. — Ceux qui me sont absolument personnels, mais toujours relatifs à la gélatine, puisqu'il s'agit des recherches auxquelles je me suis livré pendant six années, dans la croyance où j'étais d'écrire le second rapport.

En donnant, dans la première partie de ce résumé historique, la raison pourquoi je ne l'ai pas fait, j'ai rappelé l'écrit de 1837 et son complément de 1870.

J'ai distingué des considérations générales et des considérations particulières relatives à la matière constituante des êtres vivants; et dans la deuxième partie du résumé historique il n'a été question que des considérations générales relatives au mode de rechercher la cause immédiate des phénomènes physiologiques des êtres vivants. J'ai parlé de l'avantage d'essayer avant tout de ramener les causes immédiates des phénomènes à des forces connues de la nature minérale, à savoir: l'attraction molléculaire, la chaleur, la lumière, l'électricité, le magnétisme.

J'ai montré que, lors même que le but de telles recherches eût été atteint, vraisemblablement on n'aurait point expliqué le mystère de la vie, c'est-à-dire la manière dont toutes les forces, agissant dans les diverses espèces des êtres vivants, ont été coordonnées pour satisfaire à toutes les conditions d'existence de chacune de ces espèces, cette dernière explication se rattachant à des causes d'un ordre bien plus élevé que l'ordre des causes auxquelles on peut rapporter immédiatement les phénomènes physiologiques.

Dans cette troisième partie, je vais résumer les considérations particulières de l'écrit de 1837 et de son complément de 1870, afin de montrer à quel point de vue je m'étais placé pour étudier la question de la gélatine, avant d'écrire le second rapport.

§ Ier.

DES PRINCIPES SCIENTIFIQUES D'APRÈS LESQUELS J'ENVISAGE LA GÉLATINE QUANT A SA PROPRIÉTÉ ALIMENTAIRE.

Dès les deux années qui suivirent la lecture du premier rapport de la commission de la gélatine sur le bouillon et le bouilli de la Compagnie hollandaise, en réfléchissant à l'alimentation de l'homme, toujours eu égard à la gélatine, je ne tardai point à apercevoir la nécessité que l'aliment dont il se nourrit fût d'une nature complexe, aperçu parfaitement conforme avec la bonne qualité reconnue au bouillon et au bouilli de la Compagnie hollandaise, et conséquemment peu favorable au bouillon de gélatine considéré, non, comme Proust l'avait fait, relativement au bouillon de viande, mais considéré d'une manière absolue, comme Cadet de Vaux l'avait envisagé pour le substituer entièrement au bouillon de viande.

Après cette considération, mon esprit se porta sur la belle harmonie de la nature que Lahire, Bonnet, et surtout Priestley, Ingen-Houtz, Sennebier et Th. de Saussure avaient mise en évidence, à savoir que les végétaux verdoyants, sous l'influence de la lumière solaire, dégagaient du gaz oxygène, lequel se trouvait en rapport avec le gaz acide carbonique qui était absorbé ou produit dans les feuilles pendant la nuit, et celui qu'il s'élevait des racines dans ces mêmes organes. Or, l'oxygène était restitué à l'atmosphère, et le carbone restant dans la plante suffisait à expliquer la formation de tous les principes immédiats du végétal qui sont produits avec excès de carbone et d'hydrogène relativement à l'oxygène. Ainsi les végétaux, en se nourrissant d'acide carbonique, d'eau, d'acide oxygéné ou hydrogéné, absorbant en outre des acides et des oxydes binaires, notamment des sulfates, des phosphates, des chlorures et des iodures alcalins, faisaient passer des composés binaires inorganiques, et peut-être du gaz azote, à l'état de principes immédiats organiques.

En définitive, mon attention se fixait sur cette grande harmonie de l'économie de la nature, reconnue de tous les savants, d'après laquelle les végétaux font passer la matière minérale à l'état de matière organique, en éliminant l'oxygène de l'acide carbonique, et en en retenant le carbone pour constituer des principes immédiats dans lesquels le carbone et l'hydrogène prédominent sur l'oxygène relativement à l'acide carbonique, à l'eau, etc.

De ces deux considérations, on voyait bien le besoin que l'homme et les animaux supérieurs avaient d'un aliment complexe, mais on n'en voyait pas la cause. Les trois propositions suivantes, simple conséquence de faits incontestables, vont la mettre en évidence.

Première proposition. — L'homme et les animaux supérieurs ne peuvent vivre de corps simples, ni même exclusivement de composés binaires de la nature organique.

Deuxième proposition. — Si des actions moléculaires se passent dans le corps de l'homme et des animaux supérieurs qui soient douées d'une énergie incontestable relativement à la chaleur, à la lumière, à l'électricité produites, ainsi que cela a lieu lors de l'union des gaz oxygène et hydrogène, du gaz oxygène avec le carbone, de tels effets ne se manifestent pas dans les êtres vivants lorsqu'il se produit de l'eau et de l'acide carbonique par l'union de l'hydrogène et du carbone des principes immédiats de l'être vivant, quoiqu'en réalité il puisse alors se dégager autant de chaleur et d'électricité qu'il s'en dégage quand l'hydrogène et le carbone s'unissent isolément avec le gaz oxygène. Pourquoi cette différence? C'est que, dans la combustion de l'hydrogène et du carbone des principes immédiats, la quantité des deux combustibles brûlés est très-petite relativement au reste de la masse, et cette masse peut, jusqu'à un certain point, être comparée à une matière inerte interposée dans une poudre inflammable, ou à un gaz inerte qui sépare les molécules gazeuses d'un mélange de 1 volume d'oxygène et de 2 volumes d'hydrogène. Dès lors, le reste de la masse pondérable des principes immédiats se trouve dans une circonstance favorable à obéir à des affinités faibles, surtout quand on considère qu'ils agissent à l'état de corps dissous dans l'eau, ou, s'ils sont solides, renfermant généralement plus ou moins de ce liquide interposé.

Troisième proposition. — De ce que les forces qui régissent les atomes des composés organiques ne peuvent agir que dans des limites très restreintes, eu égard à l'énergie qu'elles peuvent développer dans le cas où l'exercice de leur activité est tout à fait libre, il s'ensuit que les changements qu'éprouvent les aliments dans les organes des animaux supérieurs ne sont point extrêmes. De là donc la raison de l'analogie de nature chimique entre les aliments et les organes qu'ils doivent nourrir. En second lieu, comme ces organes renferment des principes immédiats de compositions fort différentes, il faut que ces principes aient leurs correspondants dans les aliments.

Cette proposition explique très-bien comment l'animal carnivore se nourrit de la chair des herbivores sans qu'elle ait subi aucun changement; et, d'un autre côté, elle explique ce que la chimie a démontré : c'est que la plante qui nourrit un animal supérieur herbivore renferme des principes immédiats sinon identiques, du moins très-analogues aux siens.

Et, par la raison que les aliments végétaux, particulièrement les fruits, les feuilles, renferment une proportion moindre de principes immédiats qualifiés de *plastiques*, l'appareil de la digestion des herbivores est plus développé que l'appareil correspondant dss carnivores.

En résumé :

1° De ce que le corps des animaux supérieurs est formé d'un grand nombre de principes immédiats acides, alcalins, neutres, binaires, ternaires et quaternaires organiques, sans parler des principes inorganiques essentiels à la vie;

2° De ce que les principes immédiats organiques sont, pour la plupart, moins stables que les composés minéraux, par la double raison qu'ils contiennent un plus grand nombre d'atomes, et que le nombre des atomes de carbone et d'hydrogène dépasse de beaucoup celui des atomes d'oxygène;

3° De ce que les principes d'origine organique, étant peu stables, sont incompatibles avec des affinités et forces physiques énergiques, et que dès lors les changements de la matière qui sert d'aliment ne peuvent être extrêmes dans les animaux,

On en tire deux conséquences suivantes :

Première conséquence. — L'aliment doit être complexe pour satisfaire à la nécessité du grand nombre de principes immédiats constituant l'animal supérieur, nécessité qui comprend et la formation et l'entretien de ces principes dans le corps de l'animal, dont ils sont les parties constituantes avec les principes d'origine minérale.

Seconde conséquence. — Les principes immédiats alimentaires doivent être aussi semblables que possible avec ceux qu'il s'agit de remplacer et de perpétuer durant la vie de l'animal.

Le fait que les carnivores se nourrissent de chair crue, et que l'homme peut s'en nourrir, la possibilité de l'alimentation d'un animal supérieur par des principes immédiats identiques aux leurs, se trouve par là démontrée.

Quelle conséquence peut-on déduire du fait de la cuisson à laquelle on soumet un certain nombre d'aliments de l'homme?

C'est que l'aliment cuit est d'autant plus propre à la nutrition, qu'il a éprouvé moins de changements dans sa composition chimique.

Dès lors, on se demande à quoi sert la cuisson des aliments.

De la cuisson des aliments.

La cuisson produit des effets très-différents; commençons par les plus simples, en citant des faits particuliers à l'appui des propositions générales.

Sans tomber dans l'exagération de l'opinion de Changeux sur l'influence d'une division purement mécanique, il est vrai, en principe, que cette division, en accroissant le nombre des parties de l'aliment qui sont en contact avec les surfaces du tube intestinal, est favorable à l'acte de la digestion; mais ne poussons pas trop loin cette influence, parce que la mastication, dans les animaux pourvus de dents, favorise la sécrétion des sucs salivaires.

L'eau froide qui est absorbée par des aliments solides et insolubles, en s'introduisant entre leurs parties solides, les humectant et les gonflant presque toujours, produit un effet moléculaire d'affinité dont l'influence est plus grande que ne le serait la division exclusivement mécanique.

Les tissus animaux azotés de la nature des tendons, les tissus des os de mammifères, et tous ceux qui donnent de la gélatine par l'eau bouillante sont dans ce cas.

J'ai constaté que le cartilage du *Squalus peregrinus*, poisson appartenant à l'ordre des cartilagineux, qui ne donne pas de gélatine par l'eau bouillante, se gonfle extrêmement dans l'eau froide.

La fibrine et les tissus qu'on peut regarder comme dérivant immédiatement de l'albumine, à l'état de sécheresse absorbent l'eau froide; mais sous l'influence de la sécheresse ils se durcissent, du moins s'ils sont à l'état de pureté.

L'eau produit des effets analogues sur les légumes.

L'action de l'eau sur l'amidon est remarquable; elle est nulle à froid et si l'amidon n'a pas été écrasé.

Mais si la vapeur d'eau le frappe, elle le modifie suffisamment pour le rendre digestible.

S'il est chauffé dans l'eau liquide, il forme une sorte d'empois.

Enfin, chauffé de 120 à 130 degrés, il devient soluble dans l'eau froide.

Dans ce qui précède, la cuisson ne nous a guère présenté comme modification de l'aliment que des changements assez légers, et qui, en général, sont bornés à favoriser la division par une action d'affinité de l'eau; nous disons en général, parce que nous avons vu la fibrine et les tissus d'origine albumineuse devenir moins mous, acquérir même de la dureté. Il faut maintenant envisager la cuisson dans les cas où elle agit de manière à modifier plus profondément l'aliment en développant en lui des propriétés qu'il n'avait pas avant la cuisson.

De l'isomérisme.

Commençons par la coction d'un blanc d'œuf et rappelons que je répète ici ce qui a été présenté à cette Académie le 9 de juillet 1831; il y a donc un demi-siècle (en nombre rond) (1).

Deux poids égaux d'un même blanc d'œuf furent, l'un coagulé par la chaleur, c'est-à-dire cuit; l'autre ne le fut pas : tous les deux subirent l'action du vide sec jusqu'à ce qu'ils ne perdissent plus rien. Les résidus pesaient également, et cependant l'albumine cuite mise avec le poids d'eau qu'elle avait perdu ne se dissolvait pas et ne reproduisait que du blanc d'œuf cuit, tandis que l'albumine incuite était redissoute par l'eau et reproduisait avec l'eau qu'elle avait perdue l'albumine incuite ou crue. Ajoutons que la cuisson avait développé un arome particulier un peu sulfuré, et qu'il s'était produit du sulfure de sodium par le soufre d'un principe immédiat organique que je crois étranger à l'albumine aussi bien que l'est le soufre de la laine, des poils, de la corne, etc.

Résultat analogue dans la cuisson du tendon, sauf qu'en en prenant deux poids égaux, faisant bouillir l'un dans l'eau jusqu'à parfaite solution, le résidu de l'évaporation du liquide, qui est de la gélatine, séché avec le poids du tendon cru, donne la même quantité de matière sèche que le tendon.

On voit donc que la cuisson produit sur le tendon un effet semblable à celui qu'elle produit sur l'albumine, en ce sens que l'aliment modifié représente un poids égal à celui de l'aliment cru, mais avec cette différence que la cuisson a coagulé l'albumine, tandis que l'eau bouillante a dissous le tendon.

Loin d'être étonné de ces résultats, mes travaux antérieurs m'en faisaient sentir l'importance; car ils confirmaient l'opinion que je m'étais faite de l'espèce chimique à mon début dans la science, puisque la définition que j'en donnais dans les *Éléments de botanique* de Mirbel, en 1815, comprenait trois notions-principes pour l'espèce composée, la nature des éléments, leur proportion et leur arrangement. Or c'est l'arrangement différent des mêmes éléments unis en même proportion qui présente le fait général connu aujourd'hui sous le nom d'*isomérisme*.

Un exemple remarquable avait été mis en évidence dès 1810 et 1811 par l'analyse comparative du mispickel, du fer sulfuré blanc et du fer sulfuré jaune.

Haüy était disposé avant mes analyses à assimiler d'après la forme cristalline le mispickel avec le fer sulfuré blanc. Je montrai que le mispickel était équivalent à *arsenic* + *protosulfure de fer*, tandis que les deux sulfures étaient identiquement représentés par *soufre* + *protosulfure de fer*, mais différaient par la forme cristalline.

On voit maintenant combien l'isomérisme de l'albumine cuite et de l'albumine crue et l'isomérisme du tendon cru et du tendon cuit sont conformes à la manière dont j'ai envisagé la cuisson, lors même qu'il existe des différences notables entre l'aliment cru et l'aliment cuit, et l'isomérisme des deux cas signalés il y a un demi-siècle fait comprendre d'une manière aussi claire que précise combien le phénomène que j'ai appelé *décuisson* (dans mon livre de la *Méthode* A POSTERIORI *expérimentale et de sa généralité*, p. 238) est facile à concevoir.

Après avoir reconnu les effets précédents produits par la chaleur sur l'albumine et les tendons, et reconnu que l'effet de la chaleur pour opérer la cuisson du blanc d'œuf s'accomplissait lorsqu'il était dissoute par plus de vingt fois son poids d'eau sans qu'il y eût de coagulé, je rapprochai cette action de la chaleur sur les matières organiques de celle qu'elle exerce sur la zircone que j'avais obtenue le premier à l'état de pureté. En la chauffant, cette base devient incandescente et cesse d'être soluble dans plusieurs acides, phénomène signalé avant moi par Berzelius sur plusieurs antimonites et antimoniates et quelques oxydes (2).

En définitive, je montrais, dans le Mémoire de 1821, que le phénomène de *cuisson* des matières organiques s'étendait à des composés inorganiques.

Ce rapprochement de la coagulation de l'albumine, de l'incandescence de plusieurs composés inorganiques me conduisit à penser que dans les composés organiques, particulièrement lorsque le carbone de l'acide carbonique passe dans les plantes à l'état de carbone végétal en s'assimilant à l'hydrogène, à l'azote, à l'oxygène pour constituer des principes immédiats organiques ternaires, quaternaires et même binaires, tels que des huiles essentielles formées d'un grand nombre d'atomes de carbone et d'hydrogène, il y a dans le carbone un accroissement de la cause de la chaleur, phénomène inverse de celui de la cuisson de l'albumine et de la cuisson des composés minéraux qui deviennent incandescents sous l'influence d'une température obscure. De même que j'ai étendu le phénomène de la *cuisson* aux composés organiques, j'ai admis la possibilité du phénomène de la *décuisson* dans ces mêmes composés lorsque leur formation donne lieu à du *froid* ou une *absorption de la cause de la chaleur*. J'ai cité pour exemple l'opinion de Bertholet qui reconnaissait une absorption de calorique dans la production du muriate suroxygéné de potasse (3).

J'ai cité encore l'observation de M. Favre d'après laquelle, pour l'unité de poids,

Le charbon de bois développe....	8080 unités de chaleur,
Le diamant........................	7770 »

Il faut reconnaitre que ces phénomènes sont faciles à concevoi

(1) L'Académie a décidé que cette communication, bien que dépassant en étendue les limites réglementaires, serait insérée en entier au *Compte rendu*.

(1) *Mémoires du Muséum*, t. XIII, p. 166. On y verra comment les effets de la chaleur, pour produire la modification de l'albumine cuite, ont été étudiés comparativement avec les effets de l'alcool, etc., et comment, dès cette époque, je sentais l'importance du phénomène de l'isomérisme dans l'étude comparative que je faisais de changements analogues produits par des causes différentes. Ces études ne comprennent pas moins de onze pages un quart, de 172 à 183.

(2) Page 182 du Mémoire.

(3) *Méthode* A POSTERIORI *expérimentale*, p. 234 à 235.

dans l'hypothèse où la cause de la chaleur est attribuée à un corps impondérable, le *calorique*, corps qui, en perdant son caractère d'échauffer par une combinaison, devient alors *latent* ou insensible au thermomètre, comme un *acide* ou une *base* qui, en formant un sel *neutre*, cesse d'agir sur le réactif coloré qu'il affectait auparavant.

Conséquences des vues précédentes relatives à la nutrition.

Poursuivons les conséquences de la manière dont je viens d'envisager la nature de la matière des aliments, relativement au rôle de leurs principes immédiats dans l'entretien de la vie des animaux qui s'en nourrissent.

J'ai fait trois distinctions parmi les corps simples que l'analyse chimique a reconnus dans les êtres vivants, des *corps absolument essentiels qui ne peuvent être remplacés par aucuns autres*, des *corps essentiels qui peuvent l'être*, enfin des *corps accidentels*; le cuivre, le plomb, etc., me paraissent dans ce cas.

Quant aux principes immédiats essentiels qui pénètrent dans l'être vivant, je n'ai pas jugé la science suffisamment avancée pour faire des distinctions, tels que *nutritifs proprement dits*, *excitants*, *irritants*, et j'ai dit explicitement que je ne refuserais pas la dénomination d'*aliment* : 1° à des *phosphates* tels que ceux de chaux et de magnésie qui s'assimilent à des tissus pour les durcir, bien entendu, à des tissus qui doivent l'être à l'état normal, comme le tissu osseux; à des principes immédiats d'origine organique, qui ne pénétraient dans l'être vivant que pour être brûlés complétement par l'oxygène et développer de la chaleur, et à d'autres qui le seraient incomplétement, parce que la partie qui ne le serait pas s'assimilerait à une matière quelconque.

Lorsqu'en 1837 je m'énonçais ainsi, je n'avais donné ni ma définition du mot *fait*, ni publié — ma distribution des connaissances humaines du ressort de la philosophie naturelle, — ni établi en principe que — nous ne connaissons l'essence d'aucun être concret, que nous ne le connaissons que par ses attributs.

Or, une conséquence de cette manière de voir, c'est qu'on avance une science quand on définit nettement une propriété, par exemple celle que posséderait un corps qui n'entrerait dans l'être vivant que pour s'y brûler; mais que ce n'est pas l'avancer, lorsque, cette propriété une fois définie, ont fait deux catégories absolument distinctes de principes qui sont dans ce cas et de principes assimilables; non qu'absolument je repousse l'application d'une distinction fondée; mais elle est à *priori*, selon moi, tant que l'expérience n'a pas prononcé avec précision.

Par exemple, dans l'état actuel de la science, je ne confonds pas le rôle de la gomme, du sucre, de la matière amilacée avec celui de la fibrine, de l'albumine; mais je n'admets pas comme absolue la distribution des aliments en respiratoires et en plastiques, parce que je ne connais aucun fait qui exclut d'une manière absolue un principe immédiat vraiment plastique, vraiment alibile, de ne pas être brûlé, si ce n'est toujours, du moins dans certaines circonstances, sous l'influence de l'oxygène agissant dans la respiration; et j'ajouterai : Est-on bien certain que, parmi les principes ternaires non azotés, il n'y en ait pas dont la partie modifiée par une combustion partielle n'entre pas dans une composition assimilable ?

(*Sera continué.*)

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments ou autres objets).

—

Recueil d'ophthalmologie, du docteur X. Galezowski. 1re année. In-8. — Prix : 2 fr.

Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, publié sous la direction de M. le docteur A. Dechambre, avec la collaboration d'un très-grand nombre de professeurs, de médecins et chirurgiens des hôpitaux civils et militaires de la marine. — Le premier demi-volume du tome douzième de la 1re série et le deuxième demi-volume du tome quatrième de la 2e série viennent de paraître aux librairies Victor Masson et fils et P. Asselin, place de l'École-de-Médecine.

Ils contiennent les principaux articles suivants : *Camp* et *Campement*, par MM. Michel-Lévy et Boisseau; *Cantharides*, par M. Gubler; *Carcinome*, par M. Cornil; *Mamelles*, par MM. Tripier, Bouchacourt et Rollet; *Mammifères*, par M. Gervais; *Manie*, par M. Linas; *Manipulations thérapeutiques*, par M. Dally; *Manufactures*, par M. Beaugrand; *Marais*, par M. Vallin. Divers articles sur les Eaux minérales, par M. Rotureau; de Botanique, par MM. Baillon, de Seynes et Planchon; la Biographie et la Bibliographie, par MM. Beaugrand, Chereau et Montanier. — Prix de chaque demi-volume, rendu franc de port dans toute la France et l'Algérie : 6 fr.

Bulletins et Mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris. Tome septième, 2e série, année 1870. — Prix : 5 francs.

Traité élémentaire et pratique de chimie médicale appliquée aux recherches cliniques, par le docteur Méhu, pharmacien de l'hôpital Necker. 1 vol. grand in-18 avec figures, cartonné à l'anglaise. 1870. — Prix : 4 fr. 50.

Bulletins et mémoires de la Société de thérapeutique. Tome 2e, du 1er mai 1868 au 31 décembre 1869. 1 vol. grand in-8. — Prix : 3 fr. 50.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

SOMMAIRE. — CLINIQUE OPHTHALMOLOGIQUE. Sur l'exophthalmie consécutive à une tumeur vasculaire de l'orbite (M. Galezowski). — Aperçu général sur l'influence des courants électriques dans les affections de la moelle (MM. Legros et Onimus). — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — Documents pour servir à l'histoire du mouvement scientifique pendant le siége de Paris. — Bulletin bibliographique.

Paris, le 11 août 1871.

CLINIQUE OPHTHALMOLOGIQUE. — M. GALEZOWSKI.

Sur l'exophthalmie consécutive à une tumeur vasculaire de l'orbite (1).

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL. — 1. *Tumeur cirsoïde.* Il serait difficile d'établir un diagnostic entre l'anévrysme de l'orbite et celui de la carotide, leurs symptômes étant presque les mêmes. D'après Nélaton, on établira la différence par la nature du bruit du souffle, qui est continu, avec renforcement, dans la maladie qui nous occupe, et intermittant dans les *anévrysmes artériels.*

L'anévrysme cirsoïde, décrit avec tant de soin par Gosselin (2), pourrait simuler l'anevrysme artérioso-veineux. Mais ces tumeurs sont superficielles, sous-cutanées, en même temps qu'elles se propagent dans le fond de l'orbite ; par la pression elles sont facilement réductibles. Quant au bruit de souffle, il existe dans les deux affections, et il est ici tantôt continu, tantôt intermittant.

2. *Tumeur encéphaloïde.* Ces tumeurs offrent quelquefois les phénomènes de battements et de bruit de souffle, surtout lorsqu'elles sont très-vasculaires, comme le prouve un fait de Demarquay, rapporté plus haut. Cette dernière tumeur est irréductible ; elle est rarement accompagnée de souffle, et la compression de la carotide ne la diminue point.

3. *Encéphalocèle.* Il peut simuler parfaitement un anévrysme de l'orbite, d'autant plus facilement qu'il est souvent pulsatif et s'accompagne de bruit de souffle. Le cas observé par Gosselin (3) et Roger peut en servir d'exemple. Mais l'affection existant dès l'enfance et sans grand changement, on peut établir d'une manière certaine le diagnostic.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Il est très-difficile de constater l'état de la carotide interne dans son trajet à travers le sinus caverneux ; selon le conseil de Delens, il faut séparer la base du crâne et détacher avec la scie toute la portion qui comprend l'orbite et le rocher du côté malade. Ce n'est qu'en procédant de cette manière qu'on parviendra à bien explorer la région du sinus caverneux et l'état de l'artère carotide. C'est à cause de ces difficultés que dans un certain nombre de cas la lésion n'a pas été retrouvée.

Voici quels sont les désordres que l'on a constatés dans cette maladie.

1. *Sinus caverneux.* La paroi externe était distendue ; la dure-mère en s'étendant présentait une coloration bleuâtre, très-foncée. A l'intérieur de cette cavité on a trouvé des coagulums sanguins. Les sinus qui aboutissaient dans le sinus caverneux étaient fortement distendus.

2. *Carotide interne.* Dans les quatre cas connus on a pu constater une perforation plus ou moins large, qui était tantôt circulaire, et siégeait au milieu du trajet de l'artère dans le sinus (Hirschfeld) ; tantôt elle se trouvait sur la moitié inférieure et antérieure de l'artère, un peu au-dessus du premier coude, et ne dépassait pas 2 millimètres de diamètre (cas de Delens) ; parfois l'artère était complétement rompue, et les orifices étaient distants l'un de l'autre et reliés par une étroite languette (cas de Henry). Ses parois ont été trouvées athéromateuses.

3. *Artère ophthalmique.* Elle n'a présenté dans les quatre faits connus aucune altération.

4. *Veine ophthalmique.* Cette veine subit ordinairement une dilatation considérable dans tout son trajet intra-orbitaire. Une des malades de Nélaton avait offert une dilatation d'un centimètre de diamètre ; une autre malade présentait dans sa portion postérieure le volume d'un petit doigt, comme on peut juger par la figure ci-jointe. L'examen microscopique de la veine ophthalmique (cas de Richet), fait par Cornil, démontra l'hypertrophie de ses parois, et l'existence de fibres musculaires lisses en grande abondance dans la tunique moyenne et jusque dans la tunique externe.

5. *Nerfs.* Les nerfs, moteur oculaire externe, moteur oculaire commun et pathétique, qui se trouvent situés dans l'intérieur de la paroi externe du sinus, ont été trouvés le plus souvent altérés, ramollis ou diminués de volume.

6. *Parties osseuses voisines.* Dans le cas d'Hirschfeld aucune lésion n'a été constatée, tandis que chez les deux malades de Nélaton on trouva des fractures plus ou moins considérables des apophyses clinoïdes. Dans le second cas, décrit par Delens, deux petites esquilles avaient été détachées, et celle du côté gauche, d'une largeur de 6 à 7 millimètres, présentait une extrémité pointue, qui a probablement blessé la carotide.

ÉTIOLOGIE. — 1. *Traumatisme.* — La rupture de la carotide interne peut être le résultat de la blessure directe produite par un corps vulnérant, qui, après avoir franchi toute l'orbite, perfore le sinus et l'artère : la première observation de Nélaton nous en fournit un exemple. Le bout de parapluie, après avoir pénétré dans l'orbite gauche et ouvert le sinus sphénoïdal droit, puis le sinus caverneux de même côté, va blesser la carotide interne. Mais la blessure de l'artère est le plus souvent produite par des esquilles des os de la base du crâne détachées, comme le démontre le fait de Delens.

2. *Rupture spontanée.* — Il n'est point douteux aujourd'hui que la carotide interne puisse se rompre d'une manière spontanée ; les faits rapportés par Holmes et par Baron en peuvent servir de très-bon exemple. Parmi les causes prédisposantes, il faut citer les altérations athémateuses des parois artérielles, l'âge avancé des malades et l'état de grossesse. Quant aux causes occasionnelles de la rupture spontanée, il est difficile d'indiquer d'une manière précise une cause quelconque. Le plus souvent, les malades ressentent spontanément, et le plus souvent la nuit, un craquement dans la tête avec bruit, qui est comparé à la détonation d'une arme à feu.

TRAITEMENT. — 1. *Compression de la carotide primitive.* — Elle est pratiquée, soit au moyen d'un appareil spécial construit par Charrière pour un malade du professeur Nélaton, soit à l'aide du tourniquet Weis, soit par la compression digitale.

Par ce dernier procédé, Scaramazia et Gioppi ont obtenu des succès complets. Dans le premier cas, la pression a été intermittente pendant vingt à trente minutes, en cinq ou six fois pendant cinq jours. Interrompue pendant deux jours à cause des frissons, elle fut continuée pendant onze jours, plusieurs fois par jour, deux ou trois minutes chaque fois. La compression a duré en tout sept heures et vingt minutes.

Il n'est pas cependant nécessaire que la compression soit continue, et il suffit qu'elle soit faite tous les jours, pendant une ou deux heures, pour qu'on obtienne une guérison radicale. C'est ainsi que j'ai obtenu la guérison chez ma malade. Il est vrai que ce genre de compression est très-long et exige beaucoup de patience de la part du malade et du chirurgien, mais il est beaucoup plus facile à appliquer.

En supposant même que le traitement ainsi dirigé ne réussisse pas, il amènera ce résultat, qu'il préparera le succès de la ligature de la carotide qu'on devra pratiquer, en déterminant une dilatation des anastomoses.

2. *Ligature de la carotide.* — Les statistiques paraissent être assez favorables pour le traitement des tumeurs anévrysmales de l'orbite par cette méthode. C'est ainsi que, sur 33 cas, il y a eu, d'après Delens, 22 succès complets et 5 partiels. Pourtant, si on ajoutait à cette liste les faits de Nélaton que l'on trouve rapportés dans la thèse de Henry (1) et dans celle de Delens, de même que les cas de Bowman, de Richet, on verrait que le succès est beaucoup moins sûr que l'on ne croit.

On pratique généralement la ligature de la carotide primitive. Demarquay pense cependant qu'il suffirait, dans ce cas, de lier la carotide interne. Legouest, pour plus de sûreté, applique d'abord la ligature sur la carotide primitive, et ensuite il en pose une seconde sur la carotide externe, au-dessus de la thyréoïdienne supérieure.

3. *Traitement palliatif.* — Pour calmer les douleurs de la tête et de l'œil, on doit faire la compression méthodique de l'œil et l'usage interne de l'iodure de potassium. Ces moyens m'ont en effet réussi, chez ma malade, à apaiser promptement les douleurs, et contribuèrent puissamment à arrêter le progrès de l'exophthalmie.

(1) Fin. — Voir les numéros des 20 et 23 mai 1871.
(2) Gosselin, *Archives générales de méd.*, Décembre 1867.
(3) *Idem.*

(1) Henry, *Considérations sur l'anévrysme artério-veineux* (Thèse de Paris, 1856).

APERÇU GÉNÉRAL SUR L'INFLUENCE DES COURANTS ÉLECTRIQUES DANS LES AFFECTIONS DE LA MOELLE (2)

Par MM. LEGROS et ONIMUS.

En résumé, et les faits pathologiques le prouvent, *les courants continus dans toutes les affections chroniques de la moelle ont*

(2) Fin. — Voir les numéros des 13, 18 et 20 mai 1871.

FEUILLETON

CARAVANES D'UN CHIRURGIEN D'AMBULANCES

PENDANT LE SIÉGE DE PARIS

ET SOUS LA COMMUNE (1).

I

Dans ce tohu-bohu militaire qui fut le siége de Paris, la chirurgie devait malheureusement jouer un grand rôle. Aussi, dès le début, le corps médical organisa les secours avec un dévouement dont je ne lui ferai pas l'injure de le féliciter, car il fait partie de ses traditions, de ses devoirs, de ses habitudes. Le médecin se dévoue aussitôt que surgit un malheur public qu'il peut soulager, et cela sans craindre d'écraser ses contemporains sous un lourd fardeau de reconnaissance, car il sait parfaitement qu'il est sans exemple dans l'histoire que le public ait jamais tenu compte au médecin de son dévouement une fois que le péril est passé.

Les ambulances constituaient la question d'urgence, mais toute l'organisation en fut abandonnée à l'initiative ou à l'inexpérience individuelles. Chacun fit du mieux qu'il put, chercha ses ressources là où il espéra les prendre. Les uns, comme l'Internationale et la Presse, avec leurs puissants moyens d'action, reçurent des capitaux considérables et firent les choses tout à fait en grand ; d'autres, plus modestes, sollicitèrent à domicile des souscriptions et un concours qui firent rarement défaut. Enfin, le zèle de tous accomplit des prodiges de charité.

L'administration supérieure, qui poussa l'incapacité jusqu'au génie, eut le bon goût de s'effacer et de nous laisser faire au début, et c'est une des choses dont on lui aurait su gré, si elle avait eu l'intelligence de persister dans cet effacement. Malheureusement le gouvernement possède dans sa collection de rouages inutiles un vieux dieu, sans bras ni jambes, fétiche perclus du cerveau, dur d'oreille et voulant tout engloutir dans ses vastes mâchoires démeublées. Ce dieu vorace et impuissant se nomme l'*Intendance.*

Aussi longtemps que les ambulances furent en voie de création, l'Intendance respecta religieusement cette phase pénible de l'existence des choses nouvelles ; mais aussitôt que les ambulances organisées furent en état de rendre des services, l'Intendance, escortée de ses riz-pain-sel, se fit porter au milieu de la route pour empêcher les ambulances de passer et leur dit en langage administratif, que je traduis ici pour la commodité du lecteur :

« Je suis l'Intendance, et j'ai dans mes attributions ce qui concerne les réparations de la peau militaire. Vous voulez me faire une concurrence déloyale, puisque vous prétendez faire et bien faire, à vos frais, sans qu'il en coûte un sou à l'État, une besogne pour laquelle l'État me paye très-cher, et que je fais fort mal. Par le foin qui remplit mes bottes ! je ne puis vous permettre un pas de plus dans cette voie fatale. Je vous absorbe ou je vous brise ! choisissez entre mes vices et ma colère. Mes vices sont aimables, et ma colère est terrible. J'aime mieux priver la société de vos services que de vous voir rendre des services à côté de moi, qui suis habituée à n'en rendre qu'à moi-même. »

Nous verrons plus tard ce qu'il advint des outrecuidantes prétentions de l'Intendance.

Les ambulances s'organisaient donc de tous les côtés. Une ambulance qui s'organise se compose de deux éléments assez distincts : d'abord l'état-major, en général fort disposé à croquer des marrons, ensuite les comparses, dont la destinée semble être de tirer du feu lesdits marrons. J'aurais pu mettre mon couvert du côté des croqueurs, c'est-à-dire de l'état-major, mais je n'aime ni à tirer ni à croquer les marrons. Je restai donc un instant à l'écart, examinant comment je pourrais me rendre utile en conservant toute mon indépendance d'action, et en me créant une situation spéciale où je n'aurais ni trop à commander, ni surtout à obéir.

Après avoir avec soin étudié ce terrain nouveau pour moi, j'acquis la conviction que pour rendre la plus grande somme de services possible au combat, un chirurgien, muni d'appareils bien

(1) Nous sommes heureux de pouvoir détacher ce chapitre d'une brochure que notre spirituel et distingué confrère, M. le docteur Joulin, doit faire paraître sous ce titre, mercredi 16 août, chez Dentu, Palais-Royal. — Prix : 2 francs.

donné d'excellents résultats et sont, certes, un des agents thérapeutiques des plus efficaces et des moins dangereux. Cela dit, nous revenons à la distinction que nous avons établie plus haut entre un agent thérapeutique qui guérit et celui qui ne peut qu'arrêter une maladie et l'améliorer. Cette distinction est d'autant plus nécessaire pour les affections chroniques de la moelle, que celles-ci offrent sur celles des autres organes un grand désavantage. Une affection chronique des poumons, par exemple, peut être enrayée après avoir amené la destruction d'une partie du tissu pulmonaire, et le malade n'en sera que fort peu incommodé, car l'autre partie du poumon suppléera à celle qui a été détruite. De même, dans une lésion cardiaque, l'augmentation d'énergie des fibres musculaires, l'action plus marquée des contractions périphériques peuvent, pendant un temps plus ou moins long, obvier aux résultats fâcheux de la lésion. Dans la moelle, au contraire, rien ne peut suppléer aux parties détruites, chaque cellule a sa fonction spéciale et aucune autre ne peut la remplacer. Aussi, si la destruction de certaines régions médullaires est complète, les phénomènes morbides qui en résultent seront permanents et ne pourront pas être modifiés par l'action plus énergique d'organes dépendant du même système.

L'illusion n'est donc jamais possible pour les malades, et bientôt, ne voyant pas survenir une guérison complète, ils se découragent et abandonnent les traitements rationnels et prudents.

Dans beaucoup d'affections chroniques de la moelle, les traitements ont encore ce désavantage de ne pouvoir enrayer la maladie que pour un temps limité. Lorsqu'on les suspend, l'amélioration se prolonge plusieurs semaines ou quelques mois, mais elle ne peut être constante pendant des années. Le propre de ces affections est, en effet, d'avoir une marche progressive ; et même pour quelques-unes qui semblent héréditaires, au bout d'un certain nombre d'années, le développement se fait tout à coup avec une rapidité qu'aucun agent thérapeutique ne peut arrêter. Sous ce rapport, il y a entre ces affections et la phthisie pulmonaire de grandes analogies.

De même que pour les affections chroniques des autres organes, il faut un traitement continu, une hygiène sévère, de même pour les affections des centres nerveux il faut un traitement qui ne soit pas trop souvent suspendu. Après un repos de quelques mois, dès que les lésions semblent progresser, il est nécessaire de reprendre l'emploi des courants continus.

Il faudrait enfin se rappeler que le système nerveux, comme tous les autres systèmes, réclame un fonctionnement régulier, une sorte d'hygiène. Or, dans la vie moderne, avec les excitations qui entourent surtout l'habitant des villes, cette hygiène est presque impossible. L'état moral, le découragement qu'amène la maladie est déjà une mauvaise condition. Ajoutez à cela la surexcitation produite souvent par la lésion elle-même. De plus, nos habitudes sociales et, par dessus tout, nos préoccupations intellectuelles, mettent notre système nerveux constamment en action et ne lui laissent aucun repos fonctionnel. Un muscle supprimé oblige au repos, un estomac fatigué rejette les aliments, mais le système nerveux affaibli, surexcité, se prête encore à une sorte d'activité, il donne des extases pour le cerveau, des spasmes pour la moelle, et l'on s'habitue à regarder ces phénomènes morbides comme la manifestation de phénomènes normaux. Des physiologistes ont bien prétendu que l'acide carbonique était l'excitant normal, le moteur du système nerveux. Il détermine en effet des spasmes, des convulsions; il change les conditions ordinaires et produit une sorte de surexcitation fiévreuse et incohérente. Mais ce n'est pas là le fonctionnement régulier et naturel, c'est une activité morbide et dont la durée devient funeste.

Il faudrait donc, en même temps qu'on emploie des agents thérapeutiques, placer les maladies du système nerveux dans des milieux moins excitants ; car, pour toutes les affections, les remèdes ne peuvent agir efficacement que lorsque les conditions hygiéniques sont satisfaisantes. Quel remède saurait être assez efficace pour les affections chroniques des poumons, lorsque les malades vivent au milieu d'un air vif et variable ? De même, comment obtenir tous les résultats du traitement dans les affections du système nerveux, alors que les mœurs, les passions et les conditions sociales sont souvent une des causes de leur production, et que les malades ne veulent ni ne peuvent même se soustraire à ces milieux ?

Toutes ces considérations montrent combien la guérison des maladies nerveuses chroniques est difficile et rare, et quant à nous, nous avons tenu à bien définir le rôle que l'électrothérapie peut être appelée à remplir dans ces affections.

Nous le répétons, nous sommes persuadés que de tous les agents thérapeutiques, les courants continus sont les plus efficaces et les plus utiles dans les affections médullaires ; mais, d'un autre côté, nous ne voulons pas provoquer chez les médecins et chez les malades un enthousiasme qui ne pourrait qu'être funeste à l'emploi rationnel et scientifique de ce mode de traitement.

L'électricité est un des agents les plus puissants que nous ayons entre nos mains, mais, pas plus que toute autre force, elle ne fait des miracles ; c'est-à-dire qu'elle ne peut empêcher les conséquences forcées des faits. Or, dans les faits pathologiques, comme dans les faits biologiques, et dans ceux-ci comme dans ceux qui relèvent du monde physique, il y a des lois fatales qu'il n'est possible ni de nier ni de détruire.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 15 février 1871. — Présidence de M. Blot, vice-président.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

— La *Gazette hebdomadaire*, nos des 3 et 10 février;
— Le *Bulletin de thérapeutique*, n° du 15 janvier;
— L'*Union médicale* du 11 février.

COMMUNICATION

Tétanos traumatique guéri par le chloral. — M. LIÉGEOIS. Il s'agit d'un de nos jeunes confrères, M. Destival, blessé, à Metz, par un éclat d'obus à la région du tendon d'Achille. Tout alla bien jusqu'au dix-huitième jour, époque à laquelle il fut pris de *trismus* sans cause appréciable.

Il y avait en même temps de la dysphagie et de véritables spasmes des muscles respirateurs revenant par accès, et cela, chaque fois qu'on touchait le malade.

Du chloral fut administré pendant les sept premiers jours, mais sans succès, et c'est alors que M. Liégeois vit le malade pour la première fois.

Pensant que probablement le chloral administré n'était pas de bonne qualité, puisque le malade n'avait pu dormir jusque-là un seul instant, M. Liégeois prescrivit du chloral venant de Paris, avec la précaution essentielle d'en faire prendre un gramme chaque deux ou trois heures dans une cuillérée de sirop.

Dès la troisième cuillerée, le malade s'endormit, et à partir de ce moment, les accidents allaient en décroissant, lorsque, vers le septième jour, il y eut du délire, dû probablement à l'action des doses élevées du chloral, et qui, du reste, disparut rapidement en cessant l'administration de l'agent hypnotique. Malgré cette cessation, les accidents tétaniques ont continué à décroître, et le malade se trouvait en pleine convalescence à la fin de la sixième semaine du début du tétanos.

M. Liégeois attache une grande importance, dans le traitement, à l'administration du chloral, répétée à de courts intervalles, attendu que, de cette façon, la moelle se trouve constamment sous l'influence de l'agent hypnotique.

M. GUÉNIOT communique le cas suivant :

Tétanos consécutif à une fracture du radius par coup de feu. — Traitement par le chloral et la poudre de Dower. — Guérison. — C... (Nicolas), soldat du 6e régiment d'artillerie, âgé de 23 ans, fut blessé, le 2 décembre dernier, à la bataille de Champigny, par une balle qui lui traversa l'avant-bras droit en fracturant le radius à sa partie moyenne.

Transporté à l'ambulance de la Glacière, ce malade ne présenta rien de particulier jusqu'au 10 décembre. Mais à cette date, M. Dauvé, alors chef du service, constata l'existence de soubresauts convulsifs, accompagnés de vives douleurs dans le membre blessé. Il existait en outre, depuis plusieurs jours, une complète insomnie. Pour remédier à ces accidents, une injection hypodermique fut pratiquée sur l'avant-bras, matin et soir, avec dix gouttes d'une solution de chlorhydrate de morphine au cinquantième. Un peu de sommeil s'en suivit, mais les soubresauts musculaires ne furent pas modifiés.

C'est dans ces conditions que le 14 décembre, c'est-à-dire douze jours après le traumatisme, se manifestèrent les phénomènes tétaniques : trismus, rigidité du cou et léger degré d'opisthotonos. La douleur, toutefois, avait cessé dans l'avant-bras, et les deux ouvertures de la plaie offraient chacune un bourrelet musculaire volumineux. L'exploration du trajet de la balle permit alors de reconnaître la présence de trois esquilles complétement détachées, et qui furent extraites immédiatement.

Pour traitement : potion avec deux grammes d'hydrate de chloral; aliments liquides et diète de vin.

A dater de ce jour, les soubresauts musculaires commencèrent à diminuer, tandis que les phénomènes tétaniques cessèrent de s'accroître. En effet, d'après M. le docteur Isnard, aide-major du service, qui a bien voulu me fournir ces renseignements, dès le 20 décembre, le trismus avait assez diminué pour qu'on pût alimenter le malade avec de la viande hachée; et, le 23 décembre, quand je pris la direction du service, les symptômes s'étaient encore amendés.

Je portai néanmoins la dose de chloral à trois grammes, puis à quatre grammes ; et comme l'usage prolongé de ce remède finit par causer un profond dégoût, je lui substituai, le 31 décembre, la poudre de Dower, à la dose de deux grammes par jour. Dès le lendemain, des sueurs abondantes se produisirent. La rigidité des muscles cervicaux, de même que celle de la mâchoire, allèrent sans cesse en diminuant; et finalement, le 14 janvier, c'est-à-dire un mois, jour pour jour, après l'invasion du tétanos, celui-ci avait totalement disparu.

Quant à la fracture, elle fut lente à se consolider. Aujourd'hui même, 15 février, le malade est encore dans mon service, achevant de cicatriser l'une de ses plaies. Sa santé générale est d'ailleurs tout à fait satisfaisante.

M. Guéniot attribue à l'irritation produite par la présence des esquilles la cause du tétanos, et croit que le chloral n'agit que contre certaines formes de tétanos, au sujet desquelles nous ne sommes pas encore suffisamment fixés.

M. LARREY, se fondant sur l'expérience des derniers mois, conclue que le tétanos n'a pas offert un moindre contingent de mortalité depuis qu'on se sert du chloral, qu'avant l'emploi de cette substance; ce qui, joint à cet autre fait que la forme chronique du tétanos semble seule curable, ne témoigne pas beaucoup en faveur du nouvel agent thérapeutique.

M. GIRALDÈS, après avoir soutenu le chloral comme hypnotique, voulut l'essayer aussi contre le tétanos, dont il eut à traiter cinq cas. Malheureusement la mort en a été la terminaison constante, et c'est ce qui est arrrivé, entre autres, chez un soldat bavarois qui fut emporté rapidement, malgré l'administration journalière de huit grammes de chloral par la bouche et autant par le rectum.

M. LIÉGEOIS répète que l'administration continue du chloral, et avant tout la précaution de toucher les malades le moins possible pour ne pas provoquer chez eux des crises de contractures réflexes, contribuent puissamment à la guérison.

M. BLOT, en communiquant, dans la dernière séance, un nouveau cas d'insuccès par le chloral, n'a point voulu trancher la question encore pendante de l'efficacité de ce médicament contre le tétanos, mais seulement y apporter un élément de plus.

Si l'action hypnotique du chloral témoigne de sa pureté, celui dont il s'est servi avait produit un sommeil incessant, de sorte qu'on ne saurait s'en prendre de l'insuccès à la mauvaise qualité de la préparation, ainsi que cela est arrivé chez le malade de M. Liégeois. M. Blot ajoute que les accès spasmodiques dont a parlé M. Liégeois ne rappellent qu'imparfaitement le vrai tétanos, et se rapportent bien plus à des mouvements épileptiformes.

M. LIÉGEOIS admet parfaitement que le chloral est loin d'agir dans tous les cas, seulement il tenait à établir que, devant un fait de guérison comme celui dont il avait été témoin, il ne pouvait pas non plus se refuser à croire à l'efficacité du chloral. Ce qu'il a dit des spasmes musculaires se rapporte d'ailleurs aux actions réflexes provoquées par les attouchements, ainsi que cela s'observe chez tous les tétaniques.

---

complets, devait diriger seulement deux voitures d'ambulance, l'une pour blessés couchés, l'autre pour blessés assis, lesdites voitures constamment à ses ordres et prêtes à se porter au feu chaque fois qu'il y a bataille.

C'est là le véritable type de l'ambulance volante. Avec deux voitures on passe partout, on a son petit personnel tout entier sous la main, chacun sait d'avance le rôle qu'il doit remplir, les ordres sont rapidement exécutés, et les soins d'autant plus efficaces qu'ils se font moins attendre. On fait le pansement complet et définitif sur place, on charge de suite ses blessés sans leur faire subir une foule de transbordements toujours pénibles et qui durent de longues heures, parfois même plusieurs jours ; puis, les voitures pleines, on revient à Paris et on expédie les malades là où ils trouveront les soins définitifs les plus convenables, selon la gravité de leurs blessures.

Dans cette situation, le chirurgien est absolument indépendant; il n'obéit qu'à ses inspirations, à sa fantaisie, à son initiative; il ne subit d'autre contrôle que celui de sa volonté, et lorsqu'il a acquis un peu d'habitude dans le métier d'ambulancier, il ne perd pas sa journée.

Je dis quand il a acquis un peu d'habitude, car il faut encore un certain apprentissage ; il ne suffit pas d'avoir un brillant équipage de chasse pour trouver le gibier, il faut en connaître les us et coutumes. Les trois quarts du temps, l'état-major de la place semblait ne pas savoir où on se battait ou même s'il y avait combat; il vous envoyait parfois au nord quand l'affaire était au sud, et cela de la meilleure foi du monde. Aussi j'ai fait jusqu'à 10 ou 12 lieues dans une journée sans pouvoir mettre la main sur un blessé, ce qui n'était pas absolument agréable par un froid de 8 ou 10 degrés.

Donc, pour faire une bonne ambulance volante, outre un chirurgien bien équipé, il faut malheureusement deux voitures et des chevaux. Je dis malheureusement, parce que c'est justement là que gît la difficulté.

Pour la première fois qu'une voiture entre en campagne, cela va encore ; on empaume assez facilement les gens, on leur montre l'expédition exclusivement par son côté pittoresque, en leur cachant avec soin le côté laurier. Aussi le voyage, au départ, se fait avec beaucoup d'entrain et de gaieté; seulement il peut arriver un moment où la dissimulation serait absolument inutile : on peut tomber en plein drame. Alors la mine du propriétaire de l'équipage s'allonge; on entend des : « Ah! si j'avais su, » étouffés, l'œil a des effarements précurseurs d'une fuite, et si vous avez le malheur de quitter vos gens cinq minutes, vous courez la chance de ne plus retrouver personne et de revenir seul, à pied, avec vos instruments sur le dos.

Au retour, la conversation languit, vous sentez des regards hostiles, et qui semblent dire : « Si jamais tu m'y repinces! »

Mais à mesure qu'on pénètre dans l'atmosphère de Paris, à mesure qu'on s'écarte du tapage et de la fumée de la bagarre, le courage du néophyte renaît, sa langue se délie, et bientôt il parle avec complaisance des dangers qu'on aurait pu courir, du sang-froid qu'on aurait développé.

Vous croyez votre homme guéri de sa peur et aguerri pour l'avenir ! En vérité, je vous le dis, jamais vous ne remonterez dans la voiture de cet homme, jamais son cheval ne fera partie d'une ambulance, jamais sa femme ne vous pardonnera d'avoir conduit à la *boucherie* son mari, un père de famille, qui n'a échappé que par un véritable miracle à la mort des héros.

Je n'ai pas besoin de dire que neuf fois sur dix on n'a couru aucune espèce de danger, et qu'au retour on s'est simplement montré en famille d'autant plus téméraire que la peur avait été plus grande.

Allez frapper à une autre écurie, celle-là vous est fermée pour toujours.

Après un certain nombre de tentatives dont les résultats présentaient les diverses nuances qui séparent un échec d'une réussite, je finis par mettre la main sur deux voitures fidèles et dévouées qui m'ont servi dans toutes les affaires depuis celle du Moulin-Saquet. Une appartenait à M. Kirkoff, de la galerie d'Orléans; c'était un petit omnibus de famille, coquet, à six places, traîné par un petit cheval très-fin, très-vigoureux, très-ardent, et qui ne s'effrayait pas du bruit. Pierre, le cocher, complétait l'équipage que je montais ordinairement.

Pierre était un bon type; il avait ses jours de courage; mais parfois je le trouvais extrêmement nerveux et impressionnable. Il affectait alors une vraie tendresse pour le petit cheval, dont il ne voulait pas, disait-il, trop exposer la peau.

Mais comme la peau de Pierre était toujours située à une très-faible distance de celle du cheval, je crois sincèrement que, lorsqu'il voulait à tout prix sauver l'une, il pensait surtout à l'autre.

(Sera continué.)

M. BLOT admet l'explication de M. Liégeois au sujet des mouvements spasmodiques du moment que ceux-ci n'étaient que provoqués ; seulement M. Liégeois n'avait pas suffisamment insisté sur ce détail.

M. DEPAUL possède trois observations d'*éclampsie* traitées par le chloral, et il est obligé d'avouer que les résultats obtenus furent non-seulement nuls, mais déplorables.

A quatre heures et demie, la Société se réunit en comité secret pour entendre le rapport annuel de M. le trésorier et de M. le bibliothécaire.

Le secrétaire annuel : F. PANAS.

DOCUMENTS

POUR SERVIR A L'HISTOIRE DU MOUVEMENT SCIENTIFIQUE PENDANT LE SIÉGE DE PARIS (1).

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 9 juillet 1871. — Présidence de M. FAYE.

(Suite)

Quelques conséquences de la correspondance de la nature chimique de l'aliment avec l'être qui s'en nourrit.

Où conduit la correspondance de la nature chimique de l'aliment avec l'être vivant qu'il doit nourrir ?

A la recherche des principes immédiats de l'aliment qui ont le plus d'analogie chimique avec les principes immédiats de l'être vivant appartenant à une espèce parfaitement définie par le naturaliste ;

A suivre l'analogie de chacun des principes de l'aliment dans l'être vivant, c'est-à-dire dans les liquides et dans ses organes.

Par exemple, prenons l'albumine d'un aliment donné à un mammifère, on examinera comparativement l'albumine du chyle, l'albumine du sang, de la synovie, etc.

Même recherche pour la fibrine, etc., etc.

Il est entendu que chaque étude doit être répétée depuis le fœtus jusqu'à la vieillesse pour chaque espèce.

Personne ne fait plus de cas, que moi, de l'histoire naturelle à tous les points de vue, et à la condition qu'on n'en préconisera pas un d'eux aux dépens des autres, et incontestablement, à mon sens, les grands naturalistes ont été de grands philosophes ; mais après la classification des êtres qui nous a dévoilé tant d'excellentes choses et mis en évidence les meilleures règles à suivre dans les classifications d'objets quelconques, il ne faut pas fermer les yeux sur le grand avantage que présente l'étude philosophique d'un être vivant comme individu, faite avec l'intention de se rendre raison de l'organisation des parties, de leurs relations mutuelles, et de l'aptitude de chacune dans le concours de l'ensemble pour assurer la vie de cet individu, puis d'étudier chacune de ses parties dans ses relations avec le monde extérieur. C'est évidemment dans ce système d'études que rentrent les recherches de physiologie chimique dont je viens de parler.

Un travail d'un grand intérêt serait l'étude comparative faite à ce point de vue sur des individus représentant chacun des espèces définies d'une même classe, mais appartenant à des ordres fort différents ; par exemple, en comparant l'étude d'un mammifère carnivore, d'un mammifère herbivore avec celle d'une espèce de cétacés. Quels sont les principes immédiats du lait d'une baleine ? quels sont les acides odorants de son beurre, etc., etc.

Quel rapport existe-t-il, au sujet de la transpiration étudiée au point de vue chimique, entre ces trois espèces de mammifères?

Quel rapport existe-t-il entre les liquides organiques de même nom chez les trois mammifères que j'ai nommés ?

L'eau du sang et des autres liquides de la baleine ne renferme-t-elle pas plus de sels que l'eau du sang et des autres liquides des mammifères terrestres ?

Si elle en contient moins, qu'est devenu l'excès des sels de l'eau de mer qui a pénétré dans la baleine?

Mêmes recherches sur les liquides organiques des poissons d'eau douce et des poissons d'eau de mer.

Si la transpiration cutanée peut être considérée comme un quatrième acte d'excrétion par lequel un certain nombre de principes immédiats, qui ne servent pas ou qui ne servent plus à la vie, sont expulsés de l'être vivant avec beaucoup d'eau, les trois autres actes étant la transpiration pulmonaire, la secrétion urinaire et l'excrétion de la matière expulsée du corps avec la partie de l'aliment qui n'entre pas dans l'intérieur de l'être vivant, il y a avantage à examiner plusieurs produits de l'organisation au point de vue de l'excrétion.

Conformément aux idées de physiologie chimique que je viens d'exprimer, je rapproche de la transpiration cutanée la production des poils chez les mammifères terrestres, des plumes chez les oiseaux, des écailles chez des reptiles et la plupart des poissons, des coquilles chez les mollusques terrestres, fluviatiles et marins, etc., etc.; mais en ayant grand soin de distinguer le tissu vivant de ces produits d'avec les principes immédiats que ce tissu sécrète, principes correspondants, selon moi, aux principes immédiats de la transpiration cutanée qui sont excrétés avec l'eau. Ainsi j'assimile les principes immédiats, dont je parle, quant à la production relativement au tissu vivant, au suint relativement au tissu vivant du poil ou de la laine.

§ II.

FAITS PRINCIPAUX SUR LESQUELS DEVAIENT REPOSER LES CONCLUSIONS DU SECOND RAPPORT, RELATIVEMENT A LA GÉLATINE ENVISAGÉE AU POINT DE VUE DE L'ALIMENTATION.

Après l'exposé des idées générales auxquelles me semblaient se rattacher les principaux faits qui devaient composer mon second rapport, il me reste à parler de ces faits même au point de vue spécial de la gélatine envisagée relativement à la question de l'alimentation de l'homme.

Si les conclusions du premier Rapport ne prononçaient pas l'exclusion du bouillon d'os, elles en restreignaient l'usage, par le désir qu'exprimait la Commission de voir l'usage du bouillon de viande et du bouilli s'étendre, et ces conclusions étaient en harmonie avec la pensée que l'aliment de l'homme devait correspondre à la nature chimique des principes immédiats nécessaires à la vie de l'être auquel cet aliment est nécessaire.

L'étude approfondie du parenchyme, du cartilage, du tissu gélatineux des os était nécessaire à l'histoire scientifique du bouillon d'os, et cette étude approfondie et philosophique devait être comparative.

Le premier travail à entreprendre était de vérifier, sur le cartilage des os de bœuf, les faits que j'avais publiés depuis longtemps sur le tendon, à savoir l'existence de l'oléine, de la margarine et de la stéarine, la conversion du cartilage, privé de matière grasse, en gélatine dont le poids devait être égal à celui du cartilage.

Il fallait rechercher si tous les os de mammifères étaient formés d'un cartilage représentant un seul principe immédiat, comme le tendon pur, et cette recherche me semblait d'autant plus nécessaire que j'avais appris dans le livre de D. Papin *l'art d'amollir les os* ;

Que le cartilage se dissout presque en entier dans l'eau et donne une forte gelée;

Que le brochet donne de la gelée, tandis que le maquereau n'en donne pas.

L'examen chimique du cartilage d'un poisson de l'ordre des cartilagineux m'avait appris la nécessité d'étudier le tissu organique des os au point de vue de la diversité des espèces qui en sont nourries. Car je savais, d'après l'examen du cartilage du *Squalus peregrinus*, qu'il est absolument différent du cartilage osseux susceptible de donner de la gélatine par l'eau bouillante.

En effet, si le cartilage sec du *Squanus peregrinus* absorbe l'eau froide de manière à former un liquide d'apparence homogène, il suffit de jeter le liquide sur un filtre pour se convaincre que le cartilage, loin d'avoir été dissous, est à l'état de gelée incolore qui reste sur le filtre. Enfin en traitant 1 gramme de cartilage pour 200 grammes d'eau bouillante, on peut s'assurer qu'il faut cinq opérations successives pour en opérer la dissolution complète ; la première solution, plus chargée que la cinquième, semble indiquer qu'il y a plus de sel dans la première que dans la dernière, et dès lors, que les sels naturels au cartilage ont de l'influence sur sa solubilité.

La solution du cartilage est fort visqueuse relativement à la faible quantité de matière qu'elle tient en solution.

Elle précipite par le chlore, l'azotate de protoxyde de mercure, le sous-acétate de plomb, etc. Fait remarquable, quand on ne l'a pas acidulée, elle ne trouble pas la noix de galle (est-ce le sous-carbonate de soude qui s'oppose au précipité ? Je n'ose l'assurer, faute d'expérience de contrôle).

La solution ne se prend pas en gelée par la concentration.

En définitive, le cartilage du squale est absolument différent des tissus susceptibles de se changer en gélatine, et de plus il n'a pas une propriété qui le rapproche de l'albumine. Si on veut l'assimiler aux matières organiques que l'on croyait bien connaître à l'époque de mon travail, on le rapprocherait du *mucus* de Vauquelin et Fourcroy, c'est-à-dire d'une matière qui, à l'état solide, était la base, disait-on, de la matière principale de la corne, des cheveux, des poils, de la laine, de l'écaille etc. J'avoue que le composé sulfuré que j'admets aujourd'hui dans les poils en général comme distinct de leur matière principale me paraît favorable à l'opinion qui ferait dériver de l'albumine la base de cette matière.

Les faits que je viens de rappeler avec les réflexions dont ils ont été l'occasion me suggèrent quelques remarques relatives à l'expression d'osséine donnée récemment au cartilage des os. Certes, si ce nom eût été la conséquence de travaux qui, en ajoutant de nouveaux faits à ceux que nous connaissons, auraient donné de la précision à la définition du cartilage comme une espèce chimique, je me serais empressé d'adopter le nouveau nom. Mais en a-t-il été ainsi ? Non; car je ne connais aucun travail nouveau qui réponde aux questions que j'ai élevées: je ne sache pas que, depuis mon travail sur le cartilage du squale, qui remonte à soixante ans, on ait cherché si toutes les espèces de poissons de l'ordre des cartilagineux renferment ce même cartilage, si tous les squelettes des poissons osseux sont identiques et donnent de la gélatine, et en ce cas il faudrait répéter l'expérience dont parle D. Papin pour découvrir la cause pour laquelle le maquereau n'a pas donné de gelée dans le cas où le brochet en a donné. »

Parmi les faits à l'appui de mes réflexions sur la nécessité d'étudier les substances propres à donner de la gélatine, afin d'éclairer la question qui s'y rattache des lumières de la science, je citerai quelques recherches de M. Payen, conduites avec beaucoup d'intelligence, sur le cartilage des os du cheval.

Après avoir signalé la différence de fusibilité de la matière grasse suivant les régions du corps de l'animal où elle se trouve, il s'est proposé d'examiner diverses opinions relatives au cartilage de cet animal. Au dire des uns, il ne donnait pas de gélatine par l'eau bouillante, tandis que d'autres soutenaient l'opinion contraire. M. Payen a constaté qu'il en donne réellement ; et l'on peut s'en convaincre en prenant le cartilage de la *partie compacte* extérieure des côtes. Si l'on soumet la *partie spongieuse* contenue dans la cavité de ces mêmes os à des expériences comparatives avec la première, on constate que le cartilage s'y trouve en moindre proportion et mêlé avec des cellules adipeuses et autres matières étrangères. M. Payen pense que cette *partie spongieuse* est le résidu d'une portion compacte dont une partie a été résorbée avec l'âge. Il pense que les chevaux étant abattus généralement à un âge plus avancé que les bœufs, et après avoir été plus fatigués et moins bien nourris, sont par là même dans des conditions moins favorables pour donner un cartilage comparable à celui du bœuf. Ses recherches rendent compte de la diversité d'opinion des fabricants de gélatine, puisque généralement les os de cheval renferment un cartilage de qualité inférieure à celui du bœuf, et qu'il est des os de cheval dont on ne retire que de très-faibles quantités d'une gélatine, et d'une gélatine encore très-impure.

§ III.

MON OPINION SUR LE BOUILLON D'OS PRÉPARÉ PAR LE PROCÉDÉ DE D'ARCET

Je ne pense pas que le procédé de D'Arcet soit préférable à celui de Proust ; s'il paraît plus économique, en ce qu'il n'exige pas la division mécanique des os, il ne l'est que très-peu, si l'on admet avec la Commission de l'Hôtel-Dieu, qui fut chargée de faire un Rapport au Conseil général des hospices, que la dépense du bouillon de viande n'excédait celle du bouillon d'os que de 7 fr. 13 par jour à l'Hôtel-Dieu de Paris.

Le bouillon d'os préparé par le procédé de D'Arcet est, de l'aveu du plus grand nombre des Rapports dont il a été l'objet, peu agréable, lors même que la préparation en a été faite soigneusement et avec des os choisis. Deux circonstances me semblent peu favorables à sa bonne qualité : la première, c'est que la vapeur d'eau qui se condense dans l'appareil où se trouvent les os est constamment ammoniacale, et la seconde, que, les os n'étant pas divisés, il est difficile de reconnaître les défectuosités internes des os ; or, n'oublions pas que la graisse, cause de l'aspect laiteux du bouillon d'os, étant fort susceptible de s'altérer, a l'inconvénient encore de dissoudre ou de s'imprégner des mauvaises odeurs avec lesquelles elle se trouve en contact ; et M. Payen a eu l'occasion de vérifier ce fait sur de la graisse de cheval qui s'était imprégnée de l'odeur fétide d'intestins en putréfaction avec lesquels elle s'était trouvée en contact.

Lorsqu'au lieu de traiter les os par la vapeur, on en traite la poudre par l'eau liquide, l'ammoniaque se dégage par l'ébullition, et le bouillon se trouve ainsi purifié d'un corps volatil qui contribue certainement à altérer la qualité des eaux potables dans lesquelles il y en a en quantité notable, c'est dire que, par cette raison, je trouve le procédé de Proust supérieur à celui de D'Arcet.

Voulant éviter d'exprimer toute opinion personnelle sur le mérite scientifique de D'Arcet, je me bornerai à citer quelques lignes que je trouve dans une Note de M. Milne Edwards, insérée au *Compte rendu* de la séance du 5 décembre 1870, p. 786 : « D'Arcet se laissa entraîner sur une pente où les innovateurs glissent souvent, et il tomba dans des exagérations que les hommes de science ne pouvaient accepter. Il vanta outre mesure les qualités alimentaires du bouillon à la gélatine ».....

Cette citation me suffit avec la remarque que la préparation du bouillon d'os l'occupa pendant trente années.

Si les vues que j'ai exposées, relativement aux connaissances qu'il fallait réunir pour traiter la question alimentaire de la gélatine dans le second Rapport, pouvaient donner à penser que je serais disposé à combattre les conclusions du Rapport de Magendie, on serait dans l'erreur ; et j'avoue, après en avoir lu et relu les conclusions, les adopter, et en cela je partage l'avis de M. Dumas (1).

Plus le temps marchera et, si je ne me trompe, plus on s'étonnera de la longueur des débats auxquels la question de la gélatine a donné lieu dans l'Académie, tant à mon sens il y avait d'accord entre les médecins les plus capables de juger les effets du bouillon d'os sur les malades des hôpitaux.

Et si j'ai entendu quelques personnes regretter qu'un troisième Rapport n'ait pas été publié, je n'ai jamais pensé que ce nouveau travail pût ajouter quelque modification à la conclusion finale du second Rapport, quel qu'eût été l'intérêt scientifique des nouvelles recherches.

Après les passages des publications de Cadet de Vaux que j'ai cités textuellement dans la première Partie de cet Essai, après le concert établi entre lui et D'Arcet lorsqu'il s'agissait en réalité de prescrire le bouillon de viande (y compris le bouilli) comme inférieur au bouillon d'os pour assurer l'usage absolu du dernier, il appartenait aux philanthropes éclairés et savants de combattre une pareille prétention qui, en définitive, n'était rien moins qu'un acte tout à fait contraire au bien de de l'humanité qu'on mettait en avant. Je n'ai donc jamais perdu l'occasion de vanter les avantages de l'agriculture envisagée à la fois sous le doubler apport de la culture des plantes et de l'élevage des animaux propres à la boucherie, afin de rendre accessible à toutes les classes de la société l'usage du bouillon et du bouilli que j'ai toujours considérés comme les bases de la meilleure alimentation.

Ma philanthropie relativement à la diète de l'homme de toute condition est donc que l'agriculture fasse le plus possible à la fois du blé et de la viande.

Je n'ajouterai rien à mes réflexions sur le rôle fâcheux que l'administration a joué dans cette triste affaire, à ce que j'ai dit de ses erreurs, de son ignorance et de ce qu'elle a été le jouet d'intrigants ou d'hommes dépourvus de toute connaissance précise. Je n'insisterais pas comme je le fais, si la question de favoriser l'usage du bouillon d'os eût été présentée au public comme Proust l'avait fait ; si l'on eût dit : Nous voulons la continuation de l'usage du bouillon de viande et du bouilli, notre désir est de le multiplier, de le rendre accessible de plus en plus à toutes les classes de la société ; nous ne voulons l'usage du bouillon d'os que dans le cas où la ration est trop faible, qu'il s'agisse du soldat, qu'il s'agisse du pauvre qu'il s'agisse d'une famine et encore d'une ville assiégée ; mais nous repoussons la substitution du bouillon d'os au bouillon de viande comme un acte de lèze-humanité.

P.-S. — J'ai prouvé, dans la première partie de ce résumé, que jamais ni D'Arcet, ni la famille n'ont eu à se plaindre de moi ; qu'il a fallu une circonstance tout à fait imprévue pour me faire rompre un silence de trente-six ans en publiant des Lettres qui n'étaient connues que de moi ; j'ai parlé en outre de deux Lettres qui m'ont été adressées de Rio-de-Janeiro, par Félix D'Arcet, fils du dernier D'Arcet, Membre de l'Académie des Sciences. Afin de remplir mon engagement, je publie sa dernière lettre ; elle est datée du 18 octobre 1846.

Rio-de-Janeiro, 18 octobre 1846.

« Monsieur,

« Si, parmi tous me souvenirs, il en est un que que je conserve avec bien du bonheur et bien de la reconnaissance, c'est le vôtre.

(1) Suite. — Voir le dernier numéro.

(1) *Compte rendu* de la séance du 28 novembre 1870, p. 755.

Trop tard j'ai pu apprécier la bonté et l'élévation de votre cœur ; je ne connaissais que votre talent. Mais, en de tristes et bien solennelles circonstances, je vous ai trouvé si bon, si affectueux, si bienveillant, que pour toute ma vie je vous ai voué une affection qui a quelque chose de filial, de respectueux et de tendre, dont je vous prie bien d'agréer l'assurance.

« Voilà mon avenir fait et refait, plus grand qu'il n'eût jamais pu être en France. Le Gouvernement brésilien, représenté par ses Chambres, vient, par une loi, de me voter une somme de 1 million pour l'établissement ici d'une fabrique de produits chimiques et pour un enseignement fait par moi de chimie appliquée aux arts. Je retourne donc à Paris vous voir, vous embrasser, vous remercier toujours et encore. Je vais avoir ici votre nom à la bouche bien souvent, et toujours pour rendre un bien sincère hommage au cœur de l'homme comme à son intelligence. Je ne voulais pas que vous appprissiez cette nouvelle par les journaux ou par d'autres que par moi, car je vous avoue, et à votre intérêt pour moi, j'ai le droit de le croire, je suis sûr que vous en serez heureux. Si mon adolescence a été un peu oisive, un peu rêveuse, c'est pour remplacer cela que ma virilité sera laborieuse et occupée. Je me fais une fête de passer quelques heures, ces heures à votre foyer, pour apprendre de vous ce que mon père ne peut plus m'enseigner ; il était comme vous savant et bon, je m'y tromperai. Adieu, et veuillez recevoir l'hommage de mon respectueux et intime dévouement. »

« *Signé* D'ARCET. »

En reproduisant cette lettre si touchante, j'éprouve un vif regret dont D'Arcet père est le sujet ; si ce regret est adouci, c'est que le fils ne connaîtra pas ma publication, à laquelle je me suis cru forcé.

Hygiène publique. — Note de M. FLAMENT *sur le parti que l'on pourrait tirer des fumiers, agglomérés par des huiles lourdes, pour le chauffage dans Paris pendant le siége.*

Une des questions qui préoccupent, à juste titre, ceux qu'intéresse en ce moment l'hygiène de notre capitale assiégée, est celle du chauffage des lavoirs, établissements de bains, etc. Des essais sont poursuivis très-activement par la commission du Génie civil, dont j'ai l'honneur de faire partie, pour remplacer le combustible qui va faire défaut, par le chauffage au moyen des huiles lourdes ; mais il y a des difficultés pratiques qui n'en permettront pas, je pense, la prompte application, si tant est même que ces essais aboutissent. J'ai l'honneur de soumettre à l'Académie l'idée suivante, qui pourrait être plus facilement mise à exécution ; elle aurait l'avantage de ne réclamer aucune modification à la disposition des foyers actuels.

Il y a actuellement dans Paris des quantités considérables de fumier non utilisé. En le comprimant, au moyen de la presse hydraulique par exemple, en parties auxquelles on donnerait la forme la plus convenable, en traitant ces parties par le goudron minéral dont nos usines à gaz sont abondamment pourvues (3 millions de kilogrammes environ), peut-être arriverait-on à obtenir un combustible qui serait aujourd'hui utilement employé. Je vais me livrer à des expériences sur ce sujet, et j'aurai l'honneur d'en indiquer les résultats à l'Académie.

Je ne me dissimule pas que, en des temps autres que ceux que nous traversons, il pourrait y avoir quelque chose de naïf à transformer ainsi un engrais utile et une substance qui a un emploi important dans l'industrie, mais les temps actuels sont différents ; ces objets accumulés à Paris sont sans emploi, et le combustible ordinaire fait défaut. (Commissaires : MM. Fremy, H. Sainte-Claire Deville, Cahours.)

Chimie appliquée. — *Note sur l'huile de colza.* — MM. WURTZ et E. WILLM. La note intéressante que M. Dubrunfaut a communiquée à l'Académie dans la dernière séance, nous engage à faire connaître le résultat de recherches entreprises, depuis plusieurs semaines, sur l'épuration de l'huile de colza. En faisant passer dans cette huile un courant de vapeur d'eau à la température de 116 à 120 degrés, on entraîne un principe odorant et âcre, sans saponifier sensiblement l'huile, inconvénient qu'entraînerait l'emploi de la vapeur d'eau fortement surchauffée. Un lavage avec une solution faible et chaude de carbonate de soude enlève d'ailleurs les traces d'acides gras, qui ont pu se former ou qui ont pu préexister dans les huiles de mauvaises qualité. La séparation du savon formé présente quelques difficultés.

(*Sera continué.*)

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments ou autres objets).

Traité des maladies du fond de l'œil et Atlas d'ophthalmoscopie, par L. DE WECKER et E. DE JALGER, 1 vol. grand in-8° avec 29 planches coloriées. — Prix : 35 fr.

Étude de physiologie expérimentale et de thérapeutique sur la ciguë et son alcaloïde, par les docteurs MARTIN-DAMOURETTE et PELVET. Grand in-8. — Prix : 2 fr. 50.

Du rôle des microzoaires et des microphytes dans la genèse, l'évolution et la propagation des maladies, par M. le docteur DE RANSE, rédacteur en chef de la *Gazette médicale de Paris*. Grand in-8. — Prix : 2 fr. 50.

Réorganisation de l'assistance publique, par le docteur DE RANSE. Grand in-8. — Prix : 1 fr. 50.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

N° 63. — SAMEDI 27 MAI 1871. 44e ANNÉE. SAMEDI 27 MAI 1871. — N° 63

Le journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois... 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 12 août 1871.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

État sanitaire. — Pourriture d'hôpital. — Ulcère gangreneux

Le nombre des malades s'accroît graduellement dans les divers services hospitaliers.

Pendant les mois de mai, juin et la plus grande partie du mois de juillet, il avait été remarquablement faible ; les hôpitaux ne contenaient plus guère que des blessés.

Maintenant, en dehors des diarrhées, on ne peut pas dire qu'il y ait quelque affection qui se généralise. Si les fièvres typhoïdes graves, à forme ataxique, se montrent fréquentes à la consultation de Cochin et dans les salles de M. Bucquoy à cet hôpital, la même remarque n'a pas été faite à la Charité ni à l'Hôtel-Dieu. Mais le nombre des lits vacants diminue partout en même temps, et la clinique médicale commence à être plus intéressante et plus variée, bien que la mortalité soit descendue à son minimum.

Dans les salles de chirurgie, les affections qui compliquent les plaies continuent à être fréquentes. A la Charité, plusieurs exemples de pourriture d'hôpital bien caratérisée se sont développés dans ces derniers jours. Des pertes de substance jusqu'alors très-limitées se sont rapidement étendues par la gangrène de leurs bords, et une pulpe diphthéritique est venue recouvrir les surfaces qui continuent à se creuser.

Une autre forme d'ulcère gangréneux qui n'avait rien de diphthéritique s'est présentée dans le service de M. Richet, chez un homme entré dans les circonstances suivantes :

Cet homme, âgé de 52 ans, natif de la Creuse, maigre, chétif, d'un aspect cachectique, était depuis longtemps sujet à des accès de fièvre intermittente qui revenaient chaque année. Maçon à Paris, il y menait une existence misérable, se nourrissant mal, habitant un logement insalubre ; du reste, ne faisant pas d'excès alcooliques.

Vers les premiers jours du mois de juillet, il eut la jambe gauche légèrement écorchée par la chute d'un moellon ; il ne s'en inquiéta peu d'abord, et continua son travail jusqu'au jour où un état de grand malaise accompagné de fièvre intense le contraignit d'entrer à l'hôpital.

Il présentait alors sur le point écorché, à la partie inférieure et interne de la jambe droite, une plaie parfaitement circulaire, de la largeur d'une pièce de cinq francs et d'un aspect noirâtre et gangréneux.

Le tibia n'était pas encore à découvert, mais l'ulcération avait creusé jusqu'au périoste. Les bords rouges, phlegmoneux, comme décollés, étaient œdématiés et conservaient l'empreinte du doigt. Ils étaient extrêmement sensibles à la pression. A 2 centimètres environ de cette plaie principale, il en existait deux autres, beaucoup plus petites, qui n'avaient pas envahi plus loin que le derme. Les ganglions de l'aine étaient engorgés, et deux petites bandes rouges, partant de la face interne de la plaie, faisant relief et donnant sensation de corde, étaient dues à l'inflammation très-aiguë de deux vaisseaux lymphatiques.

Dès le lendemain, la plaie principale avait envahi une des ulcérations voisines ; le surlendemain, elle avait presque doublé d'étendue, présentant toujours les mêmes caractères, la gangrène envahissant couche par couche, et la perte de substance s'étendant en même temps en profondeur et en surface.

Déjà le tibia se trouvait à découvert.

Était-ce de la pourriture d'hôpital ?

M. Richet ne le pense pas.

D'abord, le travail d'ulcération avait commencé en dehors de toute influence nosocomiale, et d'ailleurs il n'avait pas eu la marche indolente, sans réaction inflammatoire, qui distingue la pourriture d'hôpital à forme ulcéreuse ; et quant à la forme pulpeuse ou diphthéritique, elle n'était pas même en question, puisque le sphacèle n'avait jamais pris un aspect pseudo-membraneux.

M. Richet vit donc là un de ces ulcères gangréneux décrits par Boyer sous le nom d'ulcères simples inflammatoires de la jambe, et qui surviennent chez des individus cachectiques et débilités.

Bien qu'on ne trouvât ni diabète, ni symptôme de scorbut, ni trace de syphilis chez cet homme, il était certain que son état général était mauvais. Peut-être son aspect cachectique tenait-il à l'empoisonnement paludéen qui se manifestait chez lui par de fréquents accès de fièvre intermittente.

Le sulfate de quinine à l'intérieur, et sur la plaie les cautérisations profondes au fer rouge atteignant les limites des tissus sains, eurent un assez bon résultat pour faire espérer pendant quelques jours la guérison. Les eschares produites par le fer rouge, en se détachant, découvrirent une surface de bon aspect, couverte de beaux bourgeons charnus ; la fièvre était beaucoup moins vive, l'appétit commençait à se dessiner un peu.

Mais tout à coup survinrent quelques frissons, la fièvre augmenta, et le malade mourut d'infection purulente le samedi 5 août, dix jours après la cautérisation. A l'autopsie, on trouva des abcès métastatiques dans les poumons et dans le foie.

Voilà un exemple assez rare d'ulcère gangréneux terminé par la résorption purulente et par la mort, et dont on ne peut accuser que le mauvais état de la constitution, l'absence de force plastique. De tels faits sont d'un grand enseignement pour le médecin, et il ne faut pas les laisser perdre.

Fractures par armes à feu. — Plaies pénétrantes de la poitrine.

Les infections purulentes et putrides ont été communes cette année à la Charité, comme ailleurs ; et cependant, chose curieuse, dans ce milieu défavorable, les fractures par armes à feu ont généralement guéri mieux qu'elles ne guérissent d'ordinaire. Chez plusieurs malades, bien que les plaies eussent suppuré, le cal s'est formé comme si l'os était resté complétement étranger à cette suppuration.

Chez un homme, entre autres, le fémur avait été brisé vers sa partie moyenne par une balle qui, pénétrant par la face interne de la cuisse, était restée sous les ligaments vers la face externe. Un vaste épanchement sanguin avait eu lieu de ce côté. Pendant plusieurs jours, M. Gosselin s'abstint de retirer la balle pour ne pas ouvrir le foyer sanguin, et il obtint ainsi un résultat complétement inattendu dans les fractures de cette espèce. Le col se ferma, et bien que le foyer sanguin se fut mis ensuite à suppurer, la consolidation se fit comme dans une fracture simple. Il faut remarquer que cette fois la balle avait perdu presque toute sa force lorsqu'elle frappa le fémur, et c'est là sans doute pourquoi il n'y eut pas d'esquilles, de fissures ni de délabrements osseux considérables.

La statistique des fractures par armes à feu chez les femmes, dans le service de M. Huguier, est très-favorable : car toutes ont guéri ou sont en voie de guérison.

On n'a pourtant employé chez elles ni revêtement ni méthode de traitement nouvelle et spéciale.

Mais il est probable qu'étant moins fatiguées, moins surmenées, moins surexcitées que les hommes, quand elles ont reçu leurs blessures, elles avaient moins perdu de leur force plastique.

Du reste, M. Lefort nous a dit que même chez les hommes les plus violemment passionnés et les plus alcoolisés, chez les communeux reçus dans son service de l'hôpital Cochin, malgré les tristes conditions morales dans lesquelles ils se trouvaient après leur défaite, la mortalité par suite de blessures ou d'amputations a été très-faible.

Ainsi les différences d'un hôpital à l'autre ont été cette année des plus frappantes ; car à Saint-Louis, la mortalité sur les fédérés et principalement sur les amputés était énorme, jusqu'au moment où M. Alphonse Guérin eut imaginé sa méthode d'occlusion par revêtement.

Les blessures pénétrantes de la poitrine par armes à feu ont été partout graves et généralement suivies de mort. Pourtant, dans le service de M. Gosselin, se trouve en ce moment un homme qui a eu le poumon gauche traversé de part en part par une balle, et qui est maintenant à peu près guéri.

Un vaste hémo-pneumo-thorax s'était formé dès le premier instant ; puis la suppuration s'établit ; mais alors il y existait déjà, probablement des fausses membranes qui rattachaient en partie le poumon à la partie costale.

La plaie antérieure était située à deux ou trois travers de doigt en dessous et en dehors du mamelon ; mais comme la balle avait pénétré de bas en haut et d'avant en arrière, la plaie postérieure se trouvait beaucoup trop haut pour donner un libre écoulement au pus. M. Gosselin pratiqua donc une large contre-ouverture en arrière, sur le même niveau que la plaie antérieure, et il passa un drain de l'un à l'autre. Depuis quatre jours ce drain a été retiré ; la sécrétion, alors déjà peu abondante, est momentanément tarie, et les plaies semblent se fermer régulièrement de dedans en dehors.

FEUILLETON

CARAVANES D'UN CHIRURGIEN D'AMBULANCES

PENDANT LE SIÉGE DE PARIS

ET SOUS LA COMMUNE (1).

Le jour de l'affaire de Ville-Évrard, Pierre avait ses nerfs. Nous débouchions par la route de Montreuil et nous passions au pied du fort de Rosny, qui faisait un feu d'enfer de tous ses canons. Pierre commence à devenir rétif. Je regardai son nez, c'était le baromètre de son courage : quand il se sentait mal à l'aise, son nez se creusait de petits plis longitudinaux et devenait blanc vers le bout. Le nez de Pierre était, ce jour-là, houleux, et il passait au blanc.

— Monsieur, nous ne pouvons pas aller plus loin.

— Pourquoi cela ?

— Le petit cheval va avoir peur.

— Eh bien ! il cache son jeu, car on ne s'en aperçoit guère.

— Je le connais, monsieur, il va avoir peur et va nous faire des cascades.

— Vous abusez de ce qu'il ne peut pas se défendre ; sans cela, il vous dirait que ce n'est pas lui qui a peur, mais que c'est vous. Moi ! quand j'étais au siége de Rome, j'en ai bien vu d'autres.

Pendant que Pierre se retrempait dans ses souvenirs belliqueux du siége de Rome, nous avions dépassé le fort, le petit cheval n'avait pas eu peur, et Pierre était rassuré, car il avait entendu que les obus passaient à une vingtaine de pieds au-dessus de notre tête. Il n'y avait véritablement aucune espèce de danger.

Mais la journée avait mal commencé pour lui, et il n'était pas au bout de ses transes. Nous arrivâmes à 1 ou 2 kilomètres de Neuilly-sur-Marne, sur la route qui conduit à Joinville, route absolument découverte. Le plateau d'Avron échangeait une violente canonnade avec les batteries prussiennes situées de l'autre côté de la Marne.

Les projectiles se croisaient au-dessus de la route et l'on cheminait sous un dôme, non pas de verdure, mais d'obus. Le cas se rencontrait assez fréquemment, car les batteries étaient en général placées des deux côtés sur des points culminants. Ce cheminement ne présentait, du reste, que bien peu de danger pour les voitures d'ambulances quand elles prenaient le soin de ne pas marcher près des soldats en armes. On n'avait guère à redouter que les obus trop pressés qui éclataient en l'air ; mais cela était si rare, qu'on n'avait pas à en tenir compte. Avec un peu d'habitude, on reconnaissait fort bien à la forme de son ronflement si l'obus qui rayait cette voûte de mitraille était à nous ou... aux autres.

II

Les obus ronflaient donc au-dessus de la route, qui était désertée en ce moment par nos troupes ; on y voyait seulement une charrette de cantinier escortée de quelques gardes nationaux. Les Prussiens trouvèrent jovial de tuer ces braves gens. Ils envoyèrent sur la route un seul obus, mais si bien dirigé (leur batterie était à moins de 2,000 mètres) qu'ils crevèrent le cheval et éventrèrent deux des gardes nationaux de l'escorte. Je ne pus que constater leur mort ; ils avaient été tués sur le coup.

Je les fis déposer sur le bord du chemin.

Ce spectacle n'était point fait pour calmer les émotions de Pierre ; Son nez devint blafard et se creusa de véritables tranchées.

— Monsieur, allons-nous-en, ces brigands vont tuer le petit cheval.

— Eh bien ! et nos drapeaux d'ambulances qui sont sur les voitures.

— Il s'en fichent pas mal des drapeaux. Allons-nous-en, monsieur, allons-nous-en.

Il portait sa peur avec tant de crânerie que je n'insistai pas trop pour le faire marcher en avant. Je craignais de le voir filer sur Paris et nous planter là sans vergogne.

— Puisque vous manquez de courage aujourd'hui, mettez-vous à l'abri, avec les voitures, au bas du remblai de la route ; mettez à terre le brancard et les instruments, et nous irons à pied chercher les blessés.

Pierre ne se le fit pas dire deux fois, et il se jeta en bas du remblai avec tant d'entrain qu'il engagea dans des branches d'arbres le drapeau d'ambulance de la voiture ; il se cassa net. Je croyais le piquer d'honneur, mais il nous regarda impassiblement partir à pied avec les brancardiers. Il avait l'air de dire : Je me suis ramassé assez de gloire au siége de Rome ; laissons-en pour les autres.

Dr JOULIN.

(*A suivre*).

(1) Suite. — Voir le dernier numéro.

Voilà donc encore un nouveau cas qui semble être en faveur de l'emploi du drainage dans la suppuration de la cavité pleurale.

Mais, qu'on le remarque bien, ici l'utilité du drainage s'est réduite à faciliter la sortie du pus.

La cavité pleurale avait été ouverte très-largement, d'abord par la balle, puis par le bistouri. L'entrée de l'air autour du du drain était aussi facile que si l'on avait simplement pratiqué l'opération de l'empyème, suivant la méthode que préconisa le professeur Baccelli, de Rome.

Ici donc encore, l'air n'a pas eu les effets funestes qu'on lui attribue. Il ne les a pas eus davantage chez deux autres malades atteints de pleurésies suppurées sans blessure, et que M. Gosselin a également guéris en leur pratiquant, en avant et en arrière, de larges ouvertures.

On peut donc maintenant pleinement l'affirmer; à Paris même comme en Prusse, l'opération de l'empyème est relativement innocente dans une pleurésie *suppurée depuis un certain temps*, lorsque par suite la séreuse se trouve comme transformée en *membrane pyogénique*. C'est là le point essentiel que M. Baccelli a eu le grand mérite de bien mettre en lumière.

La pleurésie suppurée peut alors être comparée à un abcès, mais à un abcès inflammatoire.

On n'y trouve pas les lésions osseuses qui font le danger des abcès par congestion; et d'ailleurs, si l'on se garde bien d'ouvrir largement les abcès par congestion, on se garde aussi de les faire traverser par un tube à drainage.

Ainsi, ce qui distingue l'empyème chronique d'un abcès ordinaire, c'est la difficulté, et parfois même, quand de fausses membranes par trop épaisses compriment le poumon dans une coque inextensible, la complète impossibilité pour les parois de la poche de se mettre en contact.

Mais ce n'est pas la nature spéciale de la surface suppurante, comme on le croyait autrefois. Pour ma part, je n'ai jamais vu, en pareil cas, l'ouverture de la plèvre produire ces accidents terribles, et mortels en peu d'heures, qu'on lui attribues, parfois encore malgré les travaux de Baccelli.

Dr Victor Revillout.

EXISTENCE D'UNE LUXATION DU SCAPHOIDE SEUL

LUXATION PRÉ-ASTRAGALIENNE INFÉRIEURE

Par le docteur A. Dubrueil.

Dans une leçon de clinique du professeur Richet, reproduite dans la *Gazette des Hôpitaux* (numéro du 16 mai), cet éminent chirurgien se demande si les luxations du scaphoïde seul sont possibles; après avoir cité l'opinion de Broca qui les nie, et rappelé qu'on ne peut les produire sur le cadavre, il s'exprime de la façon suivante : « Est-ce à dire qu'on n'observe jamais cette luxation? Gardons-nous de cette erreur. On a vu des luxations que l'anatomie déclarait impossibles être démontrées possibles par la clinique. »

L'observation a d'avance donné raison aux prévisions de notre savant maître, et dans un article publié dans la *Gazette hebdomadaire* (17 janvier 1868), j'ai relaté deux cas où le scaphoïde était luxé isolément. L'un de ces faits est dû à Chassaignac, et consigné dans les Comptes rendus de la Société de chirurgie (*Gazette des Hôpitaux*), 1860, p. 247).

En voici la relation : « Un homme atteint de délire furieux se porte à la poitrine trois coups de couteau et se précipite d'un cinquième étage sur le sol; les deux pieds, dans la portion tarsienne, supportent toute la violence du choc, car on n'a trouvé de fracture dans aucune autre partie du corps.

« Le pied gauche présente une luxation de l'astragale, avec fracture multiple de l'os, dont la tête est chassée en dedans et se renverse face pour face.

« Le pied droit présente une véritable luxation sous-scaphoïdienne de l'astragale, et offre les dispositions suivantes : l'aspect général du pied présente une sorte d'enfoncement de la jambe, dans la première rangée du tarse, comme si l'astragale broyé se fût affaissé sous le poids des os de la jambe.

« Le pied est sensiblement raccourci dans le sens antéro-postérieur et présente à sa face dorsale, à la distance de 1 centimètre à peine de l'extrémité inférieure du tibia, une saillie abrupte que l'on reconnaît tout d'abord appartenir au scaphoïde.

« Avant toute dissection, on reconnaît aussi que la tubérosité interne du calcanéum a été brisée, mais le reste de l'os est intact.

« Après dissection, on observe un déplacement en masse du scaphoïde qui, suivi des deux premiers cunéiformes et des deux premiers métatarsiens, a passé au-dessus de la tête de l'astragale, et repose par le bord inférieur de sa face articulaire sur le collet de l'astragale.

« La tête de l'astragale a donc déchiré complétement le ligament calcanéo-scaphoïdien, s'est enclavée à la place de ce ligament, entre le calcanéum et le scaphoïde, prenant une situation tout à fait fixe, et dont les plus grands efforts ne peuvent la dégager.

« Toute la moitié interne du pied a donc subi une espèce de déplacement vers la jambe en passant par-dessus la tête de l'astragale, et cependant le pied n'est incliné ni à droite, ni à gauche, et se maintient dans sa rectitude et son angle habituels.

« Or, voici par suite de quelles dispositions curieuses la moitié externe du pied, composée du troisième cunéiforme, du cuboïde et des trois derniers métatarsiens, a permis au refoulement général du pied de s'effectuer sans déviation.

« D'abord, le troisième cunéiforme, complétement luxé et déprimé de toute sa hauteur vers la face plantaire, a permis au troisième métatarsien de passer au-dessus de lui.

« Ensuite, le cuboïde, maintenu dans ses rapports normaux avec le calcanéum, présente, tout près de sa face articulaire métatarsienne, une fracture par suite de laquelle les deux derniers métatarsiens, emportant avec eux leur surface d'articulation cuboïdienne, ont suivi le refoulement général du pied en se portant un peu au-dessus du cuboïde.

« Le tendon du long péronier latéral s'est maintenu, malgré tout ce désordre, dans sa position naturelle; seulement, à son extrémité insertionnelle, il se relève brusquement pour suivre la tête du premier métatarsien, relevée elle-même par suite de connexions avec le premier cunéiforme et le scaphoïde.

« L'astragale, ayant subi un mouvement de révolution verticale, oppose en avant la partie supérieure de sa poulie articulaire de telle sorte que, sans aucun déplacement de latéralité, il y a subluxation de l'os dans son articulation jambière.

« Le tendon du jambier antérieur est fortement soulevé en avant.

« Les tendons du long fléchisseur des orteils passent sous la tête de l'astragale, laquelle maintient béant un large hiatus à la face interne du pied. »

Le fait est concluant. Ce n'était pas une luxation médio-tarsienne, mais une luxation de la tête de l'astragale qui s'était produite et s'était faite en bas.

Le second cas, qui m'est propre, et qui me paraît établir d'une façon peut-être plus nette encore que celui de Chassaignac l'existence de la luxation en question, a été observé sur le cadavre d'un homme apporté à l'École pratique.

Cet individu paraissait âgé d'une quarantaine d'années. Son pied (droit) ne présentait extérieurement rien de bien saillant, et la peau n'offrait pas de traces de cicatrices.

Je n'ai pu avoir aucune espèce de renseignement sur ses antécédents. Voici ce que m'a montré la dissection: Les rapports de l'astragale avec la mortaise tibio-péronière sont à peu près normaux. On voit cependant que les trois quarts postérieurs de la trochlée astragalienne sont seuls reçus, même pendant la flexion du pied, dans la mortaise du tibia. Un léger changement est aussi survenu dans les articulations astragalo-calcanéennes. L'astragale a, en effet, subi un petit mouvement de propulsion en avant accompagné d'un mouvement plus prononcé de bascule autour de son axe transversal, lequel a eu pour résultat d'abaisser considérablement la tête de cet os.

Le creux astragalo-calcanéen n'existe plus; il est occupé par la saillie osseuse située en arrière de la facette articulaire inférieure et postérieure de l'astragale. La tête de l'astragale, qui regarde directement en bas, n'est en rapport avec le calcanéum que par la portion postérieure de son col, qui s'est revêtue de cartilage d'encroûtement.

Quant à l'articulation astragalo-scaphoïdienne, elle est le siége d'une véritable luxation. Au lieu d'être placé transversalement, le scaphoïde est dirigé obliquement en bas et vers le bord interne du pied. La facette articulaire postérieure astragalienne est dédoublée, et présente deux facettes articulaires parfaitement distinctes, séparées par une saillie; l'une supérieure, appliquée sur la partie la plus antérieure de la trochlée; l'autre en rapport avec la partie antérieure du col de l'astragale.

Ces surfaces articulaires nouvelles sont revêtues de cartilage d'encroûtement. Enfin la tête de l'astragale, dans la portion qui d'ordinaire est reçue dans la dépression creusée sur la face postérieure du scaphoïde, est ici en rapport avec un épais faisceau fibreux représentant le ligament calcanéo-scaphoïdien inférieur, qui, sans doute, comme dans le cas de Chassaignac, a été déchiré, et dont la perte de substance a été comblée par un tissu analogue au tissu primitif. Les articulations du scaphoïde avec les cunéiformes, celle du calcanéum et du cuboïde, ne présentent rien à noter.

Nulle part on ne voit de trace de fracture.

Le pied gauche n'offre rien d'anormal.

Les détails dans lesquels je viens d'entrer permettent, même en l'absence de renseignements, d'affirmer qu'il y a eu là une luxation produite longtemps avant la mort, car les cartilages d'encroûtement de formation nouvelle attestent l'ancienneté de la lésion.

Ces deux faits établissent d'une façon incontestable l'existence d'une luxation se passant dans l'articulation astragalo-scaphoïdienne, sans que l'astragale perde ses rapports avec les os de la jambe et le calcanéum, sans que, d'autre part, le cuboïde abandonne le calcanéum.

Régulièrement, c'est le scaphoïde qui devrait être considéré comme luxé sur l'astragale; mais, comme dans les cas où l'astragale a abandonné à la fois le calcanéum et le scaphoïde on rapporte la luxation au premier de ces os, et l'on désigne la lésion sous le nom de luxation sous-astragalienne, il est assez naturel d'en faire autant pour les cas où la tête de l'astragale a quitté la cavité du scaphoïde. Je proposerai donc la dénomination de luxation pré-astragalienne pour dénommer ce déplacement.

Dans les deux faits que j'ai cités, la tête de l'astragale était portée en bas; aussi ajouterai-je à la qualification de pré-astragalienne l'épithète d'inférieure, et désignerai-je la luxation dont j'ai cherché à établir l'existence sous le nom de *luxation pré-astragalienne inférieure*.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 22 février 1871. — Présidence de M. Blot, *vice-président*.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

— *Le Journal de médecine et de chirurgie pratiques.*

— *La Gazette hebdomadaire*, n° du 17 février.

Après la lecture du procès-verbal, et sur la proposition du président, la séance est levée, à cause de la perte douloureuse que la Société vient de faire en la personne d'un de ses membres fondateurs, M. Danyau.

Le secrétaire annuel : F. Panas.

Séance du 8 mars 1871. — Présidence de M. Blot, *vice-président*.

La Société de chirurgie voulant s'associer au deuil public, n'a pas tenu de séance le 1er mars 1871, jour de l'entrée de l'armée prussienne à Paris.

Le procès-verbal de la précédente séance (22 février 1871) est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

— *L'Union médicale*. — La *Gazette hebdomadaire*. — Le dernier numéro du *Bulletin général de thérapeutique*.

— Une lettre de M. Panas, qui demande un congé d'un mois.

— M. Deguise fils adresse la lettre suivante dont la Société décide la publication par délibération spéciale :

« Monsieur le président,

« J'ai la douleur de vous apprendre la mort de mon père, ancien membre honoraire de la Société de chirurgie.

« Mon pauvre père a été assassiné par les Prussiens, à l'âge de 76 ans, dans la propriété qu'il habitait à Châteauneuf (Eure-et-Loir), le 16 décembre dernier.

« Agréez, monsieur le président, l'expression de mes sentiments distingués.

« F. Deguise.

« Charenton, le 22 février 1871. »

M. Marjolin demande à la Société de déclarer que ceux de ses membres qui appartiennent à l'Alsace et à la Lorraine seront toujours considérés comme membres *nationaux*.

Cette motion est appuyée par tous les membres présents; il est décidé qu'elle sera de nouveau formulée dans l'une des plus prochaines séances et insérée dans le Bulletin de la Société.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Ectropion. — M. Verneuil présente un malade autrefois défiguré par une pustule maligne qui avait causé de grands ravages dans la face et produit un ectropion considérable. Six mois environ après la guérison de la pustule maligne, M. Verneuil fit la suture des paupières de l'œil malade. Cette opération fut pratiquée quelques jours avant le siége de Paris; les paupières sont restées closes depuis ce moment, c'est-à-dire depuis six mois à peu près. Aujourd'hui les paupières sont si souples qu'il est probable qu'elles ne se renverseront plus; M. Verneuil se propose d'ailleurs de les découdre progressivement en commençant par la partie centrale de leur réunion.

M. Trélat. J'ai eu l'occasion de pratiquer une fois une opération à peu près identique à celle dont vient de nous entretenir M. Verneuil. Un malade, soigné en mon absence dans mon service par notre collègue M. Duplay, pour une pustule maligne de la paupière inférieure, présentait, à ma rentrée, une ulcération bourgeonnant, dont les bords se rétractaient déjà fortement. Il était très-probable, dans ces conditions, qu'un ectropion plus ou moins étendu allait se développer et suivre ses progrès habituels.

Je pratiquai alors la suture des paupières, que je laissai en place pendant six mois. Au bout de ce temps, il me parut que les paupières étaient l'une et l'autre mobiles, que la rétraction cicatricielle avait exercé toute son action déformante. J'enlevai donc la suture en conseillant au malade de revenir à l'hôpital s'il survenait le moindre tiraillement. Dans le mois qui suivit, l'état des parties était absolument satisfaisant; mais depuis cette époque, j'ai perdu de vue le malade.

M. Depaul demande à M. Verneuil quelques explications sur l'origine de la pustule maligne.

M. Verneuil, n'ayant vu le malade qu'après la guérison de la pustule maligne, n'a pas recueilli de renseignements sur ce point de l'observation; il sait seulement que le malade était à Arpajon.

PRÉSENTATION DE BLESSÉS PAR PROJECTILES DE GUERRE

Fractures par projectiles de guerre. — M. P. Champenois, médecin principal de 1re classe, membre correspondant de la Société de chirurgie, présente plusieurs blessés ayant été atteints de fractures des membres supérieurs par projectiles de guerre.

Tous ces blessés ont été soignés dans l'ambulance établie à la maison de la Légion d'honneur de Saint-Denis.

M. Champenois a réuni, dans une première série, vingt-quatre cas de guérison dont il donne un résumé rapide; on y compte huit fractures de l'épaule, onze de la diaphyse humérale, quatre du coude, une des os de l'avant-bras. Plusieurs opérations ont été nécessaires; divers moyens de contention ont été employés; les appareils particuliers ont permis de donner aux membres une immobilisation très-prompte, souvent immédiate.

M. Verneuil prie M. Champenois d'ajouter aux faits heureux qu'il vient de mentionner les faits malheureux qu'il a observés à la même époque, de faire, en un mot, dans l'intérêt de la science, un

relevé statistique aussi complet que possible, afin qu'on puisse établir la proportion des revers et des succès.

M. DEMARQUAY fait remarquer que le local occupé par les blessés soignés par M. Champenois est très-différent, comme disposition et aménagement, de la plupart de nos hôpitaux ; il serait à désirer que toutes ces conditions fussent relatées dans le travail de M. Champenois.

M. CHAMPENOIS consignera tous ces faits dans un mémoire qu'il remettra ultérieurement à la Société pour compléter sa communication d'aujourd'hui.

COMMUNICATION

Plaie du genou par projectile de guerre. — M. BOINET. A l'occasion d'une présentation précédente, faite par M. Verneuil, sur le peu de suppuration de quelques plaies en séton, j'ai dit que j'avais soigné quatre malades dont le genou avait été traversé par une balle et qui avaient guéri sans suppuration apparente. Je présente aujourd'hui l'un de ces blessés : la balle est entrée au-dessus de la rotule, a traversé le fémur entre les deux condyles pour sortir par le creux poplité. Le malade est guéri, mais il boite, parce que les mouvements d'extension restent incomplets.

M. DEMARQUAY. La perforation de l'os peut n'être qu'apparente, si la balle n'a fait que contourner l'os au lieu de le traverser.

M. BOINET. J'ai pensé à l'objection qui m'est faite, mais je suis sûr que la balle a bien réellement traversé le fémur, parce que j'ai pu enfoncer profondément un stylet dans le trajet parcouru par elle.

M. MARJOLIN. Il reste avéré que certaines plaies par armes à feu suppurent très-peu. J'ai vu plusieurs de ces malades; la suppuration a même été peu abondante chez quelques-uns d'entre eux auxquels j'avais retiré des esquilles. Néanmoins je dois dire que si ces faits sont incontestables, ils restent cependant exceptionnels.

M. LABBÉ. Pour le malade de M. Boinet, une balle ayant pénétré, comme on peut le voir, dans la cuisse, à trois centimètres au-dessus de la rotule, il me paraît difficile de comprendre comment ce projectile aurait pu traverser les condyles du fémur sans ouvrir l'articulation.

M. BOINET. Peut-être l'articulation a-t-elle été ouverte parce qu'il y a eu ankylose incomplète.

M. TRÉLAT. Ce qu'il y a de certain, c'est qu'il y a eu plaie grave, et le malade est aujourd'hui guéri. Quoique remarquable, ce fait n'est pas unique : j'ai vu dans la même région anatomique, deux cas analogues de fracture, et les blessés ont guéri comme s'ils avaient été atteints de fracture simple. Ces succès inespérés doivent dépendre en grande partie de la vigueur exceptionnelle des blessés et du milieu où ils sont soignés.

M. PERRIN propose de ne pas émietter une question aussi importante que celle de l'hygiène des blessés et de la mettre à l'ordre du our d'une discussion approfondie.

MM. DEPAUL et DEMARQUAY, en s'associant à la manière de voir de M. Perrin, pensent qu'avant d'entamer une pareille discussion, il faut encore attendre, afin que les observations soient plus nombreuses et plus complètes. La Société se rallie à cette dernière opinion.

A quatre heures et demie, la Société se forme en comité secret.

Le vice-secrétaire annuel: S. TARNIER.

DOCUMENTS

POUR SERVIR A L'HISTOIRE DU MOUVEMENT SCIENTIFIQUE PENDANT LE SIÉGE DE PARIS (1).

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 9 janvier 1871. — Présidence de M. FAYE.

(Suite et fin.)

MÉMOIRES PRÉSENTÉS

Hygiène publique. — M. DUBRUNFAUT présente une deuxième note *sur l'épuration des corps gras alimentaires.*

Le but de ma communication précédente, sur l'épuration du suif et de l'huile de colza, était surtout de faciliter les moyens de restituer à l'alimentation de l'homme deux produits importants qui, dans les conditions normales, ne servent qu'à l'éclairage. Cette restitution est d'autant plus importante, dans les circonstances difficiles où nous nous trouvons, que les besoins impérieux de l'alimentation sont plus exigeants et dominent toute autre préoccupation. L'éclairage trouve d'ailleurs des ressources suffisantes et satisfaisantes dans les huiles minérales, et, d'une autre part, la privation des acides utiles à la fabrication des acides gras et à l'épuration des huiles annule presque radicalement les industries des bougies stéariques et des épurations d'huile de colza.

Le procédé épurateur que j'ai décrit est fondé sur une pratique culinaire simple, que toute ménagère peut mettre en œuvre sans difficultés, et il trouve sa justification dans des opérations culinaires fort usuelles.

En effet, les graisses usitées depuis un temps im mémorial en cuisine sont les graisses de rôtis et les graisses de pot-au-feu, qui toutes ont la même origine que les suifs de commerce, dont ils ne diffèrent que par les modes de préparation. Cependant les graisses de cuisine que fournissent habituellement les viandes de bœuf et de mouton n'ont que peu ou point l'odeur et la saveur repoussantes du suif.

Il est facile de comprendre, après l'explication que j'ai donnée de l'épuration du suif, par une simple opération de friture, il est facile de comprendre, dis-je, que les conditions de cette épuration se trouvent réalisées avec perfection dans la préparation des viandes rôties, où l'on retrouve tout à la fois le chauffage à haute température et l'intervention de la vapeur surchauffée.

Les conditions d'épuration se trouvent moins bien réalisées pour les graisses de pot-au-feu ; mais l'expérience, appliquée directement au suif, prouve que, même dans ces conditions, il y a une épuration réelle. En effet, si l'on soumet du suif infect, dans une marmite de fonte, à une ébullition prolongée en présence d'eau salée, le suif se trouve épuré à un degré d'autant plus grand que l'ébullition a été plus prolongée (1). Le devoir de la science sera de rechercher comment s'effectue cette épuration. Il suffit, pour le moment, de signaler et de constater le fait.

Depuis ma dernière communication, je me suis occupé d'expérimenter l'application du procédé de la friture à l'épuration des huiles de colza; cette épuration est tout aussi efficace que pour le suif. L'huile perd ainsi sa saveur et son odeur caractéristiques, de manière à pouvoir servir, après cette épuration, à tous les besoins de la cuisine (2). L'huile conserve, dans ce travail, une légère saveur qui n'a rien de répulsif, de sorte qu'on pourrait, avec grand profit, utiliser pour l'alimentation les 12 à 13 millions de kilogrammes qui se trouvent en ce moment sans emploi dans les réservoirs de Saint-Ouen et de la Villette (3). (Renvoi à la commission précédemment nommée.)

Hygiène publique. — Extrait d'une note de M. CH. FUA *sur la purification des graisses et des suifs provenant des abattoirs, pour l'alimentation.*

La purification des graisses me semble devoir être assez facile en suivant, à peu près, le procédé indiqué par M. Dubrunfaut dans la dernière séance.

Le produit que j'ai l'honneur de mettre sous les yeux de l'Académie donnera une idée de la valeur du procédé qui consiste à fondre les graisses à une haute température jusqu'à ce que les résidus, tissu cellulaire et vasculaire, soient, je ne dirai pas carbonisés, mais réduits de façon à ne pouvoir presque plus servir à l'alimentation; alors seulement la graisse est devenue sans odeur appréciable, comme on peut s'en assurer par cet échantillon; le goût en est aussi très-agréable. Il est inutile d'employer pour la purification de ces suifs aucune matière étrangère, ni acides, ni alcalis, ni sels d'aucune nature, qui viendraient compliquer les résultats au lieu de les simplifier; car, après avoir introduit dans les graisses ces matières étrangères, il faudrait ensuite les en expulser.

En conséquence, aujourd'hui que tous ces suifs se trouvent dans le commerce à l'état fondu, on n'a qu'à les faire bouillir pendant quelque temps à un feu vif; il y aura, il est vrai, une certaine perte par une nouvelle évaporation, mais, tous les produits volatils étant éliminés par cette évaporation à une haute température, on aura une graisse qui pourra être, sans dégoût, employée à tous les usages de l'art culinaire. (Renvoi à la commission nommée pour les questions relatives à l'alimentation.

Hygiène publique. — *Sur un procédé de transport et de conservation des viandes, par l'emploi d'une solution d'acide phénique.* Note de M. BAUDET, présentée par M. Dumas.

Les nombreux résultats que j'ai obtenus, par l'application à l'industrie des cuirs et peaux de l'acide phénique, que j'appelle spyrol, m'ont amené à diriger mes expériences vers la conservation de la viande. Les résultats très-satisfaisants que j'ai obtenus peuvent s'appliquer en toutes saisons et en tous lieux sans aucun matériel, aussi bien pour l'importation que pour l'exportation, et dans les ménages mêmes.

Premier procédé : par l'immersion dans l'eau phéniquée de $\frac{5}{10000}$ *à* $\frac{1}{1000}$. — Dans cette expérience, qui date du 18 octobre dernier, j'ai pris quatre flacons à large ouverture, dans chacun desquels j'ai introduit 0k,250 de viande de cheval que j'ai légèrement humectée d'eau phéniquée dans les proportions suivantes :

Le 1er, dans une solution à........ $\frac{4}{1000}$
Le 2e, » .... $\frac{3}{1000}$
Le 3e, » .... $\frac{2}{1000}$
Le 4e, » .... $\frac{1}{1000}$;

j'ai ajouté quelques morceaux de charbon de bois pour absorber les gaz qui peuvent se dégager de la viande.

Ces quatre flacons, bouchés hermétiquement pour éviter le contact de l'air à l'intérieur, sont, depuis cette époque (18 octobre), maintenus dans l'appartement à une température de 15 à 20 degrés.

Depuis plus de treize semaines que cette opération a été exécutée, l'eau qui submerge la viande a pris une teinte faiblement rosée, et la viande s'est comportée ainsi qu'il suit :

Dans la solution à $\frac{4}{1000}$, elle a pris une teinte noirâtre, mais elle est néanmoins bien conservée; dans la solution à $\frac{3}{1000}$, elle est très-bien conservée, avec une teinte rosée pâle; dans la solution à $\frac{2}{1000}$, elle est aussi très-bien conservée, avec la teinte naturelle de la viande fraîche de bœuf; à $\frac{1}{1000}$, elle est parfaitement conservée et d'une teinte rosée appétissante, plus belle même que le jour où elle a été soumise à l'expérience, attendu que la viande de cheval est naturellement d'une teinte foncée.

Le 10 décembre dernier, j'ai extrait une partie de la viande qui était préparée dans la solution à $\frac{1}{1000}$; elle avait acquis un faible goût de jambon fumé, assez agréable. Sans que cette viande fût préalablement lavée ni échaudée, elle fut cuite en bifteck et fut trouvée excellente par plusieurs personnes qui l'ont mangée avec moi, mais elle avait encore conservé ce faible goût de jambon fumé, qui, je le répète, est assez agréable. L'autre partie de cette même viande est, depuis le 10 décembre dernier, abandonnée dans un placard à l'air libre, à la température de 15 à 20 degrés. Tous les jours je l'observe, sans constater aucune trace de décomposition; seulement, elle s'est complétement séchée, la partie superficielle a pris une teinte foncée, mais l'intérieur est resté rose.

Je conclus des observations qui précèdent que l'eau phéniquée à $\frac{1}{1000}$ et même à $\frac{5}{10000}$ permettrait de conserver fraîches toutes les viandes, sans qu'elles acquissent d'odeur sensible, ni même de goût, soit dans des caisses en fer-blanc hermétiquement fermées, soit dans des barils, bocaux et autres vases quelconques, bien bouchés.

Deuxième procédé : par le charbon végétal concassé et saturé d'eau phéniquée de $\frac{5}{10000}$ *à* $\frac{1}{1000}$. — Ce deuxième procédé, fondé sur les mêmes principes que le premier, est, je pense, plus pratique; il consiste dans l'application de charbon concassé et saturé d'eau phéniquée à $\frac{5}{10000}$ ou $\frac{1}{1000}$ au plus. On l'emploie ainsi qu'il suit :

Dans un premier mode d'emballage, j'enveloppe préalablement les morceaux de viande d'une toile légère, dans le seul but de la préserver du contact direct du charbon, qui pourrait pénétrer dans ses tissus; puis, je range soigneusement, dans des caisses de fer-blanc ou des barils, d'abord un lit de charbon, puis un lit de viande; un autre lit de charbon, puis un autre lit de viande, et ainsi de suite. La caisse ou le baril étant ainsi complétement rempli, et hermétiquement bouché, je crois pouvoir garantir que la viande se conservera fraîche, pendant plus d'une année, sans aucune altération.

Dans un deuxième mode d'emballage, que je regarde comme ayant la plus haute importance commerciale et industrielle, au lieu d'employer des caisses en fer-blanc ou des barils, qui l'un et l'autre sont assez dispendieux et ne peuvent plus recevoir d'emploi après avoir déjà servi, je propose l'emploi du caoutchouc, que l'Amérique du Sud nous fournit en grande partie. Comme elle peut aussi nous fournir d'immenses quantités de viandes et de peaux, l'emploi du caoutchouc nous permettrait de combiner l'importation des viandes et celle des caoutchoucs: la viande pour l'alimentation, le caoutchouc pour ses propres usages. En admettant que le bénéfice produit par la vente du caoutchouc soit minime, il serait, je pense, plus que suffisant pour couvrir les frais de transport et de douane des colis, de sorte que, par cette combinaison, il est certain que le commerce, en France, obtiendrait des viandes au prix d'achat à la Plata, de 0 fr. 10 à 0 fr. 15 le kilogramme.

Avec le caoutchouc, je préparerais de grands sacs qui me serviraient d'emballage. Le charbon serait concassé et phéniqué et la viande enveloppée d'une toile, pour éviter le contact direct avec le charbon. J'opérerais comme dans le mode précédent, en commençant par une couche de charbon, puis une couche de viande; une autre couche de charbon, puis une autre couche de viande, et ainsi de suite. Ce premier sac étant plein, je souderais la partie ouverte, ou bien, au moyen d'un sac semblable, je coifferais le premier, de façon à former une enveloppe hermétique. Celle-ci, ne permettant pas à l'air de pénétrer, s'opposera d'ailleurs à l'évaporation du liquide, qui détruira les infusoires contenus dans les matières organiques, comme dans l'eau, l'air, etc., et préviendra toute décomposition putride. S'il se dégage quelques gaz de la viande, ces gaz seront directement absorbés par le charbon, qui remplit ici deux fonctions : la première, de servir de véhicule à l'acide phénique; la deuxième, d'absorber les gaz (1).

Les peaux, la volaille, le gibier, le beurre, les œufs, et généralement les matières susceptibles de s'avarier par la décomposition peuvent ainsi être conservés frais très-longtemps.

Le charbon employé pour ce procédé pourra toujours être utilisé comme combustible.

M. DUMAS, en présentant cette note, met sous les yeux de l'Académie de nombreux échantillons de peaux mégissées, partie traitées à l'acide phénique, partie laissées à l'action des liquides employés à leur traitement ordinaire. Il est facile de s'assurer que les piqûres et altérations diverses qu'elles ont subies dans le dernier cas ont été prévenues dans le premier par l'usage de l'acide phénique.

Il témoigne le regret de n'avoir pas connu les résultats obtenus par M. Baudet, lorsqu'il a recommandé lui-même, dans la séance du 10 octobre, l'usage de l'acide phénique pour la préparation des peaux des animaux abattus en ce moment. Il se serait empressé de recourir, dès lors, à son expérience. Peut-être en changeant, sans motif, le nom de l'acide phénique en celui de spyrol, M. Baudet a-t-il causé ce retard regrettable?

M. LE GÉNÉRAL MORIN, à propos de cette communication de M. Baudet, fait remarquer que, abstraction faite de l'emploi de l'acide phénique, l'usage de sacs en caoutchouc, suffisamment épais, que l'on fermerait après avoir introduit la viande et dans lesquels on ferait le vide, pourrait être un moyen simple de conserver des viandes fraîches dans une enveloppe qui aurait encore toute sa valeur après avoir servi à cet usage.

M. BALARD fait observer qu'avant d'introduire la viande dans ces sacs, il serait nécessaire de la plonger quelques instants dans l'eau bouillante, pour détruire les germes fermentescibles, ce qui du reste n'est qu'une sujétion facile à observer.

M. MUNDY adresse quelques exemplaires d'un « tableau statistique du mouvement des blessés reçus à l'ambulance du Corps lé-

---

(1) Suite. — Voir le dernier numéro.

(1) M. Dumas n'a pas fait connaître, dans ses précieuses notes sur l'alimentation, les procédés qui sont mis en pratique par des industriels pour identifier toutes les graisses de boucherie avec les graisses de rognons de bœuf, et il y a tout lieu de croire que ces procédés ne sont pas autre chose que le traitement du suif en branche dans les conditions du pot-au-feu.

(2) Il s'agit ici de l'huile de colza (*Brassica napus*), telle qu'on la trouve dans le commerce pour les besoins des épurateurs ; ce n'est pas, comme le disait, il y a peu de jours, la commission d'hygiène dans le *Journal officiel*, de l'huile à laquelle on pourrait appliquer la qualification d'*huile vierge*. C'est de l'huile préparée à chaud et sans soins particuliers, pour les besoins de l'éclairage, et prise avant l'épuration sulfurique, qui, en la rendant combustible, la rend tout à fait impropre à l'alimentation, ainsi que tout le monde le sait.

(3) Il peut être utile de faire connaître l'origine d'un stock aussi anormal d'huile de colza; la voici: en 1869, une compagnie belge organisa une grande spéculation sur les huiles d'éclairage, et la grande valeur qu'on donna ainsi à ce produit sur la place de Paris le fit sortir de tous les marchés d'Europe, pour venir encombrer nos entrepôts. Peu de temps avant l'investissement de Paris, le stock d'huile de colza s'était élevé à 18 millions de kilogrammes, et le cours, qui habituellement oscille entre 80 et 100 francs les 100 kilogrammes, s'était élevé à 160 francs. C'est le reste de cette opération qui existe en ce moment dans les magasins de Paris, et la dernière mercuriale lui assigne une valeur de 114 francs, c'est-à-dire une valeur à peu près égale à celle du suif. Il y a là, en réalité, une ressource alimentaire énorme, à un prix acceptable.

(1) D'après ce qui précède, je pense que l'on pourrait avantageusement appliquer l'acide phénique, sous cette forme, à la viande de porc, au jambon principalement; il remplacerait le fumage ou boucanage, long et dispendieux, et lui donnerait les mêmes éléments de conservation en évitant l'application préalable du sel marin, qui, je pense, deviendrait tout à fait inutile.

gislatif, depuis le 19 septembre jusqu'au 31 décembre 1870, et des opérations chirurgicales exécutées pendant la même période.

M. F. HÉMENT adresse, au sujet d'une communication verbale faite à l'Académie par M. H. Sainte-Claire Deville, dans la dernière séance (1), quelques remarques dont nous extrayons ce qui suit :

« Dans la dernière séance de l'Académie, un des savants dont la parole a beaucoup d'autorité, même en dehors du monde savant, M. H. Sainte-Claire Deville, a établi le principe suivant : Une matière alimentaire est d'autant plus nutritive qu'elle est plus près de son état naturel ; toutes les modifications qu'on lui fait subir l'altèrent et lui font perdre ses qualités essentielles.

« S'il s'agit seulement de quelques aliments et particulièrement des viandes, nous ne pensons pas que l'assertion de M. H. Sainte-Claire Deville rencontre d'objection sérieuse. Mais il est peu d'aliments dont la préparation puisse être aussi simple. M. H. Sainte-Claire Deville pense-t-il que le blé plus ou moins cuit soit préférable au pain? que le raisin vaille mieux que le vin au point de vue de la valeur nutritive? Il nous importe de connaître sa décision, qui est d'un grand poids. Le savant professeur ne saurait se dispenser de définir nettement ce qu'il appelle un aliment artificiel, et en quoi cet aliment diffère d'un aliment naturel.

M. H. Sainte-Claire Deville a sans doute raison de faire remarquer qu'on ne peut juger de la valeur nutritive d'un aliment uniquement par sa composition chimique, et que les éléments constituants d'une substance ne sont pas nécessairement la mesure de sa valeur alimentaire. Il blâme, peut-être avec raison, les analogies qu'on a cru pouvoir établir entre certains phénomènes de la vie animale et d'autres qui appartiennent à la chimie minérale. Malheureusement il nous paraît substituer ainsi une théorie à une autre, sans prouver suffisamment l'exactitude de celle qu'il préconise, et dont il est, croyons-nous, le créateur. Or, dans la courte exposition qu'il a faite de ses idées au sein de l'Académie, il nous paraît difficile de les saisir suffisamment. »

(1) Cette communication verbale de M. H. Sainte-Claire Deville n'avait pas été rédigée par l'auteur, qui s'était réservé de développer ultérieurement ses idées à ce sujet.

M. PORTAIL adresse une lettre relative aux communications qu'il a présentées au concours pour le prix des arts insalubres.

On fera savoir à l'auteur que ses communications seront soumises à la commission qui doit juger les travaux adressés à ce concours.

(Renvoi à la commission nommée pour les questions relatives à l'alimentation.)

La séance est levée à 5 heures et demie.

Le docteur Pierre Maestri, commandeur de l'ordre de la Couronne d'Italie, chevalier de la Légion d'honneur, etc., né à Milan en 1815, est mort à Florence, le 4 juillet dernier, des suites d'un anthrax. Les nombreux Italiens résidant à Paris garderont de lui le souvenir le plus reconnaissant.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments ou autres objets).

Bulletins et Mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris. Tome septième, 2e série, année 1870. — Prix : 5 francs.

Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, publié sous la direction de M. le docteur A. DECHAMBRE, avec la collaboration d'un très-grand nombre de professeurs, de médecins et chirurgiens des hôpitaux civils et militaires de la marine. — Le premier demi-volume du tome douzième de la 1re série et le deuxième demi-volume du tome quatrième de la 2e série viennent de paraître aux librairies Victor Masson et fils et P. Asselin, place de l'École-de-Médecine.

Ils contiennent les principaux articles suivants : *Camp* et *Campement*, par MM. Michel-Lévy et Boisseau; *Cantharides*, par M. Gubler; *Carcinome*, par M. Cornil; *Mamelles*, par MM. Tripier, Bouchacourt et Rollet; *Mammifères*, par M. Gervais; *Manie*, par M. Linas; *Manipulations thérapeutiques*, par M. Dally; *Manufactures*, par M. Beaugrand; *Marais*, par M. Vallin. Divers articles sur les Eaux minérales, par M. Rotureau; de Botanique, par MM. Baillon, de Seynes et Planchon; la Biographie et la Bibliographie, par MM. Beaugrand, Chereau et Montanier. — Prix de chaque demi-volume, rendu franc de port dans toute la France et l'Algérie : 6 fr.

Bulletins et mémoires de la Société de thérapeutique. Tome 2e, du 1er mai 1868 au 31 décembre 1869. 1 vol. grand in-8. — Prix : 3 fr. 50.

Recueil d'ophthalmologie, du docteur X. GALEZOWSKI. 1re année. In-8. — Prix : 2 fr.

Traité élémentaire et pratique de chimie médicale appliquée aux recherches cliniques, par le docteur MÉNU, pharmacien de l'hôpital Necker. 1 vol. grand in-18 avec figures, cartonné à l'anglaise. 1870. — Prix : 4 fr. 50.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Etudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 14 août 1871.

HOTEL-DIEU. — M. VIGLA.

Péritonite granuleuse.

(Observation recueillie par M. le docteur GIRARD.)

Le fait suivant, observé l'année dernière dans le service de M. le docteur Vigla, à l'Hôtel-Dieu, est déjà très-intéressant par lui-même, et il le devient plus encore par la comparaison avec un fait semblable que nous publierons prochainement.

Daniel H..., 21 ans, garçon maçon, rue de Fourcy, né à Salien (Basses-Pyrénées).

Taille moyenne, cheveux bruns, constitution lymphatique, face amaigrie, teint pâle.

Habite Paris depuis le mois de novembre 1868, c'est-à-dire depuis 14 mois seulement.

Vacciné pour la première fois à son entrée à l'Hôtel-Dieu, avec succès.

Issu d'un père mort, à un âge peu avancé, d'une affection cancéreuse. Sa mère, âgée de 48 ans, est bien portante, ainsi qu'une sœur âgée de 23 ans.

Pas de maladie antérieure. Mentionnons toutefois qu'en avril 1869, le testicule droit se congestionna à la suite d'un violent effort; il fut douloureux pendant 8 à 10 jours, mais pas à un degré à lui faire suspendre son travail. A peu près à la même époque, un oreillon.

Le malade, à son entrée à l'hôpital, présentait deux symptômes saillants : *météorisme* et *constipation*, accompagnés de l'élément chaleur à la surface, et de l'élément douleur dans toute la cavité abdominale, rendant la marche presque impossible. La surface de l'abdomen est inélastique, uniforme sur toute son étendue; elle est restée telle durant toute la période observée par nous, sauf vers la fin de mars, où elle acquit passagèrement un peu de souplesse. La percussion rend un son plutôt mat que tympanitique.

Pas de céphalalgie; le malade dit n'en avoir jamais eu à aucune époque de sa vie. Pas d'embarras gastrique, ni de vomissements. L'estomac a toujours été bon; l'appétit lui-même n'a pas encore fait défaut, car aussitôt que les douleurs cèdent de leur acuïté, le malade mange volontiers.

La maladie actuelle, ainsi circonscrite à l'abdomen, remonte au mois de janvier dernier. A cette époque, le malade se souvient que le ventre était déjà douloureux; mais il n'en tint aucun compte et continua de travailler. Les gardes-robes, d'ailleurs, étaient régulières. Vers le commencement de février, survint une courbature générale qui, cette fois, contraignit le malade à suspendre tout travail. Puis des douleurs lancinantes se manifestèrent dans le bas-ventre avec répercussion dans les deux testicules; il y eut temporairement incontinence d'urine. De proche en proche, ces douleurs ont parcouru tout l'abdomen de bas en haut, avec cette particularité, qu'en s'élevant du bassin vers le diaphragme, le point le plus douloureux correspondait toujours à la région nouvellement envahie, de telle sorte que lorsque la partie supérieure de l'abdomen se trouva atteinte, la partie inférieure, le bassin surtout, n'était plus douloureuse. Il se produisit même cet incident remarquable, qu'arrivées au point culminant de la cavité abdominale, les vives douleurs disparurent soudainement pendant six heures environ; une sensation de bien-être leur avait succédé, ce qui fit naître chez le malade l'espoir momentané qu'il se trouvait complétement guéri. Mais ce court espace de temps écoulé, des gaz se développèrent dans l'intestin avec borborygmes et gargouillements. Des douleurs sourdes succédèrent aux douleurs violentes ressenties durant les premières phases de la maladie, pendant lesquelles le malade ne pouvait manger, malgré la faim qui le possédait. La marche elle-même devint pénible et difficile. Une constipation opiniâtre s'ensuivit. Des purgatifs furent employés, tels que huile de ricin, rhubarbe et magnésie, lesquels déterminèrent des émissions de gaz seulement, en donnant lieu à des exacerbations douloureuses dans l'intestin.

Vers le 18 février, l'abdomen devint tympanitique sur toute son étendue et douloureux sous la moindre pression.

C'est dans cet état, ainsi qu'il est dit plus haut, que se trouvait le malade à la visite du 10 mars. M. Vigla fit intervenir des purgatifs accompagnés de lavements. Le malade ayant de l'appétit, le premier degré d'aliments lui est accordé.

14 *mars.* — Des matières fécales ballonnées furent évacuées; le même traitement est continué, et, sur la demande du malade, deux degrés d'aliments.

16 *mars.* — Encore quelques évacuations ayant le même caractère que précédemment : une pilule d'extrait alcoolique de noix vomique avant chaque repas, une cuillerée de charbon végétal après les repas, sont ajoutés au traitement.

23 *mars.* — Amélioration notable dans l'état général; les lavements et les purgatifs sont supprimés; les évacuations sont ou molles ou en diarrhée. L'abdomen reste météorisé alors même que les garde-robes se produisent naturellement. La surface présente encore une chaleur au-dessus de la normale, plus prononcée la nuit que le jour. La position verticale provoque encore une douleur sourde dans l'intestin; il en est de même de la position assise; les douleurs cessent aussitôt le malade couché : il y a alors émission de gaz, suivie de sommeil.

26 *mars.* — Les garde-robes sont normales et régulières, une par jour; le malade est très-soulagé. Quelques douleurs après les repas, dues à la production de gaz, à l'émission duquel succède une période de calme. Le sommeil est bon. La marche a lieu péniblement et ranime la douleur abdominale.

28 *mars.* — Lourdeurs épigastriques après le repas; digestions difficiles; vertiges. Formation de gaz dans l'estomac; éructations. Appétit amoindri. Abdomen toujours tendu; chaleur de la surface diminuée. Sommeil bon. Traitement ci-dessus supprimé. Eau-de-vie allemande le matin.

29 *mars.* — L'eau-de-vie allemande est rejetée une heure après avoir été prise. Plus de gaz dans l'estomac; l'eau monte à la bouche; embarras gastrique; le malade ne boit qu'avec répugnance. Etat général plus faible; le pouls est petit et irrégulier. La face externe de la cuisse droite devient froide et insensible dès que le malade est debout; l'insensibilité est précédée de picotements erratiques; la chaleur du lit ramène la sensibilité.

30 *mars.* — L'eau-de-vie allemande est rejetée comme le jour précédent; elle est supprimée. Le ventre est un peu plus souple. Le malade se plaint de faiblesses d'estomac et trouve un mauvais goût aux aliments : bouillons et potages comme nourriture.

1er *avril.* — L'estomac est mieux; les gardes-robes sont plus difficiles. Plus de vertiges. Picotements intérieurs dans la région ombilicale. Un degré d'aliments. Magnésie le matin.

3 *avril.* — Le peu d'aliments que prend le malade sont lourds sur l'estomac; la digestion est très-lente; formation de gaz dans l'intestin; les picotements continuent autour de l'ombilic.

5 *avril.* — Même état général; gardes-robes difficiles; douleurs abdominales dans les positions verticale et assise. Eau de Sedlitz le matin.

6 *avril.* — Nausées; mais pas de vomissements.

8 *avril.* — Gastrorrhée comme au 29 mars, consistant en un liquide jaunâtre, acide, accompagnée d'éructations. L'eau de Sedlitz a provoqué quelques gardes-robes. Le ventre est de nouveau tendu; cependant, depuis deux jours, le malade peut se tenir debout et assis sans éprouver de douleurs. Le bas-ventre et les parties génitales seuls accusent un peu de douleurs. L'urine est pâle.

9 *avril.* — Deux gardes-robes ont apporté du soulagement; la marche est facile; l'appétit est médiocre.

11 *avril.* — Mieux général; plus de gastrorrhée; les selles sont alternativement molles et ballonnées. L'eau de Sedlitz paraî favorable.

15 *avril.* — Gastrorrhée durant la digestion.

16 *avril.* — Picotements à l'estomac; digestions pénibles.

19 *avril.* — Etat général moins bien que les jours précédents; coliques et diarrhée. L'eau de Sedlitz est supprimée : vin de pepsine.

23 *avril.* — La diarrhée continue; les digestions sont toujours difficiles et l'appétit manque complétement. — Régime lacté.

26 *avril.* — Gardes-robes normales; vomissements; le pouls est faible; amaigrissement, anxiété et dyspnée.

28 *avril.* — Grande faiblesse; douleurs sourdes dans le ventre, que le malade compare à celles qu'il avait éprouvées au début de la maladie, en janvier.

5 *mai.* — Pas d'amélioration. Le lait donne mauvais goût à la bouche: les gardes-robes sont infectes.

7 *mai.*—Le malade dit être mieux et avoir éprouvé la veille quelques heures d'un bien être parfait. Chaque garde-robe amène quelques gaz. Magnésie le matin.

12 *mai.* — L'appétit ne revient pas; amaigrissement croissant. Le ventre n'est plus douloureux, parfois distendu par des gaz, lesquels, en s'échappant, le laissent d'un volume normal. Vin de pepsine.

16 *mai.* — Pas de changement dans l'état général; la magnésie, prédisposant à la diarrhée, est supprimée et remplacée par de la rhubarbe en poudre. A partir de cette date, le malade est allé en s'affaiblissant de jour en jour et s'est éteint le 26 mai dans un état de maigreur excessive.

AUTOPSIE le 28. — Les muscles abdominaux ont une teinte livide très-foncée; ceux de la région pectorale ont conservé leur couleur normale. Les parois de l'abdomen forment corps avec la masse des intestins, qu'il est impossible de dérouler, étant étroitement unis entre eux au moyen de néomembranes procédant du péritoine; leurs tuniques se déchirent avec une grand facilité. Il n'y a de véritablement résistant que les brides qui relient tous les viscères abdominaux en une seule masse, elle-même fortement adhérente au feuillet pariétal; il faut l'aide du scalpel pour la séparer des parois de l'abdomen. Toutes les anses intestinales sont immobilisées par les adhérences dont il s'agit; l'estomac, le foie, la rate, le pancréas, les reins et la vessie sont tous englobés par elles. Les intestins ne présentent aucune dilatation ni aucun rétrécissement capable de faire obstacle au cours des matières; des gaz fétides s'en échappaient sans bruit. Le péritoine est comme criblé de granules fibro-plastiques. La plèvre, des deux côtés, offre de nom-

---

FEUILLETON

CARAVANES D'UN CHIRURGIEN D'AMBULANCES

PENDANT LE SIÉGE DE PARIS

ET SOUS LA COMMUNE (1).

Nous arrivâmes à Neuilly-sur-Marne, mais ce n'était pas là que se terminait l'affaire; il fallait aller toujours à pied jusqu'à Ville-Evrard et faire filer un à un les blessés jusqu'aux voitures; c'était absolument impraticable. Je priai un des brancardiers d'aller chercher Pierre et de le ramener, n'importe comment, avec les équipages. Pierre n'osa pas refuser; son émotion était calmée; mais, en route, il s'aperçut qu'il n'avait plus de drapeau protecteur. Je n'ai pas besoin de dire que le petit cheval fit la route ventre à terre.

De Neuilly à Ville-Evrard ce fut une nouvelle litanie. Chaque maison qu'on rencontrait sur la route excitait son admiration.

— Ah! monsieur, la charmante maison!

— Ma foi! je la trouve assez laide.

— Ah! monsieur, qu'on serait bien ici.

— Pour y passer ses jours?

— Oh! non, pour se mettre à l'abri des obus.

Je dois, du reste, rendre justice à Pierre : ce fut son dernier jour de faiblesse; quand les voitures allaient un peu trop loin, son nez pâlissait légèrement, se creusait de quelques rides, mais ses observations sur les chances de longévité du petit cheval étaient simplement mélancoliques, jamais il ne se permit la moindre opposition à mes volontés. L'affaire de la Ville-Evrard lui avait laissé des remords.

Mais passons à l'étude de ma seconde voiture.

La seconde voiture était un grand fourgon de la maison Chevet, que tout le monde a rencontré dans Paris et dans lequel on peut transporter des blessés couchés. Le cheval était vigoureux mais dépourvu d'initiative; il marchait à la suite et manifestait en toute occasion un profond mépris pour les côtes. Lorsqu'il était forcé de choisir entre un fossé ou une côte, jamais il n'eut un moment d'hésitation, il déposa toujours la voiture dans le fossé et tourna la croupe du côté de la montée.

Il commit, sans pudeur, cette incongruité à Avron, malgré les regards sévères de l'assistance, et sans se laisser toucher par l'exemple de son petit camarade qui enlevait avec vigueur l'autre voiture sur le plateau.

Le cocher de M. Chevet était un solide gaillard, d'une placidité toute philosophique, ne se plaignant jamais, ni de son cheval, ni du froid, ni des Prussiens, et allant tranquillement là où je le menais sans daigner faire une observation.

Mon personnel était complété par un ou deux brancardiers. Pour eux, je n'avais que le choix, c'étaient des négociants, des amis, des clients qui s'inscrivaient chez moi avec beaucoup d'empressement. Il est certain que la curiosité jouait un grand rôle dans leur empressement. Mais je dois dire que pas un seul n'a reculé devant la tâche qu'il avait acceptée et que j'avais toujours soin de bien expliquer au départ.

Les brancardiers sont souvent indispensables; surtout lorsque la pluie a détrempé les terres, il est impossible d'aller à travers champs jusqu'aux blessés. Les voitures ne pourraient s'en tirer. On va recueillir alors, avec les brancardiers, les hommes tombés; on les panse et on les ramène aux voitures.

La création des compagnies de brancardiers organisés en corps réguliers était une excellente idée. Pour nous, elle avait cet avantage de ne pas nous obliger à en emmener; il nous était permis de conserver ainsi plus de places dans nos voitures pour les blessés; sur le champ de bataille, elle avait cet immense avantage de diminuer la durée de cette période d'angoisse qui sépare pour le soldat le moment où il tombe de celui où il reçoit les premiers soins.

Malheureusement, on organisa les brancardiers vers la fin du siége, et lorsqu'ils furent organisés, on ne sut point les utiliser convenablement.

Il est évident que toute troupe allant au feu devait être accompagnée de ses brancardiers. Je n'ai rien vu de semblable là où je me suis trouvé, ce qui n'est pas une raison pour qu'on ne l'ait pas fait ailleurs, car je ne veux parler que de ce que j'ai constaté par mes

(1) Fin. — Voir les numéros des 25 et 27 mai 1871.

breuses adhérences; on constate une pneumonie du côté droit et à la base seulement; ici les adhérences sont si puissantes que l'on ne peut enlever l'organe qu'en lambeaux. Le cœur est petit et sain. Le foie et les reins ne sont pas altérés dans leur structure; leur volume est normal.

(Sera continué.)

MODIFICATIONS DU FORCEPS

Par G. A. Delattre

Ancien chirurgien-major de la marine.

Le forceps devrait être inoffensif, puissant et portatif. Son innocuité dépendra d'un obstacle à la compression du crâne, et, d'autre part, du bout libre des cuillers.

Sa puissance dérivera de son métal (jadis acier, c'était du fer), de sa trempe (à l'huile, avec recuite au blanc bleu, de Charrière), du degré de courbure des cuillers, des armatures, des manches, des dispositions de l'articulation et des moyens de mensuration.

Quant à la portativité, question *de commodo*, il ne faut que vouloir et payer.

C'est d'après ces vues que nous avons basé nos modifications (Voir les figures pour mieux saisir les détails graphiques).

Cuillers. — Bouts libres, renflés en espèce de bourrelets, déprimant la peau mais ne l'entamant pas, et, *à fortiori*, respectant les os. Ces bouts se touchent quand le forceps est fermé; c'est un élément de tenue. Le tiers libre des cuillers est notablement courbé; c'est très-important pour que l'instrument tienne bien; la plupart pèchent par là.

La courbure des faces est de 8 centimètres, de dehors en dehors, 4 pour chacune.

Pour les bords, 8 centimètres de courbe, mesurés par une perpendiculaire de la table sur laquelle serait l'instrument au plus haut des cuillers. La jumelle supérieure n'a pas de concavité. A bien dire, c'est plutôt une ligne oblique; cela favorise, selon nous, le mouvement de spirale.

Nous faisons abattre l'angle droit de la petite circonférence des jumelles. Celles-ci ont ordinairement 1 centimètre de large, nous les avons réduites à 8 millimètres, ce qui est suffisant, et nous fait gagner le poids de 60 millimètres en longueur, sur 2 de largeur et 2 d'épaisseur.

Le support des cuillers est étroit pour plus de légèreté et moins de gêne distensive de la vulve. Il est gradué et porte une première raie marquée de 22 centimètres, maximum d'introduction pour le détroit inférieur; puis une deuxième, portant 25, pour le milieu de l'excavation. Le centre de l'articulation indique 28 centimètres; pour cela, la vis, au bout de sa course, a sa plaque en travers. Si elle était en long, on perdrait 1 centimètre, ce serait encore suffisant néanmoins. Cette taille est celle du grand forceps de A. Dubois.

C'est sur les supports des cuillers que se trouve la brisure. M. Notton, fabricant habile sorti de la maison Charrière, a désiré établir une brisure de son invention; la voici :

Section sur l'épaisseur des tiges : l'une offre : tenon longitudinal au milieu d'un biseau pris sur la profondeur; plus loin, tenon perpendiculaire à tête plate; enfin, pied-de-biche. La deuxième présente : pied-de-biche et tenon longitudinal; puis, au centre, un trou; enfin, une pièce à ressort se levant, se baissant (appelons-la *tabatière*), et sous elle, en dedans, une encoche pour l'ongle.

Quand on veut monter l'instrument, on ouvre la tabatière, on place le trou sur le tenon vertical, on engrène, on pousse les deux pièces en sens inverse et l'on abat la tabatière.

Pour démonter le forceps avec l'ongle (ou au besoin une spatule, un bout de pince) introduit dans l'encoche, on soulève la tabatière, on tire en sens inverse les deux fragments, puis on les sépare.

Articulation. — Notre fraisure (rainure demi-circulaire) est plus profonde que d'ordinaire, ce qui dispense du plateau ajouté récemment. Ses becs d'entrée sont évidés, l'un par en haut, l'autre par en bas; ils sont amenés en dessus.

La vis est plus longue et son récipient (cache-clou) est bien plus bombé. Avec ces dispositions, on engrène et l'on désarticule plus aisément.

Pour ce même motif, quand l'articulation est centrale, nous faisons allonger et élargir la mortaise, puis couper 23 millimètres sur le bas de la plaque.

Manches. — Chacun les prend à poignée pour faire les tractions. Si l'extraction n'est pas laborieuse, c'est sans danger; mais s'il faut tirer fort et longtemps, comme chez les primipares n'ayant que 5, 6 centimètres de dilatation, avec col un peu épais, ou bien quand le bassin est rétréci, la compression, forcément produite sur la tête, peut déterminer plaie cutanée, dépression, fracture, perforation des os, asphyxie, mort : c'est là le grave défaut du forceps. Pour y obvier, depuis une vingtaine d'années nous plaçons les index et médius en pronation dans les crochets garnis de linge; cela donne une puissance suffisante, et l'instrument n'est plus que tracteur. Nous ne prenons plus les manches à pleines mains que dans le cas de mort indubitable : plusieurs confrères ont adopté cette pratique.

Pour les individus qui tiendraient à prendre l'instrument à poignée, tout en évitant les inconvénients périlleux de ce mode, nous avons un moyen qui sera mentionné tout à l'heure.

Nous avons quatre manches, deux grands, deux petits; aussi, pour ne pas nous tromper, nous avons mis sur chacun les nos 1 et 2, de même que sur les tronçons auxquels ils s'unissent.

Les petits manches sont en crochets mousses, assez gros pour ne pas gêner les doigts et donner de la puissance, assez longs pour recevoir les index, médius et annulaire, trop grands pour servir à l'intérieur. On les visse, ainsi que les grands, pour la branche à mortaise, de gauche à droite; pour celle à pivot, c'est en sens inverse : sans cela, cette dernière se détournerait au moment des tractions.

Les grands manches finissent par des crochets aigus demi-circulaires, ayant 4 centimètres d'ouverture; leur pointe est en bec de vautour, c'est-à-dire plate en dessous, avec deux petits biseaux en dessus. Ce genre de perforateurs vaut mieux que les cônes, les trocarts; nous l'affirmons, ayant employé toutes les espèces. La portion qui suit leur pas de vis est assez amincie et son angle est abattu pour ne pas gêner la pénétration de la crosse. Les olives qui couvrent les pointes sont à pans, pour s'adapter aux trous carrés qui sont plus haut, afin qu'étant mieux tenues que si elles étaient rondes, elles se dévissent aisément.

Le grand manche de la branche à mortaise offre un perce-crâne droit ayant 2 centimètres, tranchant sur les côtés, pour élargir l'ouverture des os et dispenser des ciseaux de Smelese, de Blot, ou du bistouri Blandin amplifié. Plus haut est un petit trou pour une vis qui va pénétrer l'autre grand manche; elle porte les nos 10 et 11, qui indiquent le diamètre tête-forceps, afin de se décider à la rotation ou à s'en abstenir; elle empêche le rapprochement des manches et cuillers, devenant, par là, obstacle à la compression du crâne. Pour ce dernier motif, cette vis peut être mise aussi dans un trou qui est sur l'entablure du pivot; mais elle ne sert plus alors à indiquer le diamètre tête-forceps, office rempli, dans ce cas, par deux raies qui avoisinent ce trou : la plus proche indique 10 centimètres, la plus éloignée 11. Qu'on mette la vis ou non, ces raies sont utiles, donnant toujours la mensuration désirée.

Les petits manches dévissent les grands, et, réciproquement, un grand manche dévisse l'olive de l'autre, tout cela grâce aux trous carrés.

Notre forceps pèse 500 grammes avec les grands manches, et 600 grammes avec les petits.

Les grands manches étant d'un usage infiniment rare, nous les mettons à part, dans une seconde poche formée par une pièce rapportée, cousue sur le fourreau. Si l'on connaît le cas dont il s'agit, dispensant de crochets, on laisse ces manches à la maison, pourvu qu'on accepte de ne pas prendre l'instrument à poignée, sans la vis.

On peut avoir deux autres forceps plus petits et plus simples, dès lors moins coûteux que le précédent : l'un n'ayant en tout que 27 à 28 centimètres, dont 21 du bout libre des cuillers à l'articulation, le reste étant pour les manches et crochets; il ne servirait que pour le détroit inférieur; il est très-puissant. L'autre a 32 ou 33 centimètres, dont 25 du bout libre des cuillers à l'articulation; le reste pour les manches et crochets.

Ces espèces seraient bonnes quand on voudrait deux forceps, ne regardant pas à la dépense; ou bien pour des sages-femmes qui n'ont besoin ni de crochets ni d'un grand forceps; enfin dans les arsenaux, les musées, les hospices, afin de choisir la taille appropriée au cas actuel.

Fig. 1. — Pied-de-biche. — Tabatière levée. — Trou : portion carrée pour la tabatière; à sa gauche, l'encoche pour l'ongle; portion demi-circulaire pour le tenon vertical. — Le dessous de cette région s'applique sur le petit bout de la figure 2, pour monter l'instrument. — De là à la vis, deux raies transversales espacées, indiquant 22 et 25 centimètres au-dessous de la vis, deux raies obliques céphalométriques. Près d'elles, un trou pour placer, si l'on veut, la vis de la fig. 6. — Enfin le petit manche.

Fig. 2. — Cuiller, dont on peut juger la courbure; tenon longitudinal au centre du biseau pris sur l'épaisseur. — Tenon vertical. — Pied-de-biche.

Fig. 3. — Les tenons, biseau et pied-de-biche sont vus ici de profil et la cuiller de face; la jumelle supérieure est sans concavité.

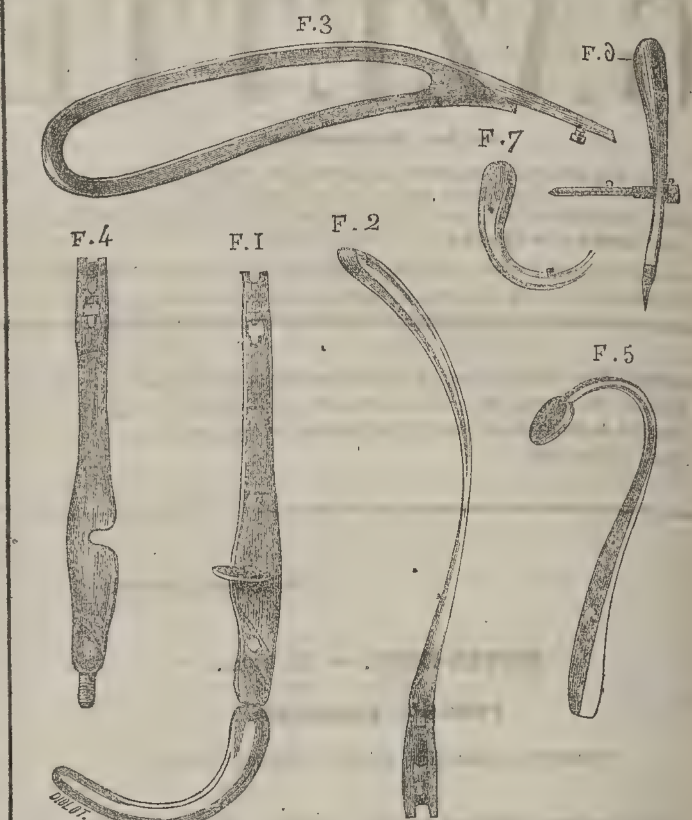


Fig. 4. — Portion de la branche à mortaise montrant le tronçon et le pas de vis pour les manches, ainsi que le dessous semblable à celui du bout de la figure 1, mais la tabatière abattue.

Fig. 5. — Grand manche de la branche à pivot; trou carré pour dévisser les petits manches, les olives et l'autre grand manche; petit trou rond pour la vis graduée de l'autre manche. — Olive mise à part.

Fig. 6. — Grand manche de la branche à mortaise; vis graduée céphalométrique. — Perce-crâne.

Fig. 7. — Crochet du grand manche de la figure 6, recevant le perce-crâne, terminé par le perforateur en bec de vautour. — L'olive de recouvrement, absente ici, est semblable à celle de l'autre manche.

DOCUMENTS

POUR SERVIR A L'HISTOIRE DU MOUVEMENT SCIENTIFIQUE PENDANT LE SIÉGE DE PARIS (1).

10 JANVIER

XV. **Alimentation.** — Le ministre du commerce adresse aux maires la circulaire suivante :

MINISTÈRE DE L'AGRICULTURE
ET DU COMMERCE
—
Cabinet du ministre.

Paris, le 10 janvier 1871.

Monsieur le maire,

Le deuxième recensement des vaches laitières, qui vient d'être fait, constate dans Paris, à la date du 31 décembre 1870, 4,353 de ces animaux, répartis entre les vingt arrondissements de la manière suivante :

1er	arrondissement	44
2e	—	19
3e	—	68
4e	—	71
5e	—	209
6e	—	99
7e	—	205
8e	—	246
9e	—	162
10e	—	169

(1) Suite. — Voir le dernier numéro.

yeux, et dans les affaires militaires le champ d'observations est beaucoup plus restreint qu'on ne pourrait le croire. On ne sait jamais ce qui se passe à un kilomètre du point qu'on occupe.

Cependant je puis dire que, le jour de l'affaire de Montretout, je revenais sur Paris vers deux heures, naturellement avec mes voitures pleines; on se battait depuis le matin, et la route de Rueil à Courbevoie était encore émaillée de longues files de brancardiers qui marchaient vers la bataille. C'était un peu tard. Je n'avais point eu à constater leur présence près de l'ennemi, et mes blessés, qui provenaient de l'attaque de la Malmaison, m'était apportés par les cacolets.

Parmi les hommes et les choses qui, ce jour-là, n'étaient pas à leur place, je citerai certain grand aumônier barbu monté sur un joli cheval, et qui s'abritait avec soin derrière un pan de mur pendant que je pansais mes blessés.

Je me demandais quels services pouvait bien rendre, en pareilles circonstances, un aumônier à cheval qui s'abrite avec tant de soin derrière un mur. Je ne pouvais pourtant pas lui envoyer mes blessés à confesser; j'en avais pourtant un qui avait une mauvaise balle dans le ventre, et ils auraient pu en causer ensemble.

Je sais que, parmi les aumôniers, un grand nombre ont fait leur devoir; mais je crois qu'il ne faut pas généraliser outre mesure les éloges. A l'affaire de l'Hay, ils étaient trois qui bavardaient entre eux, sans trop s'occuper du reste; et cependant les blessés ne manquaient guerre. J'en avais un surtout frappé d'une balle dans la poitrine, une de ces plaies qui donnent quelques gouttes de sang, mais qui laissent largement passer la mort. Je n'osais pas le panser; il fallait le déshabiller et j'avais peur de le voir expirer dans mes mains. Pauvre garçon! il était là, mourant, étendu sur une mauvaise paillasse que les Prussiens nous avaient prêtée. Les brancards manquaient, et les Prussiens me signifiaient qu'ils ne voulaient pas que j'emportasse la paillasse.

— Pansez-moi, docteur, me disait-il d'une voix éteinte.

Il lui semblait que là était le salut.

Je regardai du côté des aumôniers; ils bavardaient toujours, et cependant c'était bien pour eux le moment de dire quelques petites choses à ce pauvre diable, avant qu'il partît pour un monde où l'on ne se bat pas.

Quand les brancards arrivèrent, le soldat était mort. Les aumôniers causaient toujours.

Dr Joulin.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Variole. — Le ministre de Suisse communique aux journaux l'avis suivant :

« Sur la foi du correspondant d'une feuille anglaise, certains journaux ont reproduit que la variole régnait dans presque toutes les localités de la Suisse, et mettaient en garde le public voyageur contre les conséquences d'un séjour dans ce pays.

« En suite d'informations officielles reçues du Conseil fédéral, la légation suisse en France déclare cette nouvelle dénuée de fondement. Si au commencement de cette année la variole a fait apparition dans quelques localités de la Suisse, cette épidémie ne s'est montrée qu'à l'état sporadique. Actuellement elle est presque éteinte, et les contrées visitées de préférence par les étrangers en sont complétement exemptes. »

— Prix italiens. — Grâce à la prorogation accordée pour l'envoi des travaux au troisième concours du prix triennal Riberi de 20,000 francs, 150 mémoires manuscrits et imprimés sont parvenus à la commission d'examen, composée de MM. Bruno, Moleschott, Olivetti, Pertuzio Reymond, Tiboni et Timmermans.

Le quatrième concours à ce prix pour 1874 est déjà ouvert. En voici le programme : *Des maladies nerveuses en général ou de quelques-unes en particulier.* Les ouvrages manuscrits ou imprimés en 1871, 72 et 73 peuvent concourir, pourvu qu'ils soient en langue italienne, française ou latine. Les adresser en double exemplaire et francs de port à l'Académie royale de Turin avant le 31 décembre 1873.

Prix Gagnola pour 1872. *Faits et preuves de l'efficacité curative et prophylactique des sulfites et hyposulfites alcalins et terreux dans les fièvres intermittentes paludéennes comparativement aux autres moyens déjà connus.* Adresser les mémoires au secrétaire de l'Institut de Milan le 28 février prochain. 1,500 francs en numéraire et une médaille d'or de 500 francs sont la récompense promise au vainqueur.

11e	arrondissement	....	242
12e	—	....	374
13e	—	....	288
14e	—	....	202
15e	—	....	130
16e	—	....	339
17e	—	....	363
18e	—	....	290
19e	—	....	396
20e	—	....	137

Ce chiffre de 4,353 vaches a dû subir des réductions, par suite des abatages clandestins, qui ne sont jamais réprimés avec une efficacité absolue.

Il tendra à se réduire encore chaque jour, en raison de la même cause et aussi par suite de la majoration accordée dans les prix d'achat offerts par l'administration.

Toutefois, on peut évaluer que les deux tiers de ce chiffre de 4,353 vaches, soit 3,000 environ, subsisteront encore dans Paris pendant un temps assez long.

Je suis persuadé que le lait produit par 3,000 vaches (24,000 litres, en calculant sur un rendement moyen de 8 litres par vache) est plus que suffisant pour pourvoir aux besoins des enfants en bas âge et des malades, à qui cette alimentation est nécessaire et pour lesquels elle devrait être exclusivement réservée. Si on admet que la consommation d'un enfant soit de 1/5e de litre, 21,000 litres représentent la consommation de 120,000 enfants.

Cependant des plaintes nombreuses ont été formulées sur l'insuffisance de cet aliment. Elles ne peuvent provenir que de la mauvaise destination qui lui est donnée. Ce produit, au lieu de profiter aux enfants et aux vieillards, est consommé par des personnes à qui cette nourriture n'est pas indispensable, et qui en font un aliment de luxe. Il est même donné aux jeunes animaux.

Pour remédier à cet inconvénient et faire cesser ces plaintes, il y a lieu d'organiser un système de distribution pour la répartition du lait entre les catégories de personnes à qui il est nécessaire.

J'avais d'abord songé à mettre à la disposition de chaque municipalité le nombre de vaches nécessaires pour assurer à chaque arrondissement une part proportionnelle à la quantité de lait produit et aux besoins de la population.

La très-grande inégalité qui existe entre les divers arrondissements, quant au nombre des vaches qui sont placées dans chacun d'eux, militerait en faveur de cette mesure; mais les variations fréquentes dans la production, le déplacement des animaux qui, de l'avis d'hommes compétents, nuirait beaucoup au rendement, et enfin la série des mesures préalables à prendre pour l'organisation de ce mode de répartition, sont autant d'inconvénients qui rendraient l'application de ce système incommode et en retarderaient l'exécution, qui me paraît très-urgente.

Je pense que l'égalité proportionnelle entre les vingt arrondissements pourrait être obtenue sans qu'il fût nécessaire de déplacer les vaches et au moyen d'une simple attestation déterminative des animaux dont le lait serait affecté aux divers arrondissements.

Pour arriver à ce résultat, j'ai pensé que l'initiative concertée des vingt maires de Paris était le moyen d'action le plus pratique, le plus prompt.

Je vous prie, monsieur le maire, de vouloir bien, lors de votre prochaine réunion avec vos collègues, vous entendre avec eux pour arrêter ensemble les attributions du lait destiné à vos administrés.

Vous auriez ensuite à organiser dans votre arrondissement le mode de contrôle que vous jugeriez le plus efficace à l'égard de la distribution.

Pour vous faciliter ce travail de répartition, je vous adresse, en calculant sur un stock de 3,000 vaches, le nombre de ces animaux qui devrait être attribué à chaque arrondissement au prorata de sa population telle qu'elle ressort au dernier recensement, savoir :

1er	arrondissement	....	116
2e	—	....	116
3e	—	....	145
4e	—	....	145
5e	—	....	147
6e	—	....	135
7e	—	....	102
8e	—	....	115
9e	—	....	153
10e	—	....	210
11e	—	....	275
12e	—	....	150
13e	—	....	120
14e	—	....	125
15e	—	....	138
16e	—	....	66
17e	—	....	180
18e	—	....	230
19e	—	....	170
20e	—	....	162

Vous trouverez ci-joint l'état détaillé du recensement des vaches qui a été fait dans votre arrondissement, avec l'indication des détenteurs et l'adresse où ces animaux sont remisés. Pareil envoi est fait à MM. vos collègues, en ce qui concerne leurs arrondissements respectifs.

Recevez, monsieur le maire, l'assurance de ma considération la plus distinguée.

Le ministre de l'agriculture et du commerce,

J. Magnin.

XVI. **Académie de médecine.** — L'Académie tient séance.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 10 janvier 1871. — Présidence de M. Wurtz.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion relative à l'influence de l'alcoolisme sur la marche et le traitement des lésions traumatiques.

DISCUSSION

M. Verneuil continue son discours en réponse aux observations dont son travail a été l'objet de la part de MM. Hardy, Gubler, Gosselin et Béhier. La première partie de ce discours, dans laquelle l'orateur a répondu mardi dernier à MM. Hardy et Gubler, se résume dans les conclusions suivantes :

1° Le *delirium tremens* se développe très-souvent après les lésions traumatiques et comporte alors un pronostic sérieux.

2° La diète alcoolique ne saurait expliquer ni cette fréquence ni cette gravité, dont il faut rechercher surtout les causes dans le siége, le genre et les phases de la blessure.

3° Celle-ci peut troubler les fonctions cérébrales par des mécanismes divers : directement quand la violence atteint la boîte crânienne et son contenu; indirectement et suivant deux modes : 1° par l'intermédiaire du sang altéré quantitativement et qualitativement. — Il y a délire par anémie et par infection. — 2° Par l'entremise du système nerveux, dont l'irritation, partie du point blessé, arrive au centre et provoque un délire réflexe; cette variété, que l'on conteste à tort, est facile à démontrer.

4° Ces trois causes déterminantes impriment au délire des caractères particuliers autorisant à admettre trois formes qui, distinctes sans doute sous le rapport anatomo-pathologique, le sont assurément au point de vue du pronostic. Les intérêts de la thérapeutique exigent que ces formes et leur association soient reconnues au lit du malade, ce qui est le plus souvent praticable.

5° Il n'existe pas de remède spécifique contre le *delirium tremens*. Le traitement doit varier suivant les formes et l'état présumé du cerveau et des autres organes de l'économie. Les agents qui ont le plus promis et tenu et qui, administrés avec discernement, réussissentle mieux, sont l'alcool et ses dérivés, les toniques et les stimulants en cas de délire infectieux; l'opium, le bromure de potassium, le chloral en cas de délire réflexe. Lorsque ce dernier est léger, l'expectation peut suffire.

6° D'autres moyens encore : le tartre stibié, les purgatifs, la digitale, les antiphlogistiques locaux, les révulsifs eux-mêmes seront utiles si l'état du cerveau et de ses enveloppes et des autres grands viscères en indique l'emploi.

Passant ensuite à l'argumentation de MM. Gosselin et Béhier, M. Verneuil rappelle que ses honorables collègues ont donné de l'influence de l'alcool sur l'organisme des explications hypothétiques en admettant : le premier, la *sénilité précoce*; le second, la *stéatose généralisée*.

M. Verneuil reproche à M. Gosselin d'avoir été timide dans ses conclusions. Après avoir étendu le cercle de la question et annoncé que, d'après son expérience, l'alcoolisme rend plus graves toutes les suppurations diffuses, les affections des voies urinaires et les lésions même légères de l'encéphale; après avoir, en parlant des opérations, déclaré que les plus minimes d'entre elles lui inspiraient des appréhensions lorsqu'il devait les pratiquer chez des sujets adonnés aux boissons spiritueuses, il manifeste des doutes à propos des grandes blessures et des opérations majeures. Les blessures graves, les fractures compliquées, les grandes opérations entraînent si souvent la mort dans les hôpitaux qu'on ne saurait dire quelle part y prend l'alcoolisme. Il faudrait à M. Gosselin des observations nombreuses pour affirmer que les alcooliques fournissent un contingent de revers plus considérable que les autres sujets.

M. Verneuil, sans prétendre comparer son expérience personnelle à celle de M. Gosselin, a observé pendant sept ans, soit à Saint-Louis, soit à Lariboisière, un bon nombre de fractures compliquées. Chez les sujets réellement sains, il a obtenu une moyenne très-satisfaisante de succès à l'aide de l'occlusion, des appareils perfectionnés ou des appareils ordinaires, des pansements multipliés, du drainage, et enfin des grandes opérations, amputations ou résections, primitives ou secondaires. Trois fractures de cuisse compliquées de plaie ont guéri sans trace de suppuration.

En revanche, chez les alcooliques, à peine a-t-il pu obtenir deux ou trois succès à l'aide d'amputations primitives.

M. Péronne consigne dans sa thèse sept observations; il y a six morts; le septième, sujet vigoureux, encore jeune, amputé immédiatement et dans un petit hôpital de province, parvint à guérir malgré des complications survenues le septième jour et qui le mirent à deux doigts de sa perte.

Voilà pourquoi, dans les cas de fracture avec plaie chez les alcooliques, M. Verneuil porte d'emblée un pronostic très-grave trop souvent réalisé, malgré l'intervention chirurgicale la plus active et la plus énergique.

Avec un peu d'attention il est souvent facile, dit M. Verneuil, de reconnaître l'influence exercée par la dyscrasie organique. Atteints d'une blessure identique, l'homme sain et le diathésique peuvent mourir ou guérir, mais ils ne mourront ni ne guériront pas de la même manière. On ne voit pas un jeune sujet vigoureux et sain succomber en quarante-huit heures à une fracture de la jambe avec plaie de 2 à 3 centimètres; la mort, pour l'atteindre, exige plus de temps, et, pour ainsi dire, plus de formalités pathologiques. Au contraire, un diathésique amputé peut survivre, mais on constatera presque toujours quelque complication du côté de la plaie. Par exemple, M. Verneuil n'a jamais vu un succès de la réunion immédiate. Loin d'abréger la guérison, cette pratique si précieuse en certains cas lui a paru périlleuse, en ce qu'elle provoque le plus souvent l'inflammation du moignon et plus tard sa conicité.

M. Verneuil rappelle que M. Gosselin est d'accord avec lui sur l'impuissance de la thérapeutique dans les cas de blessures chez les alcooliques. Quant aux causes de la gravité exceptionnelle de ces cas, M. Gosselin incline à accuser les altérations viscérales, et, dans les cas où ces lésions font défaut, il compare les alcooliques aux vieillards qui, sans présenter d'altération organique manifeste, supportent mal les suppurations diffuses, les blessures et les opérations. Chez les uns et les autres, l'organisme serait impuissant à effectuer la guérison en vertu d'une sénilité contre laquelle on n'a point encore trouvé de remède.

M. Verneuil adopte l'opinion de M. Gosselin. Il admet l'influence funeste des lésions viscérales chez les blessés, alcooliques ou non, influence prouvée par des faits nombreux et décisifs.

Reste seulement à expliquer comment une cirrhose, une néphrite, une stéatose hépatique ou rénale, une gastrique chronique, un épaississement des méninges, un dépôt cancéreux ou tuberculeux peuvent réagir sur une fracture de la jambe et provoquer soit un phlegmon diffus, soit un érysipèle, une ostéomyélite ou une hémorrhagie secondaire, et aussi comment, dans des cas qui ne sont pas très-rares, on voit, dans de telles conditions organiques, la mort survenir en un petit nombre de jours ou même d'heures, sans que la blessure présente de complications notables.

Cette explication est difficile à donner dans l'état actuel de la science; en attendant que la lumière se fasse, M. Verneuil pense qu'il faut se tenir provisoirement pour satisfait quand une altération viscérale importante a été reconnue pendant la vie ou à l'amphithéâtre. Dans les cas rares où ces lésions font défaut, M. Gosselin explique la gravité des blessures chez les alcooliques par une sorte de *sénilité précoce*. Ce mot heureux exprime une idée exacte. On sait que la fibre, la cellule, l'acinus, le capillaire ne sont pas identiques morphologiquement et chimiquement aux divers âges de la vie, et que leurs propriétés organiques, leur nutrition, par exemple, ne sont pas les mêmes chez le vieillard que chez l'adulte ou l'enfant.

Les éléments anatomiques du vieillard vivent lentement, comme le feu sous la cendre; ils se forment à grand'peine, s'usent avec parcimonie et meurent comme à regret; vienne par accident une déperdition subite, une usure exagérée, la répartition, qui n'est en somme qu'une annexe de la nutrition, ne sera ni assez prompte ni assez énergique; la réaction locale et générale qui l'accompagne normalement se fera attendre ou restera au-dessous de sa tâche, et la cause de destruction, ne trouvant ni barrière ni résistance, pourra envahir et ruiner l'organisme tout entier; de là l'explication très-simple de ce travail réparateur imparfait chez le vieillard blessé, de ces gangrènes partielles, de ces inflammations diffuses, de ces suppurations de mauvais aloi, de ces granulations misérables, et enfin de ces absorptions funestes que rien n'entrave et qui produisent bientôt l'adynamie.

Si l'on suivait un à un, pas à pas, les nombreux actes dont une plaie devient le siége depuis sa production jusqu'à sa terminaison par la guérison ou la mort, on pourrait expliquer jusque dans leurs moindres détails toutes les anomalies du travail réparateur et comprendre toutes les conséquences fâcheuses qui en découlent.

Mais l'âge n'a pas seul le triste privilége d'altérer les éléments anatomiques et de rendre la nutrition languissante; plusieurs maladies générales réalisent plus ou moins vite les mêmes résultats, entre autres l'intoxication lente par l'alcool. La sénilité alcoolique est d'autant plus admissible que l'anatomie et la physiologie pathologiques démontrent une similitude presque complète entre l'état matériel des organes et la déchéance fonctionnelle chez le vieillard et chez l'ivrogne.

Au scalpel et au microscope, même surcharge graisseuse dans les lieux d'élection du tissu adipeux et dans l'intimité même des éléments; même induration scléreuse en divers points, aux méninges, à la charpente fibreuse des glandes ; même atrophie des éléments sécréteurs, même tendance à l'athérome artériel.

Au point de vue physiologique, l'alcool, s'il agit comme excitant, amène l'usure prématurée des organes en les provoquant à une action incessante et excessive; s'il agit au contraire comme agent d'épargne ou en retardant la désassimilation, il rend la nutrition languissante et surtout la réparation imparfaite, puisqu'elle n'a pour facteurs que des éléments anatomiques ayant déjà trop vécu pour être féconds.

Dès lors, au point de vue pathologique, il devient aisé de comprendre et utile d'accepter le rapprochement ingénieux établi par M. Gosselin et que l'observation confirme pleinement.

— La séance est levée à quatre heures et demie.

10 JANVIER.

XVII. **Bombardement.** — Après un investissement de plus de trois mois, l'ennemi a commencé le bombardement de nos forts le 30 décembre, et, six jours après, celui de la ville. Une pluie de projectiles, dont quelques-uns pesant 94 kilogrammes, apparaissant pour la première fois dans l'histoire des siéges, a été lancée sur la partie de Paris qui s'étend depuis les Invalides jusqu'au Muséum. Le feu a continué jour et nuit, sans interruption, avec une telle violence que, dans la nuit du 8 au 9 janvier, la partie de la ville située entre Saint-Sulpice et l'Odéon recevait un obus par chaque intervalle de deux minutes.

Tout a été atteint : nos hôpitaux regorgeant de blessés, nos ambulances, nos écoles, les musées et les bibliothèques, les prisons, l'église de Saint-Sulpice, celles de la Sorbonne et du Val-de-Grâce, un certain nombre de maisons particulières. Des femmes ont été tuées dans la rue; d'autres dans leur lit; des enfants ont été frappés par des boulets dans les bras de leur mère. Une école de la rue de Vaugirard a eu quatre enfants tués et cinq blessés par un seul projectile.

Le musée du Luxembourg, qui contient les chefs-d'œuvre de l'art moderne, et le jardin où se trouvait une ambulance qu'il a fallu faire évacuer à la hâte, ont reçu vingt obus dans l'espace de quelques heures. Les fameuses serres du Muséum, qui n'avaient point de rivales dans le monde, sont détruites. Au Val-de-Grâce, pendant la nuit, deux blessés, dont un garde national, ont été tués dans leur lit. Cet hôpital, reconnaissable à la distance de plusieurs lieues par son dôme que tout le monde connaît, porte les traces du bombardement dans ses cours, dans ses salles de malades, dans son église, dont la corniche a été enlevée.

Aucun avertissement n'a précédé cette furieuse attaque. Paris s'est tout à coup transformé en champ de bataille, et nous déclarons avec orgueil que les femmes s'y sont montrées aussi intrépides que les citoyens. Tout le monde a été envahi par la colère, mais personne n'a senti la peur.

Tels sont les actes de l'armée prussienne et de son roi, présent au milieu d'elle. Le Gouvernement les constate pour la France, pour l'Europe et pour l'histoire.

XVIII. **Protestation.** — Au nom de l'humanité, de la science, du droit des gens et de la convention internationale de Genève, mé-

connus par les armées allemandes, les médecins soussignés de l'hôpital des Enfants-Malades (Enfant-Jésus) protestent contre le bombardement dont cet hôpital, atteint par cinq obus, a été l'objet pendant la nuit dernière.

Ils ne peuvent manifester assez hautement leur indignation contre cet attentat prémédité à la vie de 600 enfants, que la maladie a rassemblés dans cet asile de douleur.

Docteurs Archambault, Jules Simon, Labrie, Henri Roger, Bouchut, Giraldès.

11 JANVIER.

XIX. **Hôpitaux.** — Pendant la nuit du 8 au 9 janvier, l'hôpital de la Pitié a été criblé d'obus. Le bâtiment de l'administration et les divers bâtiments qui contiennent des malades ont été gravement atteints.

Dans une salle de médecine affectée au traitement des femmes, les projectiles prussiens ont fait une morte et deux blessés : les dames Morin, tuées sur place; Mirault, qui a eu le bras droit emporté; Archambault, atteinte au bras et à la cuisse (fracture) et grièvement blessée au bas-ventre.

L'hôpital de la Pitié se trouvant placé à l'extrême limite du tir de l'ennemi, on n'avait pas supposé, dès le premier jour, qu'il eût une intention particulièrement hostile à l'établissement; mais, la nuit dernière, les obus envoyés exactement dans la même direction sont venus tomber et éclater sur les mêmes points; et, s'ils n'ont pas occasionné de nouveaux malheurs, c'est que les précautions avaient été prises pour mettre les malades en sûreté.

Cet acharnement semblerait démontrer qu'il ne s'agit plus d'un bombardement ordinaire, mais d'une cruauté sauvage qui s'attaque de préférence aux établissements hospitaliers, dans la pensée d'atteindre plus profondément la population et de lui occasionner les plus dures et les plus poignantes émotions.

Il devient utile de publier de tels faits, qui ajoutent une page odieuse à l'histoire de nos ennemis, et de protester, au nom du droit, de la civilisation, de l'humanité, contre cet attentat prémédité, qui n'a eu de précédent dans aucune guerre.

XX. **Légion d'honneur.** — Par décret en date du 11 janvier 1871, ont été promus ou nommés dans l'ordre national de la Légion d'honneur les médecins dont les noms suivent, en récompense de leur brillante conduite pendant le bombardement des forts du Sud.

Au grade d'officier : MM. Grenet, médecin de 1re classe de la marine; — Bonnet, médecin de 1re classe de la marine; — Braquié, médecin de 1re classe de la marine.

Au grade de chevalier : MM. Beaumanoir, médecin de 1re classe de la marine; — Loro, aide-médecin de la marine.

12 JANVIER.

XXI. **Bombardement.** — Par décret en date du 11 janvier 1871, Le Gouvernement de la défense nationale,

Considérant que les devoirs de la République sont les mêmes à l'égard des victimes du bombardement de Paris qu'à l'égard de ceux qui succombent les armes à la main pour la défense de la patrie,

Décrète :

Tout Français atteint par les bombes prussiennes est assimilé au soldat frappé par l'ennemi.

Les veuves de ceux qui auront péri par l'effet du bombardement de Paris, les orphelins de père ou de mère qui auront péri de même sont assimilés aux veuves et aux orphelins des soldats tués à l'ennemi.

Fait à Paris, le 11 janvier 1871.

GÉNÉRAL TROCHU, JULES FAVRE, JULES FERRY, JULES SIMON, EUGÈNE PELLETAN, EMM. ARAGO, GARNIER-PAGÈS, ERNEST PICARD.

XXII. **Protestation.** — La Salpêtrière est un hospice où sont recueillis en temps ordinaire :

1° Plus de 3,000 femmes âgées ou infirmes;

2° 1,500 femmes aliénées, et, par surcroît, en ce moment de suprême douleur, les populations réfugiées des asiles d'Ivry et 300 de nos blessés.

C'est là une réunion de toutes les souffrances qui appelle et commande le respect; mais l'ennemi qui nous combat aujourd'hui ne respecte rien. Dans la nuit de dimanche à lundi, du 9 au 10 janvier, il a pris pour point de mire les hôpitaux de la Pitié, les Enfants Malades, le Val-de-Grâce et les cabanes d'ambulance. A la Salpêtrière, nous avons reçu plus de 15 obus. Or, notre dôme très-élevé est surmonté du drapeau international; il en est de même du dôme du Val-de-Grâce. C'est un acte monstrueux contre lequel protestent les médecins soussignés, et qu'il faut signaler à l'indignation de ce siècle et à celle des générations futures.

Drs Cruveilhier, chirurgien en chef de la Salpêtrière; — Charcot, médecin de la Salpêtrière; — Luys, médecin de la Salpêtrière; — Fermon, pharmacien en chef; — A. Voisin, médecin de la Salpêtrière; — Baillargé, médecin de la Salpêtrière; — Trélat, médecin de la Salpêtrière; — J. Moreau (de Tours).

Les soussignés, médecins de l'hôpital de la Charité (annexe), protestent contre le bombardement dont cet établissement a été l'objet. Huit obus sont tombés sur cet hôpital, qui renferme 800 malades et blessés, tant civils que militaires. Plusieurs autres projectiles ont éclaté dans son voisinage immédiat.

Drs Lannelongue, Féréol, B. Ball, E. Lancereaux, P. Brouardel, E. Labbé, A. Ollivier.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

Le journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois... 8 fr. 50 c.
Six mois... 16 —
Un an..... 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 15 août 1871.

HOTEL-DIEU. — M. VIGLIA.

Péritonite granuleuse (1).

RÉFLEXIONS. — Au point de vue pathologique, il serait intéressant de connaître, parmi les causes qui ont contribué au développement de cette péritonite, celle qui a joué le rôle principal.

La jeunesse du sujet, la marche rapidement fatale de la maladie seraient de nature à faire croire à une cachexie héréditaire ; tandis qu'en ne tenant aucun compte de ces circonstances on serait tenté de la rattacher, soit à cet *effort violent* du mois d'avril 1869, soit à une entérite ou entéralgie par suite de privations. Pour ma part, j'ai cru, dès le premier jour, à une « péritonite simple consécutive à une lésion de la tunique vaginale. » M. Vigla, de son côté, ne voyait qu'une simple « pneumatose intestinale » avec obstacle au cours des matières.

On vient de voir ce que l'autopsie nous a révélé.

Sous le rapport de la diathèse, nos renseignements sont incomplets. Quelle était cette affection cancéreuse dont le père était mort à un âge peu avancé? Notre sujet ne l'avait jamais su; outre qu'il était encore enfant lorsqu'il perdit son père, sa culture intellectuelle laissait trop à désirer pour que, même plus âgé, il eût attaché une importance spéciale à cette question. On savait, dans la famille et dans le pays, que le père « était mort d'un cancer, » et c'était tout. Dans un village, on se souvient de ces sortes de décès comme l'on se souvient d'un fléau quelconque.

La famille était pauvre; le jeune homme quitte son village « pour aller gagner sa vie. » Plus d'une fois il a été aux prises avec le besoin. L'hiver de 1869-1870 a été exceptionnellement dur ; les ouvriers dans le bâtiment, charpentiers et maçons ont eu beaucoup de chômage. De là des privations suivies de maladies traitées pour la plupart dans les hôpitaux (2). On pourrait admettre une « entérite par privations » au début, puis une péritonite consécutive, et invoquant la diathèse cancéreuse, arriver à la synthèse d'une péritonite granuleuse : vice de constitution, vice de nutrition; cela paraît logique.

D'un autre côté, quand j'interroge la marche de la maladie, je reviens presque involontairement à l'idée première d'une péritonite simple, consécutive à une lésion de la tunique vaginale. On objectera la période de neuf mois qui s'écoule entre cette prétendue lésion, qui a lieu en avril 1869, et les premiers symptômes de la péritonite, qui se manifestent dans le courant de janvier 1870. Je ne puis, quant à présent, apprécier la valeur réelle de cette objection. Toujours est-il qu'en ce mois de janvier, le malade éprouve des douleurs dans le ventre, mais pas assez intenses pour lui faire abandonner son travail. Il est probable qu'il y mit du courage, et la crainte d'un nouveau chômage aidant, voulut-il résister au mal le plus longtemps possible? Mais au commencement de février, une courbature générale l'arrache forcément à son travail : il était à bout de forces. Le bas-ventre devient le siége de violentes douleurs qui s'étendent à la vessie et aux testicules. Puis du bassin, ces douleurs remontent graduellement vers le diaphragme, où elles s'arrêtent. C'est à ce moment que se manifestent les premiers symptômes de « pneumatose intestinale », généralisée vers le 18 février, avec accompagnement de « constipation opiniâtre ».

Ce qu'il y a de remarquable, c'est que l'abdomen est resté dans des proportions à peu près normales : il était plat avant la maladie; il n'était que bombé depuis.

Il faut admettre que les brides qui unissaient tous les viscères en une seule masse, ainsi qu'aux parois internes de l'abdomen, ont dû se développer très-rapidement durant la période aiguë de la maladie, et lorsque plus tard les gaz se sont développés dans l'intestin, ce dernier n'était plus susceptible d'extension. La pression exercée par les gaz, trouvant de la résistance dans les brides de nouvelle formation, était la cause déterminante des douleurs, puisque celles-ci cessaient dès qu'il y avait émission de ces gaz. La marche rendue difficile, la station verticale douloureuse, n'avaient pas d'autre cause. Quant à la constipation, elle s'explique par l'immobilisation de l'intestin, sans le concours d'obstacles au cours des matières.

Sans ces conditions pathologiques, l'intestin et l'abdomen luimême auraient cédé à la pression des gaz, le ventre aurait augmenté de volume, la pneumatose aurait acquis un caractère plus alarmant, tandis que la dyspnée n'est intervenue que passagèrement et alors que l'estomac était entré dans le concert pathologique.

Je le répète, la pneumatose n'a jamais atteint à cette limite où la ponction de l'intestin devient la ressource suprême. D'ailleurs, dans le cas présent, la ponction de l'intestin n'aurait pas enrayé les progrès de la maladie.

Ainsi pour la péritonite simple. Mais l'autopsie nous l'a montrée granuleuse! Rien n'empêcherait de faire intervenir et la diathèse et le vice de nutrition pour expliquer cette granulation; la courbature du commencement de février indiquerait plutôt le travail initial de la granulation que celui des fausses membranes.

La maladie, prise à ce point de vue, serait la résultante de plusieurs causes ayant agi presque simultanément.

Si maintenant nous jetons un coup d'œil sur les dernières phases de ce tableau, nous voyons la « misère physiologique » en former le fond. La fatale issue se dessine dès le 7 mai. Depuis cette époque jusqu'au 26, c'est une période adynamique, anxieuse, sans douleurs; l'organisme s'éteint lentement, comme si les organes de la vie végétative étaient seuls en jeu. La décomposition de l'intestin, observée à l'autopsie, indique la concomitance de phénomènes d'un ordre purement typhique, complément nécessaire de toute désorganisation animale.

Espérons que le cas qui précède paraîtra suffisamment intéressant pour attirer l'attention des observateurs sur ce sujet.

(1) Fin. — Voir le dernier numéro.

(2) Nous en avons eu plusieurs exemples dans le service de M. Vigla. Ainsi, le 9 mars également, entrait dans la salle Saint-Julien, n° 12, un charpentier âgé de 33 ans atteint d'une « diarrhée consécutive à une alimentation insuffisante, lequel en sortit guéri au bout de quinze jours de traitement, grâce à une constitution sans tache. Cinq jours après, le 14 mars, entrait aussi, dans la salle Saint-Julien, n° 21, un employé de commerce, âgé de 26 ans, atteint d'une « diarrhée incoercible » consécutive à une « entérite par privations, » lequel mourut dans la quinzaine. Le malade avait eu, à l'âge de quinze ans, une maladie syphilitique qui avait, disait-il, parcouru toutes ses phases. Malheureusement, l'autopsie ne fut pas autorisée, de sorte que nous restâmes dans le doute sur la nature ulcéreuse ou tuberculeuse de l'entérite.

SUR LES EXOSTOSES DE LA FACE

Par M. le professeur RICHET.

Pour faire le rapport que j'ai lu à l'Académie et que la *Gazette des Hôpitaux* a inséré en partie, j'ai dû faire de nombreuses recherches bibliographiques. Ces recherches m'ont fait découvrir un certain nombre d'observations à l'aide desquelles j'ai essayé de tracer une histoire dogmatique complète des exostoses faciales. Ce travail est achevé, il est accompagné de planches et de photographies, et je me propose de le publier prochainement en entier. Mais j'ai cru pouvoir dès aujourd'hui en détacher ce qui a trait aux observations sur lesquelles il est basé, pensant que cette publicité pourra engager ceux de nos confrères qui auraient pu recueillir des faits analogues à les adresser à la rédaction de ce journal. On parviendrait ainsi peut-être à combler les lacunes regrettables que j'aurai à signaler.

A peine ai-je besoin de dire que mes recherches, qui ne portent d'ailleurs que sur une période de 80 ans, sont nécessairement incomplètes, et que bon nombre de faits doivent m'avoir échappé.

La première en date de toutes les observations est celle de Brassant, rapportée par lui dans le mémoire de Louis *sur les maladies du globe de l'œil* (Académie de chirurgie. Mémoires, tome V, p. 170, édition in-4°). Il s'agit d'une femme de 30 ans chez laquelle, après une opération infructueuse de fistule lacrymale, survint une exostose dite de l'os *planum* et de l'*apophyse angulaire interne du coronal*; elle avait acquis le volume d'un œuf de poule. Le globe de l'œil, repoussé hors de l'orbite, pendait en quelque sorte sur la joue. Brassant attaqua l'exostose avec un caustique, la fit suppurer, après quoi elle se détacha complétement et la guérison fut parfaite.

Sans doute, si cette observation était unique, si elle n'était pas éclairée par beaucoup d'autres, on pourrait se borner à dire, avec Louis et les auteurs qui la lui ont empruntée, qu'il s'agit simplement d'une exostose des parois de l'orbite. Mais lorsqu'il aura été démontré par des faits nombreux et bien observés que c'est là, c'est-à-dire à la partie supérieure et interne de l'orbite, que viennent précisément se faire jour ces exostoses fronto-nasales; lorsque, de plus, on aura lu ces anciens exemples d'élimination *spontanée* de ces exostoses à la suite d'une vive inflammation, on ne conservera plus de doutes sur la véritable signification du fait de Brassant. Mais, quelle que soit d'ailleurs l'interprétation à laquelle on s'arrête, ce qu'il importe surtout de ne pas oublier, c'est le traitement par la cautérisation, suivi d'un plein succès.

Une autre observation, qui a beaucoup d'analogie avec la précédente, est la suivante, attribuée à Haller par B. Bell et déjà indiquée en 1777 par Acrel (avec cet intitulé : *Exostose qui s'exfolie après des opérations répétées*, relatée par le professeur Sporing). Il s'agit d'un cas de tumeur osseuse qui prenait naissance au *voisinage immédiat* de l'angle interne de l'orbite. Le malade était un homme de 35 ans. La tumeur avait acquis le volume d'une grosse noix, expulsant presque complétement l'œil de l'orbite et affaiblissant la vision. Un chirurgien essaya de la détruire par exfoliation, mais la plaie saigna tant, qu'il fut trop heureux de pouvoir la fermer. Plus tard, un paysan, est-il dit, fut appelé, fit aussi une incision qui donna beaucoup de sang, et appliqua à deux reprises un remède secret qui fit atrocement souffrir le malade. Au printemps suivant, l'exostose entière tomba, l'œil expulsé reprit sa place et la vision se rétablit. (Voyez Mackensie, *Traité pratique des maladies des yeux*, 4e édition, tome 1er, p. 64.) Ici, comme dans le cas de Brassant, il serait impossible de reconnaître une exostose fronto-nasale, périostale, si l'on n'avait pour s'éclairer les faits qui vont suivre. Mais ce qui caractérise ce fait à nos yeux, c'est d'abord la situation de la tumeur, car c'est là leur siége, on pourrait dire, de prédilection; puis son volume enfin, et surtout la facilité avec laquelle elle tomba *entière*, elle s'exfolia, comme le dit le titre de l'observation, par le fait de l'application réitérée des caustiques, c'est-à-dire de l'inflammation périphérique provoquée par eux. Cela seul prouve qu'elle était éburnée comme la précédente, quoiqu'il n'en soit rien dit, car une exostose spongieuse se serait cariée et aurait été expulsée par parcelles, et non en masse, sous l'influence des caustiques.

C'est dans le même volume des Mémoires de l'Académie, d'où j'ai extrait le fait de Brassant, que se trouve le travail de Bordenave sur les maladies du sinus maxillaire, dans lequel sont relatés trois faits intéressants d'exostoses dites de ce sinus; le premier est dû à Runge, le deuxième à David, et le troisième se rapporte à cette pièce pathologique si connue, si souvent citée, trouvée dans un cimetière et représentée dans les planches qui accompagnent la description. Mais s'agit-il là de véritables exostoses du sinus? Il est permis d'en douter. Effectivement on ne reconnaît pas dans la description les caractères des exostoses périostales; on y retrouve, au contraire, tous ceux des autres exostoses faciales, ayant le tissu osseux pour point de départ et dont une autre exostose du maxillaire inférieur, représentée quelques pages plus loin, donne un beau spécimen. Je ne crois donc devoir citer ces faits que pour mémoire, et aussi pour montrer les différences qui séparent les exostoses proprement dites des exostoses périostales, que j'ai surtout en vue. Je ne veux pas quitter ce sujet, toutefois, sans rappeler que dans le cas de Runge, comme dans celui de David, la production osseuse fut attaquée avec succès par la trépanation, la rugination et le cautère actuel.

Voici la première observation incontestable d'exostose fronto-nasale périostale; elle est rapportée par Middlemore et remonte à l'année 1802. Elle est intitulée Tumeur osseuse de la partie supérieure et interne de l'orbite, et c'est là sans aucun doute la raison qui l'a fait échapper jusqu'ici aux recherches. Elle offre un trop grand intérêt pour que je me borne à en donner un extrait : je la transcris textuellement :

Tumeur osseuse à la partie supérieure et interne de l'orbite, amenée à l'état de carie par une opération chirurgicale et guérie plus tard au moyen d'une forte paire de forceps.

Le sujet est A. D..., fille d'un fermier, âgée de 28 ans.

1er décembre 1802. On remarque, couverte par la paupière supérieure de l'œil gauche, une tumeur très-dure de forme ovale, aplatie, ayant un diamètre perpendiculaire d'un peu plus d'un pouce, et un pouce et demi de longueur, de l'angle interne de l'orbite jusqu'à la pupille, qui est déplacée. Elle semble occuper la plus grande partie de l'orbite et a poussé l'œil en avant et en dehors, de sorte que l'œil est lâche et pendant, et paraît tout à fait en dehors du bord extérieur de l'angle externe de l'orbite. Le nerf optique et les muscles ont été considérablement allongés, à peu près d'un pouce. Toutefois la malade peut encore distinguer les objets avec cet œil, quoique sa vue soit fort affaiblie, et elle éprouve de la douleur du côté de la tumeur.

2 décembre. Persuadé que l'examen n'entraînait aucun danger, et qu'il pouvait produire d'heureux résultats, je résolus de m'assurer de la nature de la tumeur, qui, quoique dure, paraissait un peu fluctuante. Dans ce but, je fis à travers la paupière supérieure une incision horizontale d'un pouce environ de longueur, et suivant le plus grand diamètre de la tumeur. Celle-ci mise à nu, après qu'on eut écarté les lèvres de la plaie, fut reconnue une pièce osseuse, couverte seulement de téguments normaux, et d'une mince membrane ressemblant assez au périoste, et à laquelle elle était faiblement adhérente. Aucune partie des os de l'orbite n'était dénudée, et quoiqu'on ne pût bien déterminer comment elle adhérait aux parties adjacentes, la tumeur restait ferme et immobile malgré les efforts considérables faits pour la détacher et l'extraire.

La plaie produite par l'incision ne guérit pas, elle conserva à peu près la même étendue, donnant issue à une petite quantité de matière non purulente et non fétide. L'os continua à augmenter de volume; l'œil fut toujours poussé hors de sa position normale, mais la vue fut un peu conservée, et la jeune fille jouit d'une parfaite santé. Enfin, vers la fin de septembre 1803, l'os fut affecté de carie,

il se ramollit en faisant un peu saillie en avant. J'essayai de l'extraire en pratiquant avec un petit scalpel une incision autour des bords de la plaie ancienne, pour détruire les adhérences, et en saisissant une bonne portion de la tumeur avec une forte paire de forceps. Une première tentative échoua, mais une seconde, faite quelques jours après, réussit, et je parvins à extraire sans beaucoup de difficultés un morceau d'os de forme oblongue pesant 1 once 2 drachmes, long de 1 pouce 1/2, d'une circonférence de 2 pouces 5/8, dur, solide, et très-lisse.

La pupille a repris en grande partie sa situation normale. La malade a complétement recouvré la vue de l'œil gauche, qui est à peine maintenant plus sensible que l'autre à l'action du feu et de la lumière, soit à la fixation de quelque objet. La seule différence qu'on puisse percevoir est qu'il commence à pleurer le premier. (*Middlemore*, t. II, p. 601.)

Il manque à l'observation, pour être complète, d'indiquer, ce que nous trouverons dans les observations ultérieures, l'état de l'os sur lequel était implantée la tumeur. On verra en effet que Lucas, Lenoir et moi-même, après l'extirpation d'une exostose située dans le même point et ayant les mêmes caractères anatomiques, ayant porté le doigt dans le fond de la plaie, avons trouvé une cavité tapissée par une membrane veloutée, lisse, qui n'était autre que la muqueuse du sinus frontal dans la cavité duquel s'était développé primitivement le néoplasme. Faisant remarquer qu'ici encore, comme dans les cas de Brassant et de Sporing, c'est l'inflammation périphérique provoquée par l'incision exploratrice faite un an avant qui avait mobilisé la tumeur, en détruisant ses adhérences, et préparé ainsi le succès de l'opération de l'extraction par le forceps.

Jusqu'ici, on remarquera qu'il n'a pas été question d'anatomie pathologique; car, excepté dans le cas de Bordenave, aucun auteur n'a jugé à propos d'entrer dans quelques détails sur la situation de l'exostose.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 15 mars 1871. — Présidence de M. Alph. Guérin.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et approuvé.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

— La *Gazette hebdomadaire*.

— Le dernier numéro du *Bulletin de thérapeutique*.

— Le dernier numéro comprenant les mois d'octobre, novembre et décembre 1870 des *Archives générales de médecine*.

— Les nos 1 et 2 pour 1870 du *Marseille médical*.

— *De la transfusion du sang défibriné*, par le docteur de Bellina.

— *Biographie du docteur Coindet*, par le docteur Didiot, médecin principal.

— *Traité élémentaire de pathologie externe*, par Follin et Duplay; 4e fascicule du tome III.

— *Des résultats cliniques et scientifiques obtenus avec les injections sous-cutanées de sublimé dans l'étude de la syphilis*, par M. Liégeois.

Des remercîments seront adressés à nos collègues MM. Duplay et Liégeois.

M. Tarnier. Dans sa dernière séance, la Société a décidé que la lettre de M. Deguise serait imprimée dans notre bulletin; je demande en outre que le manuscrit de cette lettre soit déposé dans nos archives, pour y servir de preuve de conviction.

M. Blot. J'appuierai volontiers la proposition qui consiste à faire imprimer la lettre de M. Deguise et à en conserver le manuscrit dans nos archives, mais peut-être serait-il bon, avant de donner suite à cette détermination, d'attendre que nous ayons reçu de M. Deguise lui-même quelques explications détaillées sur les événements qui ont accompagné la mort de M. Deguise père.

MM. Labbé et Depaul se rangent à l'avis émis par M. Blot, d'autant mieux que plusieurs journaux politiques ou scientifiques ont attribué la mort de M. Deguise père à une fatigue excessive.

M. Boinet. Si quelques journaux ont attribué la mort de M. Deguise père à la fatigue, d'autres ont nettement dit qu'il avait été assassiné par les Prussiens; parmi ces derniers journaux, je puis citer le *Journal des Débats*.

M. Alphonse Guérin. La sincérité de la lettre de M. Deguise ne peut pas être suspectée, et je pense qu'il n'y a pas lieu de donner suite aux restrictions exprimées par plusieurs de nos collègues.

M. Blot. Jamais je n'ai eu la pensée de mettre un seul instant en doute la sincérité de la lettre de M. Deguise; mais un fils qui apprend la mort de son père, survenue pendant l'occupation du pays par une armée ennemie, serait bien excusable d'écrire, sous l'impression d'un premier mouvement d'indignation, une lettre dans laquelle le sens grammatical des mots serait au delà de sa pensée. C'est sous l'impression d'une indignation semblable que dans la dernière séance j'ai voté pour l'impression de la lettre de M. Deguise dans nos Bulletins.

M. Trélat. La Société de chirurgie a reçu communication de la lettre de M. Deguise; elle a voté son impression dans la séance précédente; c'est un fait acquis sur lequel il ne faut pas revenir.

M. Guyon appuie l'opinion exprimée par M. Trélat.

La Société décide que la lettre de M. Deguise sera imprimée et que le manuscrit en sera déposé dans les archives de la Société.

PRÉSENTATION DE PIÈCES ANATOMIQUES

Tumeur adénoïde du sein. M. Liégeois présente une énorme tumeur adénoïde du sein, en donnant les détails complets de l'observation :

Observation. — Mme C. D., cordonnière, âgée de 49 ans, est entrée à l'Hôtel-Dieu le 6 mars 1871, dans le service de M. Laugier, remplacé alors par M. Liégeois. Elle porte une tumeur qui a envahi tout le sein gauche.

Cette femme a eu deux enfants; ses couches se sont très-heureusement faites. Lors de la première, son sein gauche fut atteint d'un phlegmon qui se termina par résolution. A partir de cette époque, ce sein conserva toujours un développement un peu plus considérable que l'autre. Mais depuis quatorze mois cette femme s'aperçut qu'il prenait des dimensions de plus en plus considérables. Avec le développement excessif de cet organe survint un affaiblissement général de la malade, qui, à deux reprises différentes, se traduisit par des syncopes.

Actuellement, cette femme est dans l'état suivant : elle est très-amaigrie; son teint est pâle, mais non cachectique; la langue est rouge, sèche; la peau chaude. La malade accuse de temps à autre un peu de fièvre, la soif est assez vive.

Le sein gauche possède un volume énorme. Il est pyriforme et a les dimensions de la tête d'un adulte. Il mesure en hauteur 31 centimètres, dans son plus grand diamètre 54 centimètres. La tumeur est pédiculée, le pédicule étant formé par la peau et le tissu cellulaire des parties qui avoisinent le sein, parties distendues par le poids de la masse morbide. Elle est indolente à la pression, elle n'est le siége non plus d'aucune douleur spontanée.

Le poids seul de cette tumeur incommode la malade par le tiraillement qu'elle détermine sur son pédicule; pour y échapper, celle-ci la soutient par une serviette quand elle est debout ou la place sur un coussin quand elle est couchée. La peau n'est le siége d'aucune coloration anormale, sa texture paraît intacte; elle glisse avec la plus grande facilité sur les parties sous-jacentes. Le mamelon est complétement effacé, et sa présence n'est accusée que par quelques plis peu saillants, desquels, quand on les comprime, on voit s'échapper une certaine quantité de liquide blanchâtre opaque. Ce liquide, vu au microscope, contient exclusivement des globules de lait de dimensions variables et en grande quantité. La palpation démontre que cette peau saine coiffe une énorme tumeur à bosselures nombreuses, ici très-dures, là molles et élastiques, dans de rares endroits fluctuantes. A la base de la tumeur, ces bosselures sont aussi nettement circonscrites qu'à sa surface et sont parfaitement distinctes du tissu cellulaire sous-jacent. L'exploration de l'aisselle fait reconnaître un petit ganglion ovoïde et se dirigeant vers le sein, mais sans aucune induration et jouissant d'une grande mobilité.

L'opération qui fut faite le 10 mars ne présenta rien de particulier à signaler, si ce n'est le nombre et le volume considérables des artères qui alimentaient cette tumeur.

A l'examen de celle-ci, fait après l'exploration, il est facile de reconnaître, même à l'œil nu, tous les caractères d'une dégénérescence adénoïde, dans laquelle le tissu fibreux et le tissu glandulaire semblent répartis en proportion à peu près égale, mais non d'une manière uniforme, sur les divers points de la tumeur. Elle est composée d'une trentaine de lobes de volume très-variable, depuis celui d'une noisette jusqu'à celui d'une grosse pomme. Tous ces lobules sont à la fois unis et séparés par des traînées plus ou moins épaisses de leurs tissus cellulaires. Tous sont à la coupe durs, résistants, criant sous le scalpel. Dans certains endroits seulement, on constate quelques points ramollis. Leur couleur est en général blanc jaunâtre; si on cherche à exprimer leur tissu, on ne fait sourdre aucun suc.

Ici la surface de la coupe est uniformément lisse et ressemble exactement à celle d'un corps fibreux de la matrice; là, la surface, quoique lisse dans la plus grande partie de son étendue, est parsemée de petites saillies granuleuses en quantité plus ou moins considérable; ailleurs la surface est granuleuse dans toute son étendue; en promenant son doigt sur elle, elle donne partout une sensation de rugosités. Enfin on rencontre dans un grand nombre de points des kystes de toutes dimensions jusqu'à celle d'un œuf de poule. Les uns ne contiennent que du liquide visqueux, transparent, blanchâtre ou jaunâtre. Mais d'autres sont remplis de masses granuleuses, distinctes de la face interne du kyste, à laquelle elles sont reliées par un pédicule ramifié, ce qui donne à ces masses l'aspect d'un chou-fleur. Disons aussi que dans cinq ou six points on constate de petits kystes, gros seulement comme une lentille, remplis de lait.

Au microscope on reconnaît, aussi bien qu'à l'œil, tous les caractères de l'adénoïde. Ici du tissu fibreux prépondérant : fibres de tissu cellulaire, corps fibro-plastiques, noyaux embryo-plastiques. Là, du tissu glandulaire : culs-de-sac excessivement nombreux, à parois amorphes présentant un simple ou un double contour, et remplies d'épithélium nucléaire.

Nulle part on ne trouve, même dans les points qui ont subi un travail de ramollissement, de traces de cellules ou de noyaux cancéreux.

L'intérêt de cette tumeur me paraît porter sur trois points différents : 1° sur son volume et son poids exceptionnels pour des tumeurs adénoïdes : ce dernier était de 2 kil. 880 gr.; 2° sur la rapidité de son développement : quatorze mois ont suffi pour lui permettre d'atteindre un pareil développement; 3° enfin sur la dégénérescence adénoïde complète du sein. En règle très-générale, celle-ci ne porte que sur quelques lobes de la glande mammaire, mais dans le cas actuel, aucun ne l'avait échappé.

M. Larrey. La tumeur qui nous est présentée aujourd'hui par M. Liégeois me rappelle une tumeur analogue présentée par moi il y a 15 ou 20 ans. Il s'agissait aussi d'une tumeur adénoïde, néanmoins elle a récidivé.

M. Liégeois. La rapidité du développement de la tumeur chez ma malade pouvait faire penser à un cancer, mais les autres caractères étaient si tranchés que le doute n'était pas permis; c'était bien réellement une tumeur adénoïde. L'avenir prononcera sur la récidive.

M. Marjolin. Il y a 21 ans, j'ai enlevé une tumeur analogue pour le volume et la rapidité du développement, mais elle paraissait être de nature cancéreuse; cependant elle n'a pas récidivé.

A quatre heures et demie, la Société se forme en comité secret.

Le vice-secrétaire annuel : S. Tarnier.

DOCUMENTS

POUR SERVIR A L'HISTOIRE DU MOUVEMENT SCIENTIFIQUE PENDANT LE SIÉGE DE PARIS (1).

13 JANVIER.

XXIII. **Protestation.** — L'institution nationale des Jeunes-Aveugles, sise boulevard des Invalides, est un vaste bâtiment isolé, parfaitement visible à l'œil nu des hauteurs de Châtillon et de Meudon. Ce bâtiment, hospitalisant 200 blessés et malades militaires, et surmonté du drapeau de la convention de Genève, a été hier, 12 janvier, vers trois heures de l'après-midi, par un temps clair, visé et atteint par les canons prussiens. Plusieurs projectiles ont d'abord sifflé sur l'édifice et dans le voisinage; puis, le tir ayant été rectifié, deux obus ont, coup sur coup, effondré l'aile gauche du bâtiment en blessant trois malades et deux infirmiers. Des malheureux atteints de fluxion de poitrine et de fièvre typhoïde ont dû être transportés dans les caves.

Le personnel médical de l'institution proteste, au nom de l'humanité, contre ces actes de barbarie, accomplis systématiquement par un ennemi qui ose invoquer Dieu dans tous ses manifestes.

Drs Romand, inspecteur général des établissements de bienfaisance, directeur de l'institution; — Lombard, médecin en chef de l'institution; — Désormeaux, chirurgien en chef; — Mène, médecin traitant; — Hardy, médecin traitant; Claisse, médecin traitant et médecin adjoint de l'institution; — Bachelet, aide-major.

XXIV. **Protestation.** — Le bombardement continue toujours contre les hôpitaux si nombreux de la rive gauche. Le drapeau de la convention de Genève flotte sur leurs clochers; mais, loin de les protéger, il semble servir de point de mire aux batteries prussiennes.

A l'hôpital du Midi, situé boulevard de Port-Royal, près du Val-de-Grâce, les projectiles tombent journellement. Dans une de nos divisions, remplie de vieillards infirmes et de fiévreux civils ou militaires, les obus ont tué un malade, quatre ont été plus ou moins grièvement blessés.

Si contre un système de guerre implacable et sans précédents les protestations sont inutiles, il faut du moins que toutes ces atrocités, froidement calculées, soient connues et vouées à l'exécration de tous.

Quant à la situation des malades, elle devient de plus en plus intolérable. Il est urgent d'y mettre un terme en les évacuant sur la rive droite. Qu'on se figure le supplice de pauvres malheureux, privés de sommeil par les sifflements et les détonations des obus, et torturés par cette pensée qu'ils peuvent à chaque instant être tués ou mutilés dans les lits où les cloue la maladie!

Drs Charles Mauriac, de Saint-Germain, Simonnet, médecins des hôpitaux.

14 JANVIER.

XXV. **Protestation.** — Nous soussignés, médecins et chirurgiens de l'hôpital Necker, ne pouvons contenir les sentiments d'indignation que nous inspirent les procédés infâmes d'un bombardement qui s'attaque avec une préméditation de plus en plus évidente à tous les grands établissements hospitaliers de la capitale. Cette nuit, des obus sont venus éclater sur la chapelle de l'hôpital Necker, remplie momentanément de malades; c'est le point central et le plus élevé de ce grand hôpital, qui sert ainsi de point mire aux projectiles de l'ennemi. Ce n'est plus là de la guerre : ce sont les destructions d'une barbarie raffinée qui ne respecte rien de ce que les nations ont appris à vénérer. Nous protestons au nom et pour l'honneur de la civilisation moderne et chrétienne.

Drs Désormeaux, Guyon, Potain, Delpech, Laboulbène, Chauffard.

XXVI. **Alimentation.** — Les ressources commencent à s'épuiser; le pain se fait rare; et voici que le célèbre M. Gagne vient apporter un nouveau plan pour prolonger nos vivres.

On lit dans *l'Électeur libre* :

Nous recevons du docteur Gagne la lettre suivante, qui ouvre un nouveau jour sur les ressources alimentaires de la ville de Paris.

Pour bien comprendre l'abnégation patriotique de M. Gagne dans sa proposition de boucherie philanthropophagique, il faut noter que cet éminent publiciste, ayant dépassé la soixantaine, serait compris parmi les victimes et découpé en biftecks.

Espérons qu'ils seraient moins durs que ses vers!

A M. le rédacteur en chef de l'Électeur libre.

LA BOUCHERIE PHILANTHROPOPHAGIQUE.

O Paris, fais la boucherie
De la philanthropophagie!!
O Paris, pour vaincre le sort,
Mange tes fils prêts à la mort!!!

« Monsieur le citoyen rédacteur,

Paris est, aujourd'hui, le grand vaisseau de *la Méduse*, et va mourir sottement de faim!... Pour s'arracher aux griffes de la famine et faire remporter tous les triomphes, je demande, à grands cris, l'établissement de la *philanthropophagie*, c'est-à-dire la manducation fraternelle de l'homme par l'homme!

« Je demande que le Gouvernement rende un décret qui déclare que tous les hommes et les femmes âgés de plus de soixante ans seront mis à la *retraite de la vie*, et livrés à la boucherie humaine! J'ose espérer que le Gouvernement donnera l'exemple, *sans condition*

(1) Suite. — Voir le dernier numéro.

d'âge, et se sacrifiera glorieusement sur l'autel de la *philanthropophagie*. Tous ses membres ont mérité cet honneur suprême :

Le gouvernement provisoire,
Pour le bien qu'il nous a forgé,
Mérite, *tout entier*, la gloire
D'être philanthropophagé !

« Vous mettrez le comble à ma reconnaissance si, dans l'intérêt universel et du salut de ma patrie, vous voulez bien me faire l'honneur de publier cette courte lettre dans le généreux *Électeur libre*.

« Je réclame plus que jamais la proclamation du roi de Prusse comme président de la République universelle des peuples, réunis en un seul grand peuple universel de l'unité, qui seule peut tout sauver !

« J'ai l'honneur d'être, Monsieur, votre très-humble et très-respectueux serviteur,

« GAGNE. »

XXVII. **Ambulances.** — M. de Ranse continue sa visite aux ambulances.

Baraquements du Jardin des Plantes. — Ces baraquements, ceux du Luxembourg et ceux que les ambulances de la Presse ont fait construire à Passy dans la rue de la Pompe (nous n'avons pu visiter ces derniers qui attendent d'ailleurs encore des malades) sont faits sur le même modèle. Chaque baraque a la forme rectangulaire. Les parois sont doublées à l'intérieur de fort papier, afin d'empêcher l'air de pénétrer à travers les fentes des planches; dix fenêtres de chaque côté se font face; on entre et l'on sort par des portes placées aux extrémités du rectangle. Le plafond est plus élevé au milieu que sur les côtés, comme la voûte d'une église. La partie verticale de l'exhaussement porte de chaque côté un rang de fenêtres correspondant à celles que nous venons d'indiquer. L'intervalle qui sépare deux fenêtres est occupé par un lit. Il y a donc vingt lits par baraque. On a cherché avant tout, non sans raison, à obtenir une ventilation facile et un grand cubage d'air pour chaque malade, et ce double but a été atteint. Mais ce système n'en présente pas moins quelques sérieux inconvénients.

Le premier, et le plus important, c'est la difficulté, ou plutôt l'impossibilité de maintenir la température à un degré suffisamment élevé. Dans plusieurs des baraques que nous avons visitées, il n'y avait que 0°; dans celles où il faisait le plus chaud, le thermomètre ne marquait que 4 ou 5° au-dessus de zéro. La température extérieure était à ce moment de — 4°. L'inconvénient que nous signalons tient à la construction même des baraquements et à la manière dont sont disposés les poêles et les calorifères.

Dès le principe, le plancher des baraques reposait sur de simples piliers de 4 ou 5 décimètres de hauteur environ. C'était excellent pour éviter l'humidité du sol, mais le vent s'engouffrait sous le plancher et faisait pénétrer par le joint des planches un air glacial. On a remédié à cette cause de froid en entourant les baraques de maçonnerie jusqu'à la hauteur du plancher.

Mais l'air froid ne vient pas seulement par en bas et par les cloisons : il vient encore par les fenêtres, qui sont aussi mal calfeutrées qu'elles sont nombreuses, et par le plafond, où rien n'a été fait pour s'opposer à son passage. Il est certain qu'en prenant à ces différents égards les précautions nécessaires, on élèverait de 2 ou 3 degrés au moins la température des baraques.

C'est surtout le mode de chauffage qui laisse à désirer. Chaque baraque est chauffée par deux poêles placés aux deux extrémités, et dont les tuyaux viennent se rejoindre au milieu. Ces poêles sont évidemment insuffisants pour un aussi grand espace, eût-on assez de combustible pour les maintenir à la chaleur rouge. Le système de chauffage que nous avons observé à l'ambulance américaine, et qui consiste à faire passer un conduit d'air chaud sous le plancher, dont les fentes servent de bouches de chaleur (sans préjudice d'ailleurs de celles qui existent), ce système, disons-nous, nous paraît bien préférable; il doit être plus économique, car un seul foyer peut suffire à plusieurs baraques; enfin, il donne d'excellents résultats, puisque nous avons constaté nous-même, sous les tentes, une température de 15 à 18°.

Il est, d'un autre côté, différentes sources de calorique qui, aux baraquements, sont complétement perdues. Aux extrémités de chaque baraque se trouvent plusieurs pièces dont une est consacrée aux cabinets d'aisance, une autre à la salle de bain. A côté de celle-ci est placé un calorifère destiné à chauffer et l'eau du bain et la salle. Or ce calorifère est séparé de l'intérieur de la baraque par une cloison, et son tuyau s'élève directement et perpendiculairement, de manière que toute la chaleur qu'il peut produire est entièrement perdue pour la baraque. Sans doute, c'est là une source de chaleur passagère, car on n'a pas toujours des bains à donner; mais comme il existe un calorifère par baraque, on aurait pu, par une autre disposition, en tirer un meilleur parti. On peut faire la même remarque à propos des fourneaux de la cuisine, dont la chaleur est loin d'être utilisée.

Si, tels qu'ils sont construits, les baraquements présentent des inconvénients pendant les grands froids, il est facile de prévoir qu'ils laisseront aussi à désirer pendant les fortes chaleurs. Ces cloisons en planche, ces fenêtres sans rideaux offriront un abri insuffisant contre un soleil ardent de juillet, et chaque baraque deviendra une véritable étuve.

Et cependant, nous le répétons, au point de vue de l'espace consacré à chaque blessé ou à chaque malade, au point de vue de l'aération et de la ventilation, enfin par le nombre relativement restreint des malades que chaque baraque doit contenir, ce système d'ambulance présente des avantages immenses sur nos hôpitaux et devra leur être préféré, en attendant les progrès incessants de l'assistance à domicile. Seulement ces baraquements ne sont bons que pendant les saisons tempérées; pour qu'ils puissent servir pendant les saisons rigoureuses, il faudra modifier leur aménagement, améliorer pendant l'hiver les procédés de chauffage, organiser pendant l'été des moyens protecteurs (double toit, par exemple) contre l'ardeur du soleil.

Les inconvénients que nous venons de signaler ne sont pas restés sans influence sur les malades ou les blessés. Nous disons malades et blessés, parce que les baraques du Jardin des Plantes, comme du reste celles du Luxembourg, avant leur évacuation, ont reçu des uns et des autres. On comprend facilement qu'un pneumonique ait de la peine à se rétablir dans un milieu dont la température est de 0° pendant le jour et de 3 ou 4° de froid pendant la nuit. Les blessés n'ont pas moins souffert, et, au Jardin des Plantes, on a observé plusieurs cas de tétanos que les chirurgiens de cette ambulance ont attribués à l'action du froid. Ce qui étonne davantage, c'est le développement de quelques cas, beaucoup plus rares, il est vrai, d'infection purulente. Un travail de M. Fort, que nous publierons prochainement, montre aussi que les baraques du Luxembourg n'ont pas été indemnes de cette complication si redoutable des plaies. Où faut-il, dans de semblables circonstances, en chercher la cause? Dans l'action du milieu, dans l'état de la plaie, dans les conditions du blessé, dans un contage venu du dehors, apporté par le chirurgien lui-même ou ses instruments, etc.? Que d'obscurité autour de cette question, malgré tant de travaux, malgré les discussions récentes! Les chirurgiens, où qu'ils exercent, et quelque peu de loisirs qu'ils aient, ont un devoir impérieux, celui de recueillir avec soin toutes les notes qui, réunies plus tard, pourront un jour contribuer à nous éclairer un peu sur la pathogénie, et, par suite, sur la thérapeutique de cet ordre d'accident qui fait véritablement le désespoir de la chirurgie.

14 JANVIER

XXVIII. **Mortalité.** — M. le docteur Vacher publie dans la *Gazette médicale* l'étude suivante :

LA MORTALITÉ A PARIS EN 1870.

La mairie centrale vient de publier le dernier bulletin hebdomadaire des décès pour 1870 : la statistique médicale peut dès à présent se mettre à l'œuvre et récapituler les pertes que nous avons faites dans l'année qui vient de finir. On nous a accusé dans les journaux politiques (1) d'être un prophète de malheur et d'avoir poussé un vain cri d'alarme, parce que, dans la *Gazette médicale* du 12 novembre dernier, nous avions avancé qu'en raison des rigueurs croissants de l'état de siége, la mortalité ne tarderait pas à s'accroître d'une manière inquiétante. Nous n'avons pas répondu à nos contradicteurs : Nous avons laissé aux faits le soin de faire la réponse : elle est terrible, et quelques pessimistes que fussent nos prévisions, elles se trouvent encore dépassées par la réalité. Nos pertes se chiffrent chaque semaine par un total de 3,500 décès : dans les quartiers pauvres, toujours les plus éprouvés, la mortalité est telle que les médecins de l'état civil peuvent à peine suffire à leur tâche journalière de la constatation des décès. Qu'on ne nous accuse pas de pousser au découragement : le passage incessant des corbillards dans les rues en dit plus et parle plus haut que nous ne saurions le faire dans cette feuille spéciale, et d'ailleurs la population de Paris est de celles qui savent entendre la vérité sans faiblesse : nous espérons aussi que ceux qui exercent l'autorité verront dans ces faits, s'ils arrivent à leur connaissance, un motif de plus de sortir sans délai d'une inaction plus meurtrière pour nous que le feu de l'ennemi; seul le déblocus peut arrêter le flot montant de la mortalité parisienne.

Le nombre des décès constatés du 1er janvier au 31 décembre 1870 s'élève à 73,581. Pour faire comprendre ce que ce chiffre a d'excessif, il suffira de rappeler que la proportion moyenne des décès, à Paris, est de 45,000 par an. Mais il y a une distinction à faire entre les décès survenus avant le siége et après le siége. Du 1er janvier au 19 septembre, jour où Paris a été investi, il est mort 42,608 personnes: durant les cent-quatre jours de siége écoulés entre le 20 septembre et le 31 décembre, on a constaté 30,973 décès : en autres termes, la période obsidionale est marquée par une mortalité deux fois et demie plus considérable. De prime abord on est tenté de porter au compte du siége, ou pour mieux dire des privations qu'il nous impose, cette élévation considérable du taux mortuaire : mais en examinant les choses de près, on ne tarde pas à se convaincre que cette mortalité excessive est la résultante de plusieurs causes très-diverses, dont quelques-unes sont étrangères, antérieures même à l'état de siége. Après le désastre de Sedan, et quand on apprit que les armées allemandes se préparaient à marcher sur Paris, le gouvernement de la défense nationale appela à Paris les mobiles de quelques départements : ces troupes, jointes à l'armée du Nord qui s'était repliée sur Paris, formaient un effectif d'environ 250,000 hommes, si l'on se base sur le chiffre des votes émis par l'armée de Paris au plébiscite du 3 novembre. En même temps les populations rurales de la Seine et des départements limitrophes se réfugiaient dans nos murs, à l'approche de l'ennemi, pendant que grand nombre de familles parisiennes s'échappaient en province : de ce double courant en sens inverse, il est résulté un mouvement qui a eu pour effet d'accroître le chiffre normal de la population de Paris. Un premier recensement opéré en octobre, à l'époque et à l'occasion du premier rationnement de la viande, avait donné pour la population civile comprise dans l'enceinte un total de 2,116,000 habitants : ce travail, fait à la hâte et sans contrôle par la garde nationale, péchait par excès : un second recensement opéré dans le cours de décembre par les contrôleurs des contributions a fourni un résultat beaucoup plus approché de la vérité, 2,005,709 habitants. Constatons en passant ce fait qui ne surprendra personne que ce recensement, comparé à celui de 1866, accuse une diminution d'environ 20,000 habitants dans les six arrondissements les plus riches de Paris, tandis que la population de six autres arrondissements pauvres se trouve accrue de 157,000 habitants.

Ainsi la population civile et militaire de Paris en décembre 1870 était de 2,255,000 individus, en augmentation de près d'un quart sur celle qui fut recensée en 1866. Or, dans une population accrue par une cause quelconque, la mortalité, toutes choses égales d'ailleurs, doit naturellement subir une augmentation proportionnelle : première cause indépendante de l'état de siége; d'un autre côté, il importe de faire remarquer que c'est cet élément étranger à la population qui a payé le plus lourd tribut aux maladies et à la mort. Je ne crois pas exagérer en disant que les quatre cinquièmes des décès occasionnés par les épidémies régnantes ont porté sur la partie exotique de l'agglomération parisienne.

En second lieu, la variole qui a été si meurtrière préexistait à l'état de siége, qui lui a, il est vrai, imprimé une activité nouvelle. 10,456 personnes sont mortes de petite vérole en 1870 : sur ce nombre 5,168 sont mortes avant l'investissement, et 5,288 pendant le siége. La mortalité moyenne annuelle occasionnée par cette maladie est de 510 décès.

Je me propose de relever ici quelques-unes des circonstances remarquables de l'épidémie. Sur les 5,168 décès survenus avant le siége, je trouve 83 personnes âgées de plus de 60 ans, parmi lesquelles sept avaient 80 ans ou plus, ce qui réfute la croyance répandue dans le monde qu'au-dessus d'un certain âge on est à l'abri des atteintes de la petite vérole. A l'autre extrémité de la vie, je constate 117 décès d'enfants âgés de moins de 1 mois, ce qui réfute également la théorie professée par certains accoucheurs des deux sexes, sur l'immunité dont des nouveau-nés jouiraient en temps d'épidémie de variole, immunité illusoire sur laquelle on s'appuie pour déclarer inutile et même dangereuse la vaccination dans le premier mois de la naissance : en présence des démentis formels de la statistique, ne nous lassons pas de répéter qu'en temps d'épidémie il faut vacciner les nouveau-nés dès la naissance.

Les quartiers pauvres et à population dense ont été les plus éprouvés par le fléau : ainsi les dixième, onzième et dix-huitième arrondissements, durant les neuf premiers mois de l'année, les seuls pour lesquels nous ayons des relevés complets, présentent un chiffre de 1,567 décès par variole, tandis que trois autres arrondissements classés parmi les plus riches, le premier, le huitième et le neuvième n'ont eu dans le même temps que 511 décès. Une autre particularité digne de remarque, c'est que pour la variole, la mortalité a été considérablement plus grande à domicile que dans les hôpitaux : ainsi sur 2,848 décès enregistrés durant les six dernières semaines, on en trouve 2,090, plus des deux tiers à domicile. Entre tous les établissements hospitaliers, la Salpêtrière et Lariboisière se font remarquer par le grand nombre des décès varioliques. Ce n'est pas là un fait purement fortuit; il tient à une cause que j'ai signalée dans une précédente revue sanitaire, à savoir la transmission de la variole par le lavage ou la simple manipulation de linge ayant servi à des varioleux : j'ai cité entre autres ce fait si curieux du rayonnement de l'épidémie autour de Paris, dans les localités comme Sèvres, Meudon, Levallois où s'exerce l'industrie du blanchissage du linge parisien. Eh bien! les deux hôpitaux cités plus haut se trouvent précisément dans des conditions identiques. La Salpêtrière a une buanderie modèle où est centralisé le service de blanchissage du linge de presque tous les hôpitaux de Paris : il y a exception pour Lariboisière, où le linge est lavé sur place. Dans ces deux hôpitaux l'épidémie a sévi avec une violence proportionnée à l'intensité du foyer infectieux. En sept semaines la Salpêtrière a enregistré 130 décès par variole, et Lariboisière 85. De pareils faits accusent hautement la direction de l'Assistance publique ou celle des hôpitaux.

Au lendemain du 4 septembre, nous avons des premiers réclamé, au nom de la science et de l'humanité, le remaniement de l'état-major de l'Assistance publique. Son chef, remplacé d'abord, puis réintégré, fut finalement jeté par-dessus bord, devant le déchaînement de l'opinion publique. Aujourd'hui, nous insistons pour un remaniement radical, et nous demandons que la direction des hôpitaux soit confiée à des médecins. La mesure a été prise pour l'hospice des Quinze-Vingts; il faut qu'elle soit étendue à tous les autres établissements hospitaliers. Les directeurs actuels ne sont que des doublures des économes, des gens aptes tout au plus à surveiller la cuisson d'un rôti. En Allemagne, en Angleterre, les hôpitaux sont dirigés par les médecins : il faut qu'il en soit de même en France. Un médecin seul a qualité pour examiner et résoudre les questions scientifiques que soulève incessamment l'administration d'un hôpital.

Aux causes de mortalité qui ont agi indépendamment de l'état de siége, ajoutons les rigueurs d'un hiver exceptionnel, aggravées encore par la pénurie du bois. Sous l'influence d'une température qui s'est abaissée jusqu'à 12 degrés sous zéro, les affections des voies respiratoires, qui sont en relation étroite avec les variations thermométriques de l'atmosphère, se sont multipliées au point qu'on a constaté dans le mois de décembre 772 décès par bronchite et 621 par pneumonie, ce qui est le double de la moyenne observée dans ce mois. Les bulletins mortuaires ont enregistré des cas assez nombreux de congestion cérébrale *à frigore*. Mais les effets les plus remarquables de cet abaissement anormal de la température ont été observés sur les soldats campés dans la plaine d'Aubervillers, dans la nuit glaciale du 24 au 25 décembre, et ces effets se sont traduits par des congélations partielles des extrémités inférieures. Sous ce rapport, on peut dire que cette nuit a été aussi meurtrière pour nous que l'engagement qui l'a précédée; car elle nécessita le transport à l'hôpital de plus de 600 soldats atteints de froidure. Les ambulances du dix-neuvième arrondissement, très-rapprochées de cette plaine, reçurent un grand nombre de ces soldats. Comme directeur général de ces ambulances, j'ai pu observer les effets très-divers et très-remarquables du froid sur l'économie. Il résulte de toutes mes observations que la gravité des lésions produites (et il y en a de fort graves) dépend bien moins de l'intensité du froid que de la durée de l'exposition à l'air extérieur, et surtout de la constitution du sujet. Un froid de 10 à 12 degrés agissant pendant quelques heures et pendant l'état de sommeil, sur un sujet lymphatique, à circulation capillaire paresseuse et produisant peu de chaleur, peut déterminer une congélation des extrémités inférieures au troisième et même au quatrième degré, comme on en voit un exemple à l'ambulance de l'école des garçons de la mairie sur un jeune soldat, présentant le type que je viens d'indiquer et qui est menacé de gangrène des orteils. Il avait passé la nuit sous la tente côte à côte avec trois autres soldats plus vigoureux que lui et qui n'ont eu que des accidents insignifiants. Je suis convaincu qu'à raison de cette circonstance prédisposante, l'armée allemande, où abondent les tempéraments lymphatiques, a dû être plus éprouvée que la nôtre, et qu'il n'y a rien d'exagéré dans le chiffre de 1,200 soldats atteints donné par quelques journaux.

(*A suivre.*)

(1) *L'Univers* du 6 décembre, le *Siècle* du 7 décembre 1870.

CONCOURS.

Hospices civils de Lyon. — Par suite du renvoi prononcé dans sa séance du 25 juillet 1871, le Conseil d'administration des hospices fait savoir que le lundi 29 janvier 1872, à huit heures du matin, il sera ouvert à l'Hôtel-Dieu un concours public pour deux places de médecin.

Le concours ainsi renvoyé avait été primitivement fixé au 4 novembre 1871.

Hospices civils de Saint-Étienne. — L'Administration des Hospices civils de Saint-Étienne fait savoir que le lundi 18 décembre 1871, à 8 heures du matin, il sera ouvert, à l'Hôtel-Dieu de Lyon, un concours public pour deux places de chirurgien.

Le Concours aura lieu devant le Conseil d'administration, assisté d'un jury médical, et se composera de cinq épreuves, savoir :

Le lundi : Question d'anatomie et de physiologie, à traiter de vive voix.

Le mardi : Question d'accouchement à traiter par écrit; lecture des mémoires en séance publique.

Le mercredi : Question de chirurgie et de médecine opératoire, à traiter de vive voix. Les concurrents pratiqueront sur le cadavre une opération chirurgicale.

Le jeudi : Examen clinique d'un malade atteint d'une affection chirurgicale, choisi par le Jury.

Les candidats liront, en séance publique, une consultation écrite sur les symptômes, le diagnostic, le pronostic et le traitement de la maladie par eux diagnostiquée.

Le vendredi : Examen clinique d'un malade atteint d'une affection chirurgicale, choisi par le Jury.

Les candidats émettront de vive voix, en séance publique, leur opinion sur les symptômes, le diagnostic, le pronostic et le traitement de la maladie soumise à leur appréciation.

La question à traiter dans chaque séance sera la même pour tous les concurrents; un d'entre eux, désigné par le sort, la tirera de l'urne dans laquelle auront été jetées les questions adoptées par le Jury.

Conditions d'admission au concours : — 1° Au jour fixé pour le Concours, les candidats devront avoir deux années de pratique comme docteur. Toutefois, cette condition n'est pas obligatoire pour ceux qui auraient fait, après une nomination au concours, pendant trois ans et à la satisfaction de l'administration, le service d'élève interne dans les hôpitaux de Paris, Lyon, Montpellier et Strasbourg.

2° Tout médecin étranger est admissible au Concours, si indépendamment des conditions exigées par le précédent article il exhibe son diplôme et justifie qu'il a obtenu du gouvernement l'autorisation d'exercer la médecine en France.

3° Les candidats sont tenus de se faire inscrire, quinze jours au moins avant le 18 décembre 1871, au secrétariat général de l'Administration des hospices civils de Saint-Étienne, rue Valbenoite, n° 40, et d'y déposer leur diplôme de docteur, ainsi qu'un certificat de moralité récemment délivré par le maire de leur résidence.

Tout candidat qui se présentera en invoquant le titre d'interne sorti de l'un des hôpitaux civils ci-dessus désignés devra justifier, en outre, par pièces émanées de l'administration de cet hôpital, qu'il a été nommé interne au concours et qu'il en a fait le service pendant trois ans au moins, à la satisfaction de ladite administration.

4° Avant de concourir, chaque candidat prendra connaissance des règlements relatifs au service médical dans les hospices civils de Saint-Étienne, et sera réputé de plein droit s'être engagé, en cas de nomination, à se conformer à tous ces règlements et à tous autres que l'Administration jugerait convenable d'adopter pour le bien du service.

Les candidats pourront déposer au secrétariat leurs titres scientifiques, manuscrits ou imprimés, concernant la médecine ou la chirurgie, et, s'il y a lieu, une note de leurs services.

Ces documents seront mis sous les yeux de MM. les jurés.

Entrée en exercice et honoraires. — Les deux chirurgiens qui seront nommés à la suite du concours entreront en exercice, savoir : le premier en rang immédiatement, et le second le 1er octobre 1872. Le traitement est de 1,000 francs par année.

CHOLÉRA. — On lit dans le *Siècle* :

« Le gouvernement anglais a envoyé, la semaine dernière, à Hull, un inspecteur supérieur du conseil d'hygiène, pour examiner l'état sanitaire des navires qui arrivent des ports russes de la Baltique. Il a été constaté qu'il y a eu sur ces bâtiments, pendant la traversée, plusieurs cas de choléra. En conséquence, l'autorité a fait ordonner pour ces navires de sévères mesures, afin d'éviter la propagation de l'épidémie. Nous espérons qu'on prend en France des précautions analogues à l'égard des bâtiments de même provenance. »

— La Société de médecine de Paris tiendra sa prochaine séance le vendredi 18 août 1871, à 3 heures 1/2 précises, à la Préfecture de la Seine (Palais du Luxembourg), salle de la Commission de répartition des contributions.

Ordre du jour : 1° Question financière;

2° Vote sur les candidatures de MM. Onimus et Gillebert d'Hercourt;

3° Communications diverses.

— M. le docteur Coursserant a repris, le 5 août, ses Conférences cliniques sur les Maladies des yeux, et les continue les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine, à son Dispensaire, 19, rue Paillet.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois.. 8 fr. 50 c.
Six mois. . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 16 août 1871.

CLINIQUE CHIRURGICALE DE LA CHARITÉ.

M. GOSSELIN.

Abcès du canal médullaire du fémur chez un amputé de la cuisse. — Résection.

(Observation rédigée par un élève du service, et revue par le professeur).

M. Gosselin a eu, ces jours derniers, l'occasion de montrer aux élèves qui suivent sa clinique un exemple rare d'hypérostose du corps du fémur, avec agrandissement considérable du canal médullaire, formation incessante et séjour du pus dans ce canal médullaire agrandi.

Le malade avait été amputé de la cuisse droite à la Charité annexe, par M. Lannelongue, trente-deux jours auparavant, pour une tumeur blanche du genou. Aucun accident sérieux n'était survenu. Mais la cicatrisation ne se faisait pas, et l'on voyait à la surface de la plaie, vers son centre, une large ouverture à contours osseux par où s'échappait une notable quantité de pus. Le doigt index, conduit par cette ouverture, pénétrait avec facilité à cinq ou six centimètres de profondeur, et constatait la présence d'un canal rigide tapissé par une surface tomenteuse, dont la consistance rappelait celle d'une membrane muqueuse.

Il était évident que cette cavité n'était autre que le canal médullaire très-agrandi, et qui, après avoir été le siége de l'ostéomyélite suppurante, si commune chez les amputés, avait perdu son contenu médullaire et s'était dilaté par suite d'un travail de résorption.

Après en avoir conféré avec M. Huguier, momentanément chargé du service dans lequel avait été reçu le malade, M. Gosselin s'était, de concert avec son éminent collègue, arrêté à l'opinion que la résection serait tôt ou tard nécessaire, mais qu'il n'y avait aucun inconvénient à attendre le jour prochain où M. Lannelongue devait reprendre la direction du service.

Sur ces entrefaites, le 8 août, le malade fut pris d'une hémorrhagie tardive de la crurale pendant la visite même. M. Gosselin, trouvant des difficultés à pratiquer la ligature dans la plaie même à cause de la rétraction de l'artère dans une gaîne fibreuse très-résistante, proposa au malade la résection, qui fut faite séance tenante.

En examinant la pièce, qui a été divisée en deux parties par un trait de scie vertical, on a vu : 1° le canal dont il a été question plus haut, qui a six centimètres de long et un calibre assez grand pour recevoir le doigt indicateur, et qui est tapissé par une membrane grisâtre et lisse qui est la membrane pyogénique ; 2° la paroi de ce canal, qui est formée par une substance compacte beaucoup plus épaisse et plus dense que dans l'état normal, de sorte que nous avons tout à la fois une ampliation du conduit médullaire par suite de la résoption qui s'est opérée au dépens de sa surface interne à une époque que nous chercherons à déterminer ; 3° au-dessus de la grande cavité longitudinale une disparition absolue du canal médullaire, qui est remplacé d'abord par une substance osseuse très-dense et très-éburnée, ensuite par un tissu spongieux à mailles extrêmement serrées, entouré d'une substance compacte également très-dense et épaisse.

Il y a donc sur cette pièce une dilatation excessive de ce qui reste du canal médullaire et augmentation de la quantité de substance osseuse, avec condensation de cette substance au niveau du tissu compact. En un mot, il y a eu sur ce fémur une ostéite générale suivie de ces deux effets qui avaient fait adopter par Gerdy les dénominations *d'ostéite raréfiante* et *d'ostéite condensante.* L'ostéite raréfiante a eu pour résultat l'ampliation du canal médullaire, et l'ostéite condensante, l'hypérostose remarquable dont nous venons de voir les détails. La suppuration était fixée au niveau des points qui avaient été le siége de l'ostéite condensante. Elle continuait où elle avait repris naissance, dans la partie raréfiée ou canal médullaire agrandi.

Il restait à se demander à quelle époque remontent ces diverses lésions. Tout d'abord, ayant appris que le malade, âgé de 54 ans, avait été amputé pour une tumeur blanche du genou, et n'ayant pas eu d'autres renseignements, nous avons pu croire qu'elles étaient consécutives à l'opération ; mais en interrogeant de nouveau le malade, nous avons appris qu'il avait eu la cuisse malade à l'âge de 21 ans, qu'à cette époque des abcès successifs s'étaient développés, que des esquilles et des sequestres avaient été expulsés par des ouvertures fistuleuses, que ce mal avait duré plusieurs années, et qu'enfin la guérison s'était faite en laissant un os beaucoup plus gros que celui du côté opposé.

Il n'y a donc pas à douter que ce sujet ait eu, pendant son adolescence, une de ces ostéites complexes qui ne sont pas limitées au périoste, comme l'indique la dénominatiou de périostite phlegmoneuse diffuse employée par plusieurs contemporains, mais qui occupent tout à la fois le périoste, la substance médullaire et le tissu compact; que les lésions actuellement observées ont été la suite de cette ostéite complexe, et que la tumeur blanche et la suppuration de la cavité médullaire se sont ajoutées à ces anciennes lésions.

SUR LES EXOSTOSES DE LA FACE (1)

Par M. RICHET.

Voici une observation complète, publiée presque à la même époque, 1805, qui comble enfin cette lacune. Elle est due à Lucas, et comme elle est un peu longue, je vais la résumer, en insistant sur ce qu'elle a d'essentiel.

Une fille âgée de 28 ans reçut un coup de corne de vache dans l'angle supérieur et interne de l'orbite gauche, presque sur la suture transversale, est-il dit. Très-peu de jours après apparaît une tumeur en ce point qui grossit insensiblement, de sorte que huit mois après, lorsque Lucas l'examina, elle avait un peu plus d'un pouce dans son diamètre vertical. Elle était recouverte par la paupière supérieure, très-dure, de forme ovale, légèrement aplatie, et s'étendant horizontalement de l'angle interne de l'orbite vers le globe de l'œil droit déplacé, suivant une ligne d'un pouce et demi. Elle paraissait occuper la plus grande partie de l'orbite et en avait chassé l'œil qui *pendait librement* au dehors. Il y avait très-peu de douleur, soit spontanée, soit au toucher.

On pratiqua une incision qui, après avoir traversé la paupière supérieure, mit à découvert la tumeur, recouverte par une *membrane mixte analogue au périoste.* On essaya alors, mais vainement, malgré les plus grands efforts, d'ébranler la tumeur ; on ne put découvrir son point d'attache au squelette. L'opération fut abandonnée, et une année après, l'incision n'était pas cicatrisée. La tumeur avait continué à grandir, l'œil était de plus en plus chassé hors de l'orbite, la vision se maintenait encore ; c'est alors que le chirurgien, ayant constaté que la tumeur se cariait et devenait un peu mobile, agrandit l'incision première, saisit l'exostose avec une forte pince, l'ébranla, et finalement l'entraîna sans hémorrhagie. La cavité d'où avait été extrait ce corps était tapissée par une membrane solide, parfaitement lisse partout, excepté au point où il y avait des inégalités. On ne put découvrir aucune perforation ni communication avec les parties environnantes, soit avec la sonde, soit avec le doigt, et la tumeur, est-il dit, n'avait ni carnation, ni adhérence avec les os qui l'avoisinaient.

En mars 1805, deux ans après l'opération, lorsque l'observation fut publiée, la plaie n'était pas encore fermée, et la cavité restait ouverte jusqu'à la profondeur de deux pouces ; mais la santé était parfaite ; l'œil avait repris sa place, et la vision était presque complétement revenue. Le *morceau d'os* enlevé était de forme oblongue, pesant un ou deux gros, long d'un pouce et demi et de deux pouces cinq huitièmes de circonférence, dur, solide et assez lisse. Le docteur Duncan jeune en a donné deux figures et l'a analysé. Sa forme, telle qu'il l'a représentée, est fort irrégulière et ressemble à une section curviforme de sphère. Le bord convexe du coin est lisse et poli, les faces latérales sont inégales, rugueuses, offrant des dépressions comme les os sur lesquels s'implantent des ligaments et des inégalités, comme si elles avaient été corrodées par un acide. Il était extrêmement dur ; la coupe, d'un blanc jaunâtre, ressemblait à celle de l'ivoire, avec de légers rayons partant du bord vers la partie convexe du coin, et la sciure était d'un blanc de neige. Sa pesanteur spécifique et sa composition chimique différaient à peine de celle d'une portion de fémur d'adulte.

M. le docteur Duncan pense que ce ne pouvait être une exostose parce qu'on ne découvrit nulle part trace de fractures. (*Edinburgh, medical and chirurgical journal*, p. 405, 407, année 1805.)

Je souligne cette dernière phrase parce qu'il importe avant tout de démontrer l'erreur dans laquelle est tombé le docteur Duncan, et d'établir qu'il s'agit bien là, au contraire, et à n'en pas douter, d'une exostose éburnée fronto-nasale. D'abord, est-il bien vrai qu'il n'y avait sur l'os enlevé nulle trace de fracture, c'est-à-dire d'adhérence au squelette ? Le contraire me paraît établi : 1° par les inégalités trouvées par Lucas avec le doigt dans un point seulement de la cavité où était logée l'exostose, inégalités qui ne peuvent être que les traces des adhérences qui l'unissaient autrefois au squelette, et qui avaient rendu son extirpation impossible une année avant. Plus tard, la suppuration périphérique, qu'avaient fait naître les premières tentatives, avait, comme dans les observations de Brassant, de Sporing et de Middelmore, insensiblement détaché l'exostose et préparé son expulsion ; 2° ces inégalités, ces rugosités observées sur les portions de l'exostose opposées à sa surface lisse, c'est-à-dire précisément celles qui regardaient la partie osseuse orbito-nasale, ne sont-elles pas le témoignage, les indices certains de la séparation effectuée par ce que Lucas appelle la carie de l'os? 3° enfin, la structure éburnée si parfaitement et si nettement indiquée de cette production osseuse n'indique-t-elle pas, s'il restait encore quelques doutes, qu'il s'agit bien ici d'une de ces exostoses éburnées avec tous les caractères que nous retrouvons dans les observations modernes ?

Faisons remarquer enfin qu'il est déjà plus facile dans cette observation que dans la précédente de préciser le siége de l'exostose. Effectivement, le chirurgien, après l'extraction, cherchant à se rendre compte de la situation qu'occupait la tumeur, trouve une cavité lisse et tapissée partant d'une membrane solide, excepté en un point où existaient des rugosités, des inégalités ; d'autre part, il nous a dit que, lors de sa première opération, il avait trouvé la surface de la production osseuse recouverte par une membrane mince qu'il compare au périoste. N'est-il pas probable que cette cavité tapissée par une membrane lisse était celle du sinus frontal dans lequel la tumeur avait pris naissance, et que ce périoste mince et peu adhérent, que j'ai aussi retrouvé chez un de mes opérés, était cette même membrane interne du sinus, démontrée dans mon fait par l'examen histologique?

En 1812, le docteur Baillie, dans son *traité d'anatomie morbide*, a donné le dessin d'une tumeur éburnée de l'orbite qui appartient au musée de Hunter (Baillie's *Series of engravings faciculus et plate et morbid anatomy*, p. 446, London, 1812). Sur cette pièce très-intéressante, on peut voir que la tumeur, qui vraisemblablement a pris naissance dans le sinus frontal gauche, mais à coup sûr dans les fosses nasales, occupe tout l'espace compris entre les deux orbites et la base du crâne ; elle remplit donc toute la partie supérieure des fosses nasales, a défoncé l'orbite gauche qu'elle comble presque en totalité, déborde dans l'orbite droite et fait dans la cavité crânienne une notable saillie. Comme toutes les exostoses éburnées de cette région dont nous avons les pièces entre les mains, elle offre à sa surface de nombreux mamelons. Baillie fait remarquer que la coupe en est compacte, tout à fait semblable à celle de l'ivoire et d'une extrême dureté. Malheureusement, on n'a aucun renseignement sur la provenance de cette tumeur, qu'on peut regarder comme un cas type de l'exostose éburnée, que j'appellerais *fronto-nasale,* dans l'impossibilité où nous sommes de préciser son point d'origine.

Mackensie cite un cas analogue figuré par J.-P. Franck dans ses œuvres posthumes. C'est un frontal où les deux orbites sont remplies par une exostose qui se projette fort avant sur la face et occupe une portion considérable de la cavité du crâne (Mackensie, *Opér. lit.*, t. Ier, p. 59). Il fait remarquer avec juste raison que ces exostoses offrent beaucoup d'analogie avec ces masses osseuses qu'on a trouvées dans le crâne des bœufs, et que l'ignorance a prises pour des ossifications du cerveau. Mais à son tour il ne semble pas se douter que le point de départ de ces tumeurs puisse se trouver dans les fosses nasales ou leurs sinus, car il les regarde toutes comme des exostoses ou périostoses des parois orbitaires ; et pour démontrer que ce n'est point une opinion que je lui prête et que c'est chez lui une conviction bien arrêtée, il me suffira de citer les trois lignes qui suivent, extraites du paragraphe de son même ouvrage, où il parle des affections du sinus frontal pouvant produire des maladies de l'œil ou de l'orbite (p. 81) « *Exostose du sinus frontal.* Je ne connais aucun cas de cette nature qui ait été publié. Le hasard a mis en ma possession deux préparations sur lesquelles on voit une petite exostose du sinus frontal. »

C'est bref, mais c'est significatif, et on a vraiment lieu de s'étonner qu'un esprit aussi éminent ait laissé échapper ce fil conducteur qui semblait devoir le mener tout naturellement à la découverte de la vérité. Mais, c'est qu'il était absorbé par ses travaux spéciaux en ophthalmologie, et ce n'est pas un des reproches les moins mérités adressés à la spécialité que de faire presque toujours perdre de vue l'étude des principes généraux.

On trouve dans les observations de chirurgie et d'anatomie morbide de Howship, une curieuse observation d'énorme exostose faciale qui ne me paraît toutefois se rapporter qu'indirectement au sujet qui m'occupe ; aussi me bornerai-je à en donner une rapide analyse. Il s'agit d'un homme robuste qui faisait remonter l'origine de son mal à l'âge de 14 ans. A la suite de douleurs très-violentes dans les deux orbites, il survint une double tumeur dans les deux orbites, remplissant également les fosses nasales et donnant lieu à une exophthalmie qui finit par lui faire perdre les deux yeux. Après de nombreuses péripéties, il succomba à la continuation de son mal, et son crâne, dont M. Huynes Walton a donné une figure, est conservé dans le musée du Royal College of Surgeons. Les deux orbites sont remplies par deux tumeurs osseuses symétriques énormes, dont le point d'origine paraît être la voûte orbitaire. Elles sont mamelonnées, un peu noueuses, et leur surface est perforée probablement pour le passage des vaisseaux. Elles remplissent non-seulement les deux orbites, mais encore toute la cavité des fosses nasales

(1) Suite. — Voir le dernier numéro.

et probablement, est-il dit, celles du sinus maxillaire. Il ne paraît pas qu'on en ait fait une coupe, et cependant Howship dit qu'elles avaient la dureté de l'ivoire.

S'agit-il là d'exostoses éburnées ayant pour origine les fosses nasales ou les sinus? C'est une question qui ne pourrait être décidée, si même elle pouvait l'être, qu'après l'examen complet de la pièce, sciée et décomposée. Ce qui pourrait faire supposer qu'il y avait ici une maladie générale du système osseux facial et crânien, dont les exostoses n'étaient peut-être que la conséquence, c'est que les os avaient acquis tous une épaisseur considérable et que toutes les sutures étaient soudées. Néanmoins, cette pièce vous intéresse en ce qu'elle démontre à quel degré énorme d'accroissement peuvent parvenir ces productions, et les accidents auxquels elles exposent quand une fois on a laissé passer le moment où on aurait pu les attaquer avec quelque chance de succès, ainsi que vont en témoigner quelques-unes des observations qui suivent. (Howship's *Pratical observations in surgery and morbid anatomy*, p. 26, London, 1816, et Huynes Walton's *Opérative ophthalmie surgery*, p. 448, p. 101, London, 1853.)

Je me contenterai de signaler encore, mais de signaler seulement, le crâne très-remarquable donné par le professeur Sue à l'ancien musée de l'Ecole de médecine, sur lequel on observe une orbite oblitérée par une exostose maxillaire. Ce fait est rapporté dans le dictionnaire des Sciences médicales (tom. 35, p. 25. Paris 1819); mais il ne s'agit point là d'une véritable exostose de la nature, au moins de celle que nous étudions.

J'en dirai autant de la pièce qu'on voit dans la collection du Saint-Thomas, hôpital de Londres, dont parle Mackensie (*opér. lit.*, p. 98). Les exostoses partant du sinus maxillaire ont rempli les orbites; elles forment une saillie considérable dans le crâne et paraissent, dit l'auteur, avoir causé la mort.

Dans ces deux cas, l'exostose est spongieuse et semble avoir pour point de départ l'os lui-même.

Voici l'analyse d'un autre fait *d'exostose du sinus maxillaire* laquelle, est-il dit dans le titre de l'observation, fut *découverte seulement après l'extirpation de l'œil déplacé.* Une jeune miss de 24 ans fut admise dans la salle du docteur Anderson au *glascow royal infirmary* pour une exophthalmie de l'œil droit. Les douleurs étaient très-vives, la cornée commençait à s'ulcérer et la vision s'était abolie depuis quatre mois, lorsqu'on proposa à la malade de lui enlever l'œil; ce qui fut fait. C'est alors seulement qu'on découvrit que l'exophthalmie était due à une exostose siégeant sur la paroi orbitaire du sinus, noueuse, si solidement fixée qu'on jugea à propos de la laisser en place, d'autant mieux qu'on s'aperçut que la narine droite était le siége d'une *sensation de plénitude* qui fit penser que le sinus maxillaire devait être rempli par une tumeur.

En lisant cette observation dont la rédaction est aussi obscure qu'incomplète, on ne sait pas ce dont il faut le plus s'étonner, de l'imprévoyance ou de l'impéritie du chirurgien. Ce qui ressort de plus clair de cet exposé, c'est qu'il s'agissait, en effet, d'une exostose noueuse et mamelonnée, très-solide, c'est-à-dire probablement éburnée, développée dans le sinus maxillaire droit, faisant saillie dans les fosses nasales et l'orbite dont elle avait chassé l'œil. On comprend dès lors difficilement comment le chirurgien n'a pu faire le diagnostic, ayant eu longtemps la malade sous les yeux et l'ayant même traitée pour une affection syphilitique qu'elle niait énergiquement. On se demande comment on a pu, après avoir ainsi laissé le mal s'accroître, proposer, en fin de cause, l'extirpation de l'œil pour une affection qu'on déclarait étrangère au globe oculaire, sans pouvoir cependant en préciser la cause. On s'explique enfin plus difficilement encore comment, après l'extirpation de l'œil, alors qu'on put constater la présence d'une exostose de sinus maxillaire, cause première de tous les accidents, on n'a pas osé en entreprendre l'ablation.

L'observation porte, il est vrai, que la malade quitta l'infirmerie trois mois après son entrée, ayant obtenu beaucoup d'amélioration dans ses douleurs et une notable diminution dans le volume de la tumeur qui ne semblait plus devoir s'accroître, ce qui semblerait justifier jusqu'à un certain point la conduite du chirurgien. Mais malheureusement une petite note de Mackensie (p. 100) ajoute que la malade succomba par suite de l'action exercée par l'exostose sur le cerveau, ce qui prouve que cette diminution après l'opération n'avait été que temporaire, si tant est même qu'elle se fut jamais produite (Glascow, *Medical Journal*, vol. 1er, p. 119. 1828).

Seize années plus tard, en 1844, le même chirurgien, instruit sans doute par l'expérience, extirpa cette fois une tumeur osseuse située également derrière la paupière inférieure. Cette tumeur, est-il dit, sans autres détails, dans l'observation qui n'a pas plus de cinq lignes, était lisse à l'extérieur, et composée de couches de cartilage et de matière osseuse; elle avait un diamètre de 4/10es de pouce. Faut-il voir là une exostose du sinus maxillaire au début? La question me paraît difficile à résoudre.

Nous avons vu déjà plusieurs cas d'exostoses fronto-nasales dont les caustiques avaient provoqué l'élimination, et d'autres qu'une inflammation suppurative avait détachées insensiblement; voici maintenant un cas curieux d'exostose très-volumineuse de même nature, c'est-à-dire éburnée, et occupant le même siége, c'est-à-dire la partie supérieure et interne de l'orbite, dont une suppuration, survenue sans cause appréciable, a provoqué l'élimination spontanée, complète, suivie de guérison. Ce fait, intéressant à beaucoup de titres, est dû au docteur Hilton, et a été publié en 1836 dans plusieurs journaux français et étrangers (*Médico chirurgical review*, cahier d'avril 1836, et *Guye hospital reports*, vol. 1, p. 493. London, 1836. — Voyez aussi *Gazette médicale de Paris*, 1836, p. 392). Je vais en résumer les traits importants.

Le nommé Thomas de M..., à l'âge de 13 ans, s'aperçut d'une petite grosseur à côté du nez, à la partie supérieure de l'orbite gauche. Il l'irrita avec les doigts, et bientôt elle prit un développement plus considérable, d'où résulta à la longue une hideuse difformité. Insensiblement les os du nez ont été détruits; la cloison nasale a été refoulée à droite; le globe oculaire, poussé en dehors, est devenu le siége de douleurs atroces, et, frappé d'abord d'amaurose, il a fini par se perforer et se vider vers l'âge de 19 ans, ce qui soulagea beaucoup le malade. Des névralgies insupportables avaient atteint les deux premières branches de la cinquième paire.

A l'âge de 30 ans, la tumeur a paru un peu mobile; une suppuration abondante s'établit. Vers l'âge de 34 ans, des portions d'os ont été rejetées par des ouvertures fistuleuses qui s'étaient établies, et ensuite la masse entière de l'exostose fut expulsée spontanément par la brèche suppurante. Il en était résulté une énorme caverne, au fond de laquelle on voyait la lame criblée de l'ethmoïde, le sinus frontal et le pharynx.

La tumeur pesait près de 15 onces; elle est d'une densité remarquable et mesure onze pouces anglais de circonférence. Sa surface est irrégulière. Sciée, elle offre la densité de l'ivoire et des lignes circulaires concentriques au nombre de 50, s'élargissant à mesure qu'on s'éloigne de la base. La caverne se combla petit à petit, et dix-huit mois après l'expulsion, le malade était presque complétement guéri.

Je me propose d'étudier plus tard par quel mécanisme s'effectue cette élimination des exostoses éburnées autour desquelles l'inflammation suppurative se développe, et qui n'est pas fort rare, ainsi qu'on peut déjà le voir; pour le moment, je veux me borner à faire ressortir l'analogie qui existe entre cette observation et les précédentes, et il n'est pas douteux qu'ici encore la production osseuse ait eu pour point de départ soit le sinus frontal, soit les cellules ethmoïdales ou sphénoïdales, mais à coup sûr les fosses nasales.

On remarquera aussi ce précieux détail d'anatomie pathologique, déjà signalé, mais qui se présente ici avec des caractères bien plus accusés, je veux parler de ces lignes circulaires concentriques, au nombre de 50, s'élargissant à mesure qu'on s'éloigne de la base.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 22 mars 1871.—Présidence de M. ALPHONSE GUÉRIN.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend:

— La *Gazette des Hôpitaux* des 13, 15, 17, 20 septembre 1870.

— *L'Union médicale* des 16, 18, 21 mars 1871.

— La *Gazette hebdomadaire* du 17 mars 1871.

— La *Gazette médicale de Strasbourg* du 16 janvier et du 25 février 1871.

— Le *Bulletin de thérapeutique* du 26 février 1871.

— Le *Montpellier médical* de septembre, octobre, novembre et décembre 1870; de janvier et février 1871.

— Des lettres de MM. Depaul, Perrin, Trélat, qui s'excusent de ne pas pouvoir assister à la séance.

— Deux notes de M. Delacour, directeur de l'Ecole de médecine de Rennes, l'une sur *la blennorrhagie produite par les préparations arsenicales*, l'autre sur *le traitement de l'hydrocèle*. (Renvoyé à M. Liégeois, rapporteur.)

— M. le docteur Reverdin, interne lauréat des hôpitaux, envoie, pour le concours du prix Duval, sa thèse inaugurale intitulée: *Étude sur l'uréthrotomie interne*. Paris, 1870. (Renvoi à la commission.)

— M. Bérenger-Férand, docteur en médecine et en chirurgie, médecin principal de la marine, à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant, envoie un livre intitulé: *Traité des fractures non consolidées ou pseudarthroses*. (Renvoi à la commission.)

M. DEGUISE. Messieurs, dans la dernière séance, à propos de la lettre que j'ai eu l'honneur d'écrire à la Société de chirurgie, l'un de nos collègues, M. Blot, vous a dit que, sans mettre en doute un seul instant la sincérité de cette lettre, il était possible qu'elle eut été écrite dans un premier moment d'indignation, et qu'avant de la publier il serait désirable de savoir si les termes dont je m'étais servi étaient exagérés ou s'ils étaient littéralement vrais.

Malheureusement, messieurs, je n'ai dit que la vérité; je suis même resté au-dessous de la réalité. Oui, mon père a été assassiné par les Prussiens; j'ajoute que cet assassinat a été accompli sur l'ordre d'un médecin prussien. Voici le récit de ce qui s'est passé; vous y trouverez bien difficilement quelques circonstances atténuantes: Mon père avait établi dans sa maison une petite ambulance; il y soignait un officier prussien qui avait reçu une blessure assez grave pour nécessiter la resection du genou. La famille de cet officier avait quitté l'Allemagne pour venir s'installer près du blessé; mon père leur avait donné asile à tous; il était protégé par le drapeau de la Société internationale. Un jour, son domestique vint le prévenir que des soldats prussiens étaient entrés dans la maison, qu'ils avaient pris son cheval et qu'ils se disposaient à l'emmener. Mon père descendit pour s'opposer à ce vol; il fit valoir qu'un cheval lui était indispensable en sa qualité de médecin, et il montrait le drapeau de la Société internationale qui flottait sur la maison et qui devait la protéger. Ce fut alors que sur l'ordre d'un médecin prussien les soldats saisirent mon père à la gorge et serrèrent sa cravate en lui appuyant un pistolet sur le front. Mon père, qui avait 76 ans, fut immédiatement pris de tremblement, il s'affaissa sur lui-même. Transporté chez lui, il délira, sans aucun symptôme de paralysie, et le surlendemain il était mort.

J'ai écrit ces affreux détails à M. Larrey en lui disant que je me proposais de demander à la Société de chirurgie la radiation de tout médecin allemand sur sa liste des correspondants étrangers. Je renouvelle aujourd'hui cette demande.

M. BLOT. J'espère qu'en entendant la lecture du procès-verbal de la dernière séance M. Deguise aura compris le sens exact de mes paroles et qu'il n'a jamais douté de mes sentiments de sympathie; je demande avec instance que le lamentable récit qu'il vient de nous faire soit inséré dans nos Bulletins.

M. LEFORT. Je m'associe à ce que vient de dire M. Blot, je propose en outre que le récit de ces tristes faits soit adressé à la plupart des journaux de médecine étrangers. Après cette déclaration, qui ne laissera aucun doute sur ma manière de voir, je crois honnête de déclarer que si quelques médecins prussiens se sont rendus coupables de faits odieux, le plus grand nombre s'est bien conduit, et que le plus souvent je n'ai eu qu'à me louer d'eux dans les événements de guerre auxquels j'ai été mêlé sous les murs de Metz.

M. ALPHONSE GUÉRIN. Je m'élève avec force contre la conduite d'un grand nombre de médecins prussiens pendant la dernière guerre; les médecins militaires français ont eu souvent à s'en plaindre; c'est ainsi que M. le docteur Lacronique a été dépouillé de sa croix et de ses instruments de chirurgie, sur un champ de bataille. De pareils faits devraient, semble-t-il, inspirer un peu de honte à tous les Allemands, mais il n'en est rien, car peu de temps après la signature de l'armistice, un interne des hôpitaux, de nationalité allemande, venait à Paris pour s'assurer que tout ce qu'il y avait laissé était resté intact. Si tout n'avait pas été sauvegardé à son gré, il devait adresser une plainte à son gouvernement.

L'Académie de médecine peut suivre la ligne de conduite qui lui paraîtra la meilleure; mais ses décisions ne doivent pas dicter les nôtres, et les faits qui ont été produits ici sont plus que suffisants pour que je demande la radiation des médecins allemands du nombre de nos correspondants.

M. GIRALDÈS. Ce que vient de dire M. Alphonse Guérin n'est que trop vrai; nos médecins ont été souvent dépouillés par les médecins prussiens qui n'ont même pas craint de voler leurs instruments; derrière leur science se cache une véritable sauvagerie d'ailleurs à chaque instant ils ont violé les conventions de la Société internationale.

M. ALPHONSE GUÉRIN. On s'émeut en Allemagne de la réprobation exprimée contre les médecins prussiens par un grand nombre de corps académiques français; les journaux allemands parlent même de représailles à exercer. Aujourd'hui que nos discordes civiles nous exposent à l'entrée des Prussiens à Paris, il faut avoir plus que jamais le courage de flétrir publiquement et hautement les actes qui leur sont justement reprochés.

M. LEFORT. Je renouvelle ma proposition d'envoyer aux journaux étrangers le récit de tous les faits qui seront publiés dans notre Bulletin à la charge des prussiens. Cette mesure serait aussi efficace et aussi courageuse que la radiation des médecins allemands sur la liste de nos correspondants. J'ajoute que je n'ai pas eu connaissance des articles de journaux auxquels M. Alphonse Guérin a fait allusion.

M. DOLBEAU. Vous auriez pu les lire dans la *Gazette de la Croix*.

M. VERNEUIL. Il est bon d'informer le monde savant des faits incriminés, mais je dois dire qu'à l'Académie de médecine j'ai pris la parole contre une proposition de déchéance analogue à celle qui nous est faite aujourd'hui par M. Deguise. N'imitons pas les Allemands, qui nous rendent tous solidaires de la guerre, bien qu'un grand nombre de Français ait protesté contre son entreprise. En Allemagne il y a d'honnêtes gens à côté des coupables; il serait, je crois, injuste de les traiter tous indistinctement avec la même sévérité.

Je ne connais pas de mesure assez radicale et assez dure à prendre contre ceux qui ont violé les lois de l'honneur et de l'humanité. Tout nous serait permis si l'un d'eux osait jamais se présenter dans cette enceinte. Mais cela nous justifierait-il de condamner un innocent? Je demande donc qu'une commission soit nommée pour examiner de sang-froid et à tête reposée la proposition de radiation qui nous est faite par M. Deguise.

M. GUÉNIOT propose de prendre un moyen terme et de déclarer la déchéance des correspondants allemands, sauf pour ceux qui protesteraient contre les faits incriminés.

Cette proposition n'est pas appuyée.

M. LIÉGEOIS. Le mieux est de ne pas prendre de mesure précipitée. Je dois à la vérité de déclarer que je n'ai pas eu à me plaindre, ni pour moi ni pour le personnel qui m'entourait, des médecins allemands avec lesquels j'ai été en rapport, notamment à Gravelotte. J'ai même souvent vu des chirurgiens allemands soigner des blessés français avec un grand dévouement. Ce témoignage favorable ne m'empêche pas de vouer une haine implacable à la nation allemande; mais comme membre de la Société de chirurgie, je suis d'avis de nommer une commission pour étudier la question de la déchéance des médecins et chirurgiens allemands.

M. LEGOUEST. J'ai été pendant quinze jours aux mains des Prussiens; ni moi ni aucun des quarante-deux médecins qui faisaient partie de mon ambulance, n'avons eu à nous plaindre des médecins allemands. Il faut se garder de prendre pour une généralité un fait isolé comme celui dont M. Deguise père a été la victime. Il y a des faits de guerre déplorables mais inévitables; ainsi, à Beaumont, deux ambulances ont été prises et reprises. Je crois même que M. le docteur Lacronique assistait à cette bataille. Qu'y aurait-il d'étonnant à ce que ses instruments eussent disparu au milieu d'une telle mêlée?

Pendant la guerre que la France soutint autrefois contre l'Europe coalisée, nous avons été privés, à notre grand détriment, des progrès accomplis dans les pays étrangers. Aujourd'hui il ne faut pas, je pense, nous isoler et rompre nos relations scientifiques. La science n'a pas de nationalité.

M. DEGUISE. J'accorde à M. Legouest qu'il y des faits de guerre inévitables, mais l'armée prussienne n'a pris aucun souci des lois de l'humanité; dans tout notre pays les soldats allemands se sont livrés à des actes de pillage et de brigandage sans aucune excuse. Il faut rompre toutes nos relations, mêmes nos relations scientifiques, avec l'Allemagne, afin qu'elle reste marquée par notre réprobation.

M. DESPRÈS. Je suis d'une opinion mixte. Pendant la guerre, notamment à l'armée de la Loire, j'ai vu des chirurgiens prussiens tenir une conduite irréprochable. A Sedan, j'en ai vu faillir à l'honneur professionnel. Le jour de la vengeance sonnera, mais notre mission n'est pas d'exclure en masse tous les correspondants allemands. Pour que la mesure adoptée ne reste pas stérile, il faudrait qu'elle frappât seulement les coupables: Gardons-nous des représailles mesquines.

M. SÉE. Pendant plusieurs mois de contact avec les Prussiens dans des rapports que j'ai rendus, il est vrai, aussi rares que possible, je n'ai pas eu à me plaindre des médecins allemands. Je les ai au contraire toujours trouvés prêts à nous seconder, en nous laissant par exemple une grande latitude pour envoyer nos blessés en France plutôt qu'en Allemagne.

M. LEGOUEST. Dans nos rapports de confraternité et dans nos rapports administratifs, je n'ai pas trouvé d'inhumanité chez les médecins et chirurgiens allemands. La mort de M. Deguise père est un fait atroce, mais c'est un fait de guerre, et, je l'espère, un fait isolé.

M. DEGUISE. La mort de mon père ne constitue pas un fait aussi isolé que M. Legouest paraît le croire, dans la guerre de l'Allemagne contre la France. Rien de semblable, il est vrai, ne s'est produit dans la guerre de Crimée entre Russes et Français; tandis que dans la guerre actuelle la nation allemande a organisé le pillage des provinces et porté partout la dévastation. Les tribus sauvages ne font pas autrement.

Malgré l'abaissement du sens moral en France, je vois avec plaisir qu'un sentiment unanime nous pousse à rompre toutes nos relations avec l'Allemagne. J'espère que la Société de chirurgie s'associera à ce sentiment.

La Société décide qu'une commission composée de MM. Giraldès, Verneuil et Legouest sera chargée de faire le plus promptement possible un rapport sur la proposition de M. Deguise, relative à la déchéance des correspondants de nationalité allemande.

ÉLECTION DU BUREAU.

L'élection du nouveau bureau est à l'ordre du jour; mais, sur la proposition du président, cette élection est ajournée à la séance suivante.

La séance est levée à cinq heures.

Le vice-secrétaire annuel : TARNIER.

DOCUMENTS

POUR SERVIR A L'HISTOIRE DU MOUVEMENT SCIENTIFIQUE PENDANT LE SIÉGE DE PARIS (1).

LA MORTALITÉ A PARIS EN 1870.

(Suite et fin.)

J'arrive maintenant à la grande cause de mortalité, c'est-à-dire aux conditions créées par l'état de siége à la population : ces conditions, étudiées au point de vue spécial où nous nous plaçons, peuvent se ramener à ce fait qui les résume toutes, l'alimentation insuffisante. Un homme, a dit un économiste célèbre, peut consommer trois fois moins que sa ration normale, sans que sa santé paraisse d'abord altérée; mais le résultat ne se produit pas moins au bout d'un certain temps, et ce résultat c'est la mort. Toutefois la mort n'arrive pas nécessairement dans tous les cas d'alimentation insuffisante, et, d'ailleurs, elle peut survenir alors de bien des manières différentes; or c'est ici qu'il importe de bien préciser les effets de l'alimentation insuffisante.

Ces effets, il n'est pas un de nous qui n'ait pu les observer sur lui-même, car tous nous souffrons, quoique à des degrés divers, des privations que nous impose l'état de siége; tous, à l'exception de quelques privilégiés, nous avons vu diminuer chaque jour notre ration de corps gras et de spiritueux; notre ration de viande, qui est en moyenne de 300 grammes par jour, s'est réduite progressivement jusqu'à 30 grammes. Or, le premier effet de cette restriction apportée à notre régime, c'est une diminution du poids du corps, diminution toujours en rapport avec la gravité et la durée des privations subies. J'en puis fournir une expérience curieuse faite sur moi-même : Je me suis pesé le 26 décembre dernier; en comparant le résultat de cette pesée avec celui que j'avais obtenu en me pesant au mois de février dernier, j'ai constaté une diminution de poids de 6 kilogrammes; la pesée récente accusait 79 kilogrammes, ce qui représente une perte de poids de 7 p. 100. Or je confesse que les privations réelles que j'ai endurées depuis le commencement du siége n'avaient rien que de très-supportable. Mais il est des individus, et mêmes des classes de la population pour qui les privations ont été plus rigoureuses et chez qui l'organisme a été plus profondément atteint. Ainsi, pour les nouveau-nés et la première enfance, j'ai pu constater que dans certains cas qui deviennent chaque jour plus fréquents, les effets de l'alimentation insuffisante se traduisent par une émaciation progressive, une fonte générale des tissus qui aboutit presque fatalement à la mort : l'œdème des téguments, l'anémie, la diarrhée incoercible, les cris plaintifs et continuels des petits malades sont les symptômes caractéristiques de cette fièvre de famine qui décime actuellement notre génération infantile.

Mais ce n'est pas tout : il est peu de personnes qui n'aient fait la remarque que, depuis l'investissement de Paris, les maladies sont devenues beaucoup plus fréquentes et beaucoup plus graves qu'en temps ordinaire. Tout est prétexte à maladie, et les affections, qui d'habitude ont une marche franche et une terminaison favorable, s'aggravent, se compliquent et donnent une proportion insolite de décès; la convalescence est longue à s'établir, et est souvent entravée par des accidents ou des maladies intercurrentes qui emportent les malades. Ainsi la fièvre typhoïde qui, en moyenne, se termine trois fois sur quatre par la guérison, présente actuellement une mortalité de 40 pour 100. Sous l'empire de la constitution médicale actuelle, la phthisie, affection à marche essentiellement chronique, revêt fréquemment la forme aiguë, qui emporte les malades en quelques semaines. Il y a là, pour une très grande part, des effets de l'alimentation insuffisante. L'inanition, comme l'a observé Chossat, est une cause de mort qui marche de front et en silence avec toute maladie dans laquelle l'alimentation n'est pas à son taux normal. Le déchet physiologique que nous subissons sous l'influence d'un régime insuffisamment réparateur, diminue notre force de résistance aux agents extérieurs et à la maladie. Ainsi s'explique cette aggravation anormale des décès à Paris, cette mortalité qui s'accroît en progression géométrique, pendant que nos ressources alimentaires diminuent suivant une progression inverse; ainsi s'expliquent également ces mortalités désastreuses observées dans les villes longtemps assiégées ou dans les pays en proie à la disette; contrairement à l'opinion vulgaire, on ne meurt pas littéralement de faim, du moins les choses ne vont à ce point que très-exceptionnellement, et sur 30,000 bulletins relatifs aux décès constatés depuis le commencement du siége de Paris, à peine en trouve-t-on quatre ou cinq où l'inanition soit mentionnée comme cause de mort, et encore n'est-il pas démontré que ce soit là la véritable ou du moins la seule cause du décès.

En présence de cette mortalité qui va toujours croissant, on se demande si ceux à qui incombe la tutelle de la santé publique ont tout fait pour la prévenir. Tout en reconnaissant que l'autorité se trouvait en présence de difficultés bien grandes, il faut convenir néanmoins que sur le terrain de l'hygiène les actes du gouvernement n'ont pas toujours répondu aux exigences de la situation, que bien des mesures prophilactiques ont été omises ou prises trop tardivement, et que s'il eût été mieux conseillé par ceux qui avaient pour mission spéciale d'étudier en son nom les questions sanitaires, nous n'aurions pas à dresser aujourd'hui un aussi triste bilan mortuaire. Je ne parle pas du rationnement et du système des réquisitions, qui sont du domaine de la politique, je veux rester sur le terrain de la science; je me bornerai à citer un seul fait : la disette des corps gras comestibles. Chacun sait que comme condiment, mais surtout comme agents de calorification, ces substances jouent un rôle capital dans l'alimentation, surtout quand il s'agit d'individus rationnés, condamnés par la disette à brûler les corps gras de l'économie, sans trouver de compensation à cette perte incessante dans une alimentation appropriée. Soit accaparement, soit disette réelle, les huiles et les graisses nous ont fait défaut dès le début du siége, et, pour ma part, j'ai ressenti cette privation plus vivement peut-être que celle de la viande. Je reproche au comité d'hygiène qui siége à l'hôtel-de-ville de n'avoir pas compris l'importance de cet aliment de première nécessité, ou, s'il l'a comprise, ce qui est plus probable, de n'avoir pas provoqué l'initiative du gouvernement à ce sujet : nous ne serions pas réduits à préparer nos aliments avec ce suif infect qu'on nous vend sous le nom de beurre de Paris, et qui révolte les palais les moins difficiles. Autre fait : pourquoi le gouvernement n'a-t-il pas fait un appel à la science pour trouver le moyen de désinfecter ces graisses de bœuf et de cheval qui encombrent nos magasins, de manière à les rendre propres aux usages culinaires? Une telle découverte n'était pas au-dessus des ressources de la chimie française; mais il fallait exciter l'esprit de recherche par la promesse d'une récompense nationale, capable de défrayer l'inventeur. Quand Bonaparte fondait un prix de 100,000 francs pour l'amélioration de la race chevaline, qui eût pu trouver mauvais que la République instituât un prix de 50,000 francs pour une découverte qui intéressait l'existence de la population parisienne?

J'ai dit en commençant que le total des décès constatés à Paris en 1870 s'élève à 73,581 : il serait intéressant d'examiner comment ce total se répartit suivant les causes de mort : nous ne pouvons donner ici que le total relatif à quelques-unes de ces causes : variole, 10,456 décès; scarlatine, 575; rougeole, 857; fièvre typhoïde, 2,409; bronchite 4,032; pneumonie, 4,571; diarrhée, 2,202; dysenterie, 576; angine et croup, 833; affections puerpérales, 369; blessures de guerre, 1,156. Ce dernier chiffre ne comprend que les blessés morts dans les ambulances ou dans les hôpitaux; en y ajoutant les morts enterrés sur le champ de bataille dans les divers engagements sous les murs de Paris, on a un total d'environ 3,000 tués par le feu de l'ennemi depuis le commencement du siége. On voit que ce chiffre est bien moins élevé qu'on ne le croit généralement, et quo ne le laissent supposer la multiplicité et la vivacité des engagements. C'est un fait d'ailleurs bien remarquable, et qu'il est bon de rappeler ici, que les armées perdent en général très-peu de monde par le feu, tandis qu'on les voit se fondre par l'effet des maladies et des intempéries, surtout quand les campagnes se prolongent et que les troupes ont à lutter contre des populations résistantes ou les intempéries. En Crimée, nos pertes se sont élevées à 95,625 hommes, dont 10,240 tués par le feu de l'ennemi. Sur 22,182 morts, les Anglais comptèrent 4,125 décès par le feu. La campagne de Sadova coûta aux Prussiens 10,867 hommes, dont 4,440 tués sur les champs de bataille, et pourtant la campagne n'avait duré que trois semaines, et les Prussiens était près de leur frontière.

La mortalité, tant que le siége dure, n'a pas encore dit son dernier mot : nous attendrons que Paris soit débloqué, et le sol de la patrie débarrassé des envahisseurs pour revenir sur ce sujet.

15 JANVIER.

XXIX. **Bombardement.** — Nous donnons les résultats officielle ment connus du bombardement de Paris à partir du 5 janvier, jour où le bombardement a commencé à atteindre la population civile, jusqu'à la tombée de la nuit du 13 au 14.

Ces résultats sont ceux qui ont été constatés par MM. les commissaires de police et qui ont été déclarés par eux à la préfecture. Il est malheureusement possible qu'ils ne soient pas entièrement complets.

Nous faisons précéder les détails d'un résumé qui en présente l'ensemble.

Du 5 au 6 janvier.

Pendant la nuit du 5 au 6, les batteries de l'ennemi, dirigées jusque-là sur les forts, ont bombardé les quartiers de Montrouge, de l'Observatoire, du Luxembourg, du Val-de Grâce du Panthéon. Le boulevard Saint-Michel, la rue Saint-Jacques, la rue Gay-Lussac, le cimetière de Montrouge, le Champ-d'Asile, la rue d'Enfer, la chaussée du Maine ont reçu beaucoup d'obus, et il en est également tombé un grand nombre entre les ponts d'Auteuil et de Grenelle, sur la route de Versailles à la villa Caprice, rue Boileau, rue Hérold, rue de la Municipalité. Plusieurs maisons se sont effondrées, et des dégâts plus ou moins sérieux ont été constatés dans vingt-six propriétés.

Il y a eu cette nuit-là 10 victimes, dont 5 morts.

Du 6 au 7.

Le bombardement a continué pendant la nuit du 6 au 7 sur l'intérieur de Paris. Les quartiers qui ont particulièrement souffert sont ceux du Val-de-Grâce, de Notre-Dame-des-Champs, de Plaisance, de Javel, de Grenelle et d'Auteuil. Il y a eu cette nuit-là encore d'importants dégâts dans beaucoup de propriétés particulières, et dix habitants ont été atteints, dont quatre mortellement.

Du 7 au 8.

A partir de sept heures du soir les projectiles ont recommencé à tomber dans l'intérieur de Paris. Les batteries de Châtillon dirigeaient leur feu sur le Panthéon, et celles de Meudon sur le quartier de Grenelle. Aux abords des Invalides et de l'Ecole militaire, il est tombé une centaine d'obus, et un grand nombre d'autres près de l'Observatoire, dans le jardin du Luxembourg, rue de Fleurus, rue de Madame, boulevard Saint-Michel, rue du Bac; puis d'un autre côté, à Grenelle et à Auteuil. De sept à neuf heures et demie du soir, on a compté 120 coups de canon par heure. Beaucoup de propriétés ont été endommagées, et il y a eu dans la nuit quinze victimes, dont deux morts.

Du 8 au 9.

Dans la nuit du 8 au 9 et la matinée du 9 janvier, les projectiles sont tombés en très-grand nombre sur la rive gauche. Les guetteurs de nuit ont compté, point à point, 900 coups de canon partis des batteries ennemies, de neuf heures du soir à cinq heures du matin, dont les projectiles ont atteint principalement les 5e arrondissement (Panthéon), 6e (Odéon), 7e (Invalides), 14e (Observatoire) 15e (Vaugirard). Des dégâts ont été constatés dans 60 immeubles particuliers. Parmi les édifices publics atteints, on citera le Val-de-Grâce, la Sorbonne, la bibliothèque Sainte-Geneviève, les églises Saint-Etienne-du-Mont, Sainte-Geneviève, Saint-Sulpice et de Vaugirard, la prison de la Santé, la caserne du Vieux-Colombier, le dépôt de la compagnie des Omnibus; enfin des projectiles sont arrivés dans le jardin du Luxembourg, et jusqu'à la rue Clément, à 550 mètres du Pont-Neuf.

Il y a eu, dans la nuit, 59 victimes : 22 morts et 37 blessés.

Du 9 au 10.

Le bombardement a redoublé d'intensité pendant la nuit du 9 au 10. On a compté plus de 300 obus qui sont venus tomber dans les quartiers Saint-Victor, Jardin-des-Plantes, du Val-de-Grâce, Notre-Dame-des-Champs, de l'Ecole-Militaire, de la Maison-Blanche, de Montparnasse et de Plaisance. En deux heures, il en est tombé 50 aux abords du Panthéon, et ils ont causé sur plusieurs points des dommages importants. Un incendie qui a éclaté dans un chantier de bois du quartier de la gare a pu être circonscrit promptement. Diverses maisons de refuge et des ambulances ont été atteintes, notamment l'hôpital de la Pitié, de la maison Sainte-Pélagie, la maison des frères de la doctrine chrétienne. Le nombre des victimes s'est élevé cette nuit à 48 : 12 morts et 36 blessés.

Du 10 au 11.

Pendant la nuit du 10 au 11, le bombardement de la rive gauche a été très-intense. Les obus ont principalement atteint les quartiers des Invalides, du Panthéon, de Saint-Sulpice, de la Sorbonne, du Jardin-des-Plantes. Ceux de Vaugirard et de Grenelle en ont été littéralement criblé, ainsi que le constate le rapport des guetteurs de nuit (poste des Invalides) qui ont compté, de neuf heures du soir à trois heures du matin, 237 coups tirés par les batteries prussiennes, 89 obus ayant éclaté sur Vaugirard, et 38 sur Grenelle et le faubourg Saint-Germain, jusqu'au haut du quartier Mouffetard. Les objectifs semblaient être le palais du Luxembourg, le Panthéon et le Val-de-Grâce, en raison du grand nombre de projectiles tombés dans le jardin (23 obus) et dans les rues avoisinantes de Fleurus, de Madame, d'Enfer, de l'École-de-Médecine, du Val-de-Grâce, des Feuillantines.

Les édifices atteints sont l'Ecole polytechnique, l'Ecole pratique de médecine, le couvent du Sacré-Cœur, l'hospice de la Salpêtrière, le bâtiment principal de l'assistance publique, l'usine Cail, la maison du docteur Blanche. Enfin 8 incendies se sont déclarés, et 50 propriétés particulières ont été plus ou moins sérieusement dégradées.

Du 11 au 12

Le bombardement a continué pendant la nuit du 11 au 12; 250 coups de canon ont été tirés par les batteries prussiennes, et 125 obus ont éclaté sur divers points de la rive gauche, notamment dans les quartiers du Val-de-Grâce, Notre-Dame-des-Champs, Ecole militaire, Montparnasse, Plaisance; rue Mouffetard, Monge, Port-Royal, Notre-Dame-des-Champs, boulevard des Invalides, rue Nationale, avenue d'Italie, Chaussée-du-Maine.

Les édifices atteints sont l'Ecole normale, l'église Saint-Nicolas, l'institution des jeunes aveugles (5 victimes), les hospices de l'Enfant-Jésus et de la Maternité (5 élèves sages-femmes blessées), la boulangerie des hospices, 3 incendies, éteints, grâce à la promptitude des secours, se sont déclarés, et on a compté 45 immeubles dégradés.

Du 12 au 13.

Malgré un épais brouillard qui n'a pas permis de constater tous les effets du bombardement, on a compté 250 obus qui ont éclaté sur Paris, et dont les quartiers du Jardin-des-Plantes, Notre-Dame-des-Champs et Croullebarbe ont principalement subi les effets.

Beaucoup d'obus sont tombés dans le Jardin-des-Plantes, ainsi que sur la boulangerie centrale situé rue Scipion; divers établissements publics ont été atteints : l'institution des Jeunes-Aveugles, l'hôpital de Lourcine, l'ambulance de Sainte-Périne, celles des Dames-Augustines, la Compagnie des petites voitures; cinquante-huit maisons particulières ont été fortement endommagées, notamment rue de Lourcine et boulevard Arago. Enfin on compte 13 victimes, 2 tuées et 11 blessées.

En récapitulant le nombre des victimes on trouve les résultats ci-après :

Du 5 au 6,	5 tués,	5 blessés,	10 victimes.
Du 6 au 7,	4 —	6 —	10 —
Du 7 au 8,	2 —	13 —	15 —
Du 8 au 8,	22 —	37 —	59 —
Du 9 au 10,	12 —	36 —	48 —
Du 10 au 11,	3 —	10 —	13 —
Du 11 au 12,	1 —	20 —	21 —
Du 12 au 13,	2 —	11 —	13 —
Total...	51 tués,	138 blessés,	189 victimes.

(1) Suite. — Voir le dernier numéro.

Sur les 51 victimes tuées, il y a 18 enfants, 12 femmes, 21 hommes

Sur les 138 victimes blessées, il y a 21 enfants, 45 femmes, 72 hommes.

Total, 39 enfants, 57 femmes, 93 hommes.

XXX. **Santé publique.** — Malheureusement nos espérances (bien faibles, il est vrai), ne se sont pas réalisées : loin de diminuer sous l'influence d'un adoucissement momentané de la température, le chiffre des décès causés par les bronchites et les pneumonies s'est au contraire sensiblement élevé. Ainsi ce chiffre a augmenté de 114 pour la bronchite et de 128 pour la pneumonie. Si on joint à cela 51 décès en excédant sur la semaine précédente pour la fièvre typhoïde, et si l'on considère que le nombre des décès produits par les autres maladies régnantes et par les causes accidentelles ou par les affections chroniques n'a presque pas varié durant ce dernier septenaire, on ne sera pas surpris de voir dans le total des morts une augmentation de 300. Il est évident que les mauvaises influences commencent à se combiner, en ce moment, pour affaiblir et pour compromettre la santé publique ; toutefois, ce sont encore les influences de la saison qui prédominent.

L'administration persiste à ne nous donner aucun renseignement sur les blessés, sur le nombre proportionnel des enfants et des adultes qui succombent chaque semaine ; elle ne veut pas nous dire quel nombre de victimes fournit l'armée active ; nous, nous persistons à réclamer ces renseignements, si utiles dans le temps présent, et nous ne cesserons pas de dire qu'on pourrait y employer ces quatre colonnes où l'on nous apprend hebdomadairement « qu'aucun renseignement n'est arrivé sur la mortalité de Londres, de Bruxelles, de New-York et de Florence. »

Voici maintenant le tableau des décès du 7 au 13 janvier, avec l'indication de l'augmentation ou de la diminution des chiffres par rapport au précédent bulletin :

Variole	339, 10 en plus.
Scarlatine	11, 2 en moins.
Rougeole	40, 9 en plus.
Fièvre typhoïde	301, 51 —
Erysipèle	10, 1 —
Bronchite	457, 114 —
Pneumonie	390, 128 —
Diarrhée	143, 8 en moins.
Dyssenterie	46, 6 —
Choléra	3, même chiffre.
Angine couenneuse	22, 3 en plus.
Croup	20, même chiffre.
Affections puerpérales	11, —
Autres causes	2.189, 3 en plus.
Total	3,982, 302 en plus.

Ch. Daremberg.

Un médecin qui exerce depuis 15 années dans une localité voisine de Paris désire céder sa clientèle. — Position avantageuse. — S'adresser au Bureau du journal.

— A céder de suite une très-bonne clientèle de médecin située à Bourgneuf, canton de la Jarrie, arrondissement de la Rochelle (Charente-Inférieure). S'adresser à M. Thoumelet, propriétaire et médecin, à Bourgneuf.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Bulletins et Mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris. Tome septième, 2e série, année 1870. — Prix : 5 francs.

Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, publié sous la direction de M. le docteur A. Dechambre, avec la collaboration d'un très-grand nombre de professeurs, de médecins et chirurgiens des hôpitaux civils et militaires de la marine. — Le premier demi-volume du tome douzième de la 1re série et le deuxième demi-volume du tome quatrième de la 2e série viennent de paraître aux librairies Victor Masson et fils et P. Asselin, place de l'École-de-Médecine.

Ils contiennent les principaux articles suivants : *Camp* et *Campement*, par MM. Michel-Lévy et Boisseau; *Cantharides*, par M. Gubler; *Carcinome*, par M. Cornil; *Mamelles*, par MM. Tripier, Bouchacourt et Rollet; *Mammifères*, par M. Gervais; *Manie*, par M. Linas; *Manipulations thérapeutiques*, par M. Dally; *Manufactures*, par M. Beaugrand; *Marais*, par M. Vallin. Divers articles sur les Eaux minérales, par M. Rotureau; de Botanique, par MM. Baillon, de Seynes et Planchon; la Biographie et la Bibliographie, par MM. Beaugrand, Chereau et Montanier. — Prix de chaque demi-volume, rendu franc de port dans toute la France et l'Algérie : 6 fr.

Bulletins et mémoires de la Société de thérapeutique. Tome 2e, du 1er mai 1868 au 31 décembre 1869. 1 vol. grand in-8. — Prix : 3 fr. 50.

Recueil d'ophthalmologie, du docteur X. Galezowski. 1re année. In-8. — Prix : 2 fr.

Traité élémentaire et pratique de chimie médicale appliquée aux recherches cliniques, par le docteur Méhu, pharmacien de l'hôpital Necker. 1 vol. grand in-18 avec figures, cartonné à l'anglaise. 1870. — Prix : 4 fr. 50.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

Le journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois. . . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 17 août 1871.

HOTEL-DIEU. — M. HÉRARD.

Péritonite chronique.

(Observation recueillie par M. le Dr C. GIRARD.)

Voici l'observation que nous avions annoncée comme devant être mise en parallèle avec celle que nous avons publiée dans les numéros du 30 mai et du 1er juin.

X... (Emile), 39 ans, employé, né dans le Pas-de-Calais. Entré à l'Hôtel-Dieu le 4 août 1871, salle Saint-Louis, n° 8. Service de M. Hérard.

Taille moyenne, cheveux châtains; la barbe est roussâtre et apparut presque soudainement à l'âge de 31 ans, dans le cours de la maladie. Constitution bien prise ; le tempérament, sanguin dans l'origine, est devenu nerveux et irritable depuis l'invasion de la maladie ; teint clair et rosé.

Vacciné dans son enfance avec succès; revacciné dans ces dernières années jusqu'à cinq fois sans succès.

Le père ainsi que le grand père étaient fondeurs en plomb. On n'a pas de renseignements sur l'aïeul, si ce n'est qu'il est mort d'une attaque d'apoplexie à l'âge de 66 ans. Quant au père, qui avait continué la profession de l'aïeul, il fut atteint de coliques saturnines dont il souffrit beaucoup. Il eut, entre autres, les deux mains paralysées et mourut à l'âge de 53 ans, d'intoxication saturnine, à la suite de trois attaques d'épilepsie durant les trois derniers jours de maladie. La mère, actuellement vivante, est bien portante et n'a eu pour toute maladie qu'une « sciatique », bien que prenant souvent part aux travaux de l'atelier. Elle a donné le jour à neuf enfants dont cinq sont morts en bas-âge; un sixième est mort à l'âge de seize ans, d'une « péricardite »; un septième, enfin, à 18 ans « d'intoxication saturnine. » Une fille bien portante, selon toute apparence, est le neuvième.

Celui qui nous occupe est le huitième de la série; il n'a eu aucune des maladies particulières à l'enfance; mais dès l'âge de six ans, il était déjà constipé d'une façon opiniâtre, souffrant horriblement par intervalle, de « maux de ventre » qu'il caractérisait en disant avoir « tous les outils de papa dans le ventre ». La mère, en pareil cas, lui donnait des lavements émollients. Jusqu'alors il n'était entré que passagèrement dans l'atelier pour jouer. De huit à dix-sept ans, il fréquenta assidûment le collége et ne fut, durant cette période, appelé aux travaux de l'atelier que les jours de sortie : il eut néanmoins de fréquentes « coliques de plomb. »

Après avoir quitté le collége, à l'âge de 17 ans, et afin de ménager la santé du père, déjà fort altérée, il se dévoua aux travaux de l'atelier, quoiqu'il fût lui-même affecté de cette triste maladie. Au bout de 4 ans, c'est-à-dire à l'âge de 21 ans, il eut une paralysie de la main gauche, guérie au bout de sept mois par des bains sulfureux, l'application de l'électricité et des limonades azotique et sulfurique à l'intérieur, sous la direction du docteur Pelletan. Cette main, restée très faible pendant un an, est moins développée que la main droite : aucune récidive jusqu'à ce jour.

Cinq ans plus tard,— notre malade atteignait sa vingt-sixième année, — l'intoxication saturnine avait fait de tels progrès que les coliques étaient devenues journalières et d'une telle intensité qu'il prit la résolution d'abandonner la profession paternelle : les gencives présentaient le liseré particulier à la maladie; les dents ballottaient dans leurs alvéoles.

C'était en 1858, il fit six mois de maladie chez lui, n'appela aucun médecin; mais se souvenant de ce que les bains sulfureux avaient été pour sa main gauche paralysée, il prit de ces bains tous les deux jours, et de temps en temps des lavements pour lutter contre la constipation qui ne le quittait pas. Il prit également à réitérées fois, et dans le même but, de l'eau-de-vie allemande qui lui a toujours réussi, tandis que l'eau de Sedlitz ne lui convenait pas.

Il entra comme employé dans une administration, et jusqu'en 1860 rien de particulier n'intervint. Le ventre était demeuré douloureux, mais les douleurs étaient supportables, lorsque le 19 mai, étant à dîner, où il finissait son potage, le ventre se gonfla subitement en même temps que de violentes douleurs se manifestèrent. Le malade vomit d'abord le potage qu'il venait de prendre, puis des matières noirâtres; fièvre violente, plus intense la nuit que le jour; transpirations profuses; diplopie. Le docteur Goupil est appelé; il ordonna l'application d'un vésicatoire englobant tout le bas-ventre, lequel prit bien; mais le ventre ne perdit rien de son volume, et les douleurs elles-mêmes furent continuelles, nonobstant un badigeon au laudanum, fréquemment répété. Huile de foie de morue à l'intérieur, mais qu'il fallut bientôt discontinuer eu égard à la diarrhée qu'elle augmentait; car nous omettions de dire qu'à partir du 19 mai la constipation avait fait place à une diarrhée glaireuse et jaunâtre qui dura près d'un an. Quant aux vomissements, ils ne reparurent plus depuis cette époque jusqu'à ce jour. La fièvre eut un accès quotidien, précédé d'un frisson d'une heure de durée et plus, jusqu'au commencement de décembre. A partir de cette époque, elle changea de caractère, devint plus intense le jour que la nuit, l'accès précédé de frisson n'ayant lieu que tous les deux jours, le frisson lui-même étant de plus courte durée. Cette fièvre diminua graduellement d'intensité, de sorte que notre malade ne peut préciser en quel mois de l'année 1861 elle disparut complètement. Les troubles de la vue cessèrent à peu près simultanément avec la fièvre.

En août de la même année, survinrent trois hémoptysies, la seconde séparée de la première par deux jours d'intervalle, et la troisième de la seconde par trois jours. La troisième fois, le sang fut pesé, on trouva 150 grammes. Le malade était resté sous l'impression que ce sang provenait de l'estomac : le sang vomi, dit-il, était rouge et son émission toujours précédée de picotements à la gorge, ce qui ne laisse aucun doute sur sa provenance. Ces hémoptysies ne se sont pas renouvelées depuis. Jusqu'en décembre, on appliqua encore deux ou trois vésicatoires, puis quelques cataplasmes, mais ces derniers étant insupportables, ils ne furent pas continués. De temps à autre, un lavement calmant fortement laudanisé.

Le 16 décembre 1860, notre malade entra pour la première fois à l'Hôtel-Dieu, service de M. Grisolle, qui porta comme diagnostic : « Péritonite tuberculeuse. » Vésicatoires, lavements laudanisés, potions gommeuse ou diacodée, bismuth et diascordium. Régime fortifiant, viandes crues, vin de Bordeaux. Vers la fin d'avril 1861, la diarrhée fut guérie. On avait appliqué jusqu'à 13 vésicatoires sans obtenir de grands résultats du côté de l'abdomen, toujours gros et douloureux. Le malade, que les vésicatoires irritaient, sortit de l'hôpital en mai et partit pour la province, où il séjourna sept à huit mois, y fut relativement assez bien, mais après ce laps de temps, il y eut recrudescence de la maladie; il revint à Paris en janvier 1862 et fut admis à cette époque à la Charité, service de M. Piorry, qui porta comme diagnostic : « Péritonite? » et prescrivit des douches ascendantes tous les deux jours, plus un lavement laudanisé et un bain les jours intérimaires. A l'intérieur, de l'iodure de potassium, deux cuillerées de sirop de morphine, un julep de sirop de morphine et *vingt* centigrammes d'extrait thébaïque en quatre pilules tous les jours.

C'était pour la première fois que l'opium entrait dans le traitement interne proprement dit, et nonobstant la dose assez élevée de ce médicament, continuée pendant six mois, son action fut peu calmante. Le malade quitta l'hôpital et essaya un peu du travail. Mais il revint bientôt à la Charité : cette fois, dans le service de M. Bouillaud, qui résuma le diagnostic sous les symptômes « ventre gros et anémie », lui fit prendre tous les jours *quarante* centigrammes d'extrait thébaïque en vingt pilules, plus de l'extrait de jusquiame, qu'il fallut bientôt suspendre, si grandes étaient les constrictions et la sécheresse de la gorge. Tous les deux ou trois jours on l'enveloppa d'un drap mouillé : réactions toujours fortes; malgré cela, les douleurs sont toujours très-vives. Au bout de cinq mois, il retourna à son travail pendant quelque temps.

De 1860-1863 il y eut un amaigrissement considérable; depuis cette époque, notre malade a repris des chairs qu'il a conservées jusqu'à ce jour.

En 1864, nous le retrouvons à Necker, dans le service de M. Lasègue, qui porta comme diagnostic : « Péritonite » et prescrivit des potions d'écorce d'orange amère et de jalap, avec bains sulfureux tous les deux jours, sous l'influence desquels la surface de la peau acquit cette couleur noirâtre particulière aux sujets atteints d'intoxication saturnine, comme si notre malade fut fraîchement sorti de son atelier, où il n'était pas cependant rentré depuis 1858. Le docteur Fernet, alors interne de M. Lasègue, constata l'existence du métal dans les exsudats. Au bout de six mois il reprend son travail; nouvel interrègne de calme relatif pendant quelques mois.

Il revint à la Charité, service de M. Pelletan, qui, réservant le diagnostic, ordonna des onctions d'onguent napolitain; à l'intérieur, de l'iodure de potassium dans de la tisane de houblon; un julep au sirop de morphine. L'onguent détermina une gingivite ulcéreuse et le tremblement des dents, mais pas de salivation.

En novembre 1863, notre malade est à l'Hôtel-Dieu, service de M. Guéneau de Mussy, qui ne fit pas de diagnostic, mais prescrivit de l'iodure de potassium et des bains de nitrate d'argent, deux par semaine. N'éprouvant aucun soulagement et ayant sous les yeux un malade sur lequel on pratiquait des injections de chlorhydrate de morphine, et qui s'en trouvait bien, il demanda qu'on lui en fit de pareilles, ce à quoi M. Legroux, alors interne dans le service de M. de Mussy, consentit. On commença par une solution au 0/0, 12 gouttes par jour. Soulagement immédiat.

En janvier 1867, il passa sans transition dans le service de M. Bernütz, à la Pitié, pour suivre M. Legroux, qui jusque-là avait pratiqué les injections, et y resta jusqu'au mois de juillet suivant. La dose de chlorhydrate de morphine avait été progressivement augmentée. Après qu'il eut quitté le service de M. Bernütz pour reprendre son travail, M. Legroux se transporta tous les deux jours, pendant trois mois, au domicile de notre malade, pour continuer les injections; car aussitôt ces dernières suspendues, les douleurs reparaissaient aussi intenses que jamais. Il apprit à pratiquer lui-même ces injections et y réussit; mais la dose à laquelle il était maintenant obligé d'avoir recours (*un* gramme par jour), entraînait une dépense qu'il n'était pas toujours en mesure de satisfaire. C'est ainsi qu'il fut contraint de revenir dans nos services hospitaliers.

En mars 1868, il entra à Lariboisière, service de M. Hérard, qui porte comme diagnostic : « Péritonite chronique », et fit continuer les injections. Au mois d'août, il voulut retourner en province, mais n'y resta que quelques jours.

D'octobre 1868 à avril 1869, il est à la Charité, service de M. Sée, qui porte comme diagnostic : « Brides intestinales ». On se borne aux injections que nous connaissons. Grâce à ces injections, notre malade est assez tranquille pendant le temps qui s'écoule depuis sa sortie du service de M. Sée, jusque, il y a deux mois environ, lorsque, les douleurs augmentant de jour en jour, il revint le 4 courant à l'Hôtel-Dieu, service de M. Hérard.

L'abdomen, dont le volume est encore assez considérable, a été beaucoup plus distendu au 19 mai 1860. Depuis cette époque, il a diminué par degrés insensibles aux proportions où nous le voyons aujourd'hui; à peine augmentait-il un peu, et temporairement, aux époques de recrudescence de la maladie. Il est tendu et résiste à la pression; sa surface est uniformément bombée et la palpation ne révèle qu'imparfaitement les anses intestinales sous-jacentes. La percussion rend un son mat.

La marche a toujours été bonne et ferme, sans influence aucune sur les douleurs abdominales; tandis que la station et la position assise les exaspèrent. Céphalalgie à chaque rechute; jamais d'œdème aux membres inférieurs ni ailleurs. Jamais de rhume, de pleurésie, de peumonie : à l'auscultation, on trouve la respiration faible au sommet droit. L'appétit n'a jamais été franc, mais plutôt indifférent. La soif a toujours été vive; la tisane de chiendent est la boisson habituelle de notre malade.

A partir d'avril 1861, époque où finit la diarrhée qui s'était déclarée le 19 mai 1860, la constipation fut comme vaincue, et les garde-robes revêtirent un cours assez régulier, sans le concours de lavements. La fonction des reins a toujours été bonne; quelques cystites sont survenues à la suite des vésicatoires; en 1868, et sans cause connue, un catarrhe vésical, qui eut trois mois de durée; là le malade fut obligé de faire usage de sondes pour les besoins de la miction.

La circulation offre une curieuse anomalie: le pouls est faible et régulièrement irrégulier, intermittence dans le rythme et l'intensité. Des insomnies fréquentes; sommeil agité. Depuis deux mois, la face porte un masque ictériforme, limité supérieurement aux arcades orbitaires et s'incline qui obliquement à travers le milieu tempes pour rejoindre les oreilles.

Nonobstant les injections au chlorhydrate de morphine, les douleurs augmentent ces jours-ci et se répercutent dans la direction des reins. Le malade se lève peu. Lorsque la solution n'est pas filtrée soigneusement, elle détermine de petits abcès. Ce fait, observé depuis longtemps par le malade lui-même, s'est accompli sous nos yeux ces jours derniers.

(A suivre.)

SUR LES EXOSTOSES DE LA FACE (1)

Par M. le professeur RICHET.

En 1841, un chirurgien de Saintes, M. Bouyer, publia, dans les *Annales de la chirurgie française et étrangère*, une observation dont le titre devait dérouter toutes les recherches bibliographiques; aussi n'y a-t-il rien d'étonnant à ce qu'elle ait passé jusqu'ici inaperçue ou donnée comme un cas d'exostose orbitaire; c'est cependant un cas type d'exostose du sinus frontal.

Voici ce fait remarquable ; seulement pour épargner les moments de l'Académie, j'ai cru devoir condenser en quelques lignes la substance de l'observation, qui est fort longue et très-détaillée :

Polypes des sinus frontaux s'étant fait jour dans les orbites et les fosses nasales avec complication d'exostoses (t. III, p. 242).

Il s'agit d'un homme de 28 ans, maréchal-ferrant, qui, quelques années avant l'apparition de sa maladie, avait reçu dans le front un coup violent.

En juin 1841, lorsque Bouyer le vit pour la première fois, l'œil droit était complétement caché par une tumeur dure de 5 à 6 centimètres de diamètre descendant de l'arcade orbitaire et y adhérant. L'œil gauche pouvait encore servir au malade, malgré une large plaie fistuleuse occupant la paupière supérieure, et à travers laquelle on arrivait sur une surface rugueuse, inégale, très-étendue. Chose singulière, il n'est pas question d'*exorbitis*, et c'est là certainement une lacune de l'observation. Enfin, des fongosités rougeâtres, sorte de végétations assez fermes, sortaient par la plaie fistuleuse et des polypes mous remplissaient les fosses nasales. Plusieurs portions osseuses nécrosées avaient antérieurement été retirées à la suite d'abcès.

Le chirurgien, croyant avoir à faire à une maladie de l'os frontal compliquée de végétations polypiformes dans les sinus frontaux et les fosses nasales, procéda à l'opération le 28 juin. Il mit, par une sorte d'incision cruciale, les deux arcades orbitaires et la racine du nez à découvert. La tumeur de droite fut disséquée, et on la trouva

(1) Suite. — Voir les numéros des 1er et 3 juin 1871.

formée par une sorte de kyste au milieu duquel on rencontra une *concrétion* stalactiforme que le chirurgien reconnut être enclavée dans le sinus frontal et qu'il n'hésita pas à qualifier d'exostose éburnée. Elle avait deux centimètres de diamètre sur un d'épaisseur et était d'une blancheur remarquable. Il la dégagea facilement à *l'aide d'un levier, après avoir brisé la lame antérieure du sinus frontal.*

Du côté gauche, on trouva également le sinus ouvert et rempli par des fongosités; mais sous l'arcade orbitaire, et logée dans l'orbite, on découvrit une autre exostose beaucoup plus volumineuse que la première, puisqu'elle avait 35 millimètres de largeur sur 20 d'épaisseur, et qu'on ne put déloger qu'après avoir scié l'arcade orbitaire et faussé deux forts leviers. Sa face supérieure, seule inégale, était adhérente à la face supérieure de l'orbite.

Je passe rapidement sur d'autres détails inutiles à la thèse que je veux démontrer; ainsi on enleva avec soin les polypes qui remplissaient les sinus et les fosses nasales; et le malade, qui supporta parfaitement cette longue et laborieuse opération, fut entièrement rétabli en moins de quinze jours, ayant recouvré la vision parfaite de ses deux yeux.

Le fait capital qui se dégage de cette curieuse observation, c'est que le chirurgien qui ignorait complétement, avant d'entreprendre l'opération, la maladie à laquelle il allait avoir affaire, qui croyait rencontrer seulement des polypes dans les sinus frontaux, avec altération plus ou moins grave des parois osseuses, trouva des concrétions osiformes qu'il n'aurait pas osé entreprendre d'attaquer s'il l'avait su d'avance. Mais, une fois l'opération commencée et la nature de la maladie reconnue, ayant constaté que les productions osseuses étaient plutôt *enclavées qu'adhérentes*, je me sers de ses propres expressions, il a l'heureuse inspiration, au lieu de les attaquer directement, ce qui eut été inutile vu leur dureté éburnée, de les déloger à l'aide d'un levier, après leur avoir ouvert une large voie à travers les parois du sinus frontal.

Eh bien, il faut le reconnaître, M. Bouyer a créé là, peut-être sans s'en rendre parfaitement compte, sans en avoir la perception bien nette, le seul, le véritable procédé opératoire qui soit applicable aux exostoses de la face, ainsi que je le démontrerai plus tard, en m'appuyant sur les données puisées dans l'anatomie pathologique.

Aussi me paraît-il très-regrettable que ni Roux ni Jobert n'aient eu connaissance, je ne dirai pas des faits antérieurs à celui de Bouyer, d'où il n'est pas toujours facile de dégager la lumière, et qui eussent exigé peut-être des études, on pourrait dire spéciales sur ce sujet, mais au moins de celui-ci, qui est fort nettement exposé; il n'est pas douteux qu'avec leur haute intelligence, en présence des malades qu'ils avaient à opérer, ils n'eussent tiré parti du procédé si simple de Bouyer. En examinant la pièce déposée au musée Dupuytren, qui provient du malade de Jobert, et surtout celle du Val-de-Grâce, et qui appartenait à celui de Roux, on voit, en effet, qu'il eût été, sinon facile, du moins possible de mener à bonne fin ces deux opérations. Il eut certainement suffi, après avoir ouvert largement le sinus, de *désenclaver*, pour me servir de l'expression du chirurgien de Saintes, à l'aide d'un levier, l'ossification éburnée, qui paraît aujourd'hui libre dans la cavité qui la contient, et qui probablement ne devait avoir pendant la vie que de faibles adhérences.

Quelques personnes paraissent encore, aujourd'hui, mettre en doute l'utilité des études historiques; je ne voudrais certes point en exagérer l'importance, et je reconnais même volontiers que poussées à leurs dernières limites elles peuvent étouffer la spontanéité et l'initiative; mais je ne connais peut-être pas d'exemple plus propre que celui ci à démontrer quel immense service elles peuvent rendre, en suppléant par la connaissance de la pratique de tous à l'insuffisance forcée de la pratique personnelle.

M. Dolbeau, lui non plus, ne connaissait point l'observation de Bouyer; mais, éclairé par les échecs de Roux et de Jobert, et profitant des observations de Michon, de Lenoir, de MM. Maisonneuve et Legouest, il a eu le mérite de se tirer habilement d'un pas difficile par un procédé qui diffère de celui dont il vient d'être question, mais qui, selon moi, lui est inférieur, ce que je chercherai à établir plus loin.

Rokytansky a publié, en 1844, la description du crâne d'un individu mort subitement à l'âge de 26 ans. A l'autopsie on trouva, à gauche, une tumeur osseuse éburnée, grosse comme un œuf de cane, envoyant dans la cavité du crâne un prolongement notable, un autre de la grosseur d'une noix dans l'orbite, et enfin un troisième, gros comme une noisette, dans la fosse zygomatique.

Cette exostose était née dans le sinus frontal et avait séparé les tables de l'os l'une de l'autre en les traversant l'une et l'autre. Dans les parties avoisinantes, on pouvait voir plusieurs petites tumeurs analogues (Rokytansky, *Handbuch*, 2 B. d. 1844 s. 210, et Stellwag von Carion *Ophthalmologie appendice, remarque* 330, p. 1354).

Le musée du Val-de-Grâce et le musée Dupuytren possèdent chacun une pièce qui ont, avec celle décrite par Rokytansky, la plus grande analogie. Ces deux pièces ont été décrites avec soin par M. Dolbeau, dans son mémoire auquel je renvoie pour de plus amples renseignements. Celle du musée du Val-de-Grâce provient d'un malade opéré par Roux, sur lequel on n'a que très-peu de renseignements. Celle du musée Dupuytren appartenait au malade opéré par Jobert, et c'est à peine si quelques détails, s'y rapportant, se trouvent relatés dans les Bulletins de la Société anatomique pour l'année 1851, alors que les pièces furent présentées à cette compagnie. Tout ce que l'on sait, c'est que, dans les deux cas, l'opération ne put être achevée et que les malades sont morts. Il est facile de juger par les traces de couronne de trépan et d'autres ostéotomes que portent les exostoses, qu'on a dû les attaquer cependant avec autant de persévérance que d'énergie.

Il ne faudrait pas croire d'ailleurs que cette impossibilité d'entamer l'exostose et de terminer l'opération ne soit arrivée qu'à Roux et à Jobert. Voici plusieurs faits analogues.

Dans un cas d'exostose dite de la voûte orbitaire, Keate, après avoir fait subir à la tumeur une perte de substance verticale à l'aide du trépan, dut s'arrêter à cause de son extrême dureté. Le malade continua à se présenter pendant plusieurs années à Saint-George's hospital, où on lui appliqua à plusieurs reprises divers caustiques; à la fin, une large portion de l'exostose se détacha; elle était d'une telle dureté, que la perforation du trépan était, dit Mackensie, aussi distincte qu'au moment où le malade avait quitté la salle d'opération.

Sir A. Cooper lui-même, le grand chirurgien, au dire de Hawkins, avait inutilement essayé d'enlever avec la scie une exostose du frontal située précisément sur le rebord de l'orbite, et qui n'était autre certainement, comme la précédente, qu'une exostose du sinus frontal. B. Brodie finit par la détruire par l'application réitérée des caustiques (Hawkins, *Opér. cit.*, p. 500). Enfin Mackensie (*Opér. cit.*, p. 64, obs. 74.) rapporte avoir été témoin d'une opération semblable, tentée sur une exostose éburnée de la voûte de l'orbite droit, qu'on fut aussi obligé d'abandonner à cause de son excessive dureté. C'était en 1843, au Royal infirmary de Glascow, dans le service de M. Lyon. L'exostose avait le volume d'un œuf de pigeon et semblait en haut le bord orbitaire supérieur, tandis qu'elle déprimait en bas et en avant le globe de l'œil. La tumeur, mise à découvert par une incision parallèle à la paupière, on passa le doigt tout autour, et, après avoir constaté qu'elle était limitée, on essaya sur elle l'action de la gouge, des tenailles incisives, de la râpe, du couteau à rogner, le tout en vain. On passa autour du pédicule une scie à chaînette; elle ne put mordre. A l'aide de la scie de Hey on parvint, à force de persévérance, à y pratiquer une entaille de trois quarts de pouce de profondeur; alors on introduisit un levier dans le trait de scie, mais la tumeur ne céda point à l'action de la force, que la crainte de fracturer l'orbite et de léser le cerveau empêcha de pousser plus loin. On parvint, après quelques nouvelles difficultés, à scier la portion d'exostose qui s'avançait entre le trait de scie déjà pratiqué et l'œil, et l'on ferma la plaie, espérant que la nécrose achèverait ce que l'opération avait commencé.

Dix ans après l'opération, l'exostose saillante à travers la plaie portait encore la trace du trait de scie comme si elle venait d'agir. La portion du frontal à laquelle elle s'insérait paraissait molle; mais l'œil, complétement chassé de l'orbite, était devenu opaque. Enfin pareille chose serait arrivée, au dire de M. Wecker, à M. Knapp et au professeur Textor, pour des exostoses de même nature et situées dans la même région. (Wecker, *Traité des maladies des yeux*, t. 1er, p. 814, 2e édition.)

(*A suivre.*)

RÉFLEXIONS

POUR SERVIR A

L'HISTOIRE DE LA CHIRURGIE EN CAMPAGNE (1)

Par le Dr E. TACHARD,

Répétiteur de chirurgie à l'École de médecine militaire.

Obs. CX. — S..., garde mobile, entre le 18 septembre à l'hôpital avec une contusion violente du tarse gauche, sans plaie; il existe en outre une plaie contuse étroite, en avant de la rotule qui a été éraflée. La synoviale articulaire était peut-être intacte. Nous proposâmes cependant l'amputation, que MM. Reib et Poncet rejetèrent, à cause des mauvaises conditions où se trouvaient alors nos blessés.

M. Poncet pratiqua une large incision cruciale en avant de la rotule, immobilisa le membre, et notre malade fut confié à M. Lacassagne, qui l'accepta dans son service, où il le plaça dans une salle fort bien aérée, ne renfermant que deux lits depuis longtemps inoccupés.

Bien des accès phlegmoneux situés autour du genou durent être ouverts, mais le 17 novembre la guérison était à peu près complète, et a dû être obtenue depuis.

Obs. CXV. — O..., soldat au 87e de ligne, entre à l'hôpital le 20 septembre, peu d'instants après sa blessure. Séton à la partie antéro-supérieure de la jambe, à deux ou trois centimètres au-dessous de la pointe de la rotule, avec érosion de la crête du tibia par éclat d'obus. Tentatives de conservation. La propagation de l'inflammation à l'articulation du genou force à pratiquer l'amputation de la cuisse le 1er octobre. Après l'opération, la pièce pathologique ne nous laisse point de regrets, et le malade envoyé le 10 octobre dans sa famille, qui habitait les Vosges, y termina sa guérison.

Obs. CXLIX. B. C. P., du 3e régiment des tirailleurs, entre à l'hôpital le 21 septembre, jour de sa blessure. Plaie contuse, par balle volumineuse renfermée dans un obus à balles, au niveau de la rotule gauche; l'articulation n'est pas ouverte. L'amputation proposée est refusée par le malade. Développement rapide d'un phlegmon diffus à la jambe, puis survient une arthrite du genou, en même temps que des fusées purulentes se propagent dans la cuisse et nous forcent à faire à plusieurs reprises de larges débridements. Le 8 octobre, le malade implore l'opération comme une faveur. Quoique en prévoyant le résultat, l'opération devant diminuer les douleurs et supprimer dans les salles remplies encore d'amputés une source d'infection, nous avons pratiqué l'amputation de la cuisse au tiers supérieur.

Le condyle interne du fémur porte une érosion profonde correspondant au point contus, sans que la rotule elle-même soit lésée. Le malade mourut le 11 octobre. La gangrène s'était propagée dans le bassin; le sang renfermé dans les vaisseaux avait une teinte vert-bouteille. Le foie était rempli d'abcès métastatiques; les poumons n'étaient pas altérés.

Il n'y a pas lieu de citer un plus grand nombre d'observations; car il faut convenir que lorsque huit tentatives de conservation fournissent quatre morts, trois amputations dont une seule guérit, une non-consolidation de fracture du bras, et deux guérisons seulement, de pareils résultats sont peu encourageants et doivent nous faire préférer l'amputation lorsqu'on se trouve dans les conditions où nous étions.

L'observation 110 offre le plus haut intérêt; elle prouve ce que peut l'hygiène, et surtout l'isolement des blessés; car on peut penser que cet homme, s'il fût resté dans nos salles, y aurait rapidement succombé.

Nous croyons donc pouvoir avancer que, dans les plaies par obus, la conservation des membres ne doit être tentée que lorsqu'on peut isoler les malades; les chances de réussite ne se trouvent que dans les bonnes conditions hygiéniques.

Ceux qui, plus heureux que nous, pourront fournir des cas nombreux de conservation, ne devront en rapporter l'honneur ni à leurs soins, ni à tel ou tel médicament; car, quel que soit mon respect pour la spatule et le mortier, je ne crois en chirurgie qu'à ces deux spécifiques : le grand air et la bonne nourriture.

Ne marchandons plus l'air à nos blessés, si dignes d'intérêt et pourtant si délaissés; assurons-leur par tous les moyens, et quoi qu'il en coûte, une nourriture toujours en rapport avec leurs besoins, je dirai plus, à leurs désirs. Telle est la voie dans laquelle il faut entrer pour que la chirurgie contrebalance les effrayants progrès de l'artillerie.

(1) Fin. — Voir les numéros des 16 et 20 mai 1871.

CLINIQUE DE VALS. — M. Clermont (de Lyon).

Hydrologie.

RÉSUMÉ HISTORIQUE ET MÉDICAL DES TRAVAUX ET OBSERVATIONS PUBLIÉS SUR LES EAUX MINÉRALES DE VALS.

Action générale. — Le premier effet qu'on observe généralement dès les premiers jours qui suivent l'administration des eaux de Vals, c'est une stimulation des fonctions digestives et bientôt de la circulation générale, qui ne tarde pas à être suivie d'un accroissement de force et d'activité de tous les systèmes. Cette stimulation n'est en aucune façon de l'irritation, car on l'observe chez les malades qui ont les organes digestifs très-susceptibles, chez ceux qui auraient passé jadis pour être atteints de gastrite; parfois même, c'est chez les malades de cette catégorie que les effets en question sont le plus prononcés. Par suite de cette action, stimulante plutôt qu'excitante, l'appétit se développe, la nutrition devient plus parfaite, et par conséquent la santé se rétablit ou se fortifie, suivant qu'elle était altérée ou chancelante.

Y a-t-il un système d'organes ou d'appareils qui fasse exception à cette règle? Un écrivain, plus ami du roman que de la sévère observation, a publié l'histoire de quelques vaches qui auraient perdu leur lait pour avoir été se désaltérer à une source alcaline de Vals; mon distingué confrère, M. le docteur Chabannes, a prouvé au romancier, par un fait sans réplique, que son histoire n'est qu'une fable : il a cité l'exemple d'une jeune femme, mère de trois beaux enfants qu'elle a nourris de son propre lait, et qui, pendant comme avant, et depuis la lactation, n'a cessé de boire exclusivement de l'eau de Vals. Au reste, M. Chabannes fait encore observer, avec raison et exactitude, qu'un grand nombre des habitants de Vals, principalement dans la classe peu aisée, prennent à peu près exclusivement pour boisson de l'eau minérale, parfois même de l'eau des sources les plus minéralisées, parce que cette eau, surtout celle de la source Saint-Jean, rend beaucoup moins sensible, par son goût agréable, la privation du vin; il n'est pas même rare de trouver dans la classe aisée des personnes qui préfèrent cette eau à l'eau ordinaire mélangée au vin. Toutes ces personnes, dans la classe nécessiteuse comme dans la classe aisée, jouissent d'une excellente santé, et n'éprouvent pas la moindre altération dans aucun système général ou local, pas les moindres indices de diathèse alcaline, par conséquent, et parmi elles se trouvent beaucoup de jeunes mères qui allaitent leurs enfants. Le bien que produisent les eaux de Vals est donc pur de tout mélange; nous verrons plus tard qu'il n'en est pas ainsi des autres eaux qu'on pourrait leur comparer. Voyons maintenant, en peu de mots, quel est ce bien dans quelques états morbides spéciaux.

Dyspepsie. — L'action générale que nous venons d'indiquer vient surtout, on le comprend, de l'action spéciale sur les organes digestifs; elle est la preuve que les eaux de Vals sont un des plus puissants *antidyspeptiques*, si ce n'est le plus puissant. Que la dyspepsie tienne à une altération des sécrétions gastriques ou gastro-hépatiques, à une gastralgie, à un état diathésique, goutteux ou rhumatique, à une atonie locale ou générale, les eaux de Vals auront presque toujours sur cette affection la plus heureuse influence; suivant son origine, il y aura seulement à choisir parmi les diverses sources, et aussi à varier les doses de l'eau, lesquelles doivent, en général, être faibles dans les dyspepsies irritatives, etc. Si nous écrivions un traité, nous entrerions à cet égard dans des détails minutieux, et nous citerions des observations qui mettaient en évidence l'action puissante des eaux de Vals contre les dyspepsies, actions que le savant Dupasquier a qualifiées de merveilleuses; mais nous ne faisons ici qu'un rapide résumé, et nous sommes obligé de traduire en quelques mots les résultats de notre longue pratique. Nous terminerons donc en disant que, non-seulement nous avons toujours vu l'usage de nos eaux guérir ou améliorer les états dyspeptiques, quels qu'ils fussent, mais encore activer et fortifier les fonctions digestives chez les personnes bien portantes, mais chez lesquelles ces fonctions, sans être positivement altérées, laissaient cependant quelque chose à désirer.

DOCUMENTS

POUR SERVIR A L'HISTOIRE DU MOUVEMENT SCIENTIFIQUE PENDANT LE SIÉGE DE PARIS (1).

XXXI. — Nous reproduisons, d'après la *Revue des cours scientifiques*, la conférence d'hygiène publique suivante, de M. le professeur Bouchardat.

FACULTÉ DE MÉDECINE. — M. Bouchardat.

Des meilleurs moyens d'employer pendant le siége nos ressources alimentaires.

Aussitôt que l'investissement de Paris a été prévu, je n'hésitai

(1) Suite. — Voir le dernier numéro.

pas à dire : La plus grande question d'hygiène obsidionale est l'alimentation.

Il faut aménager le mieux possible toutes nos ressources et ne rien perdre de ce qui peut être utilisé.

En agir ainsi, c'est non-seulement le moyen le plus sûr d'éviter de nombreuses et terribles maladies, mais aussi c'est donner du temps au gouvernement de la défense nationale, et, dans les conditions où nous sommes, le temps peut être un élément indispensable au salut de la patrie.

J'insistai vivement sur la nécessité de surveiller avec le plus grand soin nos animaux de boucherie, afin de n'en laisser périr aucun, et de consommer immédiatement ou de conserver par la salaison, par le procédé d'Appert, la viande de ceux qui étaient chancelants. — Je m'élevai fortement contre la perte des chairs si nourrissantes et si savoureuses de ces chevaux que le manque de fourrage forçait de conduire à l'équarrisseur.

Je demandai avec instance l'utilisation de tous les abats, du sang, et d'un grand nombre de produits des animaux qui, auparavant, étaient convertis en engrais ou servaient à l'industrie. Je revins à bien des reprises sur l'absolue nécessité de prévenir les avaries de toutes les matières alimentaires.

L'utilité de ces mesures est aujourd'hui reconnue par tous.

Le besoin a fait vite les éducations.

Les dames, qui s'arrêtaient devant les boutiques où s'étalaient les bijoux et les objets de toilette, n'ont plus aujourd'hui des yeux que pour les épiciers, les marchands de comestibles, espérant découvrir du fromage, du lard, des harengs ou des sardines.

Il y a encore à Paris bien des ressources alimentaires : les employer le mieux possible pour conserver longtemps nos santés, c'est le but que nous allons poursuivre dans ces conférences, et je suis dans de bonnes conditions pour en approcher. J'ai consacré pour les soins de mes malades de persévérantes études aux choses de l'alimentation ; je crois aussi, pardonnez-moi cette foi présomptueuse, avoir le génie de la cuisine, faire de bonnes choses avec peu. J'ai hérité cela de mon père ; il l'avait acquis ou s'était beaucoup perfectionné pendant le siége de Gênes, qu'il a enduré sous les ordres de Masséna. On y avait du vin ; on s'en trouva très bien, ceux au moins qui en usèrent sobrement ; pour la nourriture animale, à la fin du siége c'était chose inconnue ; mon père dépensa ses derniers 20 francs à acheter un rat.

La garnison républicaine, comme vous le savez, capitula, mais sortit de Gênes avec armes et bagages, enseignes déployées, et tous les honneurs de la guerre. Espérons que nous en sortirons mieux.

Il est des souffrances trop réelles, déterminées par l'épuisement ou la diminution de quelques-unes des matières alimentaires ou des matériaux normaux de l'alimentation usuelle.

Je citerai, en première ligne, la diminution du lait. Combien de pauvres enfants sont morts pour n'avoir pas eu cet aliment qui leur est si nécessaire !

A voir avec quelle ardeur on recherche les derniers échantillons de beurre ou de fromage, on comprend combien ces excellentes matières premières étaient entrées dans nos habitudes bromatologiques. Comme le lard est actuellement apprécié ! à combien d'excellents usages culinaires serait-il réservé si nos charcutiers avaient encore leurs boutiques ouvertes !

Je ne parle pas de la viande, mais nous en avons ; mais quelques-uns de nous sont contraints, malgré eux, à une utile sobriété. Pour les poissons, on espérait beaucoup de la pêche des pièces d'eau des bois de Vincennes, de Boulogne et surtout du canal de l'Ourcq et de la Seine. Toutes ces pêches ont produit peu de choses. Pourquoi avons-nous si fort négligé la pisciculture et le repeuplement de nos cours d'eau ?

Notre but, dans les conférences qui vont suivre, c'est de chercher les moyens de remédier, dans une certaine mesure, à l'épuisement ou à la diminution dans la quantité de quelques-uns de nos aliments usuels.

Je ne vous entretiendrai pas des choses que nous n'avons plus, je ne veux pas vous faire venir l'eau à la bouche ; je ne vous parlerai que des aliments qui nous restent ; nous sommes encore assez bien pourvus pour que plusieurs conférences soient nécessaires pour développer les questions qui s'y rapportent.

Avant de m'engager dans ces détails, une étude générale est utile. Voici les trois questions que je veux traiter :

A. Préciser les quantités d'aliments nécessaires pour entretenir la vie.

B. Faire connaître les maux résultant de la continuité d'une ration insuffisante.

C. Indiquer les moyens que possède l'économie et ceux que la physiologie enseigne pour conserver la santé avec une ration diminuée.

Quantité d'aliments nécessaires pour entretenir la vie.

Cette quantité varie suivant la nature de l'aliment qui reste.

Ce n'est pas une masse de matière alimentaire quelconque qui suffit pour réparer les pertes de l'économie, mais une réunion de matériaux alimentaires ou principes immédiats dans des proportions convenables pour constituer ce qu'on appelle *l'aliment complet*.

Cet aliment, qui doit satisfaire à tous nos besoins, réparer les pertes de l'économie, pourvoir même à l'accroissement, quand cela est nécessaire, comprend trois ordres de matériaux alimentaires : 1° les matériaux inorganiques ; exemple : l'eau, les sels ; 2° les matériaux de calorification, ou ceux destinés à maintenir notre température au degré constant de 37 ou 37,5 ; exemple : les huiles, les sucres, les fécules ; 3° les aliments plastiques ou ceux qui sont destinés à réparer nos tissus ; exemple : la fibrine du sang ou de la chair, l'albumine de l'œuf ou des graines, etc.

Il faut que ces trois ordres de matériaux se trouvent dans nos aliments de chaque jour dans un rapport convenable, parfaitement ordonné. Pour vous faire comprendre cette nécessité, permettez-moi une comparaison qui sera peut-être grossière, mais qui se rapporte aux choses de la guerre. Si dans la poudre on voulait forcer la proportion d'une des matières premières, qu'arriverait-il ? Les quantités de salpêtre, de charbon, de soufre, ont été rigoureusement déterminées par l'observation de l'expérience pour produire le maximum d'effet à masse égale.

Si vous augmentez outre mesure la quantité relative, soit du salpêtre, soit du charbon, soit du soufre :

Il y aura perte de substance, diminution d'effet, détérioration de l'arme.

Des phénomènes parfaitement analogues se produisent quand la proportion des matériaux alimentaires n'est pas bien réglée pour satisfaire, avec un certain écart, à la condition d'aliment complet.

Nos aliments ordinaires, pain, viande, etc., contiennent les trois ordres de matériaux alimentaires. Mais quelques-uns de ces principes immédiats se trouvent en excès par rapport aux autres. Il en résulte les principaux inconvénients que voici :

1° Une masse d'aliments trop grande devient nécessaire pour réparer les pertes.

2° Des matériaux alimentaires ou sont perdus ou imposent un surcroît de travail à l'économie pour les transformer ou les mettre en réserve.

3° Si la masse ingérée est suffisante, les principes immédiats en excès peuvent produire des résidus nuisibles.

4° Si cette masse n'est pas augmentée, les inconvénients de l'alimentation insuffisante se révèlent.

Pour démontrer la réalité de ces principes, nous allons revenir sur les deux aliments que nous avons pris pour exemple.

Si l'on veut se nourrir exclusivement avec du pain, il en faudra une trop grande masse pour réparer les pertes de l'économie, car le pain contient trop d'amidon et pas tout à fait assez de matériaux plastiques.

Si l'on se nourrit exclusivement de viande, ce sont les aliments de la calorification qui feront défaut. Pour pourvoir à ce déficit, il faudra ingérer une masse énorme de viande, et les résidus de décomposition de cette masse ingérée pourront déterminer des troubles dans l'économie. Si l'on ne prend de la viande que ce qui est nécessaire pour réparer les pertes des matériaux azotés du corps, les aliments de calorification feront défaut ; surviendront alors tous les inconvénients de l'alimentation insuffisante.

Pour nous servir de guide afin de fixer le mieux possible les rapports nécessaires entre les trois ordres de matériaux alimentaires qui sont indispensables pour réparer les pertes de l'économie, pour former bon un régime réparateur avec économie, rien n'est mieux pour éviter les tâtonnements que de prendre pour types des aliments complets.

Pour cela, nous adoptons, sans hésitation aucune, des modèles que tous les physiologistes accepteront, les laits de la femme et des animaux. Voici les tableaux représentant leur composition :

Composition des laits de femme, vache, ânesse.

		Vache	Anesse	Femme	Jument Boussingault.
1. Aliments de calorification.	Beurre......	38 59	13 72	20 76	traces
	Lactine	50 00	66 56	73 60	87 05
2. Aliments plastiques........	Caséine... Albumine.	37 72	1 00	14 00	16 00
3. Aliments inorganiques......	Sels	7 00	5 00	1 80	»
	Eau.........	866 69	893 62	889 84	884 00
Parties solides.........		133 31	106 38	110 16	103 05
Densité.................		1 033 88	1 034 09	1 031 04	»

En adoptant pour type le lait de la femme, nous trouvons sur 110 grammes :

Aliments de calorification..........	94	grammes
Aliments plastiques.................	14	—
Aliments inorganiques, moins eau...	2	—
Eau..................................	890	—

Les aliments de calorification contiennent 20 1/2 corps gras, 73 1/2 sucre de lait.

La condition à remplir pour fixer un régime, c'est d'employer ce que nous avons (les aliments qui nous restent) de telle manière que les rapports que je viens d'indiquer soient à peu près conservés. C'est la règle générale que nous suivrons dans la suite de ces études.

Disons cependant que les aliments de calorification peuvent se substituer à la limite les uns aux autres. Ainsi, dans le lait des animaux, quand le beurre diminue, la lactine augmente et réciproquement. L'homme s'accommoderait, surtout pendant l'hiver, de l'association de ces deux ordres de matières.

Je vous ai parlé du lait de la femme, c'est le plus précieux des aliments.

Si en temps ordinaire j'ai condamné (*Bulletin de l'Académie de médecine* 1868) avec une grande force les mères qui n'allaitent pas leurs enfants, aujourd'hui, ne pas remplir ce devoir, à Paris, c'est un infanticide.

Je demande pour les mères nourrices deux rations : une pour elles et une pour leurs enfants.

Qu'elles ajoutent au régime obsidional une à trois cuillerées d'huile de foie de morue ; je leur promets pour elles santé parfaite, et elles élèveront une génération qui contribuera à régénérer notre pays et à fonder sur des bases solides ces États-Unis d'Europe que depuis longtemps nous appelons de tous nos vœux.

Des moyens que possède l'économie et de ceux que la physiologie indique pour conserver la santé avec une ration diminuée.

Conserver la santé avec une ration diminuée pour la quantité et la qualité, c'est une question difficile. — Les dommages, en effet, sont variables, suivant la condition où nous sommes placés ; pour ceux qui sont sous l'influence de la misère physiologique, ils sont plus grands. Malgré les difficultés du problème, il faut l'aborder, parce que la nécessité est là ; elle nous dit qu'il faut à la fois se restreindre et s'industrier.

Dans d'heureuses conditions, la quantité des aliments ingérés peut être réduite pendant un certain temps sans grand dommage pour l'économie.

Une des propriétés les plus admirables de l'organisme des êtres vivants, c'est l'aptitude qu'ils possèdent de modifier dans des limites souvent très-étendues le jeu de ses rouages, sans que pour cela ils cessent de fonctionner régulièrement et de concourir à l'effet commun qu'ils sont chargés de remplir. Les transformations organiques diminuent, se modifient, mais l'être vivant résiste. Quand les matériaux indispensables à entretenir la chaleur nécessaire à la vie sont épuisés, il s'en forme de nouveaux aux dépens de la plupart des principes immédiats qui constituent les organes.

Voilà les grandes ressources que l'économie animale possède pour résister et entretenir pendant un certain temps les phénomènes de la vie, en dépit des privations. Mais de ces ressources il ne faut pas en abuser, car lorsqu'on arrive à la limite, les difficultés s'augmentent pour l'organisme ; les matériaux qui restent sont plus difficiles à employer ; puis survient cet état d'appauvrissement général de l'économie qui prédispose à toutes les maladies aiguës et qui conduit aux plus redoutables affections chroniques.

Maux de la continuité d'une ration insuffisante.

Quand par la continuité des privations on dépasse les limites du possible, on arrive à remplir les conditions observées dans l'inanition avec toutes ses fatales conséquences. *C'est une question de temps.* Heureusement que rien de pareil ne s'est encore présenté depuis l'investissement de Paris. Il faut des mois pour y arriver, à moins de famine. J'ai examiné cliniquement un grand nombre de santés. Presque tous nous accusons une certaine diminution de poids. Nous avons perdu quelques kilogrammes ; j'ai vu des protubérances abdominales diminuer sensiblement, mais chacun a conservé ses forces ou les a vues s'accroître. On marche mieux, on supporte des fardeaux sans faiblir ; on passe la nuit au rempart sans souffrance. Au physique tout va bien, et au moral mieux encore.

Je vous ai parlé, il y a un instant, de la limite extrême à laquelle une garnison puisse parvenir. Si l'on en croit des récits qui me paraissent des plus vraisemblables, nos vaillants soldats de Metz touchaient à cette limite. Au lieu de 750 grammes de pain, ils n'en recevaient plus que 200 grammes. Il n'y avait plus que deux batteries d'artillerie sur quatre-vingt trois qui eussent leurs chevaux, les autres avaient été mangés. Il ne restait plus que quinze chevaux par escadron. L'aspect des habitants indiquait qu'ils avaient enduré les plus terribles privations. Le sel manquait, et nous verrons combien est funeste la privation de cette matière indispensable à l'économie.

Je suis heureux, dans le moment où nous sommes, de rendre ce public hommage à notre armée de Metz, qui a enduré tant de maux et livré de si glorieux combats !

J'ai indiqué les moyens que possède l'économie pour conserver la santé avec une ration insuffisante. Ils peuvent se résumer en deux principaux : diminution de la dépense, emploi des matériaux du corps pour entretenir la chaleur.

De ce deuxième fait il est facile de déduire cette conséquence que les matériaux de calorification sont les plus indispensables. Aussi, dans le lait de la femme en trouvons-nous 94 grammes sur 110 de matière fixe, le reste est de l'eau.

C'est surtout pendant les temps froids que le besoin des huiles, des graisses, se fait plus vivement sentir.

Heureusement qu'en utilisant tout ce que jadis on négligeait, les ressources alimentaires de cet ordre sont encore abondantes.

A peine a-t-on attaqué les provisions d'huile de foie de morue, qui peut, dans les circonstances où nous sommes, compléter de la façon la plus heureuse l'alimentation des jeunes enfants qui ont eu le plus à souffrir depuis l'investissement.

Je vous parlerai des graisses animales, des beurres de coco et de palme, produits des plus précieux que l'alimentation emprunte aujourd'hui à la parfumerie. Nous avons de ces beurres végétaux en quantité considérable, parce que Paris expédiait dans tout l'univers ses savons, ses pommades parfumés.

Quand on est bien chauffé, l'appétit et le besoin de manger diminuent ; malheureusement nos provisions de coke sont bornées.

Un des moyens les plus sûrs de modérer la dépense alimentaire, c'est de conserver la chaleur qu'on produit à l'aide de bons vêtements chauds de couvertures suffisantes, de matelats de laine. Ces mauvais conducteurs diminuent les pertes que le froid extérieur produit, et amènent ainsi une diminution de dépense. Il y a parmi nous plusieurs personnes qui, guidées par cet instinct, se couchent de très-bonne heure et restent longtemps au lit ; il y a double économie, d'éclairage et de chaleur.

Quoi qu'il en soit, on comprendra combien c'est chose ardue de fixer un minimum de rationnement ; ce minimum devra varier avec la condition organique de chacun, avec le travail qu'il doit produire, avec les conditions de température extérieure, et avec la nature des matières premières qui nous restent. Il est pour nous plus aisé, et surtout plus utile, de rechercher les meilleures associations des ressources alimentaires que nous avons, en dépensant le moins possible et en produisant le plus grand bien.

Avant d'aborder l'étude des aliments complexes qui nous restent (j'appelle aliments complexes le blé, le riz, les salades), je crois utile de jeter un coup d'œil général sur les trois groupes de principes immédiats ou matériaux alimentaires qui les constituent. Je les divise comme vous savez : 1° matériaux inorganiques, 2° matériaux de calorification, 3° matériaux azotés ou plastiques.

Matériaux inorganiques.

Pour les matières inorganiques, nous nous bornerons à dire quelques mots de l'eau potable et du sel ; les autres matériaux inorganiques du corps existent en proportion suffisante dans les aliments végétaux ou animaux que nous avons ; peut-être quelques jeunes personnes feront bien d'ajouter à leur principal repas une très-petite pincée de limaille de fer.

Eau potable.

Toutes les eaux de Paris qui sont inodores et ont un bon goût, les eaux de puits elles-mêmes, peuvent être bues sans nul inconvénient. Les eaux de la Seine sont les meilleures. Elles sont beaucoup plus agréables après la filtration, et le meilleur filtre domestique est le filtre de pierre des ménages parisiens quand il est bien nettoyé.

C'est précisément l'eau de la Seine dont nos ennemis ne pourront pas nous priver ; elle coulera toujours dans nos murs, et par une

sage prévoyance on a disposé des appareils à vapeur le long de nos quais pour assurer la distribution à domicile.

L'eau est le premier besoin pour la quantité, il en existe 89 pour 100 dans le lait de la femme.

Dès les premiers jours de l'investissement j'ai été consulté par plusieurs personnes des plus recommandables par leur bon jugement en temps ordinaire, sur les moyens de conserver ou de se procurer de l'eau potable. La Seine, leur disais-je, vons en fournira toujours. Mais, répondaient elles, les Prussiens la détourneront. Elles oubliaient qu'à Charenton la Marne vient se réunir à la Seine.

Quand on a de chères santés à protéger, toutes ces folles terreurs se comprennent.

La crainte de manquer de vivres a conduit certains citoyens à des exagérations de prévoyance vraiment puériles, mais qui ont eu leur bon côté quand elles ont été prises lorsque les provisions nous arrivaient en abondanee.

Voici la situation de Paris par rapport à l'eau potable :

En 1854, Paris disposait par jour de 148,000 mètres cubes d'eau, 100,000 provenaient du canal de l'Ourcq.

En 1868, Paris disposait de 213,000 mètres cubes d'eau pour une population de 1,600,000, c'est environ 139 litres par habitant. Dans quelques années, quand nos affaires seront rétablies, ce chiffre sera porté à 200 litres par habitant.

D'après M. Belgrand, voici par quelles ressources on doit arriver à ce résultat :

1° Réorganisation et augmentation du débit du canal de l'Ourcq. Aujourd'hui les Prussiens nous l'ont coupé.

2° Pompes à feu sur la Seine, en amont de Paris ; elles fonctionnent très-bien ; on en a établi de provisoires.

3° Usine hydrauliques utilisant les chutes de la Marne pour refouler l'eau dans le canal de l'Ourcq pendant les basses eaux. Cette ressource nous fait défaut par le fait de la guerre.

4° Puits artésiens; ils nous ont rendu depuis le siége de grands services pour remplir les bassins du canal et éviter leur infection, et cela grâce à la généreuse assistance d'une des grandes raffineries de Paris.

5° Soins des sources Arcueil, Belleville, Ménilmontant.

6° Dérivation des sources de la Dhuis et de la Somme-Soude. Les Prussiens nous ont coupé ces conduites.

Sous le rapport de l'eau potable, nous sommes complétement rassurés, les Prussiens nous ont laissé la meilleure en qualité, et pour la quantité les crues successives l'ont considérablement augmentée. Comme beaucoup de villes assigées, nous n'aurons pas à souffrir de la privation d'eau potable.

(*Sera continué.*)

—Le Bulletin hebdomadaire des causes de décès pour Paris, du 5 au 11 août 1871, donne les chiffres suivants :

Variole, 7. — Scarlatine, 5. — Rougeole, 1.— Fièvre typhoïde, 16. Typhus, ». — Érysipèle, ». — Bronchite, 54. — Pneumonie, 29. — Diarrhée, 45. — Dysenterie, 22. — Cholérine, 19. — Choléra, ». — Angine couenneuse, 6. — Croup, 4. — Affections puerpérales, 4. — Autres causes, 464. — Total : 676.

Celui de Londres donne les chiffres suivants, du 30 juillet au 5 août 1871 :

Variole, 87.—Scarlatine, 24.—Rougeole, 18. — Fièvre typhoïde, 10. — Typhus, 6. — Érysipèle, 7. — Bronchite, 68. — Pneumonie, 40. — Diarrhée, 225. — Dysenterie, 1.—Cholérine, ».— Choléra, 18.— Angine couenneuse, 5. — Croup, 7. — Affections puerpérales, 7. — Autres causes, 859. — Total : 1,382.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments ou autres objets).

Traité des maladies du fond de l'œil et Atlas d'ophthalmoscopie, par L. DE WECKER et E. DE JÆGER, 1 vol. grand in-8° avec 29 planches coloriées. — Prix : 35 fr.

Thérapeutique des maladies chirurgicales des enfants par M. HOLMES, ancien chirurgien de l'hôpital des Enfants-Malades de Londres; ouvrage traduit sur la seconde édition et annoté sous les yeux de l'auteur, par le docteur O. LARCHER, ancien interne, lauréat des hôpitaux de Paris, avec 330 figures. — Paris, 1870 ; un fort volume in-8. — Prix : 15 fr.

Capvern. Ses eaux minérales. Applications thérapeutiques par le docteur MICHEL TICIER, médecin inspecteur des eaux de Capvern, ancien interne des hôpitaux de Toulouse, etc. 1 vol. in-8° de 300 pages. — Prix : 2 fr. 50 c.

Des différentes formes de l'ovarite aiguë, par le docteur SCAGLIA. In-8 de 116 pages. — Prix broché : 2 fr.

Des gastrites chroniques, par le docteur E. BOTTENTUIT, ancien interne des hôpitaux de Paris, médecin aux eaux de Plombières. Delahaye, 1867. — Prix : 2 fr.

Des dyspepsies flatulentes à forme douloureuse et de leur traitement par les eaux de Plombières, par le docteur E. BOTTENTUIT, ancien interne des hôpitaux de Paris, médecin consultant aux eaux de Plombières. Germer-Baillière, 1870. — Prix : 1 fr.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 18 août 1871.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le public était moins nombreux que d'ordinaire à cette séance, que la fête de l'Assomption avait fait remettre au mercredi.

D'ailleurs, la discussion sur l'infection purulente est commencée depuis bien longtemps pour intéresser beaucoup encore. Les membres de l'Académie ont, pour la plupart, fait leur choix entre les opinions qui sont en controverse.

Ces opinions peuvent être divisées en trois groupes, selon que leurs auteurs attribuent, dans la production de l'infection purulente, le rôle principal :

1° A la septicémie,
2° A l'embolie,
3° A la métastase.

Dans le premier groupe rentrent les théories de M. Alphonse Guérin sur le *miasme humain*, de M. Verneuil sur la *Sepsine*, et celles de tous les orateurs qui, sans créer un nom nouveau ou l'existence d'un corps nouveau, tendent à confondre l'infection purulente et l'infection putride, voyant dans l'une comme dans l'autre le pur et simple résultat de l'empoisonnement du sang par des éléments organiques décomposés.

Dans la dernière séance, M. Gosselin et M. Chassaignac sont venus apporter de nouveaux arguments : le premier pour, le second contre cette doctrine de la septicémie.

M. Gosselin a rappelé combien l'infection purulente était commune toutes les fois qu'il existait une ostéomyélite, affection dans laquelle la moelle osseuse est en partie mortifiée et décomposée.

M. Chassagnac a montré que, si l'infection purulente était vraiment produite par un poison humain, elle serait plus fréquente chez les malades qui suppurent depuis très-longtemps, étant exposés à tous les miasmes nosocomiaux ; tandis qu'en fait, elle les épargne, pour sévir exclusivement sur les plus récents opérés.

A cette occasion, M. Chassagnac a rappelé ses beaux travaux et ses méthodes devenues classiques pour empêcher la béance des vaisseaux sur les surfaces divisées et le croupissement du pus dans les cavités suppurantes. L'inventeur du tube à drainage, de l'écrasement linéaire, etc., etc., restera justement célèbre. Qu'il ne craigne donc plus de se voir oublié par ses contemporains ou par ceux qui suivront.

Bien entendu, M. Chassagnac est aussi éloigné que M. Gosselin de la doctrine des métastases, doctrine relevée par M. Chauffard avec ce talent d'exposition et cette brillante éloquence que tout le monde lui connaît. Il n'en fallait pas moins pour paraître donner quelque tournure à ce vitalisme étrange, qui attribue l'infection purulente à la *spontanéité* même de l'organisme.

Du reste, ici les faits d'observation sont en contradiction formelle avec les données de M. Chauffard. Suivant cet habile orateur, les abcès viscéraux, qui sont la caractéristique de l'infection purulente, devraient toujours se présenter sous l'aspect d'un simple dépôt de pus tout formé dans les organes. Ce serait une simple déviation de la sécrétion, ou pour mieux dire, de la *fonction de purulence*.

Je sais que telle était la description qu'en ont tracée les anciens classiques, alors qu'ils nommaient ces abcès *métastatiques*, leur donnant ainsi la même origine que M. Chauffard. Mais je sais aussi que dans la nature, dans les autopsies, on trouve que les choses sont loin de se passer toujours de cette façon.

La réaction inflammatoire est souvent très-caractérisée chez les malades atteints d'infection purulente, lorsqu'ils meurent peu de temps après les premiers frissons. M. Richet a fait cette remarque sur un grand nombre des opérés dont il a pratiqué cette année l'ouverture, et il nous en a donné la preuve sur le cadavre de l'un d'eux.

Si l'on oubliait les antécédents, on croirait alors avoir affaire à des pneumonies lobulaires disséminées et pour la plupart arrivées à suppuration.

On y rencontre les trois degrés de la pneumonie : congestion, hépatisation rouge, infiltration grise ; mais nulle part encore de vrais abcès, qui se vident aussitôt ouverts, où le pus soit collectionné dans une poche membraneuse.

Ces noyaux n'ont point un siége fixe, comme on le disait pour les abcès métastatiques ; ils sont répandus indifféremment sur toutes les faces des poumons.

Ordinairement les poumons seuls sont affectés en pareils cas ; parfois pourtant le foie présente, lui aussi, des noyaux semblables de véritable infiltration grise.

Tout cela concorde admirablement avec l'idée *d'infarctus*, et non pas avec celle de simples dépôts de pus tout formé.

Si le malade eût vécu plus longtemps, il est probable qu'on aurait trouvé les noyaux d'infiltration grise transformés en autant d'abcès, comme se transforment les pneumonies arrivées au troisième degré, et comme se transforment les noyaux emboliques.

Ainsi ces faits peuvent recevoir deux interprétations : ils peuvent s'expliquer par la supposition *d'infarctus*, et par celle de pneumonies infectieuses. Mais ils contredisent formellement celle des transports métastatiques.

Plus j'étudie cette question des infeetions purulentes, plus je crois que la meilleure théorie pour les expliquer est encore celle que j'ai exposée l'année dernière à propos de cette discussion. Les expériences de M. Colin sont venues depuis lui apporter la confirmation expérimentale, et elle me paraît maintenant presque inattaquable.

Cette théorie est basée sur les recherches de M. Conheim, Hayem et Vulpian, en ce qui touche les leucocytes, corpuscules qui se rencontrent dans le sang, la lymphe et le pus.

Dans le sang et la lymphe, ils paraissent être doués d'une vie très active et de mouvements *spontanés*, pour ainsi dire. Ils peuvent progresser dans des vaisseaux qu'ils dépassent en calibre, et pénètrent partout, sans amener d'embolie nulle part dans le système circulatoire.

Ce sont ces mêmes leucocytes qui, traversant les parois des vaisseaux en cas d'inflammation, fournissent les éléments de la sécrétion purulente. Mais ils n'y restent pas longtemps sains, comme ils le sont dans le sang et la lymphe.

Si alors ils se trouvent rentrer fortuitement dans le système circulatoire, par les ouvertures béantes des vaisseaux sanguins ou lymphatiques, ils peuvent emporter avec eux des germes morbides, qui les rendront préjudiciables de deux façons :

1° Parce que, leurs mouvements actifs étant affaiblis ou abolis, ils seront arrêtés dans ces mêmes capillaires qu'ils traversaient si aisément en prenant activement une forme allongée ;

2° Parce que le principe morbide qu'ils entraîneront avec eux les rendra irritants, tant pour ces capillaires que pour les tissus du voisinage.

Ils feront naître alors autour d'eux des inflammations d'autant plus aiguës qu'ils s'éloigneront plus de l'état de santé :

Inflammations septiques, à proprement parler, quand ces leucocytes, ayant macéré dans un liquide en décomposition, porteront avec eux cet élément septique ;

Inflammations, au contraire, presque simples, quand les leucocytes seront simplement paralysés, pour ainsi dire, pour s'être trouvés en dehors des milieux vivants.

De là, tous les degrés de réaction vitale, si différents suivant les cas, autour des points où se seront arrêtés ces *leucocytes de retour*, si je puis m'exprimer ainsi.

De là, aussi, cette nécessité presque absolue de plaies encore récentes, pour qu'il se forme une véritable *infection purulente*, avec abcès viscéraux ; car, dans les plaies anciennes recouvertes de membranes dites *pyogéniques*, les leucocytes, ne trouvant plus d'orifices béants, ne peuvent pénétrer que s'ils ont encore la plénitude de leurs mouvements actifs, c'est-à-dire s'ils sont complétement sains, et inoffensifs par cela même.

Il ne faut donc pas assimiler l'infection purulente à l'infection putride ; M. Chassagnac a eu raison d'insister beaucoup sur ce point.

L'infection putride, elle, est bien une pure et simple septicémie, qui peut se produire à tous les âges des plaies, du moment où le pus s'y décompose : elle est le résultat de l'échange des liquides proprement dits, sans pénétration d'aucun élément figuré.

L'infection purulente se fait autrement ; elle exige la pénétration de leucocytes, et de leucocytes malades.

Elle est souvent accompagnée de septicémie, car la septicité, la décomposition putride des matières organiques, est souvent ce qui rend malades et nuisibles les leucocytes.

Il paraît certain que souvent c'est une maladie transmissible qui passe d'un sujet à l'autre. Et, compris dans ce sens, le terme *miasme humain*, dont M. Guérin s'est servi, se rattache à une idée juste, celle de poison transportable : bien qu'il soit douteux que le poison dont il s'agit puisse être un miasme qui se transmette sans contact.

L'infection purulente peut donc être parfois épidémique. Et, de plus, elle peut revêtir des formes et des caractères particuliers, alors que le germe épidémique n'est plus exactement le même.

Nous sommes encore loin de connaître et de discerner tous les germes qui peuvent donner naissance à des épidémies.

Les bons effets du revêtement et des pansements rares sont faciles à comprendre, du moment où il est des germes qui viennent ainsi du dehors.

Mais on comprend également que la préservation ne soit point absolue, puisque les leucocytes peuvent être affectés par décomposition et devenir funestes, en l'absence de toute transmission d'homme à homme.

Quant aux voies de pénétration des leucocytes, elles peuvent être diverses :

Les vaisseaux sanguins divisés et béants, particulièrement les sinus osseux, ce qui explique pourquoi l'infection purulente succède si souvent à l'ostéomyélite ;

Les lymphatiques, quoiqu'en dise M. Virchow ; car si les globules blancs ne pouvaient traverser les ganglions lymphatiques, il est clair que l'on ne trouverait pas de ces globules blancs, comme élément essentiel de la lymphe, circulant dans toutes les parties du réseau formé par les lymphatiques.

D'ailleurs, et c'est un point maintenant hors de doute, l'infection purulente commence quelquefois par une lymphangite, aussi bien que par une phlébite : selon que les globules malades ont irrité tel ou tel vaisseau qui se trouvait sur leur passage.

Cette théorie, constamment appuyée, aussi bien sur les faits d'observation clinique que sur les données expérimentales, me semble la seule admissible dans l'état actuel de la science.

Dr VICTOR REVILLOUT.

HOTEL-DIEU. — M. HÉRARD.

Péritonite chronique (1).

(Observation recueillie par M. le docteur GIRARD.)

RÉFLEXIONS. — L'autopsie seule pourra nous dire si nous sommes en présence d'une péritonite simple, granuleuse ou tuberculeuse ; mais, dans cette dernière alternative, nous ne pourrons préciser l'époque à laquelle remonteront les tubercules ou les granules. Deux faits sont à noter en faveur d'une péritonite granuleuse : ce sont d'abord les hémoptysies du mois d'août 1860, et, en second lieu, la faiblesse ou l'insuffisance de la respiration au sommet droit. La présomption, toutefois, est en faveur d'une péritonite simple ou essentielle.

Quelle aura été l'influence de l'intoxication saturnine sur la genèse et l'étiologie de cette péritonite ? c'est ce qu'il sera difficile d'établir d'une manière certaine.

Un fait qui domine toute la pathologie du sujet qui nous occupe, c'est l'excessive impressionnabilité de la fabrique animale ou organique. Nous le voyons, dès l'âge de 6 ans, affecté d'une constipation opiniâtre et être en proie à des « maux de ventre » périodiques, sur la nature desquels il est difficile de conserver des doutes en présence des phases ultérieures de cette maladie. A cette époque, cependant, l'enfant ne faisait que jouer dans l'atelier paternel, et ce par intervalles seulement. Il lui a suffi de respirer les vapeurs délétères du métal en fusion pour que sa constitution en ressentît les funestes atteintes. Plus tard, de 8 à 17 ans, il prend une part directe aux travaux les jours de sortie du collége. Dès ce moment, les « coliques de plomb » se caractérisent. A 21 ans, il est paralysé de la main gauche. A 26 ans, la maladie du plomb est à son apogée ; c'est alors qu'il renonce à la profession de fondeur. Deux ans plus tard, à 28 ans, la péritonite fait explosion comme incident nouveau. Enfin, à 32 ans, exsudation par la peau de parcelles de plomb, et à 39 ans masque ictériforme de la face.

Telles sont les diverses étapes de la maladie plombique au milieu desquelles la péritonite est comme englobée.

Je reviens maintenant à cette impressionnabilité de la fabrique organique, à laquelle il a été fait allusion plus haut, et qui se révèle déjà à l'âge de 6 ans sous l'action qu'exerce sur elle l'atmosphère de plomb. Nous la retrouvons s'accentuant de plus en plus de 8 à 17 ans, puisqu'il suffit à notre malade de travailler trois ou quatre jours par mois pour gagner les « coliques de plomb ». Lorsque, à 26 ans, l'apparition de la péritonite donne lieu à l'usage de vésicatoires, ceux-ci déterminent invariablement des cystites, malgré l'emploi du camphre pour en combattre les effets. A 36 ans survient un catarrhe vésical, sans cause apparente ; un incident, insignifiant peut-être en toute

(1) Fin. — Voir le dernier numéro.

autre circonstance, en a été ici la cause. Enfin, le fait que lorsque la solution de chlorhydrate de morphine n'est pas soigneusement filtrée avec du papier de première qualité, elle détermine de petits abcès, dénote ainsi jusqu'à la dernière évidence cet état essentiel de la fabrique organique que nous avons appelé son impressionnabilité, et dont il faut tenir compte pour apprécier sainement l'ensemble de la maladie.

Nous avons éliminé la diathèse tuberculeuse pour ne voir ici qu'une péritonite essentielle dont la maladie du plomb a été la cause déterminante, non pas comme cachexie plombique, mais purement et simplement comme cause mécanique. En effet, on conçoit aisément que les intestins, constipés et soumis alternativement à des contorsions anormales sous l'influence de la maladie saturnine, aient pu léser le péritoine dans une ou plusieurs de ses parties et amener par degré, et après des années d'incubation, l'explosion du 19 mai 1860, où la péritonite se présente à nous dans sa phase aiguë. Depuis cette époque, elle a passé à l'état chronique avec une série de réminiscences subaiguës; le volume du ventre diminuant insensiblement pendant que les brides intestinales, que nous croyons exister, acquéraient un développement de plus en plus considérable.

Nonobstant une dissemblance apparente dans l'étiologie de la péritonite dont il est ici question et celle que nous avons publiée il y a quelques jours (1), on ne peut méconnaître la grande similitude qu'elles ont entre elles dans leur caractère physique et leur aspect extérieur; aussi n'hésitons-nous pas à déclarer qu'elles doivent présenter de grandes affinités pathologiques. Leur étude comparative servira à démontrer combien il reste encore à faire dans cette branche de nos connaissances médicales.

SUR LES EXOSTOSES DE LA FACE (2)

Par M. Richet.

En regard de ces observations malheureuses, en voici un bon nombre plus récentes, où les tentatives ont été couronnées d'un entier succès.

C'est d'abord un fait de M. Canton, chirurgien du *Royal Westminster ophthalmic hospital*, qui, sur une femme de 20 à 30 ans, enleva une exostose éburnée dite de *la voûte orbitaire*. Mais la lecture de l'observation démontre qu'ici encore il ne peut être question que d'une exostose du sinus frontal. En effet, à l'examen, on constate que l'œil est poussé en bas par une tumeur dure située au-dessus et en arrière, et que le *bord de l'orbite est épaissi et en continuité avec elle*.

La tumeur est détachée à l'aide de la gouge et du ciseau. Elle avait le volume d'une noix, était très-pesante, formée à l'extérieur d'un tissu compact et à l'intérieur d'un tissu réticulaire très-serré. (*Medical Times*, vol. XXIII, p. 494. London, 1851.)

M. Haynes Walton, chirurgien de *St. Mary's hospital*, ne fut pas moins heureux. Comme M. Canton, il qualifie la tumeur d'exostose du bord orbitaire supérieur; mais il n'y a qu'à jeter les yeux sur la figure qu'il a donnée du malade avant l'opération pour être frappé de son identité avec le malade photographié de M. Dolbeau. D'ailleurs les détails de l'observation prouvent, à ne pouvoir s'y méprendre, qu'il s'agit bien aussi d'une exostose du sinus frontal.

C'était un charretier de 40 ans, qui attribuait sa maladie à une chûte faite dans un escalier, dans son enfance; le fait est que deux mois après la tumeur avait commencé à soulever le bord orbitaire. Le malade étant chloroformé, la tumeur fut mise à découvert à l'aide d'un lambeau quadrilataire comprenant toute la paupière renversée de haut en bas. Alors l'exostose fut détachée à l'aide d'une scie étroite insinuée entre elle et le globe de l'œil, en s'efforçant de suivre la ligne du sourcil. La texture, est-il dit, semblable à celle de l'ivoire, opposait à la masse de l'instrument une grande résistance, et il fallut beaucoup de temps pour terminer. Enfin, on y parvint. L'œil se replaça; le malade guérit promptement. La vue se rétablit; le sourcil cachait une grande partie de la cicatrice, et la paupière se relevait presque autant que l'autre. (Haynes Walton, *Operative ophthalmic, Surgery*, p. 348. London, 1853.)

C'est une exostose de même nature, mais dont le siége et la situation offraient avec les précédentes quelques différences, qu'a opérée heureusement M. Maisonneuve en 1853. Cinq mois avant seulement, ce jeune homme, âgé de 22 ans, avait ressenti les premiers symptômes de sa maladie. Lorsque le chirurgien l'examina pour la première fois, l'œil, chassé de l'orbite, était poussé vers la tempe par une tumeur dure mamelonnée, située à la partie interne de l'orbite. Elle était le siége de douleurs très-vives; rien dans la narine correspondante. Une incision semi-circulaire met la tumeur à découvert, et alors on constate qu'elle a une partie seulement de sa circonférence dans l'orbite, que l'autre est dans les fosses nasales, et qu'entre les deux portions il y a une sorte d'étranglement. Elle adhère si intimement au frontal que tous les ostéotomes sont vainement et successivement employés pendant une heure et demie que dure l'opération, et que plusieurs se faussent ou se cassent. Enfin, après des efforts inouïs, on parvient à faire sauter avec un ciseau un mamelon éburné qui met à découvert la *portion spongieuse adhérente par laquelle l'exostose* tenait au frontal. On y insinue le ciseau, on mobilise la tumeur et on l'enlève. Une cavité, tapissée par une membrane veloutée, semblait la contenir. L'examen de la pièce démontre qu'il s'agit d'une exostose éburnée, laquelle avait pris naissance, suivant M. Maisonneuve, dans la masse latérale de l'ethmoïde, *à laquelle elle ressemble d'une manière frappante*. Le contour en est lisse; elle offre une excavation sur sa face supérieure où se voient les traces d'une rupture; c'est par là qu'elle adhérait au frontal. Elle avait 0,05 dans son diamètre antéro-postérieur, 0,04 dans les diamètres transversal et vertical, et elle pesait 28 grammes. (*Gaz. des hôp.*, 1853, n° 95.)

Le malade guérit sans aucun accident.

Deux réflexions me sont suggérées par la lecture de cette observation. La première, à l'occasion de la médecine opératoire. Il me semble que si l'on eût mieux connu son lieu d'implantation, on fût arrivé plus rapidement à la détacher de ses adhérences au frontal et à la mobiliser. Or l'anatomie pathologique démontre que c'est au frontal en effet que ces productions adhèrent et que c'est là d'abord qu'il eût fallu la tâter. On aurait ainsi rendu l'opération moins pénible pour le malade et moins laborieuse pour le chirurgien. La deuxième réflexion a trait à l'origine présumée à l'ethmoïde. C'est parce qu'elle rappelait par sa forme celle de cet os que M. Maisonneuve parait croire qu'elle y avait pris naissance. C'est là une raison qui n'est rien moins que décisive, et l'adhérence au frontal me ferait bien plutôt pencher vers l'origine dans le sinus frontal.

Le fait suivant, dû à Lenoir, offre un curieux exemple d'exostose encore développée dans le même point, c'est-à-dire à la partie supérieure et interne de l'orbite, et que je crois être également originaire du sinus frontal, mais qui offrait de plus cela de singulier, c'est qu'elle était compliquée d'une autre exostose développée plus bas dans les fosses nasales, au voisinage du cornet inférieur.

Lenoir avait communiqué le fait sans détails à la Société de chirurgie en 1856 (19 avril 1856, *Bulletin de la Société de chirurgie*); mais l'observation complète ne fut publiée, par M. Paul, interne du service, dans les *Bulletins de la Société anatomique*, qu'en l'année 1858, p. 107.

L'exostose orbitaire, y est-il dit, adhérait à la base du crâne, entre l'apophyse orbitaire et les fosses nasales; elle était parfaitement immobile, et on fut obligé de la détacher avec une gouge et un maillet. Quant à l'exostose nasale, elle fut arrachée avec facilité du cornet inférieur auquel elle adhérait. L'exostose orbitaire une fois enlevée, on constata, dit M. Paul, qu'elle était adhérente à la base du crâne dans l'étendue de trois centimètres, et que son pédicule avait bien un centimètre de diamètre. Quant à celle des fosses nasales, elle paraissait développée aux dépens du cornet inférieur. Leur surface était lisse et polie en certains points, rugueuse et mamelonnée dans d'autres. Toutes les deux présentaient au microscope des canalicules et des corpuscules osseux; il s'agissait donc bien de véritables productions osseuses. Lenoir ajoute, notons bien ce détail, qu'après l'ablation, voulant se rendre un compte exact de l'origine de ces tumeurs, il avait introduit le doigt dans les fosses nasales; qu'il y avait trouvé des polypes muqueux nombreux, absolument comme Bouyer, qu'il ne cite pas et pour cause, et qu'après les avoir enlevés, il avait pu pénétrer dans le sinus frontal puis dans le sinus maxillaire, qu'il avait trouvés libres, ce qui prouve bien, dit-il, que ces tumeurs osseuses étaient étrangères aux sinus. Or, c'est précisément sur ce dernier point qu'il m'est impossible d'accepter l'opinion de Lenoir, opérateur très-distingué, dont nous avons tous apprécié l'esprit, d'ordinaire si exact et si judicieux, et auquel je me plais à rendre ici publiquement cet hommage. Mais les plus sagaces peuvent parfois sommeiller, et par cela même qu'il avait pu introduire facilement le doigt dans le sinus et particulièrement dans le sinus frontal, complétement inabordable à cette exploration à l'état normal, l'opérateur n'aurait-il pas dû se demander comment s'étaient effectués et cet élargissement des sinus et cette facile communication avec les fosses nasales; il eût été ainsi amené à conclure que le siége réel de l'exostose dite *orbitaire* était bien le sinus frontal. D'ailleurs, cela me paraît ressortir clairement de la description même du procédé opératoire.

Le pédicule de la tumeur, est-il dit, fut détaché de la base du crâne, à laquelle il adhérait dans un *point intermédiaire à l'apophyse orbitaire et aux fosses nasales*. Quel peut être ce *point intermédiaire?* Qu'on jette les yeux sur le squelette, et l'on verra qu'il correspond précisément à la paroi inférieure du sinus frontal, c'est-à-dire là précisément où ces parois sont très-affaiblies, là où d'autres exostoses, celles-là *incontestablement* développées dans le sinus frontal, sont venues se faire jour, comme dans le cas de Bouyer, surtout dans le mien. Quant à l'origine de l'exostose dite nasale, je serais assez disposé à admettre également qu'elle a pris naissance dans le sinus maxillaire, car elle offrait tous les caractères anatomiques des productions osseuses nées dans cette cavité; mais je ne saurais être aussi affirmatif à son égard, les observations analogues étant fort rares, surtout à cette période peu avancée de leur développement.

Déjà, en 1850, c'est-à-dire six ans avant la communication faite par Lenoir, Michon avait présenté à la Société de chirurgie un malade auquel il avait extirpé avec succès une énorme exostose éburnée, siégeant dans le sinus maxillaire; et, si je n'ai pas mentionné cette intéressante observation à son ordre chronologique, c'était uniquement pour ne pas interrompre une série de faits ayant entre eux la plus grande analogie. A cette série d'exostoses, que j'appelle *fronto-nasales* ou *fronto-orbitaires*, va en succéder une autre que je désigne sous le nom de *naso-maxillaires*, à cause de leur tendance à se porter vers la partie inférieure des fosses nasales, du côté du sinus maxillaire : l'observation de double exostose naso-orbitaire et naso-maxillaire de Lenoir leur sert pour ainsi dire de trait-d'union.

Je vais rappeler en quelques mots l'histoire de l'opéré de Michon. Il était âgé de 19 ans; il faisait remonter le début de sa maladie à trois années, et ne paraissait d'ailleurs que fort peu souffrir. La maladie, développée du côté droit de la face, offrait quelques-uns des caractères des tumeurs de sinus maxillaire. Ainsi, l'œil était repoussé en haut, l'os de la pommette faisait saillie en dehors, le nez était fortement dévié à gauche, mais la voûte palatine était intacte, sans *voussure* aucune; par la narine apparaissait une tumeur dure, noire, rendant sur la sonde métallique un son sec, apportant la notion d'un corps analogue à un calcul; enfin, le doigt introduit dans l'arrière-gorge rencontrait aussi une tumeur dure. Michon, ayant diagnostiqué par élimination une tumeur osseuse, pratiqua la résection de la partie antérieure du sinus maxillaire, mit à découvert la tumeur, et l'attaqua inutilement, et pendant une heure, avec tous les ostéotomes dont la chirurgie dispose, et dont plusieurs furent brisés. Ce n'est qu'après une lutte épuisante qu'on parvint à la rendre mobile et à la *désenclaver*, ainsi que le dit Michon, puis à l'extraire.

La tumeur entraîna avec elle la paroi supérieure de l'orbite et celle des fosses nasales, *avec lesquelles elle faisait corps*, et l'œil reprit immédiatement possession de l'orbite. L'énorme cavité qui résultait de l'extirpation se combla rapidement, et, deux mois après, lorsque le malade fut présenté à la Société de chirurgie, il pouvait être considéré comme guéri.

La tumeur enlevée pesait 120 grammes, elle avait 0m,195 de circonférence et 0m,205 sur sa coupe; elle portait 0m,065 dans sa longueur et 0m,075 dans sa hauteur. La coupe en est éburnée, offrant des séries de lignes concentriques très-serrées, et sa couleur était d'un blanc d'ivoire jaunâtre. Le microscope y constata tous les éléments de l'os (*Mémoires de la Société de chirurgie*, t. II, p. 615, avec planches).

On ne saurait trop louer le courage, la résolution et l'énergie du patient et de l'opérateur durant cette longue et laborieuse opération; mais, pour nous qui connaissons mieux aujourd'hui la nature de ces productions osseuses, grâce aux efforts et aux observations de ceux qui nous ont précédés, n'est-il pas évident qu'en pareille circonstance, à l'avenir, l'opération pourrait être abrégée et rendue plus facile par une connaissance plus exacte des conditions anatomo-pathologiques qui président à leur évolution?

Le fait de notre collègue M. Legouest, sur lequel M. le professeur Gosselin a fait un rapport (*Bullet. de l'Acad.*, 1865, p. 45), offre avec celui de Michon la plus grande analogie. Toutefois, M. Legouest le donne comme un cas d'exostose nasale, faisant une saillie considérable dans le pharynx et déformant notablement la face, tandis que Michon considérait son fait comme un cas d'exostose du sinus maxillaire. Ce qui est certain, c'est que, chez le malade de M. Legouest, les phénomènes de déformation n'étaient pas les mêmes que chez l'opéré de Michon. Quant à la nature de la tumeur, elle est identique dans les deux cas; c'est le type de l'exostose éburnée. L'observation de M. Legouest étant publiée dans les *Mémoires de l'Académie* (t. XXVII, p. 148), je crois pouvoir me dispenser d'en donner un résumé. Je ferai seulement observer que je ne puis partager l'opinion de notre collègue sur ce qu'il appelle la carie de l'exostose. J'ai examiné la pièce avec beaucoup de soin, je l'ai étudiée et comparée avec toutes celles que j'ai pu me procurer, et il en est résulté pour moi cette conviction, que les inégalités, les rugosités qui existent sur la face supérieure de cette production osseuse ne sont point le résultat d'une maladie, d'une suppuration avec carie, par exemple, mais sont simplement les traces de la séparation opérée, par les efforts du chirurgien, au point de jonction de l'exostose avec le squelette. Je ne vois là aucun indice d'inflammation, j'y reconnais, au contraire, la preuve d'une brisure récente, comme dans les cas de Maisonneuve, de Michon et le mien propre.

(*A suivre.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 15 août 1871. — Présidence de M. Barth.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1870 dans le département de l'Aveyron et dans le département de l'Ardèche. (Commission des épidémies.)

2° Un rapport sur le service médical des eaux minérales et des eaux chaudes (Basses-Pyrénées), par M. le docteur Lemonnier. (Commission des eaux minérales.)

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend :

Une lettre de M. le professeur Simonnin (de Nancy) accompagnant l'envoi de divers travaux publiés par ce médecin pendant l'année 1870;

Reprise de la discussion sur l'infection purulente.

M. GOSSELIN. Après avoir entendu, dans la séance du 11 juillet dernier, la fin du discours de M. Chauffard, je n'ai pu me défendre de demander à parler une seconde fois sur les sujets en discussion. J'avais déjà le désir de signaler et de combler une lacune que j'avais remarquée dans les discours de MM. Verneuil, Alphonse Guérin et J. Guérin; mais cette lacune m'avait encore plus frappé dans ceux de M. Chauffard. Étonné de la facilité avec laquelle, dans cette longue discussion, les meilleurs esprits se laissent détourner des choses simples et positives pour s'embarrasser dans les questions obscures et inextricables, je n'ai pu résister au désir d'exposer une seconde fois, en les mettant mieux en relief, les principaux arguments sur lesquels s'appuie la doctrine de la septicémie. Certainement, ces deux sujets connexes de la fièvre traumatique grave et de l'infection purulente présenteront longtemps des difficultés à peu près insolubles. C'est une raison de plus, à mon avis, pour prendre au moins comme point de départ de nos études pathogéniques les faits que la clinique nous donne comme irrécusables.

Parmi ces faits, il en est un premier sur lequel tout le monde est d'accord, c'est que la fièvre traumatique et la pyoémie ont leur origine dans une plaie plus ou moins profonde, la première dans une plaie qui va suppurer, la seconde dans une plaie dont la suppuration est établie depuis un certain temps.

Mais à côté de ce premier fait, s'en trouve un autre que nos collègues connaissent parfaitement, et que cependant ils semblent tous oublier dans le développement de leurs opinions pathogéniques, je veux parler de la fréquence beaucoup plus grande de ces deux maladies dans les cas où il y a suppuration simultanée des grands os et des parties molles, que dans ceux où la suppuration envahit les parties molles seulement. J'avais, dans mon allocution du 28 mars, insisté sur ce point; j'ai vu avec peine que nos collègues le laissaient complétement dans l'ombre, et c'est pourquoi je les invite aujourd'hui formellement à s'en expliquer devant vous. Je demande à M. Verneuil de nous dire pourquoi ce poison traumatique dont il admet, comme moi, l'existence, se forme et agit si gravement lorsque le fémur, le tibia, l'humérus, et la plupart des autres grands os prennent part à la suppuration; pourquoi il ne se forme pas, ou se forme avec des qualités moins délétères, lorsque

(1) *Gazette des hôpitaux.*

(2) Suite. — Voir les numéros des 1er, 3 et 6 juin 1871.

les os ne sont pas intéressés, ou lorsque, l'ayant été, ils se trouvent préservés de la suppuration, soit par un effet du hasard, soit par suite de la bonne direction donnée à la thérapeutique. Je demande à M. Alphonse Guérin de nous faire savoir comment il comprend que le miasme atmosphérique, dont l'introduction par la plaie amène, selon lui, l'infection purulente, produit si facilement ses effets délétères lorsque les os sont intéressés, et ne les produit pas, ou les produit beaucoup moins, lorsque les os restent sains.

Il est vrai que, dans son dernier discours, notre savant collègue, citant un passage de la thèse de M. Dibos, fait intervenir, pour les cas de lésion du tissu osseux, une réceptivité plus grande de ce tissu. Je veux bien admettre que, par réceptivité plus grande, M. Alphonse Guérin, entend une surface d'absorption plus étendue. Mais d'une part, cette augmentation de la surface absorbante aux dépens du squelette est chose contestable, et moi-même, après l'avoir discutée dans mon mémoire de 1855, je n'ai pas consenti à l'admettre comme donnant à elle seule l'explication de la fréquence de la pyoémie; d'autre part, la chose était assez importante dans le sujet en discussion, pour mériter de plus longs développements. J'invite aussi M. Jules Guérin à s'expliquer sur la manière dont il conçoit que l'influence de l'air sur les liquides de la plaie, influence combinée souvent, comme il nous l'a si bien dit, avec les mauvaises conditions de la santé antérieure et de l'hygiène; comment il conçoit, dis-je, que cette influence est plus délétère lorsque les liquides proviennent du squelette que dans les cas où ils sont fournis seulement par les parties molles. Et enfin, combien j'aimerais à entendre la réponse de M. Chauffard à cette question : pourquoi cette réaction commune à laquelle vous attribuez la fièvre traumatique, pourquoi cette perturbation de la vie plastique, dont la pyohémie est la conséquence, interviennent-elles si puissamment et si mortellement, quand les grands os de notre économie prennent part à la suppuration?

Et, en adressant cette invitation à nos collègues, je leur ouvre toute ma pensée. Ceux qui adoptent la septicémie trouveront leurs arguments les plus puissants dans l'ostéomyélite suppurante aiguë. Celui qui, seul jusqu'à présent, parmi nous, a combattu avec vigueur cette opinion, M. Chauffard, ne fera, je l'en préviens amicalement, qu'obscurcir davantage son exposé déjà un peu nébuleux, s'il veut essayer de faire concorder ses idées avec la suppuration aiguë des grands os de notre économie.

Il est vrai que, dans ma précédente lecture, je ne m'étais pas beaucoup étendu sur ce sujet. Il m'est tellement familier, et j'ai si souvent l'occasion de le développer à l'hôpital de la Charité, que je le croyais suffisamment connu et que j'aurais craint, en m'y arrêtant trop longtemps, d'abuser de la bienveillance de l'Académie. Les discours si incomplets, sous ce rapport, de nos collègues m'ont fait voir que je me trompais, et qu'il était nécessaire d'accentuer davantage ma manière de voir, et de dire encore une fois jusqu'où nous conduit l'observation rigoureuse des faits dans les cas d'ostéite suppurante, à quel moment et dans quelle mesure nous avons le droit, sans manquer ni à la tradition, ni aux enseignements de la clinique, de faire intervenir l'explication *septicémie.*

Les faits, les voici : toute plaie au fond ou sur le trajet de laquelle un grand os participe à la solution de continuité, passe, si elle doit subir le travail de suppuration, par deux périodes : une première de cinq à six jours, pendant laquelle la suppuration se prépare; une seconde, beaucoup plus longue, pendant laquelle la suppuration est établie et la réparation tend à se faire.

A la première période correspondent des phénomènes locaux et des phénomènes généraux.

Parmi les phénomènes locaux, il en est qui, se passant du côté des parties molles, sont apercevables pendant la vie, et à cause de cela sont généralement assez bien connus; ils consistent en un gonflement douloureux, accompagné de tension, de chaleur, d'écoulement séro-sanguinolent, qui présente de bonne heure une odeur fétide. La plaie est couverte de caillots sanguins, ramollis et putréfiés, de petites escharres habituellement superficielles, quelquefois profondes, dont la fétidité s'ajoute à celle des liquides altérés; enfin de produits exsudés qui se mortifient à leur tour et fournissent de nouveaux matériaux putrides. Ces phénomènes, qui ne diffèrent que par leur intensité de ceux que nous observons dans la première période des plaies contuses sans lésion du squelette, sont d'ailleurs plus ou moins prononcés, suivant que l'action vulnérante a été plus ou moins énergique, et que la constitution du sujet est plus ou moins prédisposée à leur développement.

Les autres phénomènes locaux se passent du côté des os; ceux-là ne peuvent pas être vus pendant la vie. C'est l'examen anatomique après la mort ou après une amputation qui nous les fait apprécier. Première raison pour laquelle on les a mal connus, jusqu'à l'époque récente où ont été publiés les beaux travaux de MM. Chassaignac, Tharsile, Vallette et J. Roux sur l'ostéomyélite.

En outre, pour les constater dans toute leur plénitude, il faut, non pas scier l'os, mais le casser avec un marteau ; et comme on a souvent négligé cette précaution, c'est une seconde raison pour laquelle beaucoup de chirurgiens, et, à plus forte raison, les médecins, ne sont pas au courant des lésions capitales que je vais rappeler, et sur lesquelles il faut être bien renseigné aujourd'hui, quand on veut discuter la pathogénie des infections traumatiques.

A l'extérieur de l'os sur lequel commençait la participation au travail suppuratif, le périoste est détruit dans une certaine étendue, épaissi et vascularisé dans les points où il persiste. La surface dénudée offre la dilatation des canalicules vasculaires, telle que l'a signalée Gerdy. A l'intérieur, le canal médullaire, lorsqu'il s'agit de la diaphyse, renferme, au voisinage de la solution de continuité, une substance infiltrée de sang altéré et fétide. La graisse normale de la moelle a disparu en grande partie. Ce qui en reste est transformé en une bouillie rougeâtre, putride, en grande partie mortifiée, mélangée çà et là d'une pulpe grisâtre, qui est d'origine exsudative, mais qui a été gangrenée aussitôt que produite. En un mot, il y a dans le canal médullaire, comme sur les parties molles, du sang altéré et des détritus organiques morts. Seulement ces détritus se sont formés aux dépens de la graisse médullaire, qui s'est mortifiée par places et qui était destinée, comme les eschares des parties molles, à l'élimination. Ces altérations sont peut-être la conséquence du travail local morbide que nous appelons inflammation ; mais nous nous défendons difficilement de l'idée qu'elles sont dues en grande partie à la présence de l'air, et cette présence est d'autant plus à noter ici, que par suite de la liquéfaction prompte d'une partie de la moelle frappée d'inflammation et de gangrène partielle, le canal médullaire s'est un peu vidé, et l'air est venu y prendre la place en y séjournant d'autant plus facilement que les parois sont rigides, et que la cavité reste continuellement béante.

Si la solution de continuité occupe une des extrémités, les mailles de la substance spongieuse, dont le contenu n'est en définitive que la continuation et l'analogue de la substance médullaire, présentent exactement les mêmes altérations, la même putridité du sang infiltré et de la substance médullaire mortifiée par places.

Comme phénomènes généraux, nous n'observons le plus souvent rien pendant 12, 24, 36 ou 48 heures; puis nous voyons apparaître ceux d'une fièvre plus ou moins intense, de cette fièvre que depuis la publication des leçons de Dupuytren (1), les Français appellent la fièvre traumatique. Remarquez bien, messieurs, que la fièvre commence après la putridité dont je viens de parler, se continue avec elle, et qu'elle est en général d'autant plus intense, que la putridité et la destruction qui la produit sont elle-mêmes plus prononcées.

A la seconde période, on trouve les parties molles de la plaie débarrassées de la plus grande partie du sang altéré et des escharres. L'élimination et la mondification se sont opérées, et la membrane granuleuse, organe principal de la réparation, commence à fournir le pus, dont la sécrétion, sans que nous puissions en savoir les motifs, est nécessaire aux transformations ultérieures qui doivent amener la cicatrisation. Mais le travail de réparation, qui est toujours lent sur les os, n'est pas aussi avancé dans le canal médullaire. Toutes les parties mortifiées n'en sont pas encore expulsées. La mortification s'y continue même quelquefois jusqu'à la substance osseuse, dont une partie, si le blessé survit, se trouve ainsi vouée à la nécrose. Le pus qui commence à se former dans le canal en question s'écoule difficilement de cette cavité dont les parois ne reviennent pas sur elles-mêmes pour l'expulser. Il y reste au contact de l'air qui s'y confine pour la même raison. Il est donc dans les conditions les plus favorables pour subir à son tour la décomposition putride.

Il est possible néanmoins que les choses se passent bien, que les escharres myélitiques s'éliminent, que le pus du canal médullaire sorte, et que le contenu de ce canal se transforme promptement en une substance granuleuse qui se confond peu à peu avec la membrane granuleuse des parties molles. Jusqu'à ce que ce travail soit bien établi, la fièvre primitive, si elle avait eu lieu, persiste, devenant de moins en moins intense à mesure que la suppuration devient plus franche et que la fétidité disparaît. Mais trop souvent, surtout lorsque le sujet était dans de mauvaises dispositions avant la blessure, et lorsqu'il est dans de fâcheuses conditions sous le rapport de l'hygiène et de l'aération, l'altération putride continue dans le canal médullaire, la gangrène s'y propage, le pus y croupit, l'ostéomyélite y devient diffuse et putride, et fournit des matériaux toxiques qui finissent par se faire jour du côté de la plaie, et se mettre en contact avec ses vaisseaux absorbants. C'est alors que se développe trop souvent cette autre variété de fièvre qui caractérise l'infection purulente ou pyoémie. Il est vrai que les autopsies permettent quelquefois de constater que le sang s'est altéré et que le pus a croupi dans une grosse veine de la région malade, en même temps que dans le canal médullaire. On a pu trouver même quelquefois la phlébite sans l'ostéomyélite. C'est qu'il s'était produit alors une phlébite putride que je distingue essentiellement de la phlébite non putride, celle qui, arrivant à l'abri du contact de l'air, s'accompagne de coagulation sanguine et quelquefois de suppuration, sans qu'aucune fièvre grave intervienne.

En résumé, messieurs, sur une plaie suppurante avec lésion des os, vous avez, dès le début et pendant un certain temps, une mortification plus ou moins étendue, suivant les sujets, et des putridités qui ont trois sources principales : 1° la surface même des parties molles; 2° les grosses veines qui s'enflamment, soit d'emblée, soit consécutivement au passage dans leur intérieur des putridités fournies par les parties molles et par l'os (phlébite putride); 3° l'os lui-même (ostéomyélite putride). Aux putridités du début correspond la fièvre traumatique; aux putridités consécutives, la pyoémie.

Et vous voyez maintenant en quoi diffèrent les plaies n'intéressant que les parties molles : elles ont aussi des putridités dans leur première période; mais la source osseuse manquant, ces putridités sont moins abondantes et moins délétères. En même temps la fièvre traumatique manque ou, si elle vient, elle est légère et essentiellement bénigne. Les putridités consécutives manquent tout à fait, et avec elles l'infection purulente. On n'observe les unes et l'autre qu'exceptionnellement, dans les cas où une grosse veine, se trouvant au voisinage de la plaie, est devenue le siége d'une phlébite putride, ou bien dans ceux où, la cavité étant profonde, comme dans les suppurations articulaires, le pus séjourne et croupit d'autant plus facilement.

A côté de ces faits, est-il nécessaire de vous rappeler le pouvoir absorbant des plaies, qui a été si bien démontré par les expériences de Bonnet, par celles de notre collègue, M. Demarquay, et par les miennes, pouvoir dont personne, je crois, ne songe à contester l'existence.

Ici, messieurs, s'arrête l'observation et commencent les interprétations. Que disons-nous, nous, les partisans de la septicémie? Nous disons : Il se trouve des matières putrides à la surface et dans les profondeurs de la plaie; il y a, d'autre part, une communication facile entre cette plaie et le torrent circulatoire par les lymphatiques, les veines et les capillaires sanguins; par l'une ou l'autre, ou par plusieurs de ces voies, les produits putrides passent dans le sang et l'altèrent. Cette altération du sang produit la fièvre et tous les désordres fonctionnels et anatomiques des deux grandes maladies dites : fièvre traumatique intense et pyohémie.

Nous ne dissimulons pas que nous ne pouvons ni isoler, ni montrer les poisons septiques et leurs variétés probables; nous sommes incapables d'expliquer rigoureusement pourquoi et comment l'altération du sang fait naître l'ensemble de phénomènes que nous réunissons sous le nom de fièvre. Nous convenons qu'il y a là des inconnues, et un immense champ de recherches à exploiter; mais ne nous est-il pas permis, en voyant ces deux facteurs en présence, les poisons putrides et les voies de l'absorption, de trouver la démonstration assez avancée pour accepter, jusqu'à preuve absolue du contraire, la septicémie comme point de départ de tout le mal? et ne suis-je pas autorisé, moi qui ai tant étudié l'ostéomyélite putride, de voir dans la gangrène et la suppuration de la moëlle une source féconde de ces poisons organiques que les parties molles et leur graisse fournissent également, mais en proportion beaucoup moindre et avec des qualités moins nuisibles?

Je veux bien admettre, comme je l'ai fait dans mon travail de 1855, et conjointement avec M. Alph. Guérin, que les os peuvent absorber les poisons formés dans leurs intérieur, et qu'ainsi l'étendue de la surface d'absorption contribue pour une certaine part à expliquer la facilité et la fréquence de l'intoxication. Mais je fais intervenir, pour une part beaucoup plus large, l'abondance et les mauvaises qualités des poisons médullaires.

Je vous prie de bien remarquer, messieurs, que je mets en relief actuellement une seule chose, savoir, la partie fondamentale de la doctrine septicémique, celle que nous avons, comme je l'ai dit suffisamment le 28 mars (1), vu naître en France. Je laisse tout à fait de côté les parties accessoires, celles qui ont été plus particulièrement étudiées par les Allemands. Je ne crois pas en effet, que la question ait été notablement avancée par l'appréciation de la chaleur, au moyen du thermomètre, sur l'homme vivant et sur les animaux, en expérience.

Il m'importe peu, d'un autre côté, qu'on fasse intervenir des caillots migrateurs dans l'explication et le mode de formation des abcès métastatiques. Ce qui est capital, et je m'en suis longuement expliqué le 28 mai, parce que c'est la seule notion qui nous conduise à la prophylaxie complète par l'emploi de moyens locaux et généraux, c'est le passage des matières septiques de la plaie dans le sang; et M. Virchow l'a si bien compris, qu'il a eu le soin de nous dire que ces caillots migrateurs par lesquels il explique les infarctus précurseurs des abcès viscéraux sont des caillots putrides. Je comprends, pour ma part, le développement des infarctus et abcès viscéraux, par la formation d'une ecchymose spontanée et sans l'arrêt des caillots. La septicité me suffit pour expliquer les uns et les autres. Mais il m'est indifférent que, sans pouvoir le prouver, on admette la stase de quelques petits caillots, pourvu qu'on place à côté l'empoisonnement du sang. A eux seuls les petits caillots ne feraient aucun mal; du moment où vous admettez leur putridité, et la perturbation vitale qui en résulte, je vous les concède sans discuter davantage.

(*Sera continué.*)

(1) *Leçons orales*, t. 6.

(1) *Bulletins de l'Académie*, 1871, p. 186.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hospices civils de Marseille. — Le lundi 6 novembre 1871, à trois heures, un concours public sera ouvert à l'Hôtel-Dieu, pour une place de 2e chef interne.

Ce concours aura lieu devant la commission administrative, assistée d'un jury médical.

Les candidats devront être âgés de 21 ans accomplis, célibataires ou veufs sans enfants.

Ils devront avoir 12 inscriptions de Faculté ou 14 d'école préparatoire.

Ne seront pas admis au concours ceux qui seront docteurs en médecine.

Le candidat nommé ne pourra obtenir le grade de docteur que dans la troisième année de son exercice.

Les candidats auront à produire :

1° L'acte de leur naissance.

2° Un certificat de moralité récemment délivré par le maire de la commune où ils ont leur résidence, constatant en outre qu'ils sont célibataires ou veufs sans enfants.

3° Le certificat de leurs inscriptions.

Ces pièces seront déposées au sécrétariat de la commission administrative, à l'Hôtel-Dieu, où les candidats se feront inscrire huit jours au moins avant le jour fixé pour l'ouverture du concours.

PROGRAMME DES EXAMENS :

1° *Anatomie et physiologie.* — Question orale.
2° *Pathologie externe.* — Question écrite.
3° *Accouchements.*
4° *Opération chirurgicale.*
5° *Clinique interne et externe.*

Sur chacune de ces matières la question sera la même pour tous les candidats.

Seront appliquées à ce concours les dispositions de la délibération du 3 juillet 1869, en ce qui concerne la composition du jury, le pointage des épreuves et les précautions à prendre pour assurer l'intégralité des conditions du concours.

Le 2e chef-interne sera nommé par la commission administrative après le rapport du jury d'examen.

Il sera spécialement attaché à l'hôpital de la Conception.

Il entrera en fonctions au 1er janvier 1872.

La durée de son exercice est fixée à trois années.

Le deuxième chef-interne, à la fin de son exercice, et même plus tôt, en cas de vacance, pourra être nommé premier-chef interne, sans concours, par la commission administrative.

Les émoluments des chefs-internes sont fixés, pour le 2e, à 700 fr. par an, et pour le 1er, à 800 francs par an.

Ils sont, de plus, logés et nourris.

Les candidats prendront connaissance, au secrétariat de l'administration des hospices, de la délibération précitée du 3 juillet 1869 et du règlement du service des hôpitaux. Le candidat nommé sera tenu de se conformer à toutes les dispositions de ce règlement ainsi qu'aux changements et additions qui pourront y être apportés.

MICROSCOPES ACHROMATIQUES

PERFECTIONNÉS ET CONSTRUITS

Par ARTHUR CHEVALIER

Petit-fils, fils et successeur de Vincent et Charles Chevalier (1).

(Six médailles d'or.)

Tous mes instruments portent mon nom.

1. — MICROSCOPE SIMPLE, avec pied en fonte de fer vernie, engrenage pour la mise au point, pivot et vis de rappel permettant de diriger le doublet

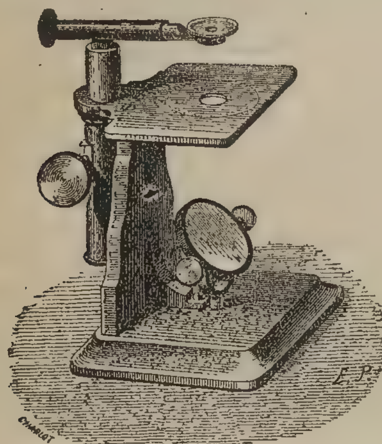


Fig. 1.

en tous sens, miroir plan, diaphragme et accessoires. Doublet 3 lignes, grossissant de 20 à 40 fois. Boîte en noyer (fig. 1)........................ 60 fr.

Le microscope simple est indispensable pour les dissections. Il est très-employé en botanique et en zoologie. On peut se procurer, au prix de 10 fr. chaque, des doublets grossissant de 24 à 120 fois.

(1) Palais-Royal, 158, galerie de Valois. — Ateliers, 1 bis, lace de Valois.

MICROSCOPES COMPOSÉS (1).

2. — MICROSCOPE USUEL, avec pied en fonte de fer vernie, tube à frottement, vis de rappel, diaphragme variable, miroir concave, un oculaire

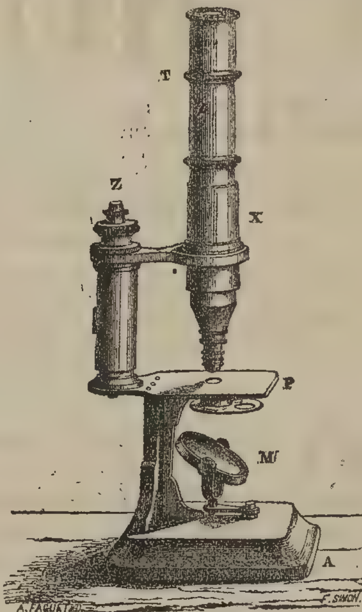


Fig. 2.

n° 2, série n° 3, grossissant de 50 à 280 fois. Accessoires, boîte en noyer (fig. 2)....... 75 fr.

Ce modèle est suffisant pour le plus grand nombre des études. Il peut servir à l'étude de tous les tissus. Il est parfait pour la botanique, les infusoires, les falsifications ; mais, pour les liquides animaux, le grossissement est un peu insuffisant ; aussi le microscope d'étudiant convient-il mieux.

(1) On peut aussi fournir des microscopes achromatiques à 30 ou 50 fr.

3. — MICROSCOPE D'ÉTUDIANT, avec pied en fonte vernie, colonne en cuivre, vis de rappel, tube à frottement, diaphragme variable, miroir concave, valets, loupe pour éclairer les corps opaques, un

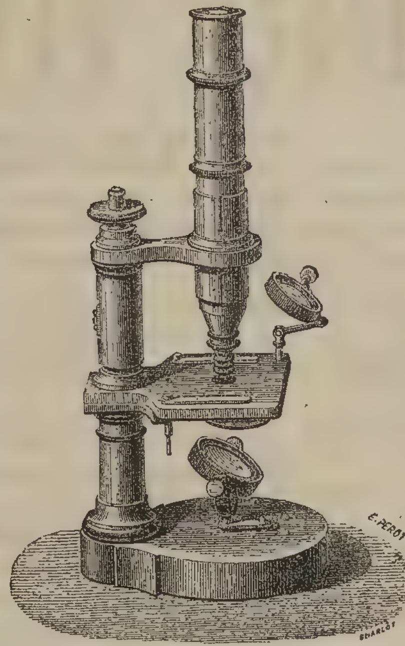


Fig. 3.

oculaire n° 2, deux séries 3 et 5, grossissant de 50 à 500 fois. Accessoires, boîte en noyer (fig. 3).. 100 fr.

Ce modèle convient pour tous les genres d'études. Nous l'avons fourni à l'École de pharmacie, à l'École de médecine, etc.

4. — MICROSCOPE DROIT MOYEN MODÈLE ; tube à frottement et à tirage, vis de rappel, double miroir avec suspension articulée pour la lumière oblique, trois oculaires, 1, 2, 3, trois séries, 3, 5, 8,

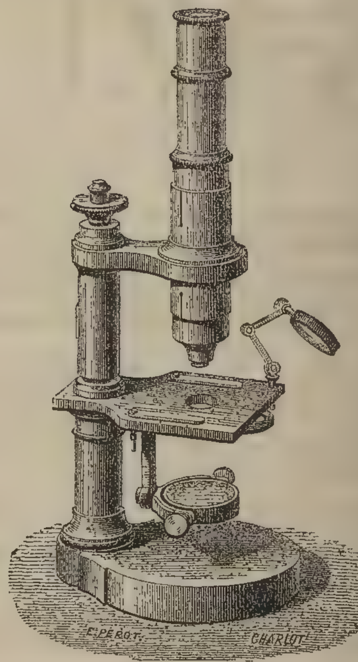


Fig. 4.

grossissant de 50 à 900 fois ; diaphragme avec tube à pivot. Accessoires, boîte en acajou avec serrure (fig. 4)........................ 175 fr.

Ce modèle est on ne peut plus parfait ; son grossissement le rend apte à tous les genres de recherches : histologie, botanique, médecine légale, etc. Nous ne saurions trop le recommander.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 19 août 1871.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

La pneumonie est-elle une maladie à cycle défini?

Au moment où, sur un désir gracieusement exprimé, j'allais reprendre l'examen des *médications qui réussissent* et parler de ce qu'il est bon de faire dans la pneumonie, j'ai lu le chapitre intitulé *pneumonie fibrineuse* dans le volume que vient de faire paraître M. Jaccoud (1), et à l'article *traitement* j'ai trouvé la phrase suivante :

« Maladie *à cycle défini*, comme la variole ou la rougeole, la pneumonie ne présente aucune indication causale ou pathogénique, et l'évolution naturelle de la lésion *ne peut être abrégée d'une heure.* »

Nous soulignons les derniers mots de cette phrase, car ils résument parfaitement cette doctrine fataliste, que l'on a successivement appliquée à peu près à tout, dans le domaine médical.

On ne guérit pas la syphilis, ont dit les uns ; tous les remèdes ne peuvent changer ni abréger son évolution naturelle; « d'un autre côté, l'observation a *démontré* que la syphilis peut guérir seule en l'absence de tout traitement » ; il ne faut donc pas la traiter.

On ne guérit pas l'albuminurie, disaient d'autres ; c'est un symptôme d'une entité morbide à marche définie, à périodes déterminées, la maladie de Bright ; on ne peut faire autre chose que constater son existence.

Bientôt pourtant cette entité morbide qu'on appelait maladie de Bright a vu son cadre se restreindre. On a reconnu l'existence d'albuminuries passagères, puis d'albuminuries aiguës qui ne prenaient pas forcément la marche fatale. Bientôt après on s'est aperçu que même des albuminuries qui duraient déjà depuis un certain temps et s'accompagnaient d'anasarque, pouvaient guérir, sous l'influence d'un traitement approprié; et maintenant, à moins que les lésions rénales ne soient extrêmement avancées, à moins qu'on ne trouve dans les urines des tubes hyalins, on se résigne difficilement à ne pas traiter les malades qui sont atteints d'albuminurie. (Nous rappellerons à ce sujet un des remèdes à essayer en pareil cas. Préconisé par M. Guéneau de Mussy, il a donné plusieurs succès à M. Bourdon. C'est l'iodure d'amidon à l'état naissant, obtenu par l'addition d'une ou plusieurs gouttes de teinture d'iode à de l'eau de riz que l'on fait boire aussitôt au malade.)

Quant à la syphilis, ce n'est pas de sitôt que les médecins observateurs cesseront de lui opposer le mercure et l'iode ; et cela même sans s'arrêter à savoir s'ils doivent ainsi en abréger la durée totale ; car, ce qu'il importe, c'est d'en combattre les manifestations actuelles, et de la rendre endormie, si elle existe encore.

Venons-en à la pneumonie.

Pourquoi donc son évolution ne pourrait-elle être abrégée d'une heure ?

Sa durée est donc identique dans tous les cas? Pas le moins du monde. M. Jaccoud reconnaît lui-même que *cette durée appréciée par le cycle fébrile*, peut varier de *six à onze jours.* M. de Neméyer dit plus : de *trois à quatorze.* Tout autre mode d'appréciation éloignerait davantage encore les deux extrêmes.

Mais alors pourquoi donc en faire une *entité à cycle défini?*

Serait-ce parce qu'elle devrait toujours se terminer après certaines phases, comme la rougeole ou la variole, sans passer jamais à l'état chronique?

D'après les comparaisons même que M. Jaccoud a choisies, on pourrait croire que telle est sa pensée, s'il n'avait pris soin de nous dire : « que la pneumonie peut passer à l'état chronique dans deux phases distinctes, car l'état chronique n'est en somme qu'un temps d'arrêt que fixe le processus à l'une des phases de son évolution normale. »

« Tantôt, continue M. Jaccoud, le tissu est compacte, homogène, imperméable, il présente encore un aspect vaguement granuleux ; il est certain alors que l'arrêt du processus a eu lieu durant le stade de coagulation ; cette variété de forme chronique, reproduit l'ensemble des particularités qui distinguent cette phase à l'état aiguë ; les seules différences sont dans la couleur et dans l'imbibition liquide; l'hyperémie a cessé et la couleur est d'un gris ardoisé, avec taches noires dues à des dépôts de pigment ; la résorption des liquides infiltrés est totale, de sorte que le tissu est desséché et condensé à ce point que le raclage d'une surface de coupe enlève à peine un peu de détritus d'un gris rougeâtre. Les rapports de la masse avec les éléments du poumon et sa composition, sont d'ailleurs les mêmes que dans la forme aiguë.

« Dans d'autres circonstances, l'aspect de la lésion est différent ; elle ne forme plus une masse compacte et tout d'un bloc ; la perméabilité du poumon est rétablie par places, et les cavités lobulo-alvéolaires renferment de la fibrine, des globules purulents desséchés et graisseux, et des cellules atrophiées provenant des alvéoles ; la dissociation et la régression de l'exsudat ont eu lieu ; mais l'élimination est imparfaite, soit que la transsudation liquide qui la détermine ait été insuffisante, soit que le processus formateur persiste et reproduise l'exsudation à mesure qu'elle est diminuée. Il est bien évident que dans les cas de ce genre le processus aigu a été arrêté au stade de liquéfaction et de régression.

. . . .

« Les signes physiques diffèrent dans les deux cas, mais les symptômes qui marquent l'établissement de la chronicité sont les mêmes. Il n'y a ni défervescence ni phénomènes critiques. »

A-t-on jamais rien vu de semblable dans la rougeole ou dans la variole ?

A-t-on vu, par exemple, une variole en rester indéfiniment au stade d'éruption sans défervescence, sans qu'il se produise de croûtes, sans qu'il se fasse de suppuration dans les vésicules ?

A-t-on vu la rougeole passer franchement à l'état chronique et persister pendant des mois avec ses caractères spéciaux ?

Non, bien certainement, cette comparaison ne peut se soutenir. Il faut chercher ailleurs les arguments de M. Jaccoud.

Si je ne m'abuse, notre auteur a vu le cycle défini de la pneumonie dans la succession des périodes par lesquelles passent ses lésions, périodes qu'il détermine ainsi :

1° Fluxion et exsudation ;
2° Coagulation de l'exsudat ;
3° Liquéfaction et élimination ;
4° Transformation purulente.

Les deux derniers stades, bien entendu, s'excluent réciproquement.

En un mot, dans la pneumonie qui guérit, il a considéré comme une évolution pour ainsi dire rythmique, un *cycle défini*, le passage des sécrétions par l'état liquide, par l'état solide, puis encore par l'état liquide.

La défervescence, survenant aussitôt que les sécrétions cessaient d'être à l'état solide, a dû lui sembler une confirmation évidente de sa théorie.

Voyons un peu.

Pour que ces trois périodes pussent être considérées comme trois phases bien distinctes d'une maladie générale à cycle défini, à évolution progressive et réglée, il faudrait que l'une n'envahît pas quelque partie, quand la suivante se produirait sur d'autres.

C'est ainsi que, dans la variole, la période de suppuration ne commence pas avant que celle d'éruption ne soit tout à fait terminée. On ne voit pas en même temps, sur certains points la suppuration envahir des boutons anciens, et sur d'autres de nouveaux boutons naître ou devenir vésiculeux. On ne voit pas la maladie se prolonger de cette manière en s'étendant de proche en proche, avec une succession de phénomènes locaux.

La pneumonie est-elle, du moins de ce côté, comparable à la petite vérole, ce type des maladies à cycle défini?

Tant s'en faut ; car elle envahit très-fréquemment de proche en proche, de zone en zone, et chaque zone en est à sa phase distincte des phénomènes locaux.

La défervescence elle-même n'est pas toujours définitive, et elle ne marque pas toujours la fin de tout envahissement.

J'en suis donc à chercher en vain un point de contact entre la variole, maladie générale à cycle défini, et la pneumonie, maladie locale essentiellement inflammatoire.

Ce n'est certes pas dans le mode de transmission qu'on peut trouver la ressemblance.

La petite-vérole, comme ces *êtres*, ces *entités* morbides dont le cycle est défini parce qu'il représente l'évolution d'un germe étranger à l'économie et qui s'y développe suivant ses propres lois, la petite vérole se transmet d'un sujet à l'autre.

La pneumonie, qui, comme les maladies franchement inflammatoires, n'a pas de germe particulier et est tout entière à l'individu affecté par elle, ne peut se transmettre.

Prenons un dernier caractère de la variole, celui d'atteindre rarement plus d'une fois le même individu.

Ce caractère, le retrouvons-nous dans la pneumonie ?

Bien loin de là ! Une pneumonie semble prédisposer à d'au-

(1) *Traité de pathologie interne*, t. II, 1re partie. — Paris, 1871, Adrien Delahaye.

FEUILLETON

L'IVRESSE PUBLIQUE, L'IVROGNERIE ET L'ALCOOLISME

AU POINT DE VUE DE LA RÉPRESSION LÉGALE (1).

Par M. le docteur THÉOPHILE ROUSSEL.

L'Assemblée nationale a pris en considération, le 31 juillet, un projet de loi présenté par MM. Vilfeu, Desjardins et plusieurs autres députés, dans le but d'ajouter aux articles 471 et 473 du Code pénal des dispositions répressives de l'ivresse.

Ces dispositions consistent à punir d'une amende de 1 à 5 francs ceux qui seront trouvés en état d'ivresse dans les rues et autres lieux publics, et d'une amende, avec emprisonnement de trois jours au plus, les débitants qui auront reçu des individus en état d'ivresse ou les mineurs âgés de moins de 16 ans non accompagnés de leurs parents.

On ne peut nier l'utilité de ce projet. Est-il suffisant pour atteindre le but en vue duquel il a été proposé ?

En examinant ce sujet au point de vue de la morale et des intérêts sociaux, comme à celui de la médecine préventive, j'ai cru que la question de l'ivrognerie étant portée et enfin acceptée sur le terrain législatif, il importe qu'elle y soit envisagée avec plus d'ensemble, et traitée, s'il est possible, à fond.

Je me suis proposé, dans ce but, d'user de mon droit d'initiative pour soumettre à l'Assemblée des mesures tendant non-seulement à réprimer l'ivresse publique, mais surtout à combattre les progrès de l'ivrognerie alcoolique par des moyens préventifs combinés avec des pénalités graduées, en harmonie avec les conditions de notre état politique et social ; enfin, j'ai tenté d'offrir quelques règles à la jurisprudence dans les cas difficiles où, soit l'ivresse proprement dite, soit l'alcoolisme, soulèvent ces questions de liberté morale, de responsabilité, d'imputabilité, qui sont encore résolues en sens contraire par les criminalistes et dans les législations des états civilisés modernes.

J'ai eu la satisfaction de voir acceptées par la presque unanimité du quatrième bureau de l'Assemblée, présidé par l'un des membres les plus illustres de cette Académie, les parties essentielles de mon projet concernant la répression, et j'ai reçu le mandat de les soutenir au sein de la commission chargée de préparer une loi contre l'ivresse.

Par une coïncidence heureuse, au moment où l'Assemblée nationale fait à ces questions un accueil qui leur fut refusé, il y a dix ans, par le Sénat, elles ont repris place à l'ordre du jour des discussions de l'Académie. Devais-je négliger cette occasion de soumettre à l'autorité compétente ce que je puis appeler les bases scientifiques d'une loi contre l'ivrognerie? Et, puisque l'Académie a bien voulu m'admettre à si bref délai à l'entretenir de ce sujet, elle me permettra de joindre à mes remerciments de sa bienveillance la prière d'accorder à ces questions un examen d'urgence, afin que les conclusions qu'elle adoptera puissent être mises à profit dans les délibérations de l'Assemblée nationale. La médecine, qui a dévoilé la profondeur et l'étendue des ravages de l'alcool sur l'individu et sur la société, aidera ainsi la législation française à mettre à profit ces enseignements.

Je ne m'étendrai pas sur les mesures préventives, quoiqu'elles constituent en réalité la partie la plus considérable et vraisemblablement la plus utile, en pratique, des moyens d'action contre l'ivrognerie. Les plus importantes de ces mesures, dans l'ordre législatif, doivent trouver leur place dans nos lois de finances ; car elles consisteront surtout dans la combinaison d'un système de surtaxes établi de telle façon qu'en pesant exclusivement sur l'alcool destiné à la consommation sous forme de boissons, on parvienne à restreindre cette consommation sans trop porter atteinte aux intérêts du fisc, si dignes de tous nos respects en ce moment.

D'autres mesures, non moins importantes, relèvent plus encore de l'esprit d'association et de la libre initiative individuelle que de l'action de la loi. C'est là un sujet digne d'une étude d'autant plus sérieuse qu'il est malheureusement resté plus étranger jusqu'à ce jour aux mœurs de notre pays. Il mérite par conséquent d'être traité séparément.

(*A suivre.*)

(1) Mémoire lu à l'Académie de médecine, dans la séance du 8 août 1871.

tres pneumonies. Comme maladie inflammatoire, elle laisse l'organe affaibli, au lieu d'épuiser le terrain comme une maladie à germe, à *cycle défini*, une *entité* morbide.

Certes, la doctrine physiologique avait de grands inconvénients, mais l'ontologie exagérée en aurait plus peut-être encore.

Elle désarmerait le praticien, ou lui ferait employer sans goût, sans espoir, sans grande attention, et par suite sans discernement, sans inspiration, sans intelligence, les remèdes d'un formulaire.

En faisant jouer un rôle presque exclusif aux causes internes, aux prédispositions, elle ferait perdre de vue les circonstances occasionnelles, les précautions salutaires, les règles d'une hygiène savante et sage.

Il n'est pas bon que le médecin se transforme en un *musulman* dans le sens arabe et précis de cette expression : c'est-à-dire en un homme complétement *résigné* aux arrêts du destin et qui voit en toutes choses les manifestations d'une fatalité devant laquelle il se courbe.

Moyens de prévenir les cicatrices dans la variole.

Puisque je viens de parler de la variole, je dois rappeler incidemment qu'il existe un moyen très-sûr d'en prévenir les cicatrices. Ce moyen, souvent indiqué, et qu'il ne faut pas mettre en oubli lorsqu'il s'agit de jeunes femmes qui tiennent moins encore à la vie qu'à leur beauté, a l'inconvénient d'être un peu long à appliquer, et c'est pourquoi le plus souvent on le néglige. Il consiste à ouvrir les unes après les autres, avec une aiguille trempée dans une solution légère de nitrate d'argent, toutes les vésicules que l'on tient à faire avorter.

J'ai déjà raconté ici un procès qui a été jugé en Angleterre, il y a trois ou quatre ans, dans les circonstances suivantes :

Un médecin-major, qui croyait pleinement à l'efficacité de cette pratique, fut appelé pour soigner un officier de son régiment, atteint de variole. Jugeant que l'ouverture de toutes les vésicules situées sur la figure demanderait beaucoup de temps, car elles étaient nombreuses, il confia cette opération à l'un de ses subordonnés, dont le grade correspondait à celui d'aide-major.

Ce dernier, convaincu que rien ne pouvait arrêter l'évolution complète des boutons de variole, maladie à marche fatale, ouvrit seulement les vésicules sur un des côtés de la face. Or l'opération réussit, et le pauvre officier se trouva avoir l'aspect le plus étrange, un de ses profils étant resté des plus agréables, tandis que l'autre était presque hideux, étant couturé de cicatrices profondes et très-confluentes.

Le patient ne se résigna pas, comme un Français l'eut fait sans doute. Il appela l'aide-major en justice, et le fit condamner à une somme énorme de dommages-intérêts.

Depuis que j'ai lu ce procès, dont le récit me semble assez démonstratif pour y revenir encore, j'ai eu plusieurs fois l'occasion de constater que les vésicules ouvertes ainsi dès le début ne suppuraient pas et ne laissaient pas la moindre marque.

Tout récemment, chez une jeune fille, dont l'éruption variolique n'était guère abondante que sur le visage, j'ai voulu faire une expérience semblable à celle de l'aide-major, mais avec moins d'inconvénient. J'ai choisi deux places où des cicatrices pourraient faire l'effet de ce qu'on nomme grains de beauté, l'une un peu au dessous de l'œil, l'autre sur le menton ; sur chacune de ces deux places j'ai laissé une vésicule sans l'ouvrir ; et deux cicatrices parfaitement caractérisées m'ont prouvé que les juges anglais avaient eu raison.

Il est un point qui n'est pas encore parfaitement établi pour moi, celui de savoir si on ne pourrait pas, en ouvrant ainsi tous les boutons dans une variole confluente, rendre la période de suppuration infiniment moins dangereuse.

Toutes les fois qu'on a essayé de couvrir le corps en entier de pommade mercurielle ou d'enduit abortif, on s'est trouvé en présence du danger qu'offrait le moyen en lui-même ; mais ici le moyen a bien peu de danger.

Ce serait donc encore une chose à essayer, et dont l'intérêt serait grand pour l'étude de la variole.

Mais bien entendu, cette méthode ne serait pas pratique dans les cas ordinaires, car il faut déjà bien du temps pour ouvrir un à un les boutons de la face.

Dr Victor Révillout.

D'UNE VARIÉTÉ DE FRACTURE DES OS DE LA FACE

ET DE SON DIAGNOSTIC

Par M. Dubrueil

Les professeurs Jarjavay et Richet, dans leurs leçons cliniques, ont signalé l'anesthésie d'une moitié de la lèvre supérieure comme survenant à la suite de certains traumatismes de la face ayant porté sur la région génienne.

Mais, pour ces deux chirurgiens, la perte de la sensibilité de la lèvre, attribuée à une lésion du nerf sous-orbitaire, qu'aucun d'eux n'a jamais eu, je crois, l'occasion de vérifier par l'autopsie, se rattache à des lésions différentes du squelette de la face.

Jarjavay la considérait comme symptomatique d'une fracture de l'os malaire, et Richet en fait un signe de la fracture du maxillaire supérieur.

J'ai eu l'occasion de pratiquer deux autopsies dans lesquelles j'ai constaté la déchirure du nerf sous-orbitaire, coïncidant avec des solutions de continuité des os de la face que je vais signaler.

Le premier blessé que j'ai observé à l'hôpital de Lariboisière a succombé rapidement, sans sortir de l'état comateux dans lequel il était plongé depuis sa chute, de sorte que je n'ai pu m'assurer expérimentalement de l'insensibilité de la lèvre supérieure.

Quant à l'autre, que j'ai vu à l'hôpital Beaujon, et qui a survécu un mois et demi à son accident, j'ai, à plusieurs reprises, constaté l'anesthésie de la moitié gauche de la lèvre supérieure, qui avait conservé sa motilité. Le malade ne sentait rien quand on lui piquait avec une épingle cette partie des téguments normalement si sensible.

Chez ce sujet, qui a succombé à une encéphalite suppurée, j'ai trouvé le nerf sous-orbitaire complétement déchiré à sa sortie du canal du même nom.

Chez le premier blessé, il était rompu dans l'intérieur du canal.

Dans les deux cas, la lésion était due à une chute dans laquelle un corps saillant, le bord d'un volet pour le second malade, avait frappé violemment la partie supérieure de la joue, et, dans les deux cas, il existait un aplatissement assez prononcé de la saillie zygomato-maxillaire.

Chez ces deux blessés, qui présentaient une solution de continuité du nerf sous-orbitaire, il y avait à la fois fracture de l'os malaire et fracture du maxillaire supérieur, cette dernière intéressant les parois du sinus, surtout l'antérieure, et laissant intacts la paroi interne et le rebord alvéolaire.

C'est là, je le crois, une variété spéciale de fracture du maxillaire supérieur, distincte à tous égards de celle étudiée par M. Alphonse Guérin, laquelle, produite par un traumatisme intra-buccal, affecte une direction à peu près transversale, séparant la voûte palatine de la partie supérieure du corps de l'os.

Celle que je signale est due à un choc agissant dans une direction antéro-postérieure, un violent coup de poing, une chute sur un corps saillant, un traumatisme enfin qui, tendant à enfoncer l'os malaire dans le sinus maxillaire, brise le premier de ces os et fait éclater les parois du second, le bord alvéolaire et la paroi interne du sinus restant indemnes.

Comme symptômes de cette variété de fracture, je signalerai la dépression, l'aplatissement de la partie supérieure de la joue, dus à l'enfoncement de la saillie zygomato-maxillaire, et l'insensibilité de la moitié correspondante de la lèvre supérieure qui, chez les deux blessés dont j'ai pu faire l'autopsie, était l'effet de la solution de continuité du nerf sous-orbitaire.

Je dois dire que dans deux ou trois cas où j'ai pu observer ce signe à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de Jarjavay, et qui se sont terminés par la guérison, la sensibilité de la lèvre a reparu au bout de quelque temps. Je n'émettrai aucune hypothèse à ce sujet, le retour de la sensibilité après les lésions des nerfs étant un sujet trop obscur ; mais je rappellerai que chez mon second malade, dont j'ai trouvé le nerf sous-orbitaire complétement rompu, la sensibilité n'était nullement revenue un mois et demi après l'accident, tandis que chez ceux dont je viens de parler et qui ont survécu à l'accident, elle avait réapparu longtemps avant ce terme.

Il est enfin un dernier signe sur lequel j'appellerai l'attention, et que l'on peut percevoir en introduisant le doigt sous la face interne de la joue : c'est l'aplatissement de la voûte formée en dehors par l'os malaire, qui se trouve affaissée et rapprochée de la tubérosité maxillaire.

Mon second blessé présentait en outre des fractures non consolidées du corps du sphénoïde, de sa grande aile, de l'os planum, et une fracture incomplète de l'apophyse ptérygoïde du même côté.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 15 août 1871 (1). — Présidence de M. Barthe.

Reprise de la discussion sur l'infection purulente.

M. Gosselin continue ainsi :

Et maintenant, à cette partie fondamentale de la doctrine septicémique, qu'objecte et surtout que substitue M. Chauffard ? Il objecte que nous nous laissons conduire par les Allemands ; c'est une erreur, la doctrine est toute française ; je l'ai dit le 28 mars, je viens de le répéter encore, ce sont au contraire les Allemands qui nous l'ont empruntée. Il objecte ensuite que nous perdons de vue la saine tradition laquelle nous a donné d'autres explications de la fièvre, et ne nous a pas donné celle-là.

Ici distinguons, je vous prie. Quand M. Chauffard nous renvoie à la tradition, il entend parler de la fièvre spontanée ou médicale, la seule que les auteurs anciens et modernes aient eu en vue dans les enseignements que leurs livres nous ont transmis. Mais nous parlons ici des fièvres chirurgicales que ces mêmes auteurs n'avaient pas étudiées, et dont ils ne connaissaient pas les principaux éléments. J'appliquerais volontiers, pour ma part, à ces dernières la pathogénie de la fièvre médicale, si la tradition nous en avait donné une qui fût précise et claire. Mais qu'il est loin d'en être ainsi ! L'explication de la fièvre est, depuis que notre science existe, l'écueil de la médecine. Les livres nous ont parfaitement donné les phénomènes et les variétés cliniques ; mais, pour ce qui est de l'origine et du développement, ils sont restés d'une obscurité désespérante ; et je n'hésiste pas à dire que tout est encore à faire sur ce sujet et que le mieux est d'en convenir sincèrement. Mais enfin, puisqu'il s'agit de la fièvre des blessés, que nous donne donc, relativement à elle, cette tradition à laquelle nous renvoie M. Chauffard ? Elle ne nous donne absolument rien pendant une longue série d'années, pendant lesquelles les chirurgiens s'en tiennent aux données vagues et incompréhensibles de la pyrétologie médicale. Puis, à partir de la fin du dernier siècle, les chirurgiens commencent à étudier, à propos des abcès intérieurs compliquant les plaies de tête, la fièvre qui les accompagne, et alors la tradition nous transmet un certain nombre d'opinions bizarres. Auxquelles M. Chauffard entend-il que nous ralliions notre respect de la tradition ?...

Veut-il, par exemple, que, prenant la tradition d'Ambroise Paré, nous fassions simplement intervenir une altération des humeurs produite par un état inconnu de l'atmosphère, ou que, préférant celle de Bertrandi, nous acceptions une simultanéité de ralentissement dans la circulation du foie, et d'accélération dans celle de la tête ; ou bien encore que, nous ralliant aux idées de Dupuytren, nous venions attribuer à une tuberculisation larvée la fièvre qui accompagne la formation des abcès métastatiques ? Non, il ne faut pas tant parler de la tradition quand elle ne nous donne que des obscurités, et surtout quand il s'agit de questions neuves. Or, c'est une question neuve que celle de la relation de la suppuration avec les fièvres qui la compliquent. La chose a existé de temps immémorial, je ne le conteste pas ; mais elle n'a pas été étudiée, si ce n'est depuis le commencement de notre siècle. La tradition, pour elle, ne date, selon moi, que de l'époque où Hunter, Dance, Cruveilhier et Blandin, ont vu et signalé la phlébite suppurative, et donné l'explication de la fièvre par le transport du pus des veines dans le sang ; et nous sommes, nous, les continuateurs de cette tradition lorsque nous venons dire qu'en effet la cause de la fièvre c'est le transport de quelque chose de la plaie dans le sang. Seulement, ce quelque chose ce n'est pas le pus en nature, comme l'ont cru les auteurs précédents, ce sont les putridités qui peuvent passer sans lui, comme avec lui. Nous pouvons nous tromper, mais nous sommes dans la voie que nous a faite la tradition, et nous y sommes, quoiqu'en dise M. Chauffard, avec les lumières que la tradition française en particulier nous a appris à utiliser, celles que donnent simultanément les études cliniques et anatomo-pathologiques.

Que les médecins me permettent même de leur adresser ici un conseil analogue à celui que, dans son dernier travail, M. Pidoux veut bien donner aux chirurgiens. Notre excellent collègue nous engage, si nous voulons nous renseigner sur la fièvre de nos blessés, à nous en rapporter aux notions que nous donnent les législateurs de la pyrétologie médicale. Nous l'avons fait, et je viens de dire que nous n'étions pas du tout édifiés. Que les médecins, à leur tour, se familiarisent avec les travaux des chirurgiens modernes, qu'ils examinent attentivement et sans prévention cet argument de la coïncidence de nos grandes fièvres avec des putridités que rien n'empêche de passer de la plaie dans le sang, et peut-être trouveront-ils là une pathogénie applicable aussi bien aux fièvres de la médecine qu'aux fièvres de la chirurgie.

Maintenant, que substituent à notre doctrine, et M. Chauffard dont vous avez entendu les discours, et M. Pidoux, dont vous avez pu lire les opinions dans les derniers numéros de l'*Union médicale* ? Si je les ai suffisamment compris, et il m'a fallu des efforts pour y arriver, leur opinion peut se résumer à ceci : la fièvre traumatique et l'infection purulente résultent non pas d'un empoisonnement provenant de la plaie, mais d'une perturbation des grandes fonctions vitales ; cette perturbation est la conséquence d'une harmonie qui tend à s'établir entre la partie primitivement lésée et le tout, et du grand travail auquel participent toutes les puissances de l'organisme par la réalisation de l'acte suppuratif qui précède et prépare la réparation de la solution de continuité.

Ici, sans trop insister sur cette remarque que, comme nous, nos collègues sont obligés de faire une part, et que même ils la font beaucoup plus large que nous, aux vues de l'esprit et à l'hypothèse, je voudrais savoir comment cette harmonie sympathique et ce consensus aboutissent à une si dangereuse perturbation lorsque les os participent au travail suppuratif. Qu'ils ne me disent pas que la vie est plus profondément atteinte, dans les cas où les os ont éprouvé une solution de continuité, car je les renverrais à nos fractures sans plaie, qui, si comminutives qu'elles soient, si violente qu'ait été l'action traumatique, ne sont suivies le plus souvent d'aucune fièvre et se consolident sans dérangement notable de la santé ; qu'ils ne me parlent pas non plus de l'ébranlement nerveux dans les fractures compliquées de plaie, car il est résulté de l'observation des trop nombreuses blessures par armes à feu que nous venons de voir, que cet ébranlement n'était pas plus appréciable dans les cas de plaie avec fracture que dans ceux de plaie sans fracture. Non, il n'y a pas à contester sur ce point : c'est la suppuration aiguë des os qui amène la fièvre et le danger, et ma faible intelligence se refuse à comprendre pourquoi la fièvre de réaction continue, pourquoi la spontanéité de l'organisme, et l'hypergénèse de la vie plastique, pour me servir des expressions de M. Chauffard, prennent un si mauvais caractère, lorsque les os sont pris de cette suppuration.

D'autre part, je saisis avec empressement, dans les opinions de nos deux collègues, cette pensée que tous deux admettent, dans leurs explications de la fièvre des blessés, une altération grave du sang. Vous avez entendu M. Chauffard ; il vous a rappelé la découverte de M. Brouardel sur la présence des leucocytes dans le sang des varioleux, il vous a dit que le sang des blessés entrait lui-même en suractivité et presque en fermentation. Vous avez lu M. Pidoux ; il vous écrit que, pour la fièvre traumatique, il accepte volontiers une imprégnation de l'appareil circulatoire, au moyen de l'absorption de matières spéciales, formées par la plaie qui suppure.

Vous le voyez, messieurs, il y a commencement d'accord entre nous. Nous admettons tous une altération du sang, indéfinissable, inappréciable ; seulement, tandis que les partisans de la septicémie la font partir d'un empoisonnement, nos collègues les vitalistes la font partir du trouble général de l'économie ; ou, si vous aimez mieux, pour nous elle est primitive, pour eux elle est consécutive.

Reconnaissons pourtant que, sous ce rapport, il y a une différence entre l'opinion de M. Pidoux et celle de M. Chauffard. Le pre-

(1) Suite. — Voir le dernier numéro.

mier veut bien admettre l'intoxication, à un certain moment, par les matériaux altérés de la plaie; le second paraît décidé à la refuser absolument. Je comprendrais encore cette résistance de M. Chauffard, si l'idée d'intoxication était absolument incompatible avec l'intervention et le trouble de l'organisme, tels qu'il nous les a si savamment développés. Mais comme il me paraît facile de concilier ces deux choses! En définitive, pour arriver à comprendre pourquoi cette intervention prend dans la fièvre traumatique grave et l'infection purulente la fatale déviation qui conduit le blessé à la mort, M. Chauffard est obligé de supposer que l'activité plastique, mise en jeu pour la réparation, est troublée par quelque mauvaise influence hygiénique ou morale. Ce sont de bien petites causes, convenez-en, pour de si grands effets. Comment! vous donnez à l'organisme, et vous avez raison, le pouvoir de réparer les solutions de continuité; vous lui reconnaissez la faculté mystérieuse d'y arriver, dans certains cas définis, par l'établissement d'une sorte de fonction intermédiaire et provisoire, la suppuration, et vous croyez que le moindre dérangement de la santé va changer spontanément votre pouvoir réparateur en un pouvoir destructeur! Combien est plus satisfaisante notre théorie! Oui, la grande puissance de réparation, nous la reconnaissons comme vous. Oui, pour qu'elle agisse efficacement, il faut que la santé soit bonne et surtout que le liquide nourricier, le sang, soit dans toutes les conditions d'une bonne plasticité. Mélangez à ce sang des matières putrides, que ce mélange ait lieu dès le début, qu'il se continue les jours suivants, et vous avez alors une diminution, puis une disparition de la puissance plastique; vous avez l'infection, le mouvement fébrile et finalement le dérangement remarquable de la suppuration, par suite duquel le pus se dépose partout, excepté sur le point pour lequel l'organisme avait été tout d'abord préparé à le produire.

Vous pouvez, une fois l'intoxication admise, expliquer, comme vous l'entendrez, les troubles de nos grandes fonctions; mais si vitaliste que nous soyons, et j'ai la prétention de l'être aussi, nous n'avons pas le droit de négliger, aussi complétement que vous le faites, ce qui se passe dès le principe du côté de la plaie; or, il se passe là ce grand fait, mystérieux encore si vous voulez, mais réel, avec lequel les médecins ne sont pas assez familiarisés et que nous, les chirurgiens, nous voyons tous les jours : c'est que quand une grande blessure doit, avant de se cicatriser, passer par la suppuration, le travail de réparation est inévitablement précédé d'un travail de destruction, c'est-à-dire d'une sorte de mort locale et partielle qui est comme un effet ultime de l'action traumatique, et par suite de laquelle un contact intime et étroit se trouve établi pendant un certain temps, entre les produits de la mort et les parties de la plaie qui restent vivantes. C'est une mort partielle, que la formation d'escharres aux dépens de tous les tissus de la surface traumatique; c'est une mort partielle, que cette décomposition putride du sang sorti de ses vaisseaux et séjournant sur la plaie; c'est une mort partielle, que cette altération également putride de la graisse médullaire qui a perdu l'abri protecteur de son enveloppe osseuse. Et ne me dites pas que la mort partielle est consécutive, c'est-à-dire qu'elle a pour cause un dérangement dans l'équilibre des fonctions; car dans beaucoup de cas et surtout après les fractures par coup de feu, elle commence et se produit immédiatement après l'action traumatique, et alors que la santé générale est encore bonne. La participation de tout l'être ne se traduit par l'état fébrile que quand la destruction a produit son œuvre, et quand la décomposition putride est arrivée; et c'est parce que l'observation journalière de cette succession et de cette subordination des phénomènes généraux aux phénomènes locaux les a frappés, que presque tous les chirurgiens de notre époque, et dans tous les pays, se rallient à l'hypothèse de la septicémie, c'est-à-dire à l'idée d'une altération du sang par l'introduction de matières septiques dans les voies circulatoires.

En somme, dans la description si colorée et si animée que M. Chauffard nous a faite de la lutte de l'organisme contre l'action traumatique et de la défaite du premier, dans les cas où l'altération du sang va jusqu'à la pyohémie maligne, notre éloquent collègue n'a pas pu mettre sous vos yeux les deux ennemis qui se trouvent en présence. Ces deux ennemis, je vous les indique bien plus clairement que lui; ce sont : d'un côté, le travail de destruction; de l'autre, le travail de réparation. Dans toutes les solutions de continuité suppurantes, ils se trouvent en présence. C'est la destruction, sorte de continuation du traumatisme, qui commence. Si elle est faible, si la putridité qui en est la conséquence n'est pas considérable, il n'y a pas d'empoisonnement, et le travail de réparation prend vite le dessus; la suractivité de la vie plastique s'emploie d'abord à expulser toutes les parties mortifiées de la plaie, et ensuite à construire sur le terrain ainsi déblayé l'organe de nouvelle formation, qui est le réparateur indispensable, c'est-à-dire la membrane pyogénique ou granuleuse. C'est ainsi que les choses se passent lorsque la plaie n'intéresse que les parties molles, lorsqu'elle est peu profonde, lorsqu'elle ne comprend pas de grosses veines.

Mais, lorsque la destruction est plus grande, lorsque les putridités sont plus considérables, comme dans les ostéomyélites putrides, alors le travail réparateur est ralenti, modifié, empêché par l'empoisonnement général, dont la destruction et la mort partielle ont fourni les matériaux. L'organisme, envahi par ces derniers, lutte encore; il essaye d'éliminer les parties mortifiées qui se trouvent sur la plaie et dans les os; il essaye de se débarrasser, par les voies excrétoires, du poison destructeur, et, pendant que ces grands efforts se produisent, le travail de réparation est enrayé. Ce travail finit par s'établir encore si, la putridité, qui varie en définitive suivant les sujets, n'ayant pas été très-intense, l'empoisonnement n'est pas trop violent. Mais il ne s'établit pas, et l'organisme est vaincu, s'il est trop faible primitivement ou si l'empoisonnement est trop violent, ou si l'absorption se renouvelle ou se continue incessamment, comme cela a lieu dans les cas de séjour prolongé des matières septiques au fond du canal médullaire.

Encore une fois, messieurs, en vous indiquant cette lutte remarquable qui s'engage entre la plaie et l'organisme, je n'ai pas la prétention de tout expliquer. Il va sans dire que je ne prétends pas attribuer à un empoisonnement toutes les fièvres des blessés. J'ai toujours fait une différence entre la fièvre traumatique légère et la fièvre traumatique grave. Je veux bien que la première appartienne à la catégorie des fièvres ordinaires ou fébri-phlegmasies; c'est la seconde seulement que j'attribue à la septicémie primitive. Comme M. Pidoux, en un mot, et je suis heureux de me rencontrer avec lui, j'admets une fièvre inflammatoire et une fièvre septique, ou, si vous l'aimez mieux, une fébri-phlegmasie et une fébri-septicémie. Elles se mélangent quelquefois; mais, dans les cas où d'emblée la fièvre traumatique est intense, dans les cas où d'emblée elle coïncide avec les putridités primitives, je crois que c'est l'empoisonnement qui a occasionné la fièvre.

Maintenant voulez-vous que la matière septique absorbée par les capillaires de la plaie ou transmise par les grosses veines, ne soit pas tout de suite pyrogène, qu'elle le devienne seulement après une modification et une sorte de fermentation ou de crâse qu'elle a subie dans l'appareil vasculaire, et dans les organes hématopyoétiques? Je vous l'accorderai volontiers. Voulez-vous que, chez certains sujets, le poison soit éliminé ou annulé avant d'avoir subi ces transformations qui le rendent définitivement délétère? J'y consens encore. Voulez-vous admettre, avec MM. Billroth et Verneuil, qu'il n'y a pour la fièvre traumatique et l'infection purulente qu'un seul poison dont les effets varient suivant l'époque à laquelle ils passent dans le torrent circulatoire, et suivant la quantité introduite? Cette idée ne me trouvera pas trop réfractaire, quoique j'incline vers l'opinion de poisons multiples qui se forment ou se complètent, les uns au début, les autres à leur période plus avancée, et qui produisent, entre la fièvre traumatique grave et la pyohémie bien définie, des formes intermédiaires non encore définies. Voulez-vous faire intervenir comme une des conditions de la formation des poisons aux dépens du sang et des liquides de la plaie, et surtout de l'os, l'état de la nutrition, sa perturbation par les causes morales, et surtout par la respiration dans une atmosphère viciée? Voulez-vous, en un mot, admettre pour les poisons traumatiques, ces origines complexes dont nous a si excellemment parlé notre savant collègue, M. Jules Guérin? Vous me trouverez pleinement de cet avis, et vous vous en convaincrez en relisant mon discours du 28 mars, dans lequel je me suis occupé de ce sujet.

En un mot, je suis prêt à toutes les concessions, pourvu qu'on m'accorde le point de départ, c'est-à-dire l'intoxication putride comme cause de toutes les fièvres graves des blessés.

Et que MM. Chauffard et Pidoux se persuadent bien que, quoi qu'ils disent, quoi qu'ils fassent, la septicémie, avec les arguments qu'elle emprunte à la clinique, à l'anatomie pathologique et aux expériences, et malgré les lacunes que nous ne dissimulons pas, est entrée dans le domaine de la chirurgie, et qu'elle y restera. Elle dirige trop bien notre prophylaxie et notre thérapeutique, pour qu'on puisse l'en expulser et la remplacer par des vues théoriques qui ne donnent à la prophylaxie que la doctrine de la fatalité. Nous ne pouvons pas nous passer de la septicémie, lorsqu'il s'agit de comprendre et de traiter les blessures des anatomistes, les piqûres avec les instruments provenant des animaux morveux ou charbonneux; elle nous est indispensable pour appliquer efficacement le traitement de la vraie pustule maligne, elle nous a rendu un immense service, en nous donnant l'explication de la fièvre uréthrale par l'absorption urineuse; elle a éclairé la pathogénie de l'érysipèle et des accidents puerpéraux. C'est aux médecins à voir quel parti ils peuvent tirer de toutes ces recherches, et c'est aux travailleurs de l'avenir auxquels nous montrons le chemin à compléter ce qu'il y a d'imparfait dans nos démonstrations.

Et ma dernière pensée, qui est le corollaire de ce qui précède, c'est qu'il est permis de croire à la septicémie sans cesser d'être vitaliste, c'est-à-dire sans oublier qu'il y a un organisme vivant que l'empoisonnement trouble et fait réagir. Vous voudrez bien accepter, messieurs, qu'admettre l'auto-inoculation par les matières putrides formées sur une plaie, ce n'est pas se laisser entraîner par des tendances au milieu desquelles *les sens dominent, les passions entraînent, et l'intelligence universelle est étrangement affaiblie.* Cette mélancolique proposition de M. Chauffard s'applique-t-elle aux partisans de la septicémie? J'ai dû le croire, puisqu'elle nous vient à la suite de sa véhémente argumentation contre cette manière de voir. Au nom du vitalisme organique, la seule doctrine acceptable aujourd'hui, je proteste et je maintiens que la septicémie et le vitalisme peuvent et doivent marcher ensemble, et je n'accepte pas qu'on cesse d'être physiologiste raisonnant lorsque, tenant compte des conditions physiques et des conditions vitales dans le développement des maladies, on essaie de faire la part des unes et des autres.

M. Chauffard ne s'en rend peut-être pas bien compte, mais on peut trouver dans sa péroraison, dont je viens de citer un passage, une insinuation de matérialisme à l'adresse de ceux qui cherchent le progrès de la médecine par tous les moyens que la science clinique met à leur disposition. Sortie de sa bouche si autorisée, émise à la tribune de l'Académie, cette insinuation pourrait être accueillie et grossie par les personnes mal inspirées ou mal renseignées qui ne négligent aucune occasion de dénigrer les investigateurs et les vulgarisateurs de la médecine contemporaine. Pour ceux-là, j'ai considéré comme un devoir de déclarer publiquement ici, qu'en ce qui concerne nos études sur les infections traumatiques, l'insinuation est injuste, mal fondée et absolument inopportune.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 29 mars 1871. — Présidence de M. Alp. Guérin.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

— La *Gazette des hôpitaux*. — *L'Union médicale*. — La *Gazette hebdomadaire*.

— Le nº 5 du *Bulletin thérapeutique*.

— Le *Journal de médecine de l'Ouest*.

M. Deguise offre à la Société, comme souvenir de son père, la collection complète des thèses de la Faculté de médecine de Paris.

M. Alp. Guérin, président, remercie M. Deguise, au nom de la Société, de la générosité du don qu'il vient de lui faire. Des rayons seront disposés dans la bibliothèque pour recevoir la collection des thèses de Paris.

ÉLECTIONS

La Société, suivant son ordre du jour, procède à l'élection des membres qui doivent composer son bureau pour l'année 1871.

Élection du président :

Ont obtenu, sur 23 votants :

M. Blot.............. 22 voix
M. Dolbeau.......... 1 —

M. Blot est nommé président pour l'année 1871.

Élection du vice-président :

Ont obtenu, sur 24 votants :

M. Dolbeau.......... 14 voix
M. Trélat............ 8 —
M. Demarquay....... 1 —
M. Perrin............ 1 —

M. Dolbeau est nommé vice-président.

Élection du secrétaire annuel :

Ont obtenu, sur 24 votants :

M. Tarnier........... 23 voix
M. Desprès........... 1 —

M. Tarnier est élu secrétaire annuel.

Élection du vice-secrétaire annuel :

Ont obtenu, sur 25 votants :

M. Desprès........... 16 voix
M. De Saint-Germain. 8 —
M. Liégeois.......... 1 —

M. Desprès est nommé vice-secrétaire annuel.

Élection du secrétaire archiviste :

M. Giraud-Teulon est maintenu, par acclamation, dans ses fonctions de secrétaire archiviste.

Élection du trésorier :

M. Guéniot est maintenu, par acclamation, dans ses fonctions de trésorier.

Élection du comité de publication (3 membres) :

MM. Le Fort, Panas et Liégeois ayant obtenu la majorité absolue des voix sont nommés membres du comité de publication.

Élection de la commission des congés (3 membres) :

MM. Legouest, Houel et Tarnier ayant obtenus la majorité absolue des suffrages, sont nommés membres de la commission des congés.

La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire annuel : Tarnier.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

— *Concours de la Société de médecine du Nord pour 1871.* — Tous les médecins français et étrangers sont invités à prendre part à ce concours.

Les rapports des concours et les mémoires couronnés paraîtront dans le *Bulletin médical du Nord*.

De plus, la Société publiera dans le Bulletin les travaux qui, sans mériter les prix, lui paraîtront néanmoins dignes de la publicité. Dans ce cas, un tirage à part de cent exemplaires sera adressé à l'auteur.

Les mémoires seront envoyés à l'un des secrétaires de la Société suivant la forme académique, c'est-à-dire *franco*, sans indication de nom d'auteur et portant une devise répétée sur un billet cacheté contenant le nom et l'adresse de l'auteur.

Ce billet ne sera ouvert que pour les mémoires couronnés ou publiés.

I. Un prix de 300 fr. sera décerné à l'auteur du meilleur mémoire inédit sur un sujet de pathologie interne, d'hygiène ou de thérapeutique.

II. Un prix de 300 fr. sera décerné à l'auteur du meilleur mémoire inédit sur un sujet de pathologie externe ou d'obstétrique.

III. Un prix de 300 fr. sera décerné à l'auteur du meilleur mémoire inédit sur un sujet de pharmacie ou de chimie médicale.

IV. Un prix de 200 fr., institué par un confrère qui désire garder l'anonyme, sera décerné à l'auteur du meilleur mémoire inédit sur le *glaucôme*.

Les mémoires doivent être envoyés, avant le 31 décembre 1871, à M. le docteur E. Huidiez, secrétaire-général, 63, rue Sainte-Catherine, à Lille (Nord).

— La vente après décès des livres et des instruments de chirurgie du docteur Liégeois se fera les mardi et mercredi 22 et 23 août 1871, à sept heures et demie du soir, rue des Bons-Enfants, 28, chez M. Critaisse (ancienne maison Silvestre), par le ministère de Me J. Boulland, commissaire-priseur à Paris. Il y aura, chaque jour de vente, exposition, de deux à quatre heures, des livres qui seront vendus le soir.

En prévenant nos lecteurs qu'ils pourront se procurer le catalogue de ces livres, rue des Bons-Enfants, 28, nous croyons utile de leur faire remarquer que la bibliothèque du docteur Liégeois, par suite de la nature de ses travaux, est riche en ouvrages de physiologie, anatomie, revues médicales, etc., etc.

MICROSCOPES ACHROMATIQUES

PERFECTIONNÉS ET CONSTRUITS

Par ARTHUR CHEVALIER (1)

Petit-fils, fils et successeur de Vincent et Charles Chevalier (2).

(Six médailles d'or.)

Tous mes instruments portent mon nom.

5. — Microscope a inclinaisons, moyen modèle. Tube à frottement et à tirage, double miroir avec suspension articulée, diaphragme variable avec tube à pivot, loupe pour les corps opaques, trois oculaires, 1, 2, 3, trois séries, 3, 5, 8, grossissant de 50 à 900 fois. Accessoires, boîte en acajou à serrure (fig. 5)........................ 225 fr.

Ce modèle peut se placer suivant toutes les inclinaisons; il donne les mêmes effets que le précédent.

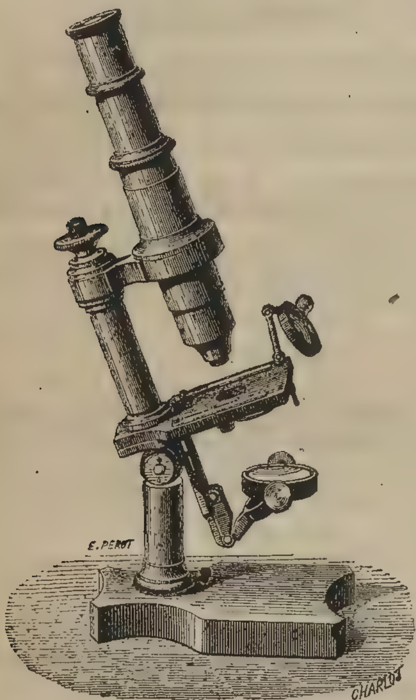


Fig. 5.

6. — Microscope droit moyen modèle, à platine tournante. Tube à tirage, vis de rappel, miroir plan et concave à suspension articulée pour la lumière oblique, loupe sur pied pour l'éclairage des corps opaques, valets, diaphragme variable avec tube à pivot, trois oculaires, 1, 2, 3, trois séries, 3, 5, 8, grossissant de 50 à 900 fois. Accessoires, boîte en acajou à serrure (fig. 6)............................ 250 fr.

L'emploi de la platine tournante est indispensable pour l'étude de certains objets, et, autre avantage, ce microscope donne les effets du précédent. C'est à l'aide de la platine tournante et de la lumière oblique que l'on parvient à étudier les plus fines structures des diatomées, et, en général, toutes les surfaces ayant des creux ou des éminences.

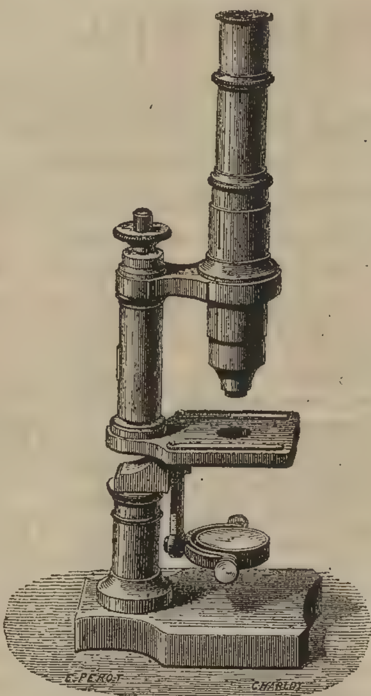


Fig. 6.

7. — Microscope a platine tournante et a inclinaisons, moyen modèle. Tube à tirage et à frottement, double miroir avec suspension articulée, diaphragme variable avec tube à pivot, platine tournante recouverte en glace noire, loupe sur pied pour les corps opaques, une chambre claire, un micromètre objectif, trois oculaires, 1, 2, 3, quatre séries, 3, 5, 8 et 9, grossissant de 50 à 1,300 fois. Accessoires, boîte en acajou à serrure (fig. 7).......................... 400 fr.

Ce modèle réunit les avantages des deux précédents modèles, et possède en outre un plus fort grossissement.

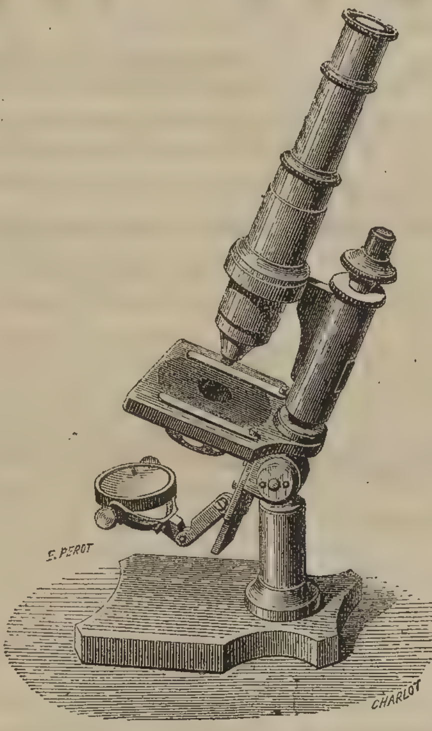


Fig. 7.

8. — Microscope d'Arthur Chevalier, moyen modèle à inclinaisons et à platine tournante. Tube à tirage et à frottement, vis de rappel très-précise, platine recouverte en glace noire, valets, diaphragme variable et à tubes pouvant se mouvoir verticalement à l'aide d'une crémaillère, tube pour placer les prismes et condensateurs, miroir plan et concave monté à double articulation et à rotation, de façon à permettre l'éclairage oblique suivant toutes les inclinaisons, soit en avant ou sur les côtés de la platine; la pièce tenant les miroirs est susceptible de s'élever ou de s'abaisser de façon à régler l'éclairage; micromètre oculaire se plaçant dans les divers oculaires, micromètre objectif, chambre claire, loupe sur pied pour les corps opaques, trois oculaires, 1, 2, six séries, 1, 2, 3, 5, 8 à sec et un 10 à immersion, donnant des grossissements de 40 à 1,300 fois. Accessoires, pinces, scalpel, lames, lamelles, boite en acajou à poignée, coins en cuivre et serrure (fig. 8). 550 fr.

Ce modèle réunit tous les avantages, et son emploi est très-facile et commode.

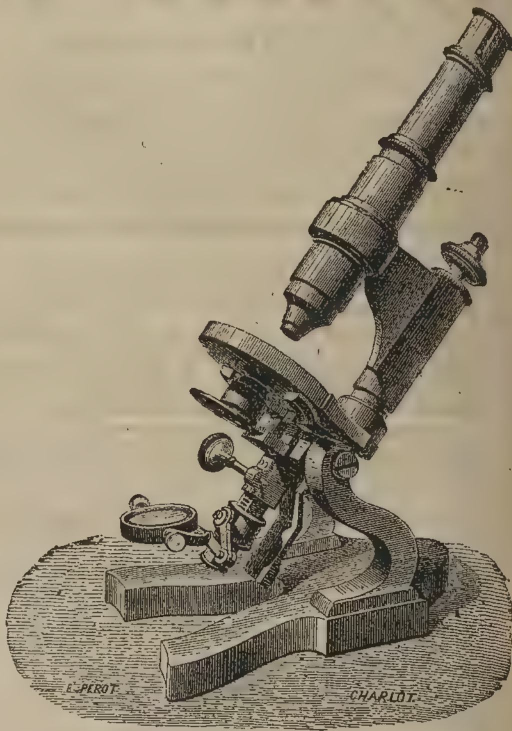


Fig. 8.

(1) Suite. — Voir le dernier numéro.
(2) Palais-Royal, 158, galerie de Valois. — Ateliers, 1 bis, place de Valois.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois.. 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes

SOMMAIRE. — Université et Facultés libres. — CLINIQUE DE LA VILLE. Paralysie du voile du palais ; application de sangsues ; guérison (M. Decaisne). — Relevé des militaires inscrits à l'ambulance de la gare de Roanne depuis le 5 décembre 1870 (M. Fuchet).— ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Documents pour servir à l'histoire du mouvement scientifique pendant le siége de Paris. — Faculté de médecine de Paris. — Feuilleton. — Nouvelles.

Paris, le 21 août 1871.

UNIVERSITÉ ET FACULTÉS LIBRES

La question de l'enseignement libre et des Facultés de médecine indépendantes a fait un grand pas.

Tout le monde a reconnu que sous le régime universitaire, avec l'État omnipotent en matière de science et monopolisant les établissements d'instruction supérieure, les hautes études sont tombées en pleine décadence.

« Les jeunes générations, constate M. le professeur Gavarret, dans un rapport à la Faculté de médecine, avaient une tendance marquée à déserter les âpres et rudes sentiers des études sérieuses.

« Les registres des Facultés des sciences et des lettres accusaient un abaissement progressivement croissant du nombre des aspirants à la licence et au doctorat ; nous-mêmes, n'avons-nous pas vu successivement décroître le nombre des candidats à nos chaires? Il faut le reconnaître et avoir le courage de le dire, le vide se faisait autour des établissements de haut enseignement. »

Suivant M. Pasteur, ancien sous-directeur à l'École normale et professeur à la Sorbonne, la faute en est à nos hommes d'Etat, et c'est pourquoi la France n'a pas trouvé d'homme supérieur au moment du péril.

« La préoccupation constante de nos hommes d'État depuis cinquante ans, touchant l'instruction publique, a eu principalement pour objet les enseignements primaire et secondaire. Ils ont abandonné les hautes études, les sciences en particulier et l'instruction supérieure à la seule impulsion qu'elles avaient reçue du mouvement de rénovation des sciences au 18e siècle. »

Et ailleurs : « Les pouvoirs publics, en France, ont méconnu depuis longtemps cette loi de corrélation entre la science théorique et la vie des nations. Victime, sans doute, de son instabilité politique, la France n'a rien fait pour entretenir, propager, développer le progrès des sciences ; elle s'est contentée d'obéir à une impulsion reçue, elle a vécu sur son passé, se croyant toujours grande par les découvertes de la science, parce qu'elle leur devait sa prospérité matérielle, mais ne s'apercevant pas qu'elle en laissait imprudemment tarir les sources, alors que les nations voisines, excitées par son propre aiguillon, en détournaient le cours à leur profit, et les rendaient fécondes par le travail, par des efforts et des sacrifices. »

Le Muséum d'histoire naturelle constituait un établissement libre d'enseignement supérieur ; il se gouvernait lui-même, indépendamment de l'État. L'État a voulu faire cesser cette anomalie ; il a rangé le Muséum sous la loi commune, et voici comment M. Pasteur décrit le résultat de son intervention :

« Des circonstances d'une autre nature, mais qui se rattachent aux mêmes imprévoyances et aux mêmes erreurs, ont affaibli le Muséum et compromis la fécondité de son enseignement et de ses travaux. Pénurie des ressources matérielles, amoindrissement des situations, suppression des chaires, galeries et laboratoires délabrés, sont autant de causes qui ont éloigné des sciences naturelles les aptitudes les plus décidées.

« Un trait, entre beaucoup d'autres, du peu de libéralité témoigné à la science et aux gloires du pays. On a résolu récemment de priver les professeurs du Muséum de leur résidence dans cet établissement, comme si on eût voulu leur rendre plus pénible l'accès de leurs collections et de leurs laboratoires, et ajouter aux difficultés de leurs travaux. »

Ainsi, partout l'État enseignant a fait preuve d'imprévoyance, d'incurie, et, disons le mot : d'INCOMPÉTENCE.

Tous ceux qui ont été à même de bien voir les choses en sont maintenant convaincus ; et voici comment un des collègues de M. Pasteur à l'Institut, un ancien doyen de Faculté, chargé depuis vingt ans de former les jeunes professeurs à l'École normale, et professeur à la Sorbonne, M. Henry Sainte-Claire Deville, jugeait récemment l'Université devant l'Académie des sciences :

« Je fais partie de l'Université depuis longtemps ; je vais avoir ma retraite. Eh bien ! je le déclare franchement, voilà en mon âme et conscience ce que je pense : l'Université, telle qu'elle est organisée, nous conduirait à l'ignorance absolue... Il faut une réforme radicale. »

Et à cette occasion le secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences, ancien professeur à la Sorbonne, ancien ministre de l'instruction publique et grand maître, M. Dumas, ajoutait :

« C'est la centralisation appliquée à l'Université qui, d'un avis général, a tué l'enseignement supérieur. Tous les établissements soumis au même régime, aux mêmes programmes, attendant la vie d'un centre commun, finissent par s'endormir dans une lourde apathie. Le système est tout autre en Angleterre et en Allemagne. Les Universités ont chacune leur vie propre ; elles ont leur autonomie, elles prospèrent.... Les villes s'intéressent à leur Université ; chacun y met du sien. Il faut voir comme à Bâle, où nous passions il y a plusieurs années avec M. Deville, on suit avec amour les progrès de l'Université. Maîtres, élèves, habitants, ne font qu'une seule famille. Ici, à Paris, au contraire, grâce à la centralisation, tout est bien différent. Il faudrait que ces Universités reprissent leur indépendance comme avant la révolution. »

Ainsi la question est jugée et bien jugée.

Ceux que l'Université pourrait citer comme ses gloires; ceux qui ont atteint dans son sein les titres les plus élevés ; ceux qui sont chargés de former ses professeurs, qui sont eux-mêmes ou ont été professeurs de Sorbonne, et grands maître et ministre, ceux-là mêmes condamnent aujourd'hui le monopole universitaire, l'intervention de l'État dans les questions de science qui ne le regardent aucunement.

Le remède, c'est l'établissement de Facultés libres, de Facultés autonomes.

Cette conclusion forcée s'impose à tout le monde.

Aussi les villes de province demandent-elles à l'envi l'érection de Facultés libres ou régionales de médecine.

A Tours M. le docteur Picot, à Nantes M. le professeur Laennec, à Besançon le conseil municipal, à Lyon une célèbre école de médecine, viennent de faire des publications dans ce sens ; et la capitale a bien assez d'hôpitaux pour avoir au moins ses deux Facultés.

En parlant du nouveau projet de réglementation du concours pour le professorat, nous avons dit que la Faculté de médecine de Paris avait elle-même prévu, comme une nécessité, et considéré presque comme un fait accompli, la création de Facultés rivales complétement libres.

Ce fut l'unique raison qui lui permit d'exclure des jurys des concours tous les éléments empruntés soit à l'Académie de médecine, soit à l'Institut.

Voici, du reste, les termes formels dans lesquels M. Gavarret, rapporteur de la commission professorale, a proposé cette disposition à la Faculté, qui l'a adoptée :

« Tant que l'enseignement supérieur est resté monopolisé entre les mains du Gouvernement, on comprend que des éléments étrangers aient été introduits dans les jurys de tous les concours ouverts devant les Facultés. *Mais à l'avenir, la position ne sera plus la même.* En face et à côté des établissements de l'État S'ÉLÈVERONT DES ÉTABLISSEMENTS D'INSTRUCTION SUPÉRIEURE LIBRES, INDÉPENDANTS, *maîtres de procéder, comme ils le voudront, au recrutement de leurs professeurs.* Dans de telles conditions, les établissements de l'État doivent aussi être constitués dans une indépendance complète pour procéder à la nomination de leurs professeurs ; ils doivent rester seuls juges des cas dans lesquels ils feront appel à des éléments extérieurs pour la formation des jurys de concours, et rester seuls maîtres du choix de ces éléments. En conséquence, nous avons l'honneur de vous proposer l'adoption des dispositions suivantes :

« L'organisation et la direction des concours, ainsi que le choix des juges, appartiendront exclusivement à la Faculté.

« Pour les chaires de physique, de chimie, d'histoire naturelle et de pharmacologie, les jurys des concours seront mixtes, composés de professeurs de la Faculté et de juges étrangers à la Faculté ; ces derniers resteront toujours en minorité.

« Les juges des concours ouverts pour les autres chaires seront choisis EN TOTALITÉ parmi les professeurs de la Faculté. »

On le voit, M. Gavarret et la Faculté voudraient obtenir un certain degré d'autonomie : l'autonomie avec subvention.

Cette autonomie n'est possible qu'après suppression effective du monopole, après l'établissement de Facultés rivales qui ne demanderont rien à l'État.

Il faut donc établir des Facultés rivales ; il le faut, car la capitale est assez grande pour plusieurs Facultés ; il le faut, car c'est le moyen, le seul moyen de relever nos chères études ; il le faut, car leur existence soulagera d'un grand poids et d'une grande sujétion notre Faculté officielle, qui voudrait prendre un nouvel éclat.

Dr VICTOR REVILLOUT.

FEUILLETON

L'IVRESSE PUBLIQUE, L'IVROGNERIE ET L'ALCOOLISME

AU POINT DE VUE DE LA RÉPRESSION LÉGALE (1).

Par M. le docteur THÉOPHILE ROUSSEL.

Il ne reste ainsi comme mesures préventives pouvant être admises immédiatement dans une loi contre l'ivrognerie, que celles auxquelles les cabarets et tous autres débits de boissons alcooliques peuvent donner lieu. C'est le seul point sur lequel l'ivresse et l'ivrognerie ont été l'objet, en France, d'une intervention active des pouvoirs publics et ont fourni la matière d'un texte ayant force de loi. Encore faut-il reconnaître que le décret du 29 décembre 1851, dans les considérants duquel se trahissaient déjà des préoccupations autres que celle de la santé publique, a été plutôt un moyen d'action et de police politiques qu'un sérieux instrument de réforme. Là où l'autorité administrative a mis sincèrement en pratique sa disposition la plus essentielle, celle de l'autorisation préalable pour l'ouverture des débits de boissons, on a vu se propager un mal encore plus redoutable peut-être, celui des débits clandestins. En présence de ce résultat inattendu, on a vu enfin, dans les derniers temps de l'empire, l'application de ce décret invalidée par l'autorité même de laquelle il émanait, et une circulaire du ministre des finances avertir les préfets de ne plus insister dans la voie de restriction du nombre des débits où le décret les avait engagés.

Ainsi ce décret, qui représente à lui seul toute notre législation préventive concernant l'ivrognerie, ne peut prendre place dans une loi nouvelle qu'à la condition d'être remanié et complété, et c'est incontestablement un des objets auxquels s'attacheront les efforts de la commission chargée de préparer la loi.

J'arrive aux mesures répressives, qui sont une matière non moins grave, mais beaucoup plus difficile et surtout plus sujette à contestations.

On a beaucoup contesté l'efficacité des lois répressives de l'ivrognerie, et on a soutenu, en 1861, au Sénat, qu'il n'y avait pas à légiférer sur cette matière. Une pétition du maire de Versailles ayant réclamé l'attention de cette haute assemblée, il s'est trouvé une majorité pour décider (séance du 13 mars) que « *la question de l'ivresse étant éminemment du ressort de la police*, la pétition ne devait pas être renvoyée au ministre de la justice, mais seulement au ministre de l'intérieur. »

Je ne chercherai pas à opposer à cette triste conclusion le trop riche tableau des anciennes lois contre l'ivresse. Un coup d'œil comparatif sur l'ivrognerie ancienne et moderne fera bien comprendre le peu d'efficacité de la répression légale dans certaines conditions, son efficacité dans d'autres, et la nécessité pour nous d'une loi qui réponde aux exigences de l'intérêt public.

L'ivrognerie n'apparaît pas dans l'antiquité sous les traits maladifs, tristes et dégradés qu'elle a revêtus de nos jours. On n'y aperçoit nulle part ce cortége de maux qui frappent à sa suite les familles et l'espèce humaine. La littérature et les arts lui donnent le plus souvent un aspect coloré et vivant, et le vieux Silène au corps flasque et obèse semble en être le type le plus abject.

L'ivrognerie n'a pas moins été combattue, dès les débuts de la civilisation, par des peines sévères, souvent excessives. Cette rigueur extrême se retrouve, malgré des tempéraments obligés, dans les édits qui ont fait loi jusqu'au siècle dernier, et c'est là une des causes de leur peu d'efficacité et de cette désuétude prompte qui est un trait commun à toutes les lois trop violentes.

Deux autres circonstances n'ont pas moins servi à affaiblir l'action des lois : d'une part, l'ivrognerie était surtout le vice des riches et des oisifs ; d'autre part, elle était un mal beaucoup moins grave qu'aujourd'hui pour l'individu et pour la société.

Jusqu'à l'époque où les boissons distillées ont remplacé les boissons fermentées, l'ivrognerie, chez tous les peuples dont l'histoire est connue, a prédominé dans les classes qui, possédant les moyens de s'y livrer, n'en étaient détournées ni par l'éducation morale ou la culture de l'esprit, ni par le genre de vie. La masse du peuple au contraire était maintenue par les dures exigences de la vie dans une tempérance forcée.

Aussi l'ivresse figure-t-elle en Grèce, dans l'empire romain, dans

(1) Suite. — Voir le dernier numéro.

CLINIQUE DE LA VILLE. — M. Decaisne.

Paralysie du voile du palais. — Application de sangsues. — Guérison.

Je fus appelé le 12 juin dernier rue Saint-Dominique-Saint-Germain, 98, auprès d'une femme âgée de 45 ans, qui depuis vingt ou vingt-cinq jours souffrait d'un mal de gorge.

La malade me raconte qu'elle avait déjà mal à la gorge au moment de l'entrée de l'armée française dans Paris, et qu'elle avait alors les deux amygdales légèrement enflées et recouvertes d'une peau grisâtre. Elle avait eu à cette époque, pendant quelques jours, un peu de fièvre, mais elle souffrait si peu qu'elle vaquait comme d'ordinaire à ses occupations, et qu'elle jugea inutile de consulter un médecin.

Marie M... prétend que les émotions terribles qu'elle éprouva, ayant ses règles, quand la bataille s'engagea dans sa rue et surtout au moment où sautèrent les bâtiments de l'École d'état-major, aggravèrent son mal, et que depuis cette époque, c'est-à-dire depuis le 24 mai, sans avoir jamais eu beaucoup de fièvre, elle éprouve une grande faiblesse et est obligée de se coucher dans la journée. « La gorge me paraît guérie ou à peu près, me dit-elle; mais ce qui m'effraye, c'est que depuis huit jours le peu d'aliments solides ou liquides que j'avale, au prix de grands efforts, passe par le nez, et j'ai le cou roide et gonflé. »

Voici l'état dans lequel je trouve la malade le 12 juin :

La face est congestionnée, la peau est moite et brûlante, le pouls entre 90 et 92. La langue est blanche et épaisse, la luette tombe sur la base de la langue, le voile du palais est insensible, quoi qu'on fasse pour l'exciter. L'amygdale gauche est encore un peu tuméfiée; l'oreille est dure de ce côté. Je ne trouve aucune trace de fausses membranes.

La malade éprouve du dégoût pour les aliments; il y a de la constipation; le sommeil est assez bon. La voix est nasonnée, la déglutition est un peu douloureuse, et je m'assure que les aliments reviennent en partie par le nez, malgré les efforts que fait Marie M...

Je prescris un vomitif et des bains de pieds sinapisés, et, le 13 juin, je constate que ma malade n'a éprouvé aucun soulagement. La face est remarquablement vultueuse, les yeux sont brillants, le pouls est à 96.

Je fais appliquer autour du cou vingt sangsues, qui coulent une heure et demie.

Le 14, à ma visite du matin, le pouls est à 68, la face est naturelle, le gonflement et la roideur du cou ont disparu, la peau est moite, la langue est toujours blanche, les aliments ne passent plus par le nez et la malade n'a plus besoin de faire des efforts de déglutition. La voix a repris son timbre normal; le voile du palais se contracte visiblement quand on l'excite. La tuméfaction de l'amygdale a disparu. Il y a toujours de la constipation.

Je prescris un lavement purgatif et une alimentation réparatrice, du vin de quinquina, du vin de Bordeaux, quelques bains sulfureux.

La malade, après quinze jours de ce régime, a repris ses forces, et il ne reste plus de traces de la maladie.

Voilà un de ces cas de paralysie du voile du palais, à la suite d'angine, qu'on rencontre quelquefois dans la pratique, et dont les accidents rebelles et parfois assez graves ne semblent pas en rapport avec la benignité de l'affection primitive.

Si le *naturam morborum curationes ostendunt* d'Hippocrate est une vérité, la guérison pour ainsi dire instantanée de ma malade à la suite d'une application de sangsues m'autorise, jusqu'à un certain point, à attribuer à un état purement congestif les accidents que je viens de décrire.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 15 août 1871 (1). — Présidence de M. Barthe.

Suite de la discussion sur l'infection purulente.

M. CHASSAIGNAC. Dans le cours de la discussion, il s'est produit deux propositions contradictoires. — D'une part, « la guérison de l'infection purulente est un fait rare »; d'autre part, « l'infection purulente se guérit journellement et les cas de guérison n'ont rien d'exceptionnel ».

Des assertions aussi absolument opposées l'une à l'autre, émises non sur une question d'opinion, mais sur une question de fait, ne peuvent s'expliquer que par l'existence d'un malentendu.

Eh bien! oui, il y a un malentendu, et sa raison d'être se trouve dans une extension abusive et fausse du mot affection purulente, qu'on a confondu à tort avec l'affection putride.

Il y a tout d'abord entre les deux maladies une différence caractéristique, c'est que l'une produit des abcès viscéraux et que l'autre n'en produit jamais.

L'empoisonnement purulent et l'empoisonnement putride diffèrent profondément; et c'est précisément dans les plaies parfaitement soignées, mais récentes, que se prépare l'empoisonnement purulent, qui ne s'attaque jamais aux plaies chroniques et négligées.

C'est, en définitive, la suppuration qui devient, sous diverses formes et en diverses circonstances, la grande cause de la mortalité des opérés et des blessés. C'est donc à la suppuration qu'il faut s'en prendre pour annihiler, neutraliser ou dompter son influence mauvaise, prochaine ou éloignée. Dans ce but : 1° Supprimez la suppuration partout où vous pourrez la supprimer; 2° Quand la suppuration est inévitable, recourez aux moyens qui en abrégent la durée, qui en atténuent et en préviennent les complications. On satisfait à la première indication par la réunion immédiate des plaies, toutes les fois qu'elle est possible; par la substitution des modes opératoires qui ne causent pas de suppuration à ceux qui la produisent. Pour remplir la seconde indication, on a recours aux pansements par occlusion et à la canalisation des plaies.

La théorie de M. Verneuil a été renversée de fond en comble par M. Chauffard, et cela d'une manière si complète, qu'il n'y a pas à s'y arrêter.

Quant à la théorie miasmatique de M. Alphonse Guérin, qui, elle aussi, suppose l'existence d'un empoisonnement, d'une septicémie dans l'infection purulente, elle peut difficilement se soutenir en face du fait suivant : Dans une salle de chirurgie où les malades atteints de suppuration sont nombreux, jamais l'affection purulente n'apparaît chez aucun de ceux qui ont une suppuration chronique, et c'est à partir du moment où se pratique une opération que ce prétendu miasme, infectant, dit-on, l'atmosphère de la salle, vient frapper l'opéré et le faire périr.

Avions-nous besoin de l'existence d'un virus traumatique pour savoir qu'il y a, du fait des surfaces suppurantes, deux espèces d'empoisonnements du sang parfaitement distincts : l'un, l'empoisonnement lent, putride, cachectique des suppurations chroniques, des abcès froids, etc.; l'autre, l'empoisonnement aigu, rapide, foudroyant, ne succédant jamais à une suppuration prolongée, mais apparaissant toujours coïncidemment à un traumatisme chirurgical ou accidentel?

On a parlé de ces cas exceptionnels où à l'autopsie des sujets pyohémiques on n'avait rencontré aucune trace d'abcès métatastiques. Je ne repousse pas absolument l'existence de ces faits; mais pour affirmer l'absence complète de collections métastatiques en pareil cas, il faut que l'autopsie ait été poussée très-loin et par le menu; car quelquefois la collection purulente, au lieu de se faire dans les viscères, se produit dans les petites articulations du pied ou de la main.

Il ne faut pas dire que la suppuration amène à elle seule l'infection purulente; c'est la suppuration précédée d'un traumatisme à vaisseaux ouverts et de date récente.

Non-seulement il faut, pour produire l'infection purulente, un traumatisme récent, mais encore un mode particulier de traumatisme. De toutes les lésions chirurgicales, celles qui divisent nos tissus en ouvrant les vaisseaux par orifices béants sont celles qui donnent lieu à l'infection purulente, tandis que tous les modes de traumatisme chirurgical ou accidentel qui jouissent d'une action oblitératrice préalable, d'une action occlusive, ne provoquent pas ces actions redoutables; ainsi la brûlure, la cautérisation chirurgicale, les amputations des membres par les bracelets caustiques, par l'écrasement linéaire, la ligature en masse, la section ou la rupture sous-cutanée des tissus, la dilatation forcée sans entamer par l'instrument tranchant, etc., tous ces modes de traumatisme jouissent du privilége de l'immunité contre l'infection purulente.

De là on peut conclure qu'un progrès réel se trouve accompli, toutes les fois qu'une méthode chirurgicale transforme le traumatisme à vaisseaux ouverts en traumatisme à vaisseaux fermés. L'action des caustiques et du fer rouge, la compression portée jusqu'à la production d'eschare, l'écrasement linéaire, la ligature en masse, la section ou la rupture sous-cutanée des tissus, la dilatation forcée sans entamure par l'instrument tranchant, sont doués de cette immunité.

Toute la chirurgie qui travaille, qui s'ingénie, qui ne veut devoir ses découvertes qu'à une scrupuleuse et persévérante observation, trouvera des vérités utiles et conservera un jugement sain, ce qui est encore de tous les moyens de faire avancer la science le plus sûr, parce qu'il conduit à des progrès sérieux et durables. C'est à cette idée que se rallieront tous ceux qui, sans se laisser éblouir par le prestige actuel mais transitoire des rêveries allemandes, auxquelles nous sommes redevables des insanités mesmériennes et hahnemanniennes, sont restés fidèles à ces grandes écoles françaises, fondées sur la rigoureuse observation, et dont les glorieux représentants se nomment Louis, Andral, Bouillaud et Velpeau.

De tels maîtres sont les guides de cette observation patiente et honnête, ne courant pas après les triomphes à surprise et sachant attendre le jour de la justice, qui, pour les choses du monde, arrive quelquefois, mais qui, dans les choses de la science, et pour l'avénement, non des hommes, mais des idées, arrive toujours; plus vite encore, il est vrai, après la mort du travailleur que de son vivant.

PRÉSENTATION

M. DUPUY, pharmacien à Paris, présente un appareil de son invention, destiné à projeter dans la gorge et dans les voies respiratoires les poudres et les liquides médicamenteux.

La séance est levée à cinq heures.

(1) Fin. — Voir les numéros des 8 et 10 juin 1871.

DOCUMENTS

POUR SERVIR A L'HISTOIRE DU MOUVEMENT SCIENTIFIQUE PENDANT LE SIÉGE DE PARIS (1).

FACULTÉ DE MÉDECINE. — M. Bouchardat.

Des meilleurs moyens d'employer pendant le siége nos ressources alimentaires.

(Suite)

Sel marin.

Un bon approvisionnement de sel marin est une des choses les plus indispensables dans une ville assiégée. Je vais, en peu de mots, vous faire comprendre cette nécessité.

Le rôle du sel marin dans l'alimentation a été fixé par des expériences physiologiques et des observations hygiéniques qui n'offrent plus matière à controverse. Le sel marin est une des substances minérales les plus répandues; il intervient dans l'alimentation de tous les peuples; les régimes monastiques les plus sévères n'ont pu l'écarter. Il est d'autant plus nécessaire que l'alimentation est plus pauvre. Quand le sel est rare, comme dans certaines contrées de l'Afrique centrale, il devient la représentation la plus nette de l'aisance. Le sel est à la fois un aliment et un condiment. La preuve qu'il est un aliment, c'est qu'il est indispensable, en quantité déterminée, à l'organisation humaine. Les cendres du sang contiennent de 50 à 60 pour 100 de sel, tandis que les cendres des aliments n'en renferment en moyenne que de 5 à 10 pour 100. Les herbivores ingèrent avec les plantes un excès de sels de potasse sur ceux de soude, et ce sont ces derniers qui sont fixés dans le sang; la potasse est éliminée par les reins ou fixée dans les muscles à l'état de chlorure de potassium.

Les sels de soude, comparés aux sels de potasse, sont relativement inoffensifs; voilà pourquoi le sang peut contenir une quantité plus élevée de sel marin, qui augmente en densité et favorise ainsi les phénomènes de l'absorption et de la conservation des globules du sang.

Nous allons maintenant chercher à apprécier rapidement le rôle *hygiénique* du sel marin. Quand les animaux, l'homme lui-même, sont privés de sel ou n'en trouvent pas dans les aliments complexes la proportion qui leur est nécessaire, ils le recherchent avec avidité. Est-il besoin de rappeler ce fait de longs siéges, où le sel manquant, on était obligé de rechercher celui qui était éliminé dans les urines?

(1) Suite. — Voir le dernier numéro.

---

le moyen âge chrétien lui-même, comme un plaisir des cours et comme une des compensations obligées des fatigues de l'état militaire. Les bulles des papes et les canons de plusieurs conciles prouvent ces envahissements dans le clergé et dans la vie monastique. Pétrarque et ses contemporains l'ont montrée régnant autour des papes d'Avignon, et un médecin qui pratiquait dans cette ville en même temps que Gui de Chauliac, Raymond Chalin de Vinario, lui attribue l'énorme mortalité qui frappa la cour papale dans les grandes pestes du 14e siècle.

Bien que César ait parlé de la tempérance des Suèves, Tacite, un peu plus tard, notait la propension des Germains à l'ivrognerie comme un trait saillant au milieu de la simplicité rustique de leurs goûts relatifs à l'alimentation. Ce trait, qui a marqué tous les pas de la race anglo-saxonne dans sa vaste expansion sur le monde, est accusé par beaucoup de documents où l'ivrognerie apparaît comme un vice des princes et des seigneurs de l'empire d'Allemagne. Au 15e siècle, il fut l'objet de plusieurs édits (Reichsabschied) dont la noblesse avait l'habitude de se moquer le verre en main. Les diètes (Reichstag) donnaient, sous ce rapport, des scandales qui faisaient dire que ces assemblées étaient à ce point embarrassées et obscurcies par le vin (comitia Germanorum lenta et vinolenta), qu'on n'y entendait parler raison que le matin. J.-P. Franck, à qui j'emprunte ce trait, ajoute qu'on appelait les lois qui s'y faisaient *Morgensprache* (la langue du matin), parce que tout ce qui s'y disait après était tenu pour être de nulle valeur à cause du vin et de la bière. Le rôle de l'ivrognerie parmi la noblesse allemande est encore attesté par la création de deux ordres de chevalerie, fondés, comme les sociétés modernes de tempérance, sur le serment de s'abstenir de liqueurs fortes.

Mais l'ivrognerie du vin, de la bière et des autres boissons fermentées, familières aux anciens, n'avait pas les caractères redoutables que lui a donnés la propagation, parmi les masses ouvrières agglomérées et salariées par l'industrie moderne, d'un agent nouveau, produit artificiel d'une autre industrie inconnue aux anciens, *l'alcool*.

Les breuvages avec lesquels on s'enivrait autrefois ne contenaient qu'une proportion modérée d'alcool, de cet *esprit* que la distillation a d'abord séparé des autres éléments du vin, qu'elle a retiré ensuite, à bas prix et à profusion, de toutes les substances végétales contenant de la matière sucrée. Ces breuvages excitaient d'abord les sens, troublaient ensuite la raison et la régularité des mouvements, mais ne produisaient pas, en général, de très-profonds ébranlements dans l'organisme; c'est pourquoi l'ivresse, même habituelle, amenait moins rapidement et moins complétement qu'aujourd'hui la perte des facultés morales et de l'entendement, et ces graves altérations de l'organisme, qui constituent la pathologie moderne de l'alcoolisme, pour laquelle la langue nosologique a dû créer, depuis 1813, une nomenclature particulière.

Cette moindre gravité des suites de l'ivresse, même répétée, explique quelques proverbes en vogue parmi nos pères en faveur de ce vice et ce précepte singulier d'hygiène : de *s'enivrer une fois par mois*, qui obtint, à deux reprises, l'honneur d'une réfutation solennelle devant la Faculté de Paris, au 17e siècle. Elle explique, en même temps que cette indulgence de l'opinion qui paralysait les lois, l'indifférence des médecins sur un objet sur lequel ils ne cessent plus, depuis un demi-siècle, de donner l'alarme aux pouvoirs publics.

Les considérants des textes législatifs prouvent que les conséquences pathologiques et sociales de l'ivrognerie alcoolique n'étaient pas même soupçonnées. Depuis la Bible jusqu'aux édits célèbres de l'empereur Maximilien, en 1500, de Charles-Quint, en 1531, de François Ier, en 1536, les législateurs n'ont donné, comme motifs des mesures les plus rigoureuses, que l'offense à Dieu, les blasphèmes, la colère, les injures, les voies de fait, les violences, les accès de fureur et les crimes qui suivent l'ivresse.

Les moralistes et les théologiens avaient noté, comme conséquence de l'ivrognerie, la perte des habitudes de travail et d'ordre, l'abandon de la famille et des affections domestiques, les mauvais exemples aux enfants, l'abandon de leur éducation, la misère et son cortége de maux, de vices et de sollicitations criminelles. Mais il est un caractère à peine entrevu, par les observateurs anciens, et qui s'est accentué de plus en plus par les progrès de l'alcool dans la consommation populaire, c'est le caractère pathologique qui a mérité à l'ivresse ce nom d'*empoisonnement* (intoxication) qu'elle porte dans la langue anglaise, et c'est seulement à notre époque que l'observation et la statistique médicale ont révélé les effets funestes de l'alcoolisme sur la famille de l'ivrogne et ses dangers pour l'avenir des populations entières.

(*A suivre.*) Théophile Roussel.

M. J. Marshal (*Bibl. méd.*, LXII, 408) a publié d'importantes observations sur la nocuité de l'abstinence du sel. La privation absolue de sel détermine de l'anorexie, une forme d'anémie spéciale accompagnée d'œdème et toujours d'une notable diminution de forces. Varden rapporte que dans certaines provinces du nord du Brésil, il est indispensable pour conserver la vie des animaux. M. Roulin a vu en Colombie des femelles de grands animaux devenir infécondes par suite de la privation de sel. Je vais rapporter une observation qui corrobore ce résulta tremarquable de l'infécondité déterminée par la privation du sel.

Pendant mon séjour à l'Hôtel-Dieu, j'élevais sur les croisées ces charmants messagers qui ont apporté tant de bonheur en donnant des nouvelles à quelques-uns des assiégés de ce qu'ils ont de plus cher au monde.

Grillage de fer, appui en calcaire, blé ne renfermant que des traces de chlorure, paille pour faire le nid, eau distillée, voilà les seules matières où le couple de pigeons pouvait trouver ce qui était indispensable pour réparer les pertes de son organisme. Une couvée réussit avec ce régime, mais malgré la saison et toutes les autres conditions favorables, la femelle cessa de pondre. Je leur rendis la liberté; le premier usage que la femelle en fit fut de voler sur la croisée voisine, dont l'appui était toujours souillé par des résidus riches en sel marin. Ces pigeons n'étaient pas privés; le besoin de sel était si impérieux pour cette femelle qu'elle se laissait prendre sans chercher à fuir pour ne point perdre un instant pour accaparer un aliment indispensable à la constitution de son sang et de ses œufs. On la lâcha, elle revint aussitôt vers le résidu salé. La fécondité reparut avec le retour du sel dans l'alimentation.

Pendant les derniers jours qui ont précédé l'investissement, on a eu des craintes sérieuses sur l'approvisionnement de Paris en sel. Plusieurs épiciers en avaient même doublé le prix. Mais, grâce à M. H. Sainte-Claire Deville, il a pu au dernier moment en arriver des salines plus qu'il n'en faudra pour toute la durée du siége.

Aliments de calorification.

Les aliments de calorification forment le deuxième ordre de ma division des *matériaux alimentaires*; ils ont été désignés par M. Liebig et d'autres chimistes par le nom d'*aliments respiratoires*, mais je préfère le nom d'aliments de calorification, qui indique nettement le rôle principal et si important qu'ils jouent dans l'organisme vivant.

Les substances principales qui sont rangées dans ce groupe sont les sucres et féculents, les corps gras et l'alcool; malgré les différences considérables que présentent ces substances, sous le rapport de la composition, des propriétés, de la manière dont elles sont digérées, il existe des relations intimes entre ces matériaux alimentaires. En effet, ils dérivent les uns des autres, ou ils proviennent de transformations qui les rattachent les uns aux autres de la manière la plus intime. L'alcool est produit par un dédoublement de plusieurs sucres. Les féculents et l'inuline, par les transformations qu'ils subissent dans nos organes, se transforment en sucres, et enfin les expériences d'Hubert, celles de M. Persoz et de M. Boussingault, montrent que dans certaines conditions des organismes vivants les sucres peuvent se transformer en corps gras; la fermentation butyrique du sucre est un phénomène du même ordre. Tous ces matériaux disparaissent de l'économie, en donnant comme résidus ultimes, sous l'influence de l'oxygène, de l'acide carbonique et de l'eau. Il ne paraît pas que ces matières soient tranformées dans les divers actes de la nutrition des animaux en éléments plastiques. Dès que l'on soumet un animal à l'alimentation exclusive par un des aliments de calorification, les inconvénients du défaut de réparation des organes les plus importants apparaissent; c'est dans ces cas qu'on a observé la perforation de la cornée.

Les matériaux de calorification répondent au plus grand besoin de l'économie, celui de maintenir la chaleur animale à la température constante de 37 à 38 degrés; par leur masse, ils viennent au premier rang dans la constitution de nos aliments complexes les plus usuels. Heureusement que ce sont les matériaux alimentaires de cet ordre que nous possédons en quantités les plus élevées.

Matériaux alimentaires plastiques.

Les matériaux alimentaires plastiques ou azotés contiennent du charbon, de l'hydrogène, de l'azote, de l'oxygène et du soufre; ils existent dans les plantes et surtout dans les animaux qui sont constitués pour la plus grande partie par la réunion de ces principes immédiats. Dans les plantes, nous trouvons l'albumine, la caséine, le gluten, etc.; dans les organes des animaux, nous avons la fibrine, l'albumine, et de la caséine dans le lait des mammifères.

La gélatine et les matières animales qui par leur décoction avec l'eau en fournissent, sont encore des matières azotées, mais elles ne renferment pas de soufre.

Les matériaux alimentaires plastiques se trouvent peut-être en faible proportion dans les aliments qui nous restent; en traitant des aliments fournis par les animaux, nous étudierons les moyens de pourvoir à leur insuffisance.

Dans la première séance, je parlerai des principaux aliments végétaux qui nous restent; je commencerai par le blé et le riz.

Du meilleur emploi des céréales.

La plus grande question obsidionale au point de vue alimentaire est de déterminer l'emploi le meilleur et le plus pratique des céréales que nous avons.

Il en est trois qui constituent encore un stock important: le blé, le riz, l'avoine.

Je vais vous dire la composition de ces grains, puis j'étudierai leur rôle alimentaire et les préparations les meilleures qu'on puisse leur faire subir, eu égard aux conditions dans lesquelles nous sommes placés. Je chercherai, en prenant les données chimiques et physiologiques, et surtout l'observation pour guide, ce qu'il convient d'ajouter à ces graines ou aux préparations qu'elles donnent, afin de constituer le régime le plus convenable pour maintenir la santé de l'homme.

Commençons par la plus importante, le blé.

Du blé.

Le blé est la base de l'alimentation des peuples les plus avancés du globe. Depuis plus de deux mille ans, c'est la représentation la plus nette du besoin le plus considérable de l'homme. Il est donc peu de sujets qui doivent nous intéresser plus que celui qui se rapporte à une aussi précieuse substance.

Pour la produire en quantité suffisante, les efforts conbinés de la partie la plus vaillante de la population sont nécessaires; quand son prix s'élève outre mesure, des souffrances apparaissent dont on ne se fait point une idée quand on n'a point mûrement réfléchi sur ce grave sujet. Aussi n'ai-je pas craint d'aborder une pareille étude devant un auditoire aussi sympathique aux besoins du peuple et aux maux qui nous menacent actuellement, et surtout qui peuvent atteindre les travailleurs dans un avenir, hélas! trop prochain.

Il existe des variétés très-nombreuses de blé, plus de quatre cents.

Ces variétés ont des aptitudes différentes se rapportant à la fécondité, à leur action sur le sol, à leur résistance plus ou moins grande aux intempéries. Il est très-important de connaître les principales variétés à ces divers points de vue. C'est la base de la science de l'agriculteur. Pour le but que je me propose, il me suffira de vous dire que l'on divise les blés en deux groupes principaux: les blés durs et les blés tendres. Les premiers se conservent mieux, fournissent un pain plus complet, mais il est moins beau que celui que donnent les blés blancs ou tendres, qui sont généralement préférés dans nos régions tempérées. Je reviendrai plus loin sur ces distinctions. Je vais aborder maintenant les questions hygiéniques principales se rapportant à la culture, à la composition du blé, aux préparations qu'on lui fait subir.

Le premier travail qu'impose la culture du blé, c'est le labourage; il a une telle importance qu'on donne le nom de laboureurs aux nombreux ouvriers agricoles qui l'exécutent. Il a pour but de mettre en communication avec l'atmosphère les racines du froment et de ramener à la surface les parties plus profondes du sol, qui ne sont pas épuisées et qui n'ont pas éprouvé les modifications que l'air, l'eau et la chaleur doivent leur faire subir pour les rendre fécondes.

Le labourage ne suffit pas pour assurer une fertilité sans limite. Les principes indispensables au développement du blé seraient bien vite épuisés si l'on cultivait toujours sur le même sol la précieuse céréale sans trêve ni merci. L'alternance sagement combinée des cultures et le judicieux et large emploi des engrais forment la base de la prospérité agricole.

Les engrais ont une puissance si grande sur l'augmentation progressive des récoltes, que, toutes choses égales, avec le même travail sur la même surface non fumée ou pourvue largement d'engrais, on peut obtenir quatre à quarante fois la semence. L'exemple le plus remarquable de la fécondité que l'on peut donner à un sol stérile par un large emploi des fumures, nous était offert par la campagne qui environne Paris, il y a quelques mois à peine si riche de produits agricoles et aujourd'hui désolée par tous les maux de la guerre. Des sables s'étaient transformés comme par enchantement en champs doués de la plus haute fertilité. Cette heureuse révolution s'était produite par une modification des plus simples dans les règlements de la voirie de la grande cité. Jadis les boues étaient accumulées dans les voiries d'immondices. On a supprimé ces voiries. Ces boues, ces immondices ont été immédiatement conduites sur les terres, dont elles ont décuplé la valeur.

Je reviens au blé, je vais vous en faire connaître sommairement la composition, en m'appuyant sur une excellente analyse de mon ami M. Péligot.

Le blé sec renferme 80 pour 100 d'aliments de calorification de l'ordre de l'amidon ou des sucres (amidon, dextrine, cellulose); il ne renferme que 1,5 pour 100 d'aliments de calorification de l'ordre des corps gras. Il contient 17 pour 100 de matériaux alimentaires azotés ou plastique (albumine, gluten, gliadiane, etc.), et 15 pour 100 d'éléments minéraux qui sont constitués, comme nous l'a appris M. Berthier, par des phosphates de magnésie, de chaux, de potasse, de soude, de fer.

Si vous voulez bien vous rappeler la composition du lait de jument, vous verrez quelle remarquable analogie existe, au point de vue physiologique et hygiénique, entre cet aliment complet et le grain de blé.

Pour 103^{gr},5 de matériaux fixes dans le lait de jument, nous trouvons 16 de caséine, élément plastique. Dans le grain de blé, M. Péligot a trouvé 17 pour 100 de ces mêmes éléments plastiques. Il y a dans le lait de jument 87,5 d'aliments de calorification pour 103,5; il s'en trouve 81,5 pour 100 dans le blé en ajoutant à l'amidon et à la cellulose les corps gras qui ont un pouvoir calorifique plus élevé. La lactine du lait paraît au premier abord très-différente de l'amidon du blé, mais par les phénomènes de la digestion et de l'assimilation, ces deux principes immédiats donnent des produits sinon identiques, au moins des plus rapprochés par l'ensemble de leurs propriétés.

Les sels du blé sont constitués presque exclusivement par des phosphates, ils en renferment en proportion plus élevée que les os de l'homme. Il manque peut-être au grain de blé un peu de chaux et de sel, mais ce complément se trouve dans les autres aliments.

On a voulu comparer le grain de blé et les autres graines aux œufs, sous les rapports physiologique et hygiénique; cette comparaison manque de justesse.

Considéré comme aliment, l'œuf de la poule ne renferme pas assez d'aliments de calorification; ils sont remplacés pour le jeune poulet par la chaleur de l'incubation.

L'embryon de la graine avait besoin d'un réservoir de chaleur qui remplace pour lui l'incubation. Cette provision se trouve dans cet organe que l'on nomme l'albumen, ou dans les cotylédons développés. Ces parties forment la masse la plus considérable des graines, et par leur composition, par le rôle qu'elles jouent, elles se confondent avec le lait des animaux.

En négligeant le sel marin et la chaux qui manque au grain de blé pour en faire un aliment complet pour l'homme, nous devons reconnaître que ses habitudes bromatologiques, et peut-être aussi la nature de ses organes digestifs, réclament parmi les matériaux de calorification une association des matières grasses aux principes de l'ordre des féculents. Ces rapports, nous les trouvons dans le lait de la femme. En ne changeant rien aux proportions entre les principes immédiats de la calorification et plastiques, si nous augmentons dans les premiers la proportion des graisses, les principes immédiats plastiques deviendront insuffisants: car vous savez que les matières grasses développent beaucoup plus de chaleur que le sucre à poids égal. Or, comme il entre dans les habitudes de tous les peuples des pays du Nord ou même tempérés d'ajouter des huiles, des graisses, au pain dans les repas de chaque jour, il faut aussi y ajouter des principes azotés ou plastiques pour rétablir l'harmonie qui existe dans l'aliment complet.

Quoi qu'il en soit, nous pouvons dire, pour résumer cette étude, quelle admirable chose que le blé!

Un grain qui réussit presque constamment sur notre sol quand on s'en donne la peine, qui relativement est peu sensible aux intempéries, qui avec des soins peut se conserver plusieurs années, et assurer ainsi la subsistance de tous.

Avec le blé on prépare un aliment qui suffit, peu s'en faut, à réparer les pertes de l'économie, qui plaît à tous, dont la digestion s'accommode merveilleusement à nos organes, dont on ne se lasse jamais.

Aussi pressentez-vous déjà les privations que doit imposer aux travailleurs l'élévation de son prix, les maux qui marchent à la suite de ce renchérissement!

J'ai encore à vous entretenir du riz et de l'avoine. Je serai beaucoup plus court pour ces deux graines, car vous pourrez leur appliquer les considérations générales que je viens de développer à propos du blé.

(*Sera continué.*)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Les circonstances ayant empêché la distribution des prix à la fin de l'année scolaire 1869-1870, la Faculté croit devoir porter les résultats des différents concours à la connaissance des intéressés et du public.

PRIX DE L'ÉCOLE PRATIQUE

La Faculté n'a pas décerné de 1er grand prix, mais elle a accordé un 1er prix à M. Foix (Pierre), et un second prix à M. Hybord (Paul), élève de la Faculté de médecine de Paris.

PRIX CORVISART

La question proposée était:

Des conditions du développement de l'albuminurie.

La Faculté partage le prix de 400 fr. de la manière suivante:

1° Une médaille de vermeil et une somme de 200 fr. à M. Albert Deroye, externe des hôpitaux de Paris.

2° Une médaille de vermeil et une somme de 200 fr. à M. Albert Pauchon, externe des hôpitaux.

PRIX MONTYON

La Faculté a accordé le prix à M. Foucault (Paul-Victor), élève de la Faculté de médecine de Paris.

PRIX BARBIER

La Faculté a accordé:

1° Un prix de 1,500 fr. à M. le docteur Burke, pour un ophthalmoscope fixe;

2° Un encouragement de 500 fr. à M. le docteur de Belina, pour un nouvel instrument destiné à pratiquer la transfusion du sang.

PRIX CHATEAUVILLARD

La Faculté a accordé:

1° Un prix de 1,500 fr. à MM. Ollivier et Ranvier, pour leur travail sur l'hémorrhagie cérébrale observée dans la leucocythémie.

2° Un prix de 500 fr. à M. Gréhant, pour ses travaux sur l'excrétion de l'urée par les reins et sur la respiration des poissons.

3° Une mention honorable à MM. Legros et Onimus, pour leurs travaux sur les mouvements de l'intestin et sur la contraction des muscles.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La Société de médecine légale a, dans sa séance du 14 août, déclaré la vacance de quatre places de membres titulaires, devenues libres par suite d'un décès et de trois nominations à l'honorariat, et de douze places de membres correspondants nationaux, dont le chiffre réglementaire n'a pas encore été atteint.

Les candidats à ces places sont priés de faire parvenir leurs demandes au secrétariat général (14, rue de Choiseul), avant le 1er novembre prochain. Ceux qui ont été déjà inscrits pour une élection précédente doivent remplir cette formalité, comme ceux qui se présentent pour la première fois, car toutes les demandes antérieures ont été annulées.

Les membres de la Société sont choisis parmi les personnes qui cultivent une branche quelconque des sciences médicales et parmi celles qui s'occupent de droit et de jurisprudence (Art. 3 et 9 des Statuts.)

— On nous prie d'annoncer la réapparition du journal *le Monde thermal*, dont l'impression avait été suspendue durant le siége et la Commune de Paris.

MICROSCOPES ACHROMATIQUES

PERFECTIONNÉS ET CONSTRUITS

Par ARTHUR CHEVALIER (1)

Petit-fils, fils et successeur de Vincent et Charles Chevalier (2).

(Six médailles d'or.)

Tous mes instruments portent mon nom.

9. — Microscope grand modèle de Arthur Chevalier, à inclinaisons et à platine tournante. Tube à tirage, engrenage à coulisseaux et à double bouton pour le mouvement prompt, vis de rappel très-précise, platine mobile recouverte en glace noire, miroir plan et concave monté à double articulation et à rotation, de façon à permettre l'éclairage oblique suivant toutes les inclinaisons, soit en avant soit sur les côtés de la platine; la pièce tenant le miroir est susceptible de s'élever ou de s'abaisser de fa-

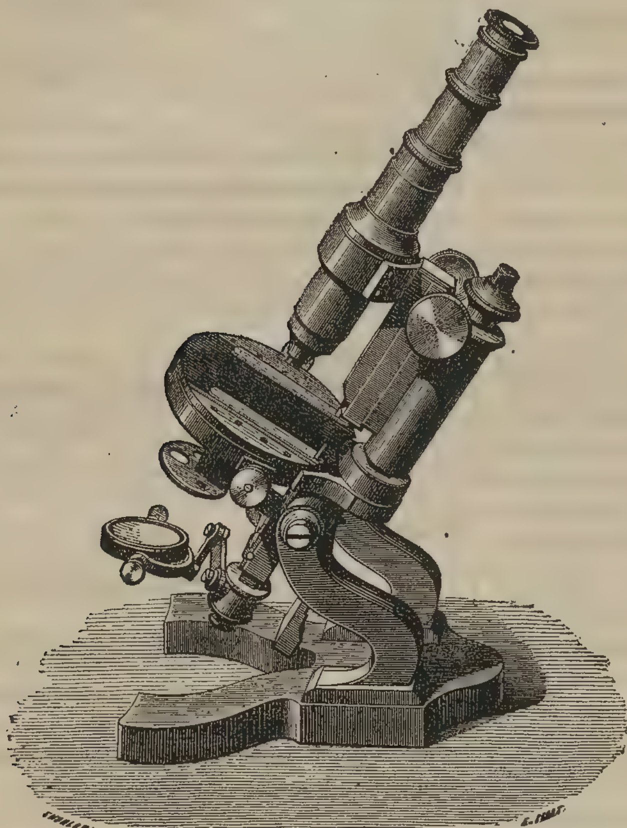


Fig. 9.

çon à régler l'éclairage; engrenage pour faire mouvoir le diaphragme variable et le condensateur, série de diaphragmes à tube, micromètre oculaire se plaçant dans les divers oculaires et pouvant se mettre au point, trois oculaires, 1, 2, 3, séries 1, 2, 3, 5, 8, 9, 1, série 8 à immersion, série 10 à immersion et correction, chambre claire, micromètre objectif, appareil de polarisation composé de deux prismes de Nicol, miroir de Lieberkhun pour l'éclairage des corps opaques, loupe sur pied pour le même usage, condensateur de Dujardin, nécessaire en acajou à coins en cuivre et serrure (fig. 9)........ 1300 fr.

Ce modèle convient aux personnes qui veulent avoir le *nec plus ultrà* en ce genre.

(1) Fin. — Voir les numéros des 8 et 10 juin 1871.

(2) Palais-Royal, 158, galerie de Valois. — Ateliers, 1 bis, place de Valois.

NOUVEAU MICROSCOPE DE VOYAGE

Microscope de voyage petit modèle, semblable au n° 3, mais avec diaphragme à pivot, miroir articulé pour la lumière oblique, 2 oculaires 2 et 3, 3 séries 3, 5, 8. Accessoires, boîte.. 160 fr.

Ce nouveau modèle est agencé spécialement pour le voyage; il est renfermé dans une boîte en chêne avec serrure et poignée. L'intérieur de la boîte est en gainerie, de façon à ce que l'instrument ne puisse se déplacer. Il a 22 centimètres de hauteur et grossit de 50 à 800 fois. Il peut se prêter à tous les genres d'observations et est aussi indispensable au médecin qu'au naturaliste.

SÉRIES DE LENTILLES (OBJECTIFS).

Toutes nos séries sont composées de trois lentilles.

N° 1, 30 fr. — N° 2, 30 fr. — N° 3, 30 fr. — N° 4, 30 fr. — N° 5, 30 fr. — N° 6, 35 fr. — N° 7, 40 fr. — N° 8, 50 fr. — N° 9, 80 fr.

Les mêmes avec montures à corrections :

N° 8, 100 fr. — N° 9, 125 fr.

Les objectifs montés à corrections présentent l'avantage de pouvoir modifier l'écartement de la lentille antérieure, suivant que l'objet est ou non recouvert d'une lamelle, ou suivant l'épaisseur de cette dernière. On obtient donc, dans tous les cas, le maximum d'effet de la série ainsi montée. C'est à Andrew Ross, célèbre opticien anglais, que l'on doit l'idée de ce mécanisme.

SÉRIES A IMMERSION.

Le système à immersion, que l'on doit à Amici, consiste à faire en sorte que la lentille et l'objet soient réunis par une couche liquide. Il suffit donc, pour employer ce système, de placer une goutte d'eau distillée sur la lamelle qui recouvre la préparation, et de même sur la lentille antérieure; on approche alors la lentille de manière à réunir les surfaces liquides, puis on met au point. L'immersion donne des images d'une grande pureté, et, à l'aide de ce moyen, on peut très-bien étudier les stries des navicules, telle que la *Navicula angulata*, *Amicii*, la *Grammatophora subtilissima*, etc. On peut se passer des montures à corrections avec ce système, et pour la plupart des observations les montures ordinaires suffisent. On doit préférer les jeux forts, et notre n° 10, établi à un prix minime, donne de très-beaux effets.

N° 8, 60 fr. — N° 9, 90 fr. — N° 10, 100 fr.

Avec corrections :

N° 8, 120 fr. — N° 9, 150 fr. — N° 10, 200 fr.

TABLEAU DES GROSSISSEMENTS APPROXIMATIFS DES SÉRIES DE LENTILLES.

Série 1.........	25	à 50	fois.
— 2.........	50	90	—
— 3.........	120	280	—
— 4.........	160	325	—
— 5.........	200	480	—
— 6.........	250	550	—
— 7.........	300	700	—
— 8.........	500	900	—
— 9.........	600	1300	—

ACCESSOIRES.

Appareil galvanique........................	25 »
Appareil chimique de Charles Chevalier..	25 »
Boîte translucide, ou aquarium............	8 »
Chambre claire pour microscope horizontal.	30 »
Chambre claire pour microscope vertical.	25 »
Compresseur de Schieck avec vis de rappel.	30 »
Condensateur de Dujardin..................	25 »
Cuve en cuivre à fond de glace..........	2 »
Écran sur pied de cuivre, pour les observations..................................	25 »
Goniomètre oculaire..........................	25 »
Loupe pour l'éclairage des corps opaques (pour platine)..........................	10 »
Micromètre oculaire, monté en cuivre....	6 »
Micromètre objectif en 100 parties......	10 »
Micromètre objectif en 500 parties......	20 »
Miroir de Liberkhun en verre argenté, avec deux lentilles achromatiques.....	40 »
Objectif variable de Charles Chevalier...	20 »
Oculaire faible, n° 1.........................	10 »
Oculaire moyen, n° 2.........................	10 »
Oculaire fort, n° 3............................	15 »
Oculaire très-fort, n° 4......................	25 »
Oculaire à micromètre, le micromètre pouvant se mettre au point...................	18 »
Petite pince pour tenir les insectes, se plaçant sur la platine.........................	8 »
Platine mobile de Strauss..................	25 »
Prisme redresseur pour microscope horizontal..	25 »
Prisme redresseur pour microscope vertical..	25 »
Prisme de Nicol (les deux).................	40 »
Prisme pour l'éclairage oblique..........	15 »
Prisme biconvexe pour le même usage..	25 »

Accessoires, Préparations, Ophthalmoscopes, Endoscopes, Trousses d'Oculistes, et tous les Instruments d'optique médicale et de sciences; pour les détails, voir le nouveau *Catalogue général*, illustré par 250 figures, 1 vol. gr. in-8... 3 fr. 1 fr. pour MM. les Médecins et Pharmaciens.

Pour le maniement du Microscope et les préparations, consulter l'*Étudiant micrographe*, 1 vol. in-8 de 600 pages et 410 figures; par Arthur Chevalier, officier d'Académie, officier de l'ordre des Saints Maurice et Lazare, chevalier de l'ordre royal de la Couronne d'Italie, docteur en philosophie, etc.; chez l'Auteur, et chez l'Éditeur, Adrien Delahaye, place de l'École-de-Médecine....... 7 fr. 50 c.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois... 8 fr. 50 c.
Six mois... 16 —
Un an... 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 22 août 1871.

HOTEL-DIEU. — M. NOEL GUÉNEAU DE MUSSY.

Sur la pathogénie et le traitement du rhumatisme articulaire.

RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU.

Chaque année les variations de la température printanière ramènent dans nos salles une recrudescence de rhumatismes articulaires, et en ce moment même nous en avons de nombreux exemples sous les yeux.

Je ne vous en décrirai pas les symptômes bien connus; mais je me propose d'en étudier avec vous les conditions pathologiques et les indications thérapeutiques, et de vous dire par quels motifs j'ai été conduit à adopter la médication que j'emploie, et quels résultats j'en ai obtenus.

Pour instituer le traitement d'une maladie et en déterminer les indications, il faut connaître le mode ou processus du travail morbide, ses localisations, sa marche, sa durée habituelle, ses tendances et ses complications, ses conditions pathogéniques. D'une autre part, à la connaissance de la maladie, il faut joindre celle du malade; il faut savoir sur quel terrain cette maladie a germé. Les diverses aptitudes morbides et les modalités constitutionnelles aux nuances si diverses sont des sources d'indications. L'analyse clinique doit nous fournir toutes ces données pour que nous puissions établir un traitement rationnel et utile.

Nous allons étudier le rhumatisme à ces différents points de vue et en nous arrêtant principalement sur ceux qui en montrent les indications thérapeutiques, et sur ceux aussi qui peuvent éclairer la nature de cette affection.

Mode. — Le mode pathologique du rhumatisme articulaire est un mode fluxionnaire, congestif. Il est caractérisé par des congestions et des inflammations douloureuses, ordinairement accompagnées d'une réaction fébrile.

Marche. — Essentiellement morbiles, les fluxions qui constituent le rhumatisme sont aussi fort inconstantes dans leur marche, irrégulières dans leur nombre, dans leur succession, dans leur intensité. La réaction fébrile qui les accompagne n'est pas sujette à de moindres variations; elle peut précéder les congestions articulaires, elle leur survit quelquefois, liée presque toujours dans ces cas à une localisation de l'action morbide dans les organes intérieurs. La marche du rhumathisme n'est pas habituellement uniforme; outre les exacerbations quotidiennes qui peuvent revenir périodiquement, il passe souvent par plusieurs phases d'apaisement et de recrudescence, et aucune maladie aiguë n'est plus exposée aux rechutes.

Durée. — C'est dire que la durée en est très-variable. Tantôt rapide et fugitive, la scène morbide disparaît en quelques jours. D'autre fois, plus longue et plus rebelle, la maladie peut durer plusieurs mois. Il n'est pas très-rare de voir la forme aiguë faire place à la forme subaiguë. On ne doit pas oublier cette extrême inconstance dans la marche du rhumatisme quand il s'agit d'apprécier la valeur des médications thérapeutiques qu'on lui oppose.

Complications et pronostic. — De toutes les complications, la plus fréquente est sans aucun doute la lésion de l'appareil cardio-vasculaire. A des degrés divers, la coïncidence signalée par le professeur Bouillaud de l'endopéricardite avec le rhumatisme articulaire aigu est observée dans la grande majorité des cas. Elle est d'autant plus à craindre que la fièvre est plus intense et que la maladie persiste plus longtemps.

Mes recherches personnelles me portent à conclure que, dans les mêmes circonstances, la lésion des artères n'est pas moins commune. L'artérite rhumatismale peut exceptionnellement se développer indépendamment des lésions cardiaques, mais elle les complique le plus souvent. Prolongement du cœur gauche; le système artériel en partage les aptitudes morbides. Si l'artérite rhumatismale passe souvent inaperçue, c'est que les phénomènes qui la caractérisent, les flexuosités, la rigidité et les bosselures des parois vasculaires, ne deviennent appréciables qu'au bout d'un certain temps. Je suis même disposé à croire que le trouble nutritif, déterminé par le rhumatisme dans les artères, peut survivre aux autres manifestations de la maladie.

Localisée dans les articulations, la maladie est surtout fâcheuse par l'intensité des douleurs qu'elle détermine; mais quand elle s'étend au péricarde ou au cœur lui-même, le pronostic est beaucoup plus fâcheux; non pas que cette complication entraîne ordinairement des dangers immédiats; mais elle laisse après elle des lésions qui trop souvent deviennent plus tard le point de départ d'accidents sérieux. Aussi ne saurait-on surveiller avec trop de soin l'état du centre circulatoire pendant le cours du rhumatisme, épier tous les phénomènes qui peuvent en signaler l'envahissement, y opposer, quand il se déclare, un traitement énergique; et, en démontrant le premier la fréquence des phlegmasies rhumatismales du cœur, le professeur Bouillaud a rendu un grand service à la science et à l'humanité.

Le rhumatisme peut quelquefois se porter sur les centres nerveux, et, dans ce cas, la terminaison est presque toujours mortelle.

Plus rarement il atteint le foie; quelquefois des affections aiguës de la peau paraissent se rattacher au rhumatisme, et alternent avec les localisations articulaires.

La fièvre est habituellement paroxistique, souvent accompagnée de sueurs profuses, qui, suivant la remarque des anciens, ne sont pas critiques; nous avons dit quelle importance elle a pour le pronostic; quand elle persiste, même après l'apaisement des douleurs et du mouvement fluxionnaire vers les articulations, on doit craindre l'imminence d'une rechute ou une localisation viscérale.

Causes. — Dans une maladie où les récidives sont si communes, où les rechutes viennent trop souvent éloigner une convalescence que tout faisait espérer, il est important de connaître les causes qui en favorisent le développement, et dont une nouvelle impression peut en développer le retour. Le traitement préventif offre d'autant plus d'intérêt que ces assauts multipliés du rhumatisme ne laissent presque jamais intact l'appareil circulatoire; s'il a été touché par une première attaque, il le sera presque nécessairement par les suivantes. Chaque invasion y laisse un sédiment morbide qui en aggrave les lésions. Le malade et le médecin doivent réunir leurs efforts pour éviter un retour de la maladie.

L'observation de tous les temps a fait jouer un rôle dominateur au froid et à l'humidité dans l'étiologie du rhumatisme (1). Mais, si l'impression du froid humide est la cause occasionnelle la plus commune du rhumatisme, certaines conditions de l'organisme, certains états morbides constitutionnels ou accidentels interviennent comme causes prédisposantes ou comme coefficients de l'évolution rhumatismale.

En effet, cette impression n'est pas également sentie par tous ceux qui y sont soumis. Il y a des sujets, des races qui montrent une disposition toute spéciale à en subir l'influence. Cette susceptibilité morbide peut se transmettre par hérédité; elle a *la note diathésique*. Et, d'une autre part, qui pourrait dire que le rhumatisme exprime toujours une disposition innée? Ne voyons-nous pas des malades qui en sont atteints, sans que nous puissions découvrir dans leurs antécédents de famille aucune manifestation rhumatismale? Mais ces malades ont été longtemps exposés à ces conditions extérieures que nous ne regardions tout à l'heure que comme des causes occasionnelles, et qui, dans ce cas, semblent s'être élevées à la puissance de causes déterminantes.

Ainsi, le rhumatisme, étudié dans ses conditions pathogéniques, se montre à nous sous un double aspect et avec des caractères presque contradictoires. Tantôt il paraît être la manifestation d'une disposition morbide constitutionnelle, héréditaire; tantôt il semble une affection accidentelle, déterminée par l'action du milieu ambiant.

La contradiction apparente qui résulte de ce double caractère constitutionnel et accidentel du rhumatisme est compliquée d'une autre difficulté; ce sont ses rapports avec la goutte. — *Arthritidi... agnatus... rhumatismus*, disait déjà Van Swieten, et les médecins qui ont le plus appuyé sur les caractères distinctifs de ces deux affections n'ont pu s'empêcher de reconnaître leurs nombreuses affinités. C'est ainsi que leurs origines paraissent souvent se confondre; le rhumatisme peut alterner avec la goutte ou partager avec elle l'héritage morbide qu'elle laisse dans une race. Il n'est pas rare, en effet, de voir des malades qui, plus tard, sont tributaires de la goutte, avant l'âge où elle les saisit, être atteints pendant leur première jeunesse de rhumatismes articulaires. Parmi les enfants de goutteux, il est commun de voir les uns reproduire sous son type primitif la maladie paternelle, et les autres affectés de rhumatismes articulaires incontestables. Scudamore en avait déjà fait la remarque.

(1) Hâc, ut plurimum, occasione nascitur : æger scilicet sive exercitio vehementiori, sive alio modo excalefactus mox repentinum frigus admisit (Sydenham). Calefacto corpori subito admissum frigus; nulla inter causas rhumatismi frequentior est, nulla validior. (Van Swieten.)

FEUILLETON

L'IVRESSE PUBLIQUE, L'IVROGNERIE ET L'ALCOOLISME

AU POINT DE VUE DE LA RÉPRESSION LÉGALE (1).

Par M. le docteur THÉOPHILE ROUSSEL.

C'est à la médecine qu'il appartient de bien établir, pour le législateur qui n'a pas été encore en position d'en bien apprécier la portée, cette distinction entre l'ivresse proprement dite et cette *ivrognerie alcoolique nouvelle*, qui a fait sa première apparition dans la science, en 1813, par le *delirium tremens*, et dont les écrits, bien connus des médecins des pays slaves, scandinaves et germaniques, nous ont depuis révélé les formes multiples et les effrayants développements.

Dans ce fait nouveau, on voit l'alcool, absorbé avec un goût qui se transforme vite en un besoin irrésistible, imprégner fortement l'organisme, en altérer bientôt les forces radicales, détruire peu à peu l'individu physique, en dégradant de plus en plus l'homme moral, atteindre ensuite, non seulement l'individu, mais encore sa progéniture, léguer ainsi aux familles, par une hérédité fatale, la débilité, l'épilepsie, la surdi-mutité, une foule de désordres nerveux, et au moral, l'imbécillité, l'idiotisme, l'aliénation mentale, la paresse et les instincts violents et pervers.

Il importe que le législateur sache que cette série terrible de maux, inconnus aux anciens, peut être parcourue tout entière par un individu sans aucune manifestation, offrant les caractères tranchés de l'ivresse proprement dite. Et, ce point capital, que la médecine seule peut mettre en lumière, suffit pour démontrer combien les limites, dans lesquelles la proposition de loi, soumise en ce moment à l'Assemblée nationale, se trouve enfermée, sont sans proportion avec l'étendue réelle de la question qu'il s'agit de résoudre, s'il est vrai qu'il s'agisse de diminuer les maux que l'abus des liqueurs alcooliques cause aujourd'hui à la société.

La manifestation progressive de ces maux a frappé l'attention des médecins et des gouvernements, d'abord dans les pays septentrionaux et dans les États germaniques, où elle a suivi, comme partout, les progrès de l'industrie nouvelle des distilleries, qui tendait à substituer à la consommation des boissons fermentées et même de l'*eau-de-vie* de vin, des liqueurs encore plus alcooliques, obtenues de la distillation des grains et des fruits. Les premières mesures répressives dirigées expressément contre l'abus des alcooliques remontent à la fin du XVIe siècle (1); elles se multiplièrent dans le siècle suivant, et on lit dans la plus remarquable ordonnance sur cette matière, celle du duc Ernest-Auguste de Brunswick, datée de 1691, le considérant suivant :

« *Étant devenu notoire que les gens du peuple emploient l'eau-de-vie non plus comme médicament, mais comme boisson journalière, c'est-à-dire moyen et instrument d'intempérance, et que ceux qui s'adonnent à ce genre de vie meurtrier, finissent par perdre leur santé, leur esprit, leur raison, leur fortune, il leur est ordonné, etc.* »

Longtemps auparavant (en 1582 et 1606) la magistrature de Francfort avait prohibé toute vente d'eau-de-vie à cause des accroissements de mortalité qui lui étaient attribués. En 1582, on prohibait en Souabe tout débit d'eau-de-vie, et en 1695 les États du cercle d'Osnabrück se plaignaient de ce que les distilleries d'eau-de-vie de grains s'étant élevées au nombre de 150 dans ce pays, on détruisait les forêts par suite de cette fabrication excessive, on privait le pauvre du grain nécessaire à sa nourriture et on ruinait l'esprit et la santé du peuple.

Ainsi l'*eau-de-vie* de vin, qu'on appelait aussi au delà du Rhin *eau-de-vie de France* et qui fut longtemps une boisson d'un prix relativement élevé, fit place assez rapidement dans les pays d'outre-Rhin aux alcools extraits des fruits et des céréales, et en particulier du seigle, et ces produits nouveaux, par leur abondance et leur bas prix, firent promptement invasion dans la consommation populaire. C'est de cette révolution que date l'alcoolisme avec ses caractères pathologiques propres et ses conséquences sociales, que d'autres causes plus récentes ont sans cesse aggravées.

On pourrait suivre presque partout la marche de ce fléau nouveau

(1) Suite. — Voir les numéros des 10 et 13 juin 1871.

(1) La plus ancienne ordonnance que j'ai rencontrée, celle du margrave de Hesse, de 1524, semble concerner surtout l'eau-de-vie de vin.

Des différences symptomatiques bien tranchées séparent la goutte et le rhumatisme dans leurs formes typiques franchement accentuées; mais ceux-là même qui s'appuient sur ces différences pour en faire deux maladies essentiellement distinctes, sont forcés d'avouer qu'il y a certains cas où cette distinction est difficile : on rencontre des nuances intermédiaires dont il n'est pas toujours aisé de déterminer la place dans le cadre nosologique; et suivant qu'on considère leurs caractères objectifs ou le terrain constitutionnel sur lequel elles ont germé, on peut hésiter à les attribuer à l'une ou à l'autre de ces affections, qui présentent à la fois des dissemblances si profondes et des affinités si nombreuses.

Ces affinités sont telles, que des praticiens éminents comme Chomel, MM. Bazin et Pidoux, ont conclu à l'unité de ces deux affections, qui sont pour eux deux dérivés de la même racine diathésique.

(*A suivre.*)

RELEVÉ

DES MILITAIRES INSCRITS A L'AMBULANCE DE LA GARE DE ROANNE DEPUIS LE 5 DÉCEMBRE 1870.

Par M. le D[r] Fuchet.

1° Blessés.

	Obus.	Balles.
1° Tête	46	91
2° Tronc	34	75
3° Membres supérieurs	150	590
— inférieurs	275	575
4° Fractures de membres supérieurs	15	39
— inférieurs	28	30
5° Amputation de membres supérieurs	24	11
— inférieurs	29	18
Totaux	621	1.409

Total des blessés inscrits du 5 décembre 1870 au 15 juin 1871 .... 2.030

2° Malades.

1° Maladies de toute nature	1.890	2.143
2° Congélation des pieds	253	
A ce chiffre nous devons ajouter au moins principalement des blessés qui n'ont pu être inscrits, soit depuis septembre jusqu'en décembre, soit depuis décembre jusqu'en juin, en raison du grand nombre de pansements et du peu d'arrêt des trains.		3.000
Soit en tout traités à l'ambulance		7.173

1[er] *Nota.* — Dans les blessés de tête j'ai constaté :

1° Douze fractures du maxillaire supérieur;

2° Seize yeux perdus par suite de balles ou projectiles.

2° *Nota.* — Dans les blessures de membres supérieurs ne sont pas comprises les amputations des doigts, index et médius droits principalement; le nombre en est tellement considérable, qu'elles sont, suivant moi, le résultat de manœuvres coupables.

3° *Nota.* — Dans les blessures de membres inférieurs j'ai constaté :

1° Six amputations de la cuisse suivant la méthode Sédillot, qui me paraît ne pas réaliser les avantages qu'elle semblait promettre, et que je proscris en raison de la longueur du traitement résultant de la nécessité d'une deuxième opération (la résection), ou de l'attente d'une élimination tardive.

Les inconvénients que présente cette méthode sont les suivants : Exposition à l'air du canal médullaire.

Périostite, ostéite, abcès fréquents, accidents nerveux à redouter, tout autant de complications qui, déterminant chez le malade une grande faiblesse, parfois un état cachectique, retardent la guérison et parfois compromettent la santé ou l'existence de l'opéré.

Je traite actuellement à Roanne le fils Auboyer qui, blessé en novembre 1870, opéré fin décembre, suivant la méthode ci-dessus, et transporté à Roanne, en janvier 1871, dans un état cachectique, par suite d'hémorrhagies successives, a eu depuis cette époque plusieurs abcès profonds de la cuisse et des accidents nerveux; l'état du blessé est meilleur, le travail d'élimination se fait de dedans en dehors par raréfaction de l'os et des esquilles qui se détachent dans le canal médullaire, s'implantant parfois sur la moelle; j'en ai, du reste, extrait plusieurs.

La partie du fémur qui fait saillie est depuis quelques jours mobile sous l'influence de la pince ou du toucher, et je présume que sous peu l'élimination ou le couronnement se fera dans l'intérieur du moignon avec la partie saillante de l'os.

Sur dix-neuf amputés dans les ambulances de l'Internationale anglaise siégeant à Beaune-la-Rollande (Loiret), M. Auboyer est le seul survivant.

2° Six amputations partielles du pied par suite de congélation.

DOCUMENTS

POUR SERVIR A L'HISTOIRE DU MOUVEMENT SCIENTIFIQUE PENDANT LE SIÉGE DE PARIS (1).

FACULTÉ DE MÉDECINE. — M. Bouchardat.

Des meilleurs moyens d'employer pendant le siége nos ressources alimentaires.

(Suite.)

Avoine.

L'avoine est une céréale qui aujourd'hui mérite de fixer notre attention. Quand on la débarrasse de ses enveloppes grossières, elle constitue pour l'homme un aliment de premier ordre, comme nous allons le montrer en discutant sa composition; puis, grâce aux provisions des compagnies des omnibus et des petites voitures, nous en avons encore des quantités assez élevées qu'on pourra bien consacrer à l'alimentation de l'homme. Si les chevaux sont livrés à la boucherie, si les omnibus et les petites voitures ne circulent plus, nous irons à pied et nous ne nous en porterons pas plus mal.

Composition de l'avoine.

Matériaux de calorification.	Amidon	60,59	76,90	82,40
	Dextrine	9,25		
	Cellulose	7,06		
	Matières grasses		5,50	
Matières azotées (gluten, albumine)				14,39
Sels (phosphates, chaux, magnésie, potasse, fer)				3,21

Les matériaux plastiques ou azotés s'y trouvent à peu près en même proportion que dans le lait de la femme, 14 sur 110,16 pour ce liquide, et 14,39 pour 100 dans l'avoine. Les matériaux de calorification y sont également dans les rapports voisins. L'avoine avec le maïs sont les deux céréales les plus riches en matières grasses, mais le lait de la femme contient encore une proportion plus élevée de beurre : 20,76 sur 110,16.

Quoi qu'il en soit, il ressort de cette comparaison qu'il faut ajouter très-peu de chose à l'avoine pour en former un aliment complet pour l'homme. On sait, au reste, que cette graine, sous le nom de *gruau de Bretagne*, intervient d'une façon très-utile dans l'alimentation; mais il faut pour l'employer que l'avoine soit décortiquée.

Il existe quatre espèces d'avoine et dix variétés. Sa qualité varie dans de grandes limites, comme son poids par rapport à son volume; il faut de certains échantillons 28 kilogrammes pour un hectolitre, et la même mesure exige 55 kilogrammes d'avoine lourde.

L'avoine contient une matière aromatique spéciale qui peut agir comme un utile auxiliaire dans la digestion.

On pourrait peut-être, si la décortication de l'avoine ne pouvait être pratiquée, piler la graine dans un mortier, séparer la farine à l'aide d'un tamis, faire de la bouillie avec cette farine et une décoction du son ou des écorces de l'avoine. Ces pratiques seraient difficiles et imparfaites. Il faut absolument utiliser les ateliers de décortication que nous avons à Paris.

Riz.

Le riz forme la base de l'alimentation de peut-être la moitié des habitants du globe. En Chine, dans les Indes-Orientales, il remplace le blé; on peut dire que presque généralement c'est le pain de l'Asie.

Bien des avantages recommandent cette précieuse céréale : l'abondance des récoltes qu'elle donne et qui permet de nourrir une grande quantité d'habitants sur un espace limité; sa facile décortication permet de ne rien sacrifier de ce qui est utile dans cette graine; sa texture compacte aide à sa conservation, elle la préserve des faciles attaques des insectes qui dévorent nos blés, et des moisissures qui en altèrent les qualités.

La culture des rizières développe des fièvres intermittentes que le Chinois évite, en partie, par une série de moyens qu'il a découverts par une longue observation.

Composition du riz :

Matériaux de calorification	Amidon	89,15	91,05
	Cellulose	1,10	
	Matières grasses	0,80	
Matières azotées (albumine, gluten)			8,05
Sels (phosphates, potasse, chaux, magnésie, fer)			0,90

Les matériaux de calorification sont en trop forte proportion dans le riz, par rapport aux matériaux plastiques. Quand on se nourrit exclusivement de riz, il en faut donc des quantités trop élevées pour pourvoir à la dépense de ces derniers.

Les matières grasses y existent en proportion insuffisante, aussi cette céréale convient surtout dans les contrées chaudes où le besoin de production de chaleur est moindre, où généralement on dépense moins de force que dans les contrées fraîches ou tempérées.

Nous reviendrons sur les meilleurs modes d'emploi du riz, dans les conditions actuelles, après avoir envisagé sous ce point de vue le blé et l'avoine.

Du meilleur emploi du blé, de l'avoine et du riz.

Il est peu de questions qui, au point de vue de la défense nationale, aient aujourd'hui plus d'importance que le bon emploi du blé.

Si, dans les temps ordinaires, je défends avec conviction les procédés si parfaits de notre mouture française, qui nous fournissent un pain d'excellente qualité et qui séparent, pour nos animaux domestiques, des sons et des recoupes qu'ils utilisent mieux que nous, et qu'ils nous rendent sous forme de lait et de chair, aujourd'hui les conditions ne sont plus les mêmes, nos besoins de son et de recoupes pour nos animaux sont bien diminués; il faut donc chercher à employer pour nous, le mieux possible, tout ce qu'il y a de bon dans le blé.

Le grain de blé, comme vous le savez, est un fruit composé d'un grand nombre de parties que je vais énumérer rapidement, parce que, dans la suite de nos études, nous aurons à revenir sur ce sujet.

Le son est principalement constitué par les trois enveloppes du fruit, l'épicarpe, le mésocarpe et l'endocarpe.

La graine a également trois enveloppes très-minces, le testa, l'endoplèvre et la membrane embryonnaire.

C'est dans ces trois enveloppes que se trouve cette matière, dont je parlerai plus tard, à laquelle M. Mège-Mouriès a donné le nom de céréaline; puis on trouve l'embryon constitué par la tigelle, la radicule et le cotylédon.

L'albumen ou le périsperme forme la plus grande partie du grain, il en constitue la masse farineuse.

Par nos procédés de mouture, on obtient deux produits principaux : la farine, le son. Je vous donne, dans le tableau ci-joint, leur composition comparée, d'après M. Millon :

Analyse comparée du son et de la farine de blé :

	Son.	Farine.
Amidon, dextrine, sucre	50	70
Sucre de réglisse	1	»
Gluten	14,9	12
Matières grasses	3,6	1,5
Ligneux	9,7	3
Sels	5,7	2,5
Eau	13,9	11
Matières incrustantes résineuses, colorées	1,2	»
	100	100

Vous remarquerez un fait général tout à fait inattendu, et sur lequel Millon, dont la science regrette si vivement la perte, a appelé toute notre attention.

Le son renferme presque autant de matières alimentaires que la farine première, et ce qui doit surtout nous frapper, c'est qu'il se rapproche beaucoup plus qu'elle de l'aliment complet.

En effet, il contient plus de gluten et de matières grasses, précisément les substances qui se trouvent en trop faible quantité dans la farine, et qui commandent l'addition de viandes et de graisses au pain pour constituer un régime complet.

Il y a donc un intérêt considérable à utiliser tous les matériaux

(1) Suite. — Voir le dernier numéro.

dans les séries de lois, d'ordonnances ou d'arrêtés de police qui ont opposé à ses progrès, tantôt des taxes fiscales, ou même des prohibitions rigoureuses, tantôt enfin des pénalités sévères.

Dans les pays scandinaves, comme dans tous ceux où l'action du climat pousse vers l'abus des boissons fortes, la nécessité des moyens répressifs se manifeste surtout par les progrès effrayants du mal partout où la répression a fait défaut. On a accusé Gustave III d'avoir puissamment contribué à la propagation de l'alcoolisme en Suède en s'emparant, dans un but fiscal, du monopole de la fabrication des eaux-de-vie nouvelles, et en favorisant la consommation, comme l'avait fait un moment Louis XIV en France. En 1785, l'ivrognerie alcoolique était déjà un vice populaire effrayant et qui s'est accru avec le progrès de la libre fabrication de l'alcool, jusqu'à ce point que, pour le satisfaire, on produisait, à l'époque où écrivait Magnus Huss, environ deux millions d'hectolitres d'eau-de-vie pour une population d'environ trois millions d'habitants. Dans de pareilles conditions, des mesures répressives de l'ivresse, notamment celles d'un statut du 14 août 1813, ne pouvaient avoir que des effets très-restreints.

Dans les pays slaves du Nord, les progrès de l'alcoolisme étaient déjà marqués dès le siècle dernier. Son influence sur la mortalité était constatée dans les grandes villes, notamment à Saint-Pétersbourg, en 1764, et Schlosser a indiqué son influence sur la criminalité. C'est à Moscow que, plus tard, Salvatori et Brühl-Cramer ont découvert et décrit presque simultanément cette forme remarquable de l'alcoolisme que le premier proposait d'appeler *furor bibendi*, ou œnomanie, et le second *trunksucht*, nom allemand équivalent, que Huffeland a remplacé dans la langue nosologique par celui de *dipsomanie*.

En Angleterre, les premiers développements de l'ivrognerie alcoolique remontent à la liberté donnée en 1678 à la vente de l'eau-de-vie réservée jusque-là, comme en France, aux seuls pharmaciens. L'abus prit de rapides proportions à la suite d'un acte du Parlement qui encourageait la distillation. Cet acte est de 1744 et c'est dans les années qui le suivirent que s'étalaient ces hideuses ivresses décrites par Smollett et qui amenèrent le Parlement à prendre en 1751 des mesures, considérées longtemps comme efficaces, mais évidemment insuffisantes en présence des causes si puissantes d'aggravation et de propagation de l'ivrognerie qui ont résulté des immenses développements de l'industrie manufacturière et de l'agglomération des ouvriers dans de grands centres. Malgré l'irrésistible impulsion donnée au mal par ces causes nouvelles, l'utilité des mesures restrictives s'est manifestée à la suite de la suppression opérée en 1827 des restrictions de 1751. L'abondance et le bas prix imprimèrent alors à la consommation du *gin* une extension nouvelle, qu'on peut suivre dans les chiffres produits annuellement devant le Parlement britannique et qui accusaient pour la production des distilleries de l'Ecosse seule, en 1862, une quantité de 596,841 hectolitres d'alcool, la fabrication totale du Royaume-Uni étant de 1,134,861 hectolitres. En regard de ces chiffres on connaît ceux que plaçait la *Statistique médicale* : 50,000 individus tués individuellement en Angleterre par l'alcool; la moitié des aliénés, les deux tiers des pauvres et les trois quarts des criminels se recrutant parmi les ivrognes.

Pour avoir une idée du pouvoir destructeur de l'alcool sur les populations qui lui sont livrées sans défense aucune du côté des mœurs, ni du côté des lois, il faut regarder au delà de l'Atlantique.

L'introduction des spiritueux dans le Nouveau-Monde par les émigrants anglais a été partout le principal moyen d'extermination des indigènes. Partout les tribus indiennes se maintenaient vigoureuses et saines tant qu'elles n'achetaient pas l'eau-de-feu aux Européens; partout elles ont perdu rapidement leur résistance aux froids et aux maladies, et se sont comme fondues sous une mortalité jusque-là inconnue, lorsque le goût pour ce produit de l'Ancien-Monde est devenu prédominant. C'est ainsi qu'ont disparu, laissant à peine quelques survivants misérables, les belliqueuses tribus voisines de la baie d'Hudson.

Des résultats identiques ont été constatés dans les îles, comme sur le continent, sur les Caraïbes de nos Antilles, comme sur les naturels des îles de l'Océan Pacifique et de la Nouvelle-Galles du Sud, en sorte qu'on peut vraiment appliquer à tous ces peuples ce que le docteur Rufz a dit des Indiens d'Amérique « *que l'eau-de-vie a été le principal agent de leur destruction.* » Les mêmes observations ont été faites sur les races noires, et ce dernier médecin soutenait en 1856, avec M. de Luppé, que la mortalité des nègres de la Martinique est due pour les trois quarts au *tafia*.

(*A suivre.*)

alibiles qui sont contenus dans le son, et que nous ne pouvons sacrifier aujourd'hui. Quels sont les moyens auxquels on doit avoir recours pour atteindre ce but? Ils sont de plusieurs ordres : les uns nécessitent la décortication; les autres se contentent de laisser tous les produits de la mouture sans séparer le son de la farine; les derniers, enfin, consistent à tirer du son isolé le meilleur parti. On peut encore, comme nous le dirons en parlant de la fabrication du pain, utiliser les gruaux ou recoupes.

Tous ces modes d'emploi du blé commandent un nettoyage aussi parfait que possible du grain. Lorsqu'on mélange le son et la farine, ce nettoyage absolu est indispensable. On peut encore borner la mouture à la séparation du gros son, ou employer le blé pour l'utiliser sous forme de graines sans mouture préalable.

La décortication du blé n'est pas une opération nouvelle, les Arabes l'exécutent de temps immémorial pour le couscoussou, qui forme la base de leur alimentation. C'est surtout sur les blés durs qu'ils agissent.

Voici en résumé, d'après E. Millon (*Sa vie et ses travaux de chimie, et ses études économiques et agricoles*. Paris, 1870), homme qui unit la science la plus élevée à la pratique, comment il faut s'y prendre pour épurer et décortiquer le blé :

« *Laver rapidement, éviter l'échauffement du grain et de l'eau*, voilà deux premières règles pratiques qu'il ne faudra jamais oublier dans le nettoyage des blés par la voie humide. L'omission de ces deux précautions essentielles introduit dans le séchage des blés des difficultés dont les machines les plus ingénieuses ne triomphent pas.

« Si maintenant on observe le blé à sa sortie de l'eau, on reconnaît que celle-ci forme trois couches distinctes à la surface du grain : 1° l'eau a imprégné et traversé les téguments ; 2° elle forme une couche extérieure et mince qui adhère aux téguments ; 3° elle est libre et mobile à la surface du grain. On peut appeler la première couche, *eau d'imbibition* ; la deuxième, *eau d'adhérence*, et la troisième, *eau de mouillage*.

« Si le blé, au sortir de l'eau, forme une masse à travers laquelle l'eau ne circule pas, l'imprégnation marche incessamment, l'eau passe des couches superficielles du grain aux couches profondes, et bientôt l'eau d'adhérence et l'eau de mouillage se convertissent en eau d'imbibition.

« L'eau d'imbibition et l'eau d'adhérence sont désormais acquises au grain; la circulation d'un air sec et chaud parvient seule à l'enlever. Mais il n'en est pas de même de l'eau de mouillage : elle s'essuie et se communique sans peine à tous les corps qui la touchent ; il suffit d'agiter le grain pour l'expulser.

« Commme l'eau de mouillage forme toujours à elle seule les deux tiers environ de l'eau entrainée par le grain, si l'on n'attend pas qu'elle se convertisse en eau d'adhérence et en eau d'imbibition, si l'on agite le blé aussitôt que son lavage est fini, on élimine, par une opération simple dont on trouve déjà le modèle et l'application dans plusieurs industries, la plus grande partie de l'eau fixée sur le grain.

« Au lavage rapide du blé doit succéder, sans la moindre intermittence, l'action d'un agitateur mécanique, d'un appareil à force centrifuge analogue à ceux que l'on connaît sous le nom d'*essoreuse*, de *diable*, d'*hydro-extracteur*.

« Lorsque l'appareil à force centrifuge s'applique suivant les règles qui viennent d'être définies, il suffit à lui seul pour éliminer la plus grande partie de l'eau, en un mot, pour sécher les blés et les rendre propres à la mouture. »

Voici maintenant les procédés que Millon recommande pour opérer la décortication :

« Suivant que l'on veut retirer des blés essorés le maximum du produit en farine, sans s'inquiéter de la nuance de celle-ci, ou bien que l'on s'efforce de moudre le plus possible en farine blanche, la mouture du blé reçoit quelques modifications.

« Dans le premier cas, lorsqu'un lavage très-rapide a fait pénétrer dans le blé le moins d'eau possible, on donne un premier tour de meule en maintenant la mouture très-grosse; on porte la farine au blutoir, les sons et les gruaux passent par un sac dont l'action est combinée à l'action d'un ventilateur, et les gruaux sont enfin remoulus et amenés au degré de finesse qu'on recherche.

« Le ventilateur devient d'une efficacité remarquable en raison de la légèreté des sons.

« Dans le second cas, après un lavage non moins prompt, on opère une décortication préalable du blé, avant que l'eau ait pénétré dans le corps du grain; on fait arriver celui-ci entre deux meules d'un petit diamètre, l'une de pierre, l'autre de bois et armée de tôles, sorte de système à nettoyer qui enlève en même temps les téguments du grain et la couche colorée du périsperme; cette couche, fortement ramollie et imprégnée d'eau, se détache sans difficulté. Les produits de cette première opération sont versés sur un sac garni de toile métallique et sur lequel agit également un ventilateur. Le grain est presque entier : l'eau n'a pas eu le temps d'arriver jusqu'à lui, et la mouture donne ensuite des minots d'une blancheur irréprochable et dans une proportion supérieure. »

Dans une communication récente (*Comptes rendus de l'Académie des sciences*, numéro du 3 octobre 1870), M. Mége-Mouriès a donné d'utiles renseignements pour arriver à une décortication facile du blé.

Voici comment il convient d'opérer : on humecte le blé avec 5 pour 100 d'eau salée, qui s'arrête avec la membrane embryonnaire, puis on enlève les téguments extérieurs à l'aide d'un décortiqueur, et le blé devient alors si facile à broyer, que, si l'on manque de meule, un moulin à café peut suffire à cette opération.

Le problème de la plus large utilisation de l'emploi le plus complet et le plus avantageux du blé se réduit à cette question :

Avons-nous actuellement à Paris des décortiqueurs pour agir avec une suffisante rapidité?

J'espère bien que ces précieux instruments existent dans les manutentions, ou que nos habiles mécaniciens pourraient rapidement en établir.

Déjà MM. J. Cail et Cie et Barrabé ont construit un nettoyeur-décortiqueur universel, du système Fili, qui a obtenu une médaille de bronze à l'Exposition universelle.

Quand les blés seront décortiqués, nous utiliserons tout ce que le grain contient, hormis une très-légère pellicule.

Supposons actuellement que les moyens de décortication soient insuffisants ou demandent trop de jours pour fonctionner (c'est la supposition, après enquête, que je regarde comme probable), ne peut-on y suppléer, au moins dans une certaine mesure, par les procédés de la meunerie, sans modifier l'installation des appareils?

Le lavage rapide du blé avec de l'eau froide contenant 5 pour 100 de sel ne permettrait-il pas au meunier d'enlever presque complétement les téguments extérieurs, en ne laissant que le grain?

D'autres moyens usuels en meunerie rendraient facile cette séparation, sans avoir recours au lavage et au trempage des grains, si le blé est bien nettoyé.

D'après M. A. Vignal, dans le département de l'Ardèche, le blé en nature tient depuis un temps immémorial une large place dans l'alimentation publique.

Le blé subit une décortication préalable dans le moulin.

Une commission prise dans le sein d'une société formée par les habitants de Paris, originaires de l'Ardèche, s'est assurée, dit M. Vignal, que la pratique des diverses préparations auxquelles cet aliment peut être soumis s'effectuerait à Paris sans difficulté. (*Compt. rend. Acad. sc.*, 24 oct. 1870.)

Dans l'Ardèche, dans le midi de la France, on opère sur des blés durs ou demi-durs, dont la décortication est facile; ici les blés tendres dominent et ils sont moins faciles à décortiquer! Voilà pourquoi je crains fort que nous ne puissions mettre en pratique cet excellent procédé.

La séparation du gros son complétement inerte ne diminue le poids du blé que de 8 pour 100, tandis que par les procédés habituels de la meunerie le déficit est de 20 ou de 22 pour 100, et plus.

Je regarde comme indispensable cette séparation du gros son, je suis convaincu qu'elle pourra se réaliser avec la plus grande facilité, et qu'on pourra traiter ainsi, dans un temps donné, une masse beaucoup plus considérable de blé que par les procédés usuels.

Les téguments extérieurs du blé, ou les gros sons, étant enlevés, on pourra faire de la farine qui donnera de l'excellent pain, en modifiant, comme nous le dirons, les procédés usuels. Les produits obtenus seront bons, sains et acceptés par tous sans répugnance.

Si les meules n'étaient pas installées en quantité suffisante à Paris pour moudre les quantités de grains nécessaires à la dépense de chaque jour, on pourrait avoir recours, ou à domicile, ou chez les boulangers, au moulin à café dont mon collègue et ami M. le professeur Baillon a si bien montré les avantages. On peut, avec ce moulin, ne pas séparer le gros son, car les dents le déchirent et le réduisent en une poudre presque aussi ténue que la farine; mais une condition d'une nécessité absolue, si l'on veut employer ce moyen, c'est de ne l'appliquer qu'à des blés sains et d'une propreté parfaite. Quand cette condition n'est pas remplie, le pain qu'on obtient avec cette farine n'est plus agréable.

Ainsi, pour laisser dans la farine tous les produits de la mouture, sans séparation aucune du son, les moulins à café sont préférables aux meules ordinaires.

Les moulins de Saint-Maur, ceux de Scipion, fonctionnent avec des meules horizontales qui séparent avec facilité les gros sons, mais les moulins montés à l'usine Cail sont pourvus de meules verticales animées d'un mouvement beaucoup plus rapide; les gros sons ne sont plus séparés sous forme plate, ils sont déchirés. Cette différence nécessite une épuration complète des blés; c'est ce qui se pratique à l'usine Cail à l'aide de trois décortiqueurs-nettoyeurs Fili.

Je reproduis textuellement la communication de M. Baillon au Comité central d'hygiène :

« Si nous nous trouvions dans des circonstancas ordinaires et qu'on pût moudre surabondamment le blé destiné à la boulangerie de Paris, il n'y aurait aucune mesure exceptionnelle à proposer. Mais s'il est vrai que les moyens de mouture sont quelquefois insuffisants dans les circonstances actuelles, il est évident qu'il faut, autant que possible, avoir recours ici à la division du travail. Il faut, là où l'État, seul chargé de la mouture, peut éprouver quelque difficulté à approvisionner en temps voulu la ville de farine, il faut que le travail privé puisse intervenir. Soit dans les familles, soit dans les boulangeries, soit dans certaines agglomérations d'individus, il serait possible, sans doute, qu'à l'aide de moulins plus ou moins analogues aux simples moulins à café, ou avec des instruments plus parfaits, qu'il ne serait pas difficile à l'industrie de confectionner rapidement, on arrivât à effectuer en détail la mouture que l'État ne serait pas à même d'accomplir en temps voulu.

« Il est probable que ce genre de mouture en détail sera considéré comme présentant quelques inconvénients, notamment la qualité inférieure de finesse et de grain de la farine, le degré de blutage et de pureté de celle-ci, c'est-à-dire la proportion relative de la farine et du son. Cette objection est d'autant moins à craindre ici, que ce qui est considéré d'ordinaire comme un caractère d'infériorité nous paraît désirable dans les conditions où nous nous trouvons. Il est évident qu'en supprimant tout blutage et qu'en fabricant du pain bis avec le mélange de la totalité de la farine et du son, on augmenterait d'une quantité notable, soit d'un cinquième à un tiers, la masse totale du pain à distribuer aux habitants, et par conséquent le nombre des jours de résistance. Le bétail, qui n'existe malheureusement plus, n'a plus besoin que le son soit réservé pour sa nourriture; l'homme peut y puiser directement les principes alimentaires qui lui revenaient par l'intermédiaire des animaux; et, comme la plupart des procédés de blutage ou de décortication connus laissent forcément au son une portion variable du gluten, c'est-à-dire de l'aliment albuminoïde du blé, ainsi qu'on peut s'en convaincre par un examen direct, le seul moyen de ne perdre aucune trace de l'azote du grain paraît être d'employer celui-ci tout entier. La cellulose même, qu'on considère comme inutile, ne l'est certes pas, et constitue un excitant mécanique de la digestion qui rend celle-ci plus active. — Restent les détails d'apprentissage et de fabrication en petit, dans les ménages, du pain auquel chacun s'efforcera de donner les qualités spéciales qui lui conviennent le mieux, suivant qu'on le désirera lourd ou léger, riche ou pauvre en eau, plus ou moins levé, plus ou moins cuit, etc. Celui qui, de même, apprend à préparer journellement son café ou sa viande, doit forcément passer par un apprentissage qui se fait d'ailleurs rapidement. On peut en dire autant du mode de cuisson. Outre qu'on trouverait chez les boulangers ou pâtissiers une sorte de four banal auquel chacun pourrait, à la rigueur, porter son pain à cuire, on pourra chez soi régler l'épaisseur et la forme données au pain sur les moyens de cuisson dont on disposera, âtre, petit four, fourneau, ou même, faute de mieux, simple plaque de tôle posée sur le feu. Jamais, sans doute, un particulier n'arrivera à cuire, dans ces conditions, son pain aussi bien que le ferait un boulanger; mais il est inutile de toujours rappeler qu'on nous suppose placés dans des conditions exceptionnelles et difficiles.

« Actuellement, le meilleur aliment azoté qui, après la viande, soit à notre disposition, est représenté par les légumineuses, c'est-à-dire les pois, haricots, lentilles, pois chiches, fèves, etc. Si, malheureusement, la quantité que nous en possédons est, dit-on, peu considérable, il n'est pas moins vrai que les haricots blancs, par exemple, renferment 2,92, soit environ 4 pour 100 d'azote, et qu'à cet égard ils sont plus riches en principe albuminoïde que la viande de bœuf sans eau qui n'en contient que 3, le rognon de mouton qui n'en renferme que 2,6, le foie gras qui n'en contient que 2,1, etc. On propose donc (et l'on soumet à la commission plusieurs échantillons) de préparer un biscuit portatif qui, sous un petit volume, se cuit très-vite et très-facilement et se conserve longtemps, et qui contient quantité égale de farine de blé non bluté et de farine de légumineuses (haricots). Pour 200 centigrammes, ce biscuit renferme 3 grammes d'azote provenant de blé et 4 grammes provenant des haricots, soit 7 grammes; de sorte que celui qui mangerait 600 grammes de cet aliment dans les vingt-quatre heures introduirait dans son économie, sous cette forme, une ration à peu près suffisante d'aliment albuminoïde. Comme le café et le chocolat sont encore en abondance, M. Baillon présente en outre des échantillons du biscuit précédent auxquels on a ajouté des proportions variables de ces substances. Le café, entre autres, peut agir dans ce cas comme antidépuratif. Et c'est à ce titre qu'est également présentée une tablette de conserve, uniquement formée, à proportions égales, de café et de farines de légumineuses. On donne à ces préparations une légère saveur sucrée qui peut les rendre plus agréables, soit en leur incorporant directement du sucre, qui ne manque point, soit en soumettant les légumineuses employées à un commencement préalable de germination, qui leur donne la saveur douce.

« M. Baillon insiste d'ailleurs sur la difficulté qu'on éprouve de supporter une alimentation prolongée dans laquelle le pain, quel qu'il soit, serait remplacé par des bouillies de blé, additionnées d'ail, de matières grasses plus ou moins rancies ou d'aromates divers. Quand ces préparations, plus ou moins finement passées, sont rendues plus agréables par la séparation des enveloppes à gluten, elles nécessitent toujours d'ailleurs la perte d'une certaine proportion d'aliment albuminoïde. »

Après avoir laissé la parole à mon ami Baillon, occupons-nous un instant d'utiliser le blé sous forme de grains sans mouture préalable.

Je puis invoquer des souvenirs qui rappellent une époque qui n'est pas sans analogie avec celle que nous traversons. C'était en 1814. La France était envahie par toutes les armées de l'Europe. Mon père commandait les corps francs de notre arrondissement. Depuis plusieurs mois, ma mère n'avait pour nous nourrir que du pain de munition fabriqué depuis tant de jours qu'il était envahi par des moisissures aux couleurs les plus bigarrées. Ce pain lui était envoyé de la ville voisine par mon oncle, pharmacien, qui m'a élevé, et qui avait pour son frère et ses neveux la plus tendre affection. Un jour, l'envoi bi-hebdomadaiae du pain vint à manquer; mon oncle n'avait pu s'en procurer à aucun prix, la commissionnaire revenait à vide. Rien à manger pour la mère et pour deux jeunes enfants. Les blés commençaient à murir. Toute la famille se rendit dans le champ; nous égrenions le blé dans nos petites mains. Mâché tel quel, il nous parut délicieux et nous restaura complétement.

Je sais aujourd'hui que ce blé, qui n'était pas tout à fait mûr, pouvait être plus facilement digéré par l'homme que le blé mûr et sec; aussi ce n'est qu'avec la plus grande réserve que je conseillerais, faute de mieux, cet emploi primitif.

Plusieurs personnes ont pensé à faire subir au blé une préparation analogue à celle qui est habituellement suivie pour le gruau, c'est-à-dire une coction dans l'eau.

On prétend que les Romains, sous la République, vivaient de blé grillé moulu et converti en bouillie.

(*A suivre.*)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES RÉCOMPENSÉES

La Faculté en a désigné 58, qui lui ont paru dignes d'être signalées à Son Excellence, et qu'elle a partagées en trois classes, savoir :

Première classe. — (Médailles d'argent.)

Sauvage (Henri). — Recherches sur l'état sénile du crâne.

Olivier (Paul). — Sur les tumeurs osseuses des fosses nasales et des sinus de la face.

Bourdillat (Onésime-Etienne-Edouard). — Calculs de l'urèthre et des régions circonvoisines chez l'homme et chez la femme.

Peyraud (Louis-Pierre). — Sur la régénération des tissus cartilagineux et osseux.

Hénocque (Léon). Du mode de distribution et de la terminaison des nerfs dans les muscles lisses.

Liouville (Henri). — De la coexistence des anévrismes miliaires du cerveau.

Lucas-Championnière. — Lymphatiques utérins et lymphangite utérine.

Lépine (Raphaël). — De l'hémiplégie pneumonique.

Deuxième classe. — (Médailles de bronze.)

Bax (Emile). — De l'étranglement des hernies par l'anneau crural.

Barlemont (Emile). — Essai sur certaines modifications de la nutrition pendant la grossesse.

Terrier (Félix). — De l'œsophagotomie externe.

Holmes (Charles). — Etudes expérimentales sur le mode d'action de l'ergot de seigle.

Landes (Louis). — Essai sur l'aplasie lamineuse progressive.

Sautereau (Félicien). — Etude sur les tumeurs de la glande lacrymale.

Gaubert (Fortuné). — Essai sur les ostéomes de l'organe de l'olfaction.

Martin (Marie-Georges). — De la circoncision avec un appareil inventé par l'auteur.

Pomier (Amédée). — Etude sur l'Iridectomie.

Delens (Emile). — De la communication de la carotide interne et du sinus caverneux.

Autefage (Barthélemy). — Etude clinique sur le retrait de l'utérus après l'accouchement.

Visca (Pedro-Francisco). — Du vaginisme.

Thorel (Clovis). — Note médicale du voyage d'exploration de Mekong et de la Cochinchine, de 1862 à 1868.

Lagrelette (Philippe-Auguste). — Etude historique, séméiologique et thérapeutique de la sciatique.

Vandercolme (Edmond-Hilaire). — Des salsepareilles.

Fumouze (Victor). — Des spectres d'absorption du sang.

Troisième classe. — (Mentions honorables.)

Dubuisson (Louis-Charles-Marie). — Des effets de l'introduction dans l'économie des produits septiques et tuberculeux.

Gourvat (Pierre). — Action physiologique de la digitale.

Sautarel (Pierre). — De l'examen du poids du corps considéré comme moyen de contrôle clinique.

Vergnes (Alfred). — Du tartre dentaire et de ses concrétions.

Deleschamps (Albert). — Etude physique des sons de la parole.

Fochier (Alphonse). — Notes sur la caduque, anatomie normale et pathologique.

Dubreuil (Georges). — Du tænia, au point de vue de ses causes et particulièrement de l'une d'elles (l'usage alimentaire de la viande crue)

Magnin (Jules). — De quelques accidents de la lithiase biliaire.

Mohammed-Off. — Altérations des membranes de l'œil dans l'albuminurie et le diabète.

Rist (Adrien). — Observations sur la physiologie des sensations.

Sezary (Jean-Antoine). — De l'ostéite aiguë chez les enfants et les adolescents.

Laurent (Charles). — De l'hyoscyamine et de la daturine.

Lafon (Ernest). — Etude sur le tremblement saturnin.

Voyet (Emmanuel). De quelques observations de thoracentèse chez les enfants.

Bravais (Victor). — Du rôle de la choroïde dans la vision.

Guérin (Marie). — De la maladie du sommeil.

Labat de Lambon (Joseph). — De l'emploi des affusions froides dans le traitement de la fièvre typhoïde et des fièvres éruptives.

Cooke (Thomas). — Esquisses.

Houdaire (Félix). — Des éruptions dans le cours du rhumatisme.

Hallez (Louis). — Des localisations rhumatismales, qui peuvent précéder la localisation aiguë.

Légée (Marie). — Essai sur la difformité des orteils.

Mohammed-Emin — Etude sur les affections glaucomateuses de l'œil.

Hassewicz (Stanislas). — De la chorée et de son traitement par le chloral.

Moustapha-Faïd. — Troubles de la sensibilité générale dans la période secondaire de la syphilis.

Spillmann (Paul). — Des syphilides vulvaires.

Fortin (Jules). — De la thoracentèse comme moyen de traitement de la pleurésie aiguë simple.

Fontaine (Jules). — Etude sur les injections utérines après l'accouchement.

Péronne (Charles). — De l'alcoolisme dans ses rapports avec le traumatisme.

Guichard (Ambroise). — Recherches sur les injections utérines en dehors de l'état puerpéral.

Merle (Damien). — Des cicatrices du cou et de leur traitement.

Pissot (Léon). — De la suture de l'intestin gangrené dans la hernie étranglée.

Penières (Raymond). — Des résections du genou.

Savreux Lachapelle (Ernest-Honoré). — De l'influence du froid comme cause de suppurations multiples.

Lagrange (Fernand). — Considérations sur la physionomie et les altérations qu'elle subit dans les maladies.

Un médecin qui exerce depuis 15 années dans une localité voisine de Paris désire céder sa clientèle. — Position avantageuse. — S'adresser au Bureau du journal.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments ou autres objets).

Traité des maladies du fond de l'œil et Atlas d'ophthalmoscopie, par L. DE WECKER et E. DE JALGER, 1 vol. grand in-8° avec 29 planches coloriées. — Prix : 35 fr.

Thérapeutique des maladies chirurgicales des enfants par M. HOLMES, ancien chirurgien de l'hôpital des Enfants-Malades de Londres; ouvrage traduit sur la seconde édition et annoté sous les yeux de l'auteur, par le docteur O. LARCHER, ancien interne, lauréat des hôpitaux de Paris, avec 330 figures. — Paris, 1870; un fort volume in-8. — Prix : 15 fr.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Etudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :

Trois mois.. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 23 août 1871.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

M. Gosselin avait posé une question à tous les orateurs qui s'étaient succédés dans cette discussion sur l'infection purulente. Il leur avait demandé à tous ce qu'ils pensaient de l'ostéomyélite. Chacun d'entre eux tient à répondre et la discussion se ranime.

Aura-t-elle eu quelque résultat ?

Certainement, car la distinction entre les infections *purulente* et *putride*, complétement mise en oubli d'après les idées allemandes, reparaît dans un nouveau jour.

Cette fois M. Chauffard, comme conciliation, se déclare prêt à reconnaître le caractère vraiment septicémique de l'infection putride ; et, en cela, il a certainement raison.

Mais, quant à l'infection purulente, il me semble qu'il est tout aussi difficile de l'assimiler, comme il le fait, à une fièvre spontanée que, comme le veut M. Verneuil, à la simple fièvre traumatique ou à une fièvre paludéenne, comme M. Alphonse Guérin.

Toutes ces opinions extrêmes se touchent par un point : elles supposent que l'économie tout entière, empoisonnée ou non, se met à faire du pus, et le réunit ensuite pour en constituer des dépôts dans les poumons et dans divers organes.

Pourquoi plutôt dans les poumons et secondairement dans les viscères ? On ne le voit pas bien, du moment où l'on n'admet pas d'embolie, pas de transport de leucocytes venus de la plaie, où les collections purulentes sont *spontanées ;* et, je le répète, elles le sont dans la théorie de M. Alphonse Guérin et dans celle de M. Verneuil, comme dans celle de M. Chauffard.

M. Verneuil a dit quelques mots, mais ce n'était pas pour répondre aux objections qui lui étaient faites. Même actuellement, il ne voit pas bien en quoi l'infection purulente se distingue par sa nature de la simple fièvre traumatique. Le traumatisme est le point de départ de l'une aussi bien que de l'autre, et si la fièvre est beaucoup plus vive après l'infection purulente, cela ne constitue qu'une question de degré.

Pour être logique, M. Verneuil aurait dû voir aussi le simple résultat du traumatisme, une question de degré, dans l'érysipèle qui se développe autour des plaies et dans la fièvre qui l'accompagne.

Mais l'érysipèle se montre avec ses caractères physiques et palpables comme une complication des plaies, s'impose comme un fait nouveau, même au théoricien le plus inattentif.

M. Verneuil a donc préféré n'être pas logique, et l'érysipèle n'est pas venue grossir le dossier de la *sepsine*, ce poison engendré, dit-il, par le traumatisme.

Ce à quoi ni M. Verneuil, ni M. Chauffard, ni M. Alphonse Guérin n'ont encore répondu, ce sont les expériences si belles et si probantes de M. Colin, qui a produit chez les animaux, à volonté, soit l'infection putride, soit l'infection purulente.

On ne peut pas dire que ce soient là de simples degrés d'une même fièvre, puisque toujours l'infection putride résulte de la septicémie pure et simple, de l'introduction, dans le sang, de liquides décomposés privés de tous éléments figurés, de tous globules, puisque, au contraire, l'infection purulente avec abcès métastatiques survient toujours après une injection de globules, de leucocytes déjà malades, puisque l'injection simultanée de liquides décomposés et de leucocytes malades produit à la fois les deux infections.

Ainsi, d'une part, septicémie ; d'autre part, arrêt de globules ; d'une part, empoisonnement ; d'autre part, action de contact.

Ces expériences si précises, que M. Verneuil devait connaître, suffisaient déjà pour ruiner à tout jamais sa théorie.

Dr VICTOR REVILLOUT.

HOTEL-DIEU. — M. NOEL GUÉNEAU DE MUSSY.

Sur la pathogénie et le traitement du rhumatisme articulaire (1).

Dans ces derniers temps, le docteur Garrod a démontré la présence de l'acide urique en quantité anormale dans le sang des goutteux et dans les cartilages des articulations, qui n'avaient été même que passagèrement le siége d'une fluxion goutteuse, tandis qu'il en constatait l'absence dans les arthrites rhumatismales les plus opiniâtres et les plus violentes.

Cette découverte (2) a été regardée par beaucoup de médecins comme un argument sans réplique en faveur de la distinction radicale des deux affections ; quelques-uns ont cru y trouver le criterium à l'aide duquel on pourrait les distinguer, bien plus, la cause prochaine de la goutte.

Ce fait a sans aucun doute une importance très-grande ; mais conclure que la présence de l'acide urique soit la cause immédiate de la goutte et le caractère fondamental de toutes ses manifestations (3), c'est aller au-delà des déductions légitimes qu'on en peut tirer.

L'excès d'acide urique accuse un trouble nutritif, peut-être une combustion incomplète des éléments protéiques dont il est le produit. Une fois formé, cet acide peut intervenir comme cause secondaire, caractériser un certain groupe de phénomènes goutteux ; mais il n'est pas démontré qu'il soit le substratum indispensable de toute manifestation athritique, que la diathèse goutteuse ne soit que la diathèse uricémique. Quand même le sang de tous les arthritiques contiendrait un excès d'acide urique, ce qui n'est pas prouvé, ce ne serait pas dans cette uricémie, mais dans le trouble nutritif qui la produit, qu'il faudrait placer, je le répète, le point de départ de la maladie.

Ainsi, tout en accordant une très-grande valeur à la lésion urique, elle ne me paraît pas le dernier anneau de la chaîne pathogénique, qui tient sous sa dépendance les manifestations goutteuses.

L'absence d'acide urique dans l'arthrite rhumatismale n'en est pas moins un fait considérable et qui la sépare profondément de l'arthrite goutteuse. Bien d'autres différences, comme j'ai eu l'occasion de le dire dans un autre travail (1), séparent d'ailleurs la goutte et le rhumatisme et ne permettent pas de les identifier.

Et, cependant, leurs connexions pathogéniques sont incontestables !

Les difficultés pathologiques qui naissent des considérations que nous venons d'exposer ne me paraissent pas insurmontables, et ces antinomies apparentes peuvent disparaître dans une doctrine qui les concilie.

Prenons pour point de départ ce fait, que je crois incontestable, de l'influence du milieu ambiant sur le développement du rhumatisme, de la puissance des agents extérieurs pour le produire chez des sujets qui n'y apportent aucune prédisposition constitutionnelle appréciable, et, dans ce cas, le rhumatisme nous apparaîtra comme une maladie commune, accidentelle, une affection *à frigore* presque au même titre que la pleurésie, la pneumonie, l'angine catarrhale. Si une première fois développé dans les mêmes conditions, sans prédisposition héréditaire, nous le voyons disposé à se reproduire, cette tendance aux récidives ne sera pas pour nous la démonstration d'un substratum diathésique. Beaucoup de maladies accidentelles, à forme congestive, subissent cette loi, particulièrement applicable à celles qui sont provoquées par l'impression des vicissitudes atmosphériques, et qu'on retrouve dans l'étiologie de la pneumonie, des angines tonsillaires, des trachéo-bronchites, etc. : une première attaque prédispose à une seconde. L'action morbide a une tendance à suivre les voies qu'elle a déjà parcourues.

Mais la goutte, la diathèse arthritique, constitue une prédisposition puissante à toutes les maladies *à frigore*, à toutes celles qui se développent sous l'impression des modificateurs phy-

(1) Suite. — Voir le dernier numéro.

(2) Les anciens médecins avaient déjà émis l'opinion que l'arthrite goutteuse était produite ou du moins accompagnée par le dépôt, dans les cartilages ou les ligaments, d'une matière que Van Helmont appelait une âcreté acide. Hoffmann la désignait sous le nom de tartre et l'assimilait à la substance des calculs urinaires. Plater, avant Garrod, en avait signalé la présence dans le pavillon de l'oreille et même dans les paupières. Liger, cité par Van Swieten, comme les auteurs précédents, rapportait à la même origine des concrétions trouvées dans les poumons, dans les reins et dans le foie. Pechlin a observé deux jeunes goutteux chez lesquels cette production calcaire était si abondante que leurs crachats et leurs sueurs prenaient une couleur blanchâtre due à une *matière plâtreuse*, qui s'y trouvait en quantité considérable.

Et cependant, ces vieux maîtres de l'art, qui accordaient une importance si grande, dans la pathogénie des affections goutteuses, à cette matière qu'ils appelaient calcaire, tartre, etc., ne la regardaient pas comme la cause immédiate de la goutte. Pour Van Helmont, la lésion articulaire n'était que le *fruit* de la maladie, il en plaçait la *racine* dans le système nerveux. Van Swieten a soutenu et développé la même doctrine, adoptée par son maître, Boheraave.

(3) Il est probable qu'on retrouvera encore cet acide dans un grand nombre de lésions goutteuses. M. Lancereaux l'a signalé dans les plaques lithoïdes de l'athérome arthritique. Je ne serais pas étonné qu'on le découvrît dans les sécrétions des arthritides, dans le développement desquelles son intervention est rendue vraisemblable par les expériences de M. Gigot-Suard. Je l'ai vainement cherché dans les furoncles ; mais je l'ai rencontré dans les sécrétions cutanées.

J'ai connu un goutteux dont les sueurs laissaient dans son lit un sédiment solide qu'on pouvait ramasser à la cuiller et qui contenait une grande quantité d'urates.

(1) *Mémoire sur l'antagonisme de l'asthme et de la tuberculisation pulmonaire.*

FEUILLETON

L'IVRESSE PUBLIQUE, L'IVROGNERIE ET L'ALCOOLISME

AU POINT DE VUE DE LA RÉPRESSION LÉGALE (1).

Par M. le docteur THÉOPHILE ROUSSEL.

L'ivrognerie est beaucoup plus récente parmi les Américains d'origine européenne, puisque, d'après Baird, elle aurait commencé par l'armée pendant la guerre de l'Indépendance, aurait passé ensuite dans la population, avec des progrès tels que, de 1807 à 1828, la consommation du *whisky* avait atteint la moyenne annuelle de 27 litres par habitant. A ce moment, sur 12 millions d'habitants, on comptait 300,000 ivrognes, dont plus de 37,000 périssaient annuellement victimes de leurs excès.

Mais là, l'action salutaire et souvent combinée des lois et des mœurs, celle des mœurs surtout, a opposé une digue aux envahissements d'un mal que tant d'autres causes tendaient à étendre sans cesse.

On sait l'histoire des *sociétés de tempérance*, dont les débuts remontent à 1813, mais dont l'influence fut insensible aussi longtemps que, parmi ces rudes populations, elles eurent pour base *la modération dans l'usage des alcooliques ;* mais, à partir de 1826, par l'adoption du principe viril de l'*abstinence absolue*, commença un vaste mouvement réparateur et moralisateur dont l'ouvrage de Baird nous a tracé les phases remarquables jusqu'en 1835, qui s'est soutenu et a étendu ses effets sur divers parties de l'Ancien-Monde. L'action des lois et des règlements restrictifs et répressifs a concouru à ce mouvement, et l'efficacité de ces moyens adjuvants de l'esprit d'association et de l'initiative individuelle s'est révélée surtout par la diminution frappante de l'ivrognerie dans la marine et l'armée américaines.

Chez les peuples qu'une expression tristement mise à la mode appelle de *race latine*, l'histoire de l'ivrognerie a moins d'importance. Je noterai seulement quelques-uns des enseignements qu'elle offre dans notre pays, pour l'objet particulier dont je m'occupe en ce moment.

Les premiers exemples populaires d'ivrognerie alcoolique, en France, paraissent remonter aux ouvriers étrangers attirés vers 1665, par Colbert, pour fonder, à Amiens, Sedan, Louviers, Abbeville, etc., ces manufactures qui devaient dépasser bientôt celles de l'Allemagne et des Pays-Bas. On doit remarquer, en passant, que les départements manufacturiers du Pas-de-Calais, du Nord, de la Somme, de l'Aisne, de la Seine-Inférieure, ont toujours formé depuis ce que l'on pourrait appeler la zone principale de l'ivrognerie alcoolique en France.

L'eau-de-vie, jusqu'à ce moment, avait été reléguée dans les pharmacies, comme en Angleterre, et dans le premier *tarif général* qui fut publié en 1664, on voit la tendance de l'autorité à en favoriser la fabrication, puisqu'elle n'est soumise qu'à un droit de 25 sols par barrique. Mais, sous ce régime, elle entra rapidement dans la consommation. L'ordonnance des aides de 1680 montre déjà les débitants ambulants, appelés *porte-cols*, parcourant les rues de Paris avec de petits tonneaux en bandoulière et vendant des petits verres d'eau-de-vie aux passants. Cette consommation avait déjà attiré l'attention des médecins et elle fixait assez l'œil vigilant du fisc pour qu'on portât, dans l'ordonnance, de 25 sols à 40 livres le droit sur l'eau-de-vie.

Six ans après (1686), sous l'influence des plaintes des médecins, on soumettait les eaux-de-vie à des droits excessifs « *pour en empêcher la grande consommation.* » Enfin, cette mesure paraissant insuffisante, on en vint, en 1713, à interdire dans le royaume la fabrication de toute espèce d'eau-de-vie, à l'exception de celle de vin.

Comme moyens de répression à ajouter à ces mesures préventives, on ne trouve en France, jusqu'à la révolution de 1789, que l'édit célèbre de François Ier, de 1536, contenant des dispositions remarquables, mais promptement suranné par sa sévérité même et par l'admission de peines telles que l'amputation de l'oreille et le bannissement. Les ordonnances des successeurs de François Ier, pour la police sévère des tavernes et des cabarets, avaient sans doute des effets salutaires ; mais en présence de l'impulsion extraordinaire donnée à l'ivrognerie des classes laborieuses, en France comme en Angleterre, par les grandes causes économiques et sociales que j'ai

(1) Suite. — Voir les numéros des 10, 13 et 15 juin 1871.

siques. La sensibilité *barométrique* des goutteux est un fait proverbial, et cette disposition à subir les influences météoriques est observée, non-seulement chez les goutteux confirmés, mais chez les sujets appartenant aux races goutteuses et dans les formes dérivées de la diathèse arthritique (1). Ainsi, la sensibilité aux variations atmosphériques, aux changements brusques de température, et par conséquent une prédisposition aux maladies *a frigore*, aux pneumonies, aux angines, aux catarrhes, aux rhumatismes musculaires, qui très-souvent sont des manifestations précoces de la goutte, sont un des lots de l'héritage goutteux. Si le refroidissement joue un rôle considérable dans la pathogénie du rhumatisme, il n'est pas étonnant que celui-ci soit si souvent observé dans les races arthritiques. La diathèse arthritique, avant son évolution complète, me paraît constituer une prédisposition très-active au rhumatisme articulaire.

(*A suivre.*)

FIÈVRE PALUDÉENNE INTRA-UTÉRINE

(Observation recueillie par le docteur BAZIN (de Corbeilles, en Gâtinais).

La femme Q..., âgée de 25 ans, primipare, fut prise, dans le dernier mois de sa grossesse, d'accès de fièvres intermittentes tierces qu'elle négligea de faire guérir, espérant, sur la foi de ses voisines, qu'elle en serait débarrassée par l'accouchement.

Celui-ci commença le 29 juillet 1868, pendant le frisson initial d'un accès, et ne présenta rien de particulier. Seulement, à la fin du travail, qui n'avait duré que cinq ou six heures, la femme Q... était extrêmement abattue et couverte de sueur. L'expulsion du placenta fut suivie d'un écoulement anormal de sang auquel mit fin une syncope.

Le surlendemain, 31 juillet, la fièvre revint; elle pouvait alors être confondue avec la fièvre de lait; mais les accès se renouvelant tous les deux jours, avec tendance à se rapprocher pour devenir quotidiens, et la lactation ne s'établissant pas convenablement, la jeune mère, qui s'était jusqu'alors refusée à tout traitement, consentit, surtout dans l'intérêt de sa petite fille, à prendre du sulfate de quinine. La fièvre ne reparut pas à partir du 7 août.

J'avais annoncé à la famille que la brièveté du frein de la langue chez l'enfant nécessitait une petite opération; mais les parents, pusillanimes, ne me rappelèrent que le 27 août. J'appris alors de la mère que sa fille était plus endormie, moins pleureuse que les autres enfants; que par moment sa respiration était accélérée; que sa peau offrait des alternatives de froid et de chaud, de pâleur et de rougeur, et qu'il en était ainsi depuis sa naissance.

En examinant l'enfant, je fus frappé de la coloration blanc-jaunâtre de la peau qui offrait cette teinte cachectique propre aux malades atteints de fièvres paludéennes. Je constatai de l'œdème aux pieds, au visage, aux paupières. Les parents prenaient tout cela pour de l'embonpoint, et ne s'étonnaient que d'une chose, c'était de voir l'enfant profiter si bien en tétant si mal!

Comme la succion était difficile, je pratiquai la section du filet, espérant qu'une alimentation plus facile et plus abondante ferait disparaître cet état cachectique.

Mais dès cette visite, trouvant la rate volumineuse, l'idée de fièvre paludéenne se présenta à mon esprit, et je m'appliquai à faire comprendre à la jeune femme les symptômes caractéristiques de l'accès de fièvre, afin de la mettre en état d'observer ce qui se passerait chez son enfant et de m'en rendre un compte exact.

Le 4 septembre, j'appris que, chaque nuit, la petite fille devenait à un certain moment fraîche et pâle, qu'elle était prise de baillements, qu'elle étirait ses membres; qu'un peu plus tard elle devenait rouge et brûlante, que sa respiration augmentait de fréquence, qu'elle tombait dans un état de somnolence pendant lequel on ne pouvait lui faire prendre le sein. Vers le matin, elle redevenait fraîche, plus éveillée et têtait alors volontiers. Son urine rougissait les couches.

Au moment de ma visite, j'observai que la rate débordait les côtes de 3 ou 4 centimètres; l'œdème avait gagné les jambes et les cuisses; les paupières étaient fortement tuméfiées. Tout indiquant l'existence de fièvres intermittentes déjà anciennes, je prescrivis :

Bi-sulfate de quinine... cinquante centigrammes.
Extrait de quinquina... un gramme.

dans une potion qui devait être prise en trois jours.

Deux jours après le début de ce traitement, l'œdème même avait disparu; la fièvre ne s'était pas remontrée, et la mère, malgré mon insistance, suspendit l'administration du médicament.

Le 1er octobre, la fièvre étant revenue depuis quelques jours avec le même cortége de symptômes que précédemment, j'ordonnai le même traitement qui produisit le même résultat aussi promptement que la première fois, mais qui fut encore suspendu prématurément par la mère obstinée.

Le 18 octobre, nouvelle rechute semblable à la précédente. A la potion, j'ajoutai une pommade au sulfate de quinine, qui fut appliquée dans les aines et sous les aisselles de l'enfant. Cette fois l'ordonnance fut exécutée fidèlement jusqu'au bout. La fièvre ne reparut pas, et tout rentra dans l'ordre. La petite fille, que je revis quelque temps après, était fraîche, rose, avait un embonpoint réel cette fois, et venait de faire ses premières dents sans nul accident.

RÉFLEXIONS. — Je considère l'enfant qui fait le sujet de cette observation comme ayant été atteinte *in utero* de fièvres intermittentes qui ont persisté après la naissance.

Les maladies paludéennes sont endémiques dans la commune de Corbeilles, voisine des marais de Sceaux. La nature paludéenne des accidents présentés par la petite malade et particulièrement de l'œdème, n'est pas contestable; le sulfate de quinine, par son action promptement décisive à trois reprises, joue ici l'office d'un critère qui ne laisse pas d'équivoque : *Naturam morborum ostendunt curationes...*

Voici maintenant les considérations qui, à mon sens, démontrent l'existence *in utero* de la fièvre chez cette petite fille.

La mère avait eu des accès dans les derniers mois de sa grossesse; elle était accouchée pendant un de ces accès. L'enfant, dès les premiers jours de sa naissance, présenta quelque chose d'insolite qui fut remarqué par toute la famille. Elle se trouvait dans un état cachectique déjà profond, annonçant l'impaludisme avant même que l'idée de cette intoxication me fût venue à l'esprit. Cette somnolence, cette respiration accélérée par instants, ces changements constatés du côté de la peau, indiquaient des retours fébriles plus ou moins irréguliers. Or, on sait que chez les enfants en bas âge il est très-difficile de reconnaître l'intermittence des accès, qui se présentent à des heures variables, sont souvent mal caractérisés, fort longs, plus ou moins subsistants, et laisseraient croire à l'existence d'une fièvre continue, sans une surveillance attentive.

Tout cela explique pourquoi la maladie, existant à la naissance, fut pendant quelque temps méconnue.

Je crois que, dès le jour de la naissance, l'œdème, qui fut constaté de bonne heure et pris par les parents pour un embonpoint précoce, existait déjà. Mais rien chez l'enfant ne motivant un examen qui me l'eût fait remarquer, il passa inaperçu.

Or, un œdème aussi étendu, constaté à une époque si rapprochée de la naissance, ne pouvait qu'être congénital; et il laissait deviner que la congestion splénique, cause de cette gêne dans la circulation abdominale, était ancienne déjà et remontait à la vie intra-utérine.

Il n'est pas d'ailleurs plus difficile de comprendre et d'admettre la transmission de l'impaludisme de la mère au fœtus que la transmission *in utero* de la variole maternelle. L'explication est la même dans les deux cas.

Le fait que je relate ici n'est pas un fait isolé. « On a vu, dit Grisolle (*Traité de pathologie*, t. I, p. 157, 9e édition), que, quand la fièvre intermittente affectait la femme enceinte, plusieurs des enfants avaient été atteints de fièvre intermittente, survenant aux mêmes heures que celle de la mère. » Ce qui signifie qu'ils étaient nés avec cette maladie.

Toutefois, le fait ne me paraît pas commun; car, depuis quatre ans que je pratique la médecine dans une localité où les maladies paludéennes sont endémiques, j'ai eu l'occasion de voir un certain nombre de femmes prises, dans leur grossesse, d'accès de fièvre persistant après l'accouchement, sans que les enfants aient hérité de l'affection maternelle.

En terminant, j'attire l'attention des praticiens sur l'œdème des pieds dans le diagnostic des fièvres intermittentes chez les enfants en très-bas âge. Ce signe, joint aux indications plus ou moins précises fournies par les parents, m'a souvent mis sur la voie d'un diagnostic que la thérapeutique a confirmé.

(1) Les saisons, qui sont des modalités périodiques des agents météorologiques, exercent une action incontestable sur les affections arthritiques. Le printemps et l'automne, saisons où, selon l'aphorisme d'Hippocrate, la goutte se montre le plus souvent, paraissent favoriser également le développement d'un grand nombre de dérivés arthritiques. Sans doute, comme la goutte elle-même, ces dérivés de l'arthritisme peuvent se manifester dans d'autres saisons; ils peuvent persister pendant un temps indéterminé, quand l'affaiblissement de l'organisme ou quelque coefficient constitutionnel empêchent la solution. C'est aussi dans les saisons variables que les rhumatismes articulaires sont observés en plus grand nombre. On comprend que les climats modifient cette influence des saisons.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 22 août 1871. — Présidence de M. WURTZ.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Un rapport sur le service médical des eaux minérales de Vichy (Allier), par M. le docteur Amable Dubois, pour l'année 1869. (Commission des eaux minérales.)

2° Un rapport final de M. le docteur Berhière de Nemours sur une épidémie de variole dans la commune de Cyreville. (Commission des épidémies.)

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle contient :

1° Un mémoire de Heyfelder, de Saint-Pétersbourg, sur les résections après fractures par coups de feu (commission : MM. Richet et Verneuil); 2° une lettre de M. Magnes Lahens, de Toulouse, accompagnant l'envoi de deux brochures sur le goudron pulvérulent et sur le coaltar. (Commission des remèdes nouveaux.)

M. JULES GUÉRIN présente, au nom de M. le docteur Decaisne : 1° une note manuscrite sur l'*oïdium aurantiacum* du pain; 2° une pétition pour la répression de l'ivrognerie.

M. TARDIEU présente : 1° de la part de M. le docteur Huette (de Montargis), une brochure intitulée : *Les eaux dans l'arrondissement de Montargis*; 2° de la part de M. le docteur Lunier, deux brochures, l'une sur l'*Isolement des aliénés*, l'autre en collaboration avec M. le docteur Rousselin, ayant pour titre : *Étude médico-légale sur l'état mental de M. du P....*

M. GUÉNEAU DE MUSSY présente : 1° une brochure de M. le docteur L. Brochard, intitulée : *Études synthétiques sur les maladies endémiques*; 2° une série d'articles de M. le docteur Brochin sur les maladies régnantes.

COMMUNICATION SUR LE CHOLÉRA

M. DELPECH lit la note suivante :

L'épidémie du choléra continue à décroître à Saint-Pétersbourg. En dix jours les décès ont diminué de moitié. Ils sont tombés de 13 par jour à 5,67 les 13, 14, 15 août.

Voici le tableau de cette épidémie pendant ces derniers temps :

Dates.	Cas nouveaux.	Décès.
7 août.......	27	13
8 —	24	12
10 —	25	10
12 —	16	10
13 —	12	5
14 —	18	6
15 —	13	7

Les femmes atteintes et décédées continuent à être moins nombreuses que les hommes, une contre deux.

Le choléra persiste avec intensité dans les gouvernements de Ambow et de Voronége, et dans le district de Porkhow, du gouvernement de Pskow.

Les médecins qui donnaient les secours aux cholériques avaient été frappés et avaient succombé en assez grand nombre.

Le choléra a été signalé dans un des districts voisins des frontières prussiennes. Ce renseignement n'est pas officiel.

M. JULES GUÉRIN. A ce propos du choléra, je ferai remarquer qu'à Paris même on a remarqué, ces temps derniers, beaucoup de cholérines, quelques cas de choléra sporadique, et qu'il y a eu

---

indiquées, toute cette législation aurait été insuffisante, lors même que la Révolution l'aurait laissée subsister.

La législation nouvelle a semblé complétement ignorer jusqu'à ce jour, non-seulement l'importance sociale de l'ivrognerie, mais le fait même de l'ivresse publique. La loi du 14 août 1789, en constituant les municipalités, décida (art. 50) que le maintien d'une bonne police est une des fonctions propres au pouvoir municipal. Bientôt après, le décret du 20 juillet 1791 fixa les règles de la police municipale. Les premières années de ce siècle virent s'élever l'imposant monument de nos codes. Le deuxième Empire a rédigé un *Code de justice militaire*. Tous les auteurs, souvent illustres, de nos lois, ont eu pour but de sauvegarder les grands intérêts de la société, de la morale et même de la santé publique : nulle part cependant on ne trouve un seul article concernant directement l'ivresse et l'ivrognerie. On sait déjà que cette disposition d'esprit, tendant à maintenir ce sujet hors du terrain de la législation, prévalait encore, il y a dix ans, dans la haute assemblée dont un membre pouvait dire, avec l'assentiment de la majorité :

« Il appartient au ministre de l'intérieur de préserver les populations de tout ce qui peut jeter du trouble parmi elles. Ainsi la loi de 1790 vaut bien mieux à cet égard que toutes les lois qu'on pourrait faire. Elle donne pouvoir à l'autorité administrative, sans autre limite que celle de la raison, pour supprimer les désordres et réglementer les lieux publics. Là où l'autorité administrative est vigilante, elle fait arrêter les désordres autant qu'elle peut. »

J'ai essayé, au contraire, par un coup d'œil sur le monde et sur l'histoire, d'établir que l'alcool agit partout comme un poison destructeur d'une puissance effrayante sur les populations qui lui sont livrées sans soutien dans leurs mœurs et sans aucun frein dans les lois; que le peu d'efficacité des lois anciennes a été dû à l'excès de leur rigueur, à l'opposition qu'elles rencontraient dans les mœurs et à la gravité moindre du mal contre lequel elles étaient dirigées; enfin que les mesures préventives et répressives ont produit un effet incontestable partout où elles ont été sagement combinées, appliquées avec ensemble et suite, et particulièrement là où l'esprit d'association et l'initiative individuelle leur ont apporté leur concours si puissant.

En France, sous l'empire de ce principe proclamé au Sénat que « l'ivrognerie ne peut pas être un délit en soi, qu'elle n'est qu'un abus de la liberté, qu'un état inconvenant et fâcheux où l'homme se rapproche de la brute; » lorsque le seul acte récent de l'autorité supérieure qui touche à ce sujet (le décret du 29 décembre 1851) a pour but évident la police politique des cafés et cabarets plus que la protection de la santé publique, l'efficacité des mesures répressives a encore été démontrée partout où les préfets et les municipalités ont cherché à les appliquer. Le Sénat a reconnu les bons effets des arrêtés pris par les préfets du Nord, du Finistère et du Doubs, par le maire de Versailles et par les règlements de police relatifs aux cabarets.

Cette approbation donnée par le Sénat, n'était-elle pas la condamnation la plus forte de la décision qu'il prenait lui-même? En admettant toute l'efficacité locale des mesures répressives, il ne pouvait repousser leur généralisation qu'en faisant de l'ivrognerie un mal local et d'un faible intérêt public. Pouvait-on refuser à la question de l'ivrognerie alcoolique ce caractère de grand intérêt public, général, que la loi avait attribué, en 1831, au travail des enfants dans les manufactures, qu'on a attribué depuis aux sévices contre les animaux? En France, il est vrai, l'ivrognerie a ses zones et ses centres préférés; mais est-il possible de suivre la marche des phénomènes sociaux qui inspirent à tant d'âmes élevées de si sombres pressentiments, sans être convaincu de l'intérêt public, général, croissant et devenu si pressant de cette question pour la France entière?

Les meilleures preuves de la grandeur du mal et du péril ont passé sous les yeux de l'Académie. Elle sait que la mortalité, résultant de l'action de cette boisson dont Fred. Hoffmann voulait changer le nom en l'appelant *eau de mort*, a atteint et dépassé, dans les hôpitaux de Paris, la proportion d'un vingtième.

D'autres faits, trop récents et trop présents à tous, n'ont que trop démontré cette influence funeste de l'alcool sur la résistance vitale et sur les blessures, qui a donné lieu, le 21 janvier dernier, au remarquable discours prononcé dans cette enceinte, sur les *rapports de l'alcoolisme avec le traumatisme*.

(*Sera continué.*)

dans une des dernières semaines 80 cas de mort par diarrhée. Ce sont là des renseignements dont il faut garder le souvenir, si le choléra doit, ainsi qu'on le craint, faire prochainement son entrée à Paris.

M. WURTZ. A la dernière séance du conseil supérieur d'hygiène, on nous a annoncé que le choléra était très-violent à Tawritz, dans le Caucase.

M. LATOUR. J'ajouterai que dans ce même conseil on nous donnait une indication plus inquiétante encore. Le consul de France en Hollande faisait connaître que le choléra sévissait avec une assez grande violence à quelques kilomètres de la ville d'Amsterdam elle-même, à Schidam, à Rotterdam, et il y avait ici un cas bien net.

Ainsi, ce n'est pas seulement du Caucase ou de la Russie que le choléra peut nous venir, mais de nos frontières elles-mêmes, de Hollande et de Belgique.

LECTURE

SUR UNE ALTÉRATION SPÉCIALE ET EXTRAORDINAIRE DU PAIN DE MUNITION.

M. POGGIALE. En 1843, une commission nommée par le ministre de la guerre observa, pour la première fois, sur le pain distribué aux troupes pendant les chaleurs de l'été, une végétation cryptogamique à laquelle MM. Leveillé de Mirbel et Payen donnèrent le nom d'*oïdium aurontiacum*. Ce champignon a été signalé de nouveau dans les premiers jours du mois d'août, et je mets quelques échantillons de pain altéré par lui sous les yeux de l'Académie.

Le pain est recouvert d'une substance qui, d'abord d'un blanc jaunâtre, devient peu à peu d'un rouge orangé et répand une odeur nauséabonde. Cette substance forme des agglomérations considérables et remplit successivement les cavités du pain.

Au microscope, on y remarque des filets tubuleux d'un blanc grisâtre, portant à leur extrémité des sporules d'un jaune orangé.

Les sporules se développent avec une rapidité prodigieuse sous l'influence de la chaleur et de l'humidité; elles envahissent surtout les points recouverts de remoulage. Elles n'acquièrent leur teinte que lorsqu'on les expose à la lumière.

Les rameaux de cette moisissure, examinée au microscope, sont à bords très-nets, très-droits, d'un diamètre uniforme, renfermant des corps ovoïdes, cloisonnés, mais à cloisons d'autant plus rapprochées que la plante se développe. Les sporules sont formées de grandes cellules ou plutôt de tubes courts disposés en chapelets; blanches d'abord, elles rougissent ensuite, elles se séparent des filets spontanément.

A côté de ce champignon, qui est l'*oïdium aurontiacum* de Leveillé, on observe d'autres moisissures, telles que le *penicilium glaucum* et l'*ascophora mondée*.

Dans une expérience faite au Val-de-Grâce par M. Coulier, il a été remarqué que pendant la germination rapide des champignons, la température du pain s'est élevée de 15 degrés et est restée ensuite de 10 degrés au-dessus du milieu ambiant.

On doit admettre, avec Payen, que ces sporules ne sont pas le produit d'une germination spontanée. Adhérentes comme d'autres moisissures à la partie corticale du blé, elles se développent sous l'influence de la chaleur humide, et leur apparition, dans le pain de munition, doit tenir surtout à ce que la farine n'en est pas blutée.

On ne sait pas encore si ces moisissures exercent une influence fâcheuse sur la santé des hommes. Leur odeur fétide empêche généralement d'en faire usage, et d'ailleurs les vétérinaires ont démontré les effets funestes des champignons sur les animaux.

Je terminerai cette note en formulant les conclusions suivantes:

1° La température élevée des derniers jours du mois de juillet et des premiers jours du mois d'août a provoqué le développement de l'*oïdium aurontiacum*;

2° Pour prévenir une altération aussi grave, il importe de n'employer que de bonnes farines, de bluter celles qui sont suspectes, d'abaisser à 30 ou 32 pour cent la quantité d'eau du pain et de le cuire convenablement;

3° Laisser refroidir le pain dans un lieu sec, frais et aéré;

4° Le distribuer quelques heures après la cuisson;

5° Supprimer l'emploi du remoulage dans la fabrication du pain;

6° Les blés achetés dans le commerce devront être de bonne qualité, conservés avec soin et nettoyés énergiquement avant la mouture.

M. LARREY. Je voudrais dire à l'Académie un simple mot à ce sujet. Hier, l'Académie des sciences a eu, elle aussi, à s'occuper de l'*oïdium aurontiacum* et, sur la proposition de M. Dumas, elle a nommé une commission qui doit, d'ici à quelque temps, lui faire un rapport sur cette question. Je pense donc qu'il pourrait être bon de communiquer à l'Académie des sciences l'excellent rapport que vient de nous lire M. Poggiale.

M. BOUILLAND. J'appuie vivement la proposition que vient de faire notre confrère, et je demande que le rapport de M. Poggiale soit remis à l'Académie des sciences par l'intermédiaire de M. Larrey.

M. POGGIALE. Je suis très-flatté de l'accueil gracieux qu'on veut bien faire à mon rapport ainsi que de la communication qu'on veut en faire à l'Institut. Mais je désirerais bien savoir si c'est sur la demande du ministre que l'Académie des sciences a été saisie de cette question.

M. WURTZ. Non. C'est M. Decaisne qui avait chargé un membre de l'Académie de communiquer à l'Institut une note dont il était l'auteur, comme il avait chargé M. Jules Guérin de le faire pour notre Académie. On a alors nommé une commission, comme c'est l'usage, pour examiner ce travail.

M. JULES GUÉRIN. J'ajouterai que M. Decaisne satisfait au côté clinique de la question dont M. Poggiale n'a pas parlé. Il donne dans son travail l'observation d'un malade qui a eu tous les accidents d'un empoisonnement grave pour avoir mangé d'un pain qu'infectait l'*oïdium aurontiacum*.

M. GAULTIER DE CANBRY. Je ferai remarquer à l'Académie qu'il y a longtemps que je me suis occupé de l'*oïdium aurontiacum*. Le ministre m'avait même chargé, en 1841, de lui faire un rapport à ce sujet, et dans la prochaine séance, je ferai connaître à l'Académie quelques renseignements utiles tirés de ce rapport.

M. BÉHIER. La question que vient de rappeler M. Guérin doit surtout intéresser vivement notre Académie. Je demande que le travail de M. Decaisne soit renvoyé à M. Poggiale.

M. LE PRÉSIDENT. Ce travail sera renvoyé à une commission composée de MM. Poggiale, Béhier, Vulpian, Larrey, Gaultier de Lanbry.

M. POGGIALE. J'ignorais que M. Gaultier de Ganbry se fût occupé de l'*oïdium aurontiacum*. Je ne connaissais que les études de Mirbel, Leveillé et Payen.

Discussion sur la fièvre traumatique et l'infection purulente.

M. CHAUFFARD. Je ne prolongerai pas longtemps des débats qui, sans être épuisés, pourraient peut-être lasser l'Académie, que d'autres questions et d'autres travaux sollicitent. La parole de M. Gosselin a une si haute autorité que si je gardais absolument le silence, j'aurais l'air de déserter une cause que je crois toujours celle de la vérité. Qu'il me soit donc permis de tenter une brève défense; je le ferai avec le sentiment de déférence que je professe bien haut pour les travaux si nombreux et si utiles de mon contradicteur actuel, pour la personne à laquelle j'ai voué le plus sincère et le plus respectueux attachement.

M. Gosselin a adressé à ceux d'entre nous qui ont pris part à cette discussion un reproche commun, celui de n'avoir pas fait intervenir dans les débats l'étude de l'ostéo-myélite suppurante aiguë. Il semblerait que la pathogénie de la fièvre traumatique et de l'infection purulente soit intimement liée à l'étude de l'ostéo-myélite aiguë, et que l'on ne puisse les séparer sans manquer à l'observation clinique, à la logique des faits.

Quoiqu'il en fût ainsi, une condition serait indispensable : à savoir que la fièvre traumatique et que l'infection purulente ne s'observassent jamais que dans les cas où la plaie intéresse les os. Or, quelque importance que M. Gosselin prétende donner à l'ostéo-myélite suppurée, il ne peut cependant méconnaître que la fièvre traumatique et l'infection purulente ne lui sont pas exclusivement attachées; elles existent sans elle, chez les animaux comme chez l'homme. Cela suffit à justifier ceux qui vont chercher dans les conditions générales de toute plaie, et non dans les seules conditions des plaies des os, la raison d'être des fièvres bénignes ou graves que le traumatisme soulève.

Mais enfin y a-t-il, d'un côté une telle fréquence, et de l'autre une telle rareté, qu'il en résulte un de ces faits saillants qu'il faut absolument interroger, et peut on accepter comme tout à fait exact le tableau que M. Gosselin retrace en ces termes : « Vous voyez maintenant, nous dit-il, en quoi diffèrent les plaies n'intéressant que les parties molles : elles ont aussi des putridités dans leur première période; mais, la source osseuse manquant, ces putridités sont moins abondantes, et probablement moins délétères. En même temps, la fièvre traumatique manque, ou, si elle vient, elle est légère et essentiellement bénigne. Les putridités consécutives manquent tout à fait et avec elles l'infection purulente. On n'observe les unes et les autres qu'exceptionnellement, dans les cas où une grosse veine, se trouvant au voisinage de la plaie, est devenue le siége d'une phlébite putride; ou bien dans ceux où la cavité était profonde, comme dans les suppurations articulaires, le pus séjourne et croupit d'autant plus facilement. »

Vraiment, dans les plaies des parties molles, voit-on toujours absence ou bénignité pareille de la fièvre traumatique? Dans ces plaies, l'infection purulente manque-t-elle tout à fait, ou ne peut-elle survenir que dans les cas exceptionnels où une grosse veine voisine contracte une inflammation putride, et dans ceux où la plaie intéresse les articulations? S'il n'y a pas de grosse veine pour l'enflammer, ou de cavité articulaire pour retenir un pus croupissant, ne saurait-il y avoir de pyohémie fâcheuse? De telles assertions bouleversent tout ce que j'ai jusqu'ici vu et cru. Non, et qui ne le sait? la fièvre traumatique et l'infection purulente peuvent atteindre tous les blessés, ceux dont la plaie est large et profonde, ou superficielle et peu étendue. Ici, la fièvre traumatique respectera un amputé de la cuisse, malgré la lésion de l'os long le plus considérable du squelette; et là, l'infection purulente frappera un homme vigoureux dont la plaie simple aura à peine dépassé l'épaisseur du derme. Ce sont des faits d'observation vulgaire que M. Gosselin connaît mieux que moi, et qu'il ne semble oublier dans les paroles que j'ai citées que pour donner plus de relief, sans doute, aux lésions suppurantes des os que nous avons négligées. Eh bien! nous pouvions et nous devions négliger ces dernières lésions dans l'étude générale de la fièvre traumatique et de l'infection purulente. Ces manifestations morbides ne sont pas un accident propre aux plaies osseuses. Pour ma part, j'aurais cru compliquer un sujet si complexe, et étendre démesurément un sujet déjà si étendu, si j'eusse fait intervenir sans raison majeure la suppuration aiguë des os longs.

Mais, aux yeux de mon savant collègue, cette raison majeure existe : Les partisans des théories septicémiques doivent, en effet, trouver dans cette ostéo-myélite « les plus puissants arguments »; pour moi, M. Josselin m'en prévient amicalements, « je ne ferai qu'obscurcir davantage mon exposé déjà un peu nébuleux, si je veux essayer de faire concorder mes idées avec la suppuration aiguë des grands os de notre économie. »

Les arguments si puissants qui déposent en faveur de la septicémie sont : l'abondance et les mauvaises qualités des poisons médullaires, l'absorption qui les fait passer dans le torrent circulatoire. Ces arguments sont bien voisins de ceux que M. Verneuil invoque pour toutes les plaies, qu'elles intéressent ou non le squelette; il n'y a de nouveau que la qualité plus particulièrement délétère du poison médullaire, signalé comme un poison presque spécial. Ce poison plus délétère, M. Gosselin avoue qu'il ne peut pas plus le montrer que le poison moins délétère qui provient des parties molles lésées. Quant à l'absorption de ce prétendu poison, elle n'est guère plus prouvée que le poison lui-même. Pour moi, le pouvoir absorbant des plaies ne prouve nullement que les plaies absorbent les liquides qu'elles sécrètent, ou du moins qu'elles absorbent ces liquides tels quels, et que ceux-ci entrent dans la circulation dans le même état que celui où ils sont à l'état libre et à la surface de la plaie.

Ces arguments, malgré leur puissance annoncée, se résument donc en une double hypothèse. Cela n'infirmerait pas leur valeur, si les hypothèses émises se trouvaient en harmonie avec tous les faits cliniques, si surtout elles ne trouvaient pas dans ces faits d'irrésistibles contradictions. Mais cet examen, cette mise en regard des hypothèses septicémiques et de l'observation clinique, nous les avons déjà institués dans nos deux précédents discours : nous avons vu à quel point les hypothèses et les faits se heurtaient. Cette lutte où l'hypothèse nous a paru vaincue, on peut la recommencer, point par point, contre l'ostéo-myélite suppurante aiguë; il n'est pas une des raisons que nous avons alléguées contre l'origine septicémique de la fièvre traumatique et de l'infection purulente en général, que l'on ne soit en droit d'invoquer à nouveau contre l'origine septicémique de la fièvre traumatique et de l'infection purulente particulièrement liées à la suppuration aiguë des os. Or, cette partie de notre argumentation, M. Gosselin ne l'a pas même effleurée; nous n'avons pas à la défendre; elle n'a pas été attaquée. Jusqu'à nouvel ordre il nous est permis de la tenir pour valable, et nous la croyons telle.

Est-ce à dire que l'ostéo-myélite suppurée n'exerce aucune influence notable sur les accidents traumatiques? Il est loin de ma pensée de le soutenir. Elle donne à la fièvre traumatique un caractère insolite de gravité, ou plus souvent elle est déterminée par la gravité même du mal. Elle prédispose, elle entraîne à l'infection purulente. M. Gosselin est un observateur trop fidèle et trop sagace pour qu'il y ait à contester ce qu'il a vu. Sur ce point, il ne rencontrera pas de contradicteur. Mais n'y a-t-il que l'hypothèse septicémique pour expliquer ces faits d'observation? Ne peut-on imaginer d'autres rapports, des rapports plus simples et plus naturels entre l'ostéo-myélite et les accidents généraux graves qui surgissent à sa suite? J'admire à quel point les partisans de la septicémie ont la facilité d'oublier toutes les autres circonstances du traumatisme, pour ne voir, des yeux de la foi, que le poison qu'ils accusent et que son entrée en nature dans les voies circulatoires. Et quoi! cette ostéo-myélite qui vient compliquer un traumatisme déjà profond et profondément perturbateur, n'est-elle rien par elle-même, en dehors du poison délétère qu'elle va, dit-on, fournir? N'est-elle pas, à elle seule, et tout poison futur à part, n'est-elle pas une aggravation redoutable d'un mal déjà grave? Qu'est-il besoin d'autre chose que sa propre présence pour expliquer la tournure funeste que va prendre l'évolution du traumatisme? Cela n'y suffit-il pas? Et l'histoire tout entière de la pathologie ne dépose-t-elle pas dans le sens de cette interprétation peu savante, peut-être, et peu neuve, mais qui me semble droite et juste? Quoi d'étonnant que ces troubles et les lésions à longue portée, survenant du côté de la plaie, centre rayonnant du mal, impressionnent, déroutent l'économie tout entière, et impriment un caractère malin au travail pathologique qu'elle a conçu?

Une telle explication fait-elle aux vues de l'esprit et à l'hypothèse une plus large part que celle qu'il faut leur faire en se rattachant à l'idée d'un poison médullaire pénétrant dans le sang? M. Gosselin l'affirme. Cependant cette explication repose sur des vérités d'une évidence banale, et il faut bien moins d'efforts pour y atteindre que pour imaginer tout un empoisonnement spécial. Il en est si bien ainsi que M. Gosselin a prévu l'interprétation qu'il condamne. Elle se présentait en effet d'elle-même, quoiqu'elle tînt à cet ensemble nébuleux que je n'ai pu, malgré mon désir, rendre suffisamment clair. Il l'a prévue et s'efforce à l'avance de la repousser. « Il voudrait savoir, nous dit-il, comment cette harmonie sympathique et ce *consensus* aboutissent à une si dangereuse perturbation, lorsque les os aboutissent au travail suppuratif. Qu'on ne me dise pas, ajoute-t-il aussitôt, que la vie est plus profondément atteinte dans le cas où les os ont éprouvé une solution de continuité; car je renverrais à nos fractures sans plaie, qui, si comminutives qu'elles soient, si violente qu'ait été l'action traumatique, ne sont suivies le plus souvent d'aucune fièvre, et se consolident sans dérangement notable de la santé. »

Les discussions ont leurs surprises; je ne puis dissimuler celle que j'éprouve devant une pareille fin de non-recevoir. Pour qu'il fût permis de s'y rendre, il faudrait que les situations mises en présence fussent comparables, au moins dans leurs traits essentiels. En quoi le travail qui s'opère dans une fracture sans plaie peut-il se comparer au travail des fractures avec plaie extérieure? L'un reste un travail d'exsudation plastique, que l'inflammation ne vient jamais dénaturer, de bourgeonnement presque sain et physiologique des extrémités fracturées, sans tendance à la purulence, à l'ostéo-myélite, suppurante ou non; c'est une œuvre de réparation accomplie comme par une surexcitation salutaire de la nutrition normale; et l'on prétendrait soumettre cette sorte de reconstitution organique aux mêmes lois, aux mêmes conditions de réaction générale que la plaie avec fracture, où l'œuvre de réparation va être si laborieuse, si lente, si facile à altérer, où tout est pathologique et anormal, où tous les rapports vivants doivent se transformer pour aboutir à la suppuration des parties molles et des os! Non, les plaies ouvertes des os longs soulèvent dans l'économie un consensus morbide sans analogie avec celui que provoquent les fractures fermées; il y a d'un côté un travail pyogénique profond qui manque absolument de l'autre. Et il en est ainsi même dans les cas réguliers, dans ceux où nulle complication ne survient, où les os qui suppurent ne participent que dans la mesure voulue à un travail qui demeure médicateur. Mais combien la différence s'accroît et arrive à des extrémités d'éloignement lorsque les os, fêlés, confondus, ou s'enflammant sous des conditions plus ou moins appréciables, sont atteints d'ostéo-myélite suppurante aiguë, diffuse ou limitée! Alors, véritablement, l'art est bien près d'être vaincu, la vie d'être entraînée à la purulence, la pyogénie de se convertir en pyohémie maligne; et c'est un tel état que l'on veut mettre en regard de la fracture sans plaie! Où trouver, en pathologie, des cas moins comparables?

Ne vois-je, ici, la nature qu'à travers les nuages? Cela est possible; mais j'aurais voulu, pour m'éclairer, autre chose qu'une accusation générale, toujours facile à émettre. J'aurais désiré que mon éminent collègue eût montré où et comment je suis obscur, et qu'au lieu et place de ces obscurités, il eût apporté les lumières de la raison et de la démonstration. C'est, à mon sens, la seule manière de procéder en science; il convient peu de porter des condamnations sur parole et en bloc; on doit les préciser. Dans ma

ongue discussion sur la septicémie, je n'ai jamais avancé une critique sans la justifier par des preuves; je n'ai pas accusé gratuitement; je ne m'en reconnais pas l'autorité. J'ai recherché l'autorité des faits, de l'observation, de la clinique; avec cette autorité, j'ai avancé. La voie que je m'étais tracée était modeste, mais sûre.

Je ne puis suivre M. Gosselin dans tous les détails du tableau composé par lui en clinicien consommé, et qui vous a montré l'ostéomyélite suppurante dans toutes ses phases. Il insiste surtout « sur une sorte de mort locale et partielle qui est comme un effet ultime de l'action traumatique, et par suite de laquelle un contact intime se trouve établi pendant un certain temps entre les produits de la mort et les produits de la plaie qui restent vivants. C'est une mort partielle que la formation d'eschares aux dépens de tous les tissus de la plaie; c'est une mort partielle que cette décomposition putride du sang sorti de ses vaisseaux et séjournant sur la plaie », et de même pour l'altération putride de la graisse médullaire. M. Gosselin ajoute que je ne puis mettre sous vos yeux les deux ennemis qu'il place en présence. « Ces deux ennemis, dit-il, je vous les indique bien plus clairement : ce sont, d'un côté, le travail de destruction; de l'autre, le travail de réparation. Dans toutes les solutions de continuité suppurantes, ils se trouvent en présence. »

Je l'avoue, messieurs, je comprends mal cette lutte, et je ne sais où saisir ces deux ennemis qui se dressent l'un contre l'autre. Je ne trouve d'ennemi véritable que celui qui frappe, que l'agent qui blesse. La blessure faite, je ne vois des deux côtés, du côté de la plaie comme du côté de l'organisme, que des efforts harmoniques et convergents. Elimination des eschares, du sang putréfié, établissement progressif de la suppuration, tout cela appartient à l'œuvre réparatrice. La nature vivante ne continue pas l'œuvre de l'agent destructeur; elle ne se met pas en révolte contre elle-même. Que son œuvre soit difficile, qu'elle puisse être troublée par les circonstances extérieures, ou qu'elle chancelle et avorte par les mauvaises dispositions du sujet, je n'y contredis pas; mais cela n'établit pas deux forces hostiles en présence. Celui qui déblaye son terrain et relève sa maison ruinée, ne lutte pas par cela même contre un ennemi; il a des obstacles à surmonter, une somme de forces à dépenser; voilà tout. Je ne puis comprendre autrement le traumatisme et l'œuvre vivante qui le suit. Il serait certainement préférable pour un organisme blessé que la guérison se pût opérer sans tout cet appareil local si délicat, et sans cette participation générale de l'être qui se montre si instable, si aisé à émouvoir. Mais nous ne sommes pas les maîtres; la nature a ses procédés immuables dont nous devons étudier et surveiller l'exécution; nous ne pouvons les changer quant au fond, pas plus que nous ne pouvons nous donner une autre vie et d'autres organes. Nous sommes comme nous sommes, comme le veut notre place dans l'immense échelle des êtres. Nous en occupons le sommet; et à cette élévation, nos facultés, notre puissance, mais aussi nos misères et nos faiblesses, s'accroissent en proportion. Les unes nous font payer les autres; nous perdons en résistance et en solidité ce que notre constitution organique nous fait gagner en sensations, en perceptions, en passions, en intelligence.

(*Sera continué.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté du chef du pouvoir exécutif, en date du 19 août 1871, rendu sur le rapport du ministre de la guerre, ont été promus ou nommés dans l'ordre national de la Légion d'honneur les médecins dont les noms suivent, en récompense de leur belle conduite pendant le siége et le bombardement de Strasbourg en 1870, savoir :

Au grade de chevalier : MM. Aronssohn (Paul), docteur en médecine, agrégé à la Faculté de médecine de Strasbourg; Bœkel, docteur en médecine, agrégé à la Faculté de médecine de Strasbourg; Grouille (Jean-Louis), médecin sous-aide à titre provisoire.

— M. le docteur Léon Labbé, agrégé à la Faculté, suppléant M. le professeur Richet, commencera les leçons de clinique chirurgicale, dans l'amphithéâtre de l'hôpital des cliniques, mardi 29 août 1871, et les continuera les jeudi et samedi suivants. Les leçons auront lieu à 9 h. 1/2. Tous les jours, visite et examen des malades à 8 h. 1/2.

— Le Bulletin hebdomadaire des causes de décès pour Paris, du 12 au 18 août 1871, donne les chiffres suivants :

Variole, 6. — Scarlatine, 3. — Rougeole, 4. — Fièvre typhoïde, 36. Typhus, ». — Érysipèle, 1. — Bronchite, 39. — Pneumonie, 21. — Diarrhée, 55. — Dysenterie, 30. — Cholérine, 31. — Choléra, 1. — Angine couenneuse, 5. — Croup, 8. — Affections puerpérales, 4. — Autres causes, 584. — Total : 828.

Celui de Londres donne les chiffres suivants, du 6 au 12 août 1871 :

Variole, 96. — Scarlatine, 30. — Rougeole, 28. — Fièvre typhoïde, 13. — Typhus, 6. — Érysipèle, 9. — Bronchite, 51. — Pneumonie, 34. — Diarrhée, 299. — Dysenterie, 3. — Cholérine, ». — Choléra, 15. — Angine couenneuse, 5. — Croup, 5. — Affections puerpérales, 9. — Autres causes, 965. — Total : 1,568.

— *Maison de santé* à vendre par suite de décès. Écrire à Me Collin, notaire à Nancy.

— Belle clientèle à céder à cinq minutes de Paris. — S'adresser au bureau du journal.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

Le journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qu'n en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois. . . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 24 août 1871.

HOTEL-DIEU. — M. NOEL GUÉNEAU DE MUSSY.

Sur la pathogénie et le traitement du rhumatisme articulaire (1).

Quand la goutte est confirmée, le rhumatisme devient plus rare; d'abord parce que les goutteux s'observent et s'exposent moins facilement aux causes du rhumatisme; peut-être aussi parce que, quand l'organisme est en puissance d'un état morbide actif, quand en outre il a contracté l'habitude de certains processus, il est moins disposé à en subir d'autres; et chez les goutteux les incitations anomales aboutissent facilement à la goutte.

Quelquefois cependant les goutteux ont des attaques de rhumatisme, mais il est modifié par la diathèse goutteuse; l'analyse clinique permet alors de distinguer les deux maladies. L'attaque est survenue à la suite d'un refroidissement; avant de se généraliser et de prendre les allures vagabondes et la mobilité du rhumatisme, elle débute souvent par les petites articulations; le gonflement est énorme, les douleurs violentes avec exacerbations nocturnes très-accentuées, comme dans la goutte; et avec des localisations aussi accusées la fièvre peut être très-modérée, presque nulle, ou ne se montrer que pendant la nuit.

Sans doute il n'est pas toujours facile de séparer, au milieu de ces formes bâtardes, les différents éléments qui les composent, d'affirmer dans tous les cas l'origine et la constitution de ces mixtes pathologiques; mais l'habitude clinique permettra dans beaucoup de cas d'arriver à cette détermination. Les antécédents héréditaires, les manifestations antérieures de la diathèse arthritique, la périodicité nocturne des accidents, peuvent faire soupçonner l'intervention d'un élément goutteux. L'extension rapide et la dissémination des congestions articulaires, leur mobilité, donnent la note du rhumatisme. L'arthrite goutteuse est plus fixe que l'arthrite rhumatismale; et le docteur Garrod, en nous montrant chaque attaque liée à un dépôt d'urates dans les cartilages diarthrodiaux, nous donne une explication de cette fixité.

Le rhumatisme, dans les circonstances où nous nous plaçons, est l'affection dominante; la diathèse goutteuse ne s'exprime que par des modalités de forme qu'un œil exercé ne méconnaît pas.

Il me semble qu'on arrive ainsi à comprendre d'une manière satisfaisante les rapports pathogéniques de la goutte et du rhumatisme. Je ne crois pas me faire illusion, mais dans les cas où le rhumatisme prend les allures d'une diathèse, où il semble se transmettre par hérédité, véritable pierre de touche des maladies spécifiques, où il paraît une modalité de la constitution, un examen attentif montre que ce rhumatisme n'est, en réalité, comme disaient les anciens, qu'une épigénèse, c'est-à-dire une affection accidentelle greffée sur la racine goutteuse. L'hérédité de celle-ci peut transmettre la prédisposition à subir les atteintes du rhumatisme. Cette prédisposition peut même augmenter par l'habitude, et atteindre ce degré qui en fait presque une modalité constitutionnelle; elle pourra se reproduire dans la race, toujours attachée à la racine goutteuse; elle pourra en dominer en apparence les manifestations plus directes; mais, presque toujours, les commémoratifs de la race, des phénomènes arthritiques, comme la migraine, l'asthme, des névralgies, de la gravelle hépatique ou rénale, de la dyspepsie hypocondriaque, l'abondance des sédiments uratés dans les urines, mettront l'étiquette sur cet état constitutionnel, dont le rhumatisme semble être l'expression principale, et feront rapporter à leur véritable origine des phénomènes morbides qu'on attribuait à celui-ci et qui en réalité dépendaient de la goutte.

Les récidives du rhumatisme trouvent alors une explication facile dans ce substratum goutteux, qui rend plus sensible aux causes du rhumatisme, et dans cette loi de physiologie morbide, qui suffit quelquefois pour en rendre compte, en vertu de laquelle, comme nous le disions plus haut, l'organisme est plus disposé à subir certaines actions pathogéniques, par cela même qu'il les a déjà subies (1).

Ainsi, pour résumer cette discussion: le rhumatisme peut se développer sous l'influence des modificateurs cosmiques, chez des sujets qui n'y apportent aucune prédisposition héréditaire; dans ce cas, au moins, il est donc une maladie accidentelle.

Comme plusieurs autres maladies à mode congestif, il tend à se reproduire chez ceux qui en ont été une première fois atteints.

Les goutteux, très-sensibles aux vicissitudes atmosphériques, sont prédisposés au rhumatisme.

Cette prédisposition ou cette sensibilité aux impressions atmosphériques peut être plus ou moins développée; elle augmente en général quand elle a été mise en jeu par des attaques antérieures de rhumatisme.

Cette exagération peut se transmettre par hérédité comme les autres modalités goutteuses, et constituer une impressionnabilité, plus grande dans certaines races, aux causes extérieures qui déterminent l'évolution du rhumatisme.

La goutte ne prédispose pas seulement au rhumatisme, elle peut, en s'y mêlant, en modifier l'expression, principalement chez les sujets qui ont eu antérieurement des arthrites goutteuses ou qui sont héréditairement prédisposés aux manifestations articulaires de la goutte.

Cette connexion pathogénique de la goutte et du rhumatisme fait que chez des goutteux rhumatisants on rattache souvent au rhumatisme des manifestations goutteuses telles que des myalgies, des névralgies, etc., parce qu'elles sont, dans certains cas, imputables à l'impression du froid et des autres agents cosmiques. Ceux-ci, le plus souvent, ne jouent que le rôle de cause occasionnelle ou même n'ont aucune part appréciable dans le développement de ces phénomènes, qui relèvent très-souvent de la diathèse goutteuse.

(1) Fin. — Voir les numéros des 15 et 17 juin 1871.

(1) La doctrine que je propose ici semble avoir été entrevue par Aretée et par Pierre Petit, son commentateur. Tantôt, dit Aretée, la douleur est passagère, si elle naît d'une cause dont l'impression ne dure pas longtemps; tantôt, préparées par des modifications latentes et profondes, la maladie et la douleur se développent sous l'influence de la plus légère occasion. (L. II, cap. XII.)

Voici le commentaire de P. Petit: « Auctor ille duas arthritidis differentias facit juxta diversum generationis modum: propterea quod alia, repente, à causis recentibus et temporariis constat; alia occulte et progressu temporis obrepit donec cujusve exiguæ causæ impulsu excitetur, atque in apertum erumpat. »

L'OIDIUM AURANTIACUM DU PAIN.

(Observation recueillie par le docteur E. DECAISNE.)

Le colonel d'un des régiments de l'armée de Paris me montrait avec stupeur, le 11 de ce mois, un morceau de pain parsemé de taches orangé qu'on venait de déposer sur la table de la salle du rapport, à l'École-Militaire.

Je reconnus à l'instant *l'oïdium aurantiacum* du pain, que j'avais rencontré dans les circonstances suivantes, en 1862.

Au mois de septembre 1862, voyageant de Florence à Rome, je m'arrêtai dans un bourg nommé Radicofani bien connu des voyageurs. Dans l'auberge où je descendis, on me présenta du pain dont les taches rouges m'étonnèrent au premier abord, mais que je reconnus bientôt pour des mucédinées. Je refusai de manger de ce pain et le maître de l'auberge me dit que c'était par erreur qu'on me l'avait servi et qu'il n'y en avait plus dans la maison. Il me raconta alors que c'était la seconde fois que la chose se présentait chez lui depuis dix ans et chaque fois sur du pain cuit par les grandes chaleurs. La première fois, les gens de la maison en avaient mangé pendant 2 ou 3 jours sans en être incommodés. Il n'en avait pas été de même cette fois, car un de ses domestiques était malade en ce moment.

En ma qualité de médecin, je demandai à voir le malade, et voici ce que j'observai :

Le malade avait le vertige depuis deux ou trois heures avec des envies de vomir, la face était remarquablement vultueuse, le cou était gonflé, le regard inquiet, le pouls faible, accéléré, à 85 environ, si je me rappelle bien; la soif était vive. J'administrai immédiatement *dix* centigrammes de tartre stibié, qui provoquèrent des vomissements très-abondants.

Les étourdissements cessèrent immédiatement, le pouls devint moins fréquent, et le malade s'écria qu'il était sauvé.

Je prescrivis de la tisane de graine de lin et un cataplasme sur le ventre.

Le malade dormit 5 heures, et à son réveil tous les accidents avaient disparu, sauf une légère faiblesse dans les jambes.

Pendant le séjour que je fis à Rome à cette époque, j'eus l'occasion de voir à Albano et à Tivoli quelques échantillons d'*oïdium aurantiacum*, mais je n'ai pas appris qu'ils aient causé aucun accident dans ces localités.

ACTION DE L'ACIDE ARSÉNIEUX.

Par M. VERGELY.

(Observation lue à la Société de médecine de Bordeaux, dans la séance du 5 juin 1871.)

Je soigne une dame atteinte de gastralgie. Depuis longtemps elle a subi tout espèce de traitement. Je l'ai mise à l'usage de

FEUILLETON

L'IVRESSE PUBLIQUE, L'IVROGNERIE ET L'ALCOOLISME

AU POINT DE VUE DE LA RÉPRESSION LÉGALE (1).

Par M. le docteur THÉOPHILE ROUSSEL.

Quant aux influences plus funestes encore de l'alcool sur les facultés de l'ordre moral et à l'impulsion fatale qu'il communique aux instincts criminels, que pourrait-on ajouter aux arguments fournis par la statistique médicale ? On connaît les chiffres progressifs de la consommation de l'alcool en France; or il résulte des observations produites ici par M. Jolly que, dans les pays industriels où cette consommation ne descend plus au-dessous de la moyenne annuelle de 22 litres par personne, « les chiffres de cette consommation concordent avec ceux des condamnations judiciaires, de la mendicité, du vagabondage, des homicides, des suicides et de l'aliénation mentale. »

Un seul des faits cités par M. Jolly, fait terrible pour Paris, montre à lui seul les conséquences de cette progression. Le chiffre des alcoolisés entrés à Bicêtre, en 1856, était de 99; en 1860, il a été de 207; en 1854, de près de 300.

On a exagéré, sans doute, la progression du nombre des aliénés en France, et M. Lunier a démontré, l'année dernière, par de bons arguments, que les résultats statistiques, d'après lesquels ce nombre aurait presque quintuplé de 1835 à 1869, ont plus d'apparence que de réalité. Il ne faut pas moins avouer que, parmi les révélations humiliantes que nous réservait l'année 1870, il s'en trouve une qui place la France à la tête des nations civilisées, sous le rapport du nombre des aliénés en 1869. Tandis que l'Angleterre et le pays de Galles ne comptent encore que 1 aliéné sur 432 habitants; l'Ecosse 1 sur 439; la Suède 1 sur 512; les Etats-Unis 1 sur 700; la Belgique 1 sur 714; la France a le privilége de compter 1 aliéné sur 410 habitants.

Une autre progression qui n'est l'objet d'aucun doute, et que M. Lunier trouve fort inquiétante, c'est celle du nombre des aliénations de cause alcoolique. Esquirol, qui avait déjà noté ce fait, avait fixé avec Archambault la proportion de ces aliénations à 8 p. 100; bientôt, MM. Morel, Parchappe et d'autres aliénistes, l'ont élevé à 20 p. 100, puis à 28 et jusqu'à 29 p. 100.

Les révélations de la statistique, sur la part de l'alcoolisme dans la progression du nombre des suicides, ne sont pas moins tristes. M. Decaisne établissait devant l'Académie des sciences, le 5 juin dernier, que le chiffre des suicides, qui n'est à Londres que de 1 sur 175 décès; à New-York, de 1 sur 172; à Vienne, de 1 sur 160, est arrivé à Paris à la proportion de 1 sur 72 décès. Il établissait aussi que le chiffre des suicides par ivrognerie qui, en 1848, était de 141 pour la France entière, est arrivé à 401, en 1866.

Quel argument faudrait-il chercher encore pour démontrer que l'ivrognerie alcoolique dépasse aujourd'hui la compétence de la police et des pouvoirs locaux, et que la répression de ce fléau ne peut être tentée que par un vigoureux effort des mœurs, provoqué et soutenu au moyen d'une bonne loi.

La loi réclamée, en ce moment, par l'intérêt social devrait, si je ne me trompe, reposer sur une triple base :

1° Action combinée des divers moyens préventifs, dont j'ai proposé le programme en commençant;

2° Emploi de mesures répressives graduées contre l'ivresse publique, ses récidives et l'ivresse habituelle ou ivrognerie;

3° Moyens de protection des intérêts de la famille et de la société contre les effets de la perversion intellectuelle et morale produite par l'alcool, chez les individus qui en font abus.

En acceptant comme bien démontrées la nécessité et l'utilité de la répression pénale, on arrive à cette première conclusion : la nécessité de définir l'ivresse publique comme délit correctionnel. Notre Code pénal ne fait pas mention de l'ivresse. Il ne pouvait pas la connaître, en effet, puisqu'elle n'existe pas comme fait juridique; elle n'est qu'un simple fait.

Ce fait peut porter atteinte à la morale publique et aux intérêts sociaux. Il n'est pas moins resté jusqu'à ce jour étranger à notre législation.

La conséquence obligée de la définition juridique de l'ivresse

(1) Suite. — Voir les numéros des 10, 13, 15 et 17 juin 1871.

l'acide arsénieux ; à peine eut-elle pris ce remède pendant deux jours ou trois, que des douleurs violentes se déclarèrent dans la région droite de l'abdomen. La malade n'avait cependant aucune lésion de l'organe utérin, sauf un peu de métrite du col, et de l'inclinaison du corps de l'utérus à gauche. Je suspendis pendant huit jours l'emploi de l'acide arsénieux. Au bout de ce temps, je recommençai l'administration du remède, et les mêmes phénomènes se reproduisirent. Je fis même prendre à ma malade l'acide arsénieux déguisé sous le nom de pepsine, pensant que l'imagination jouait un grand rôle, et j'obtins encore aussi peu de succès. Les douleurs se reproduisaient toujours aussi violentes dans la région abdominale droite. Je dus suspendre l'administration du médicament, et j'avoue que je n'ai pu m'expliquer son mode d'action dans ce cas-là.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 22 août 1871 (1). — Présidence de M. BARTHE.

Discussion sur la fièvre traumatique et l'infection purulente.

M. CHAUFFARD continue ainsi :

Quant à ces morts partielles, à cette décomposition du sang sorti de ses vaisseaux, que M. Gosselin voit à l'état de poison rentrant dans le sang pour l'infecter, j'avoue que je suis moins effrayé que lui de leur action nocive, et je ne les accuse pas de tous les phénomènes morbides, concomitants ou consécutifs. Nous aussi en médecine, nous observons des morts partielles, en contact avec les parties vivantes, accompagnées de toutes les conditions imaginables de putridité, et accompagnant les états putrides les plus manifestes ; et nous ne les accusons ni d'engendrer l'état putride qui les produit, ni même d'y ajouter une putridité nouvelle. Je citerai en exemple les eschares souvent si larges et si profondes qui surviennent dans le cours de la fièvre tyhoïde. Sanie fétide, sang extravasé et putréfié, tissus mortifiés, putridités organiques de toute provenance, tout semble grandir la puissance délétère de ces eschares ; et cependant, souvent marche avec elles une convalescence excellente, quoique certes il n'y ait pas d'organisme plus disposé à l'absorption que celui d'un convalescent ; et si la maladie suit une marche progressive et fatale, il n'y a pas à s'en prendre à une absorption putride par la surface vivante en contact avec la partie morte, mais au caractère grave et insurmontable de la maladie première et dernière. Tel est le spectacle que nous avons souvent sous les yeux. Je ne puis m'empêcher de remarquer combien il concorde peu avec les théories septicémiques ; et je cherche en vain pourquoi la septicémie, si facile d'un côté, se montrerait insaisissable de l'autre.

Toutefois, M. Gosselin n'est pas sans émettre quelques réserves. « Je n'ai pas, nous dit-il, la prétention de tout expliquer. Il va sans dire que je ne prétends pas attribuer à un empoisonnement toutes les fièvres des blessés. J'ai toujours fait une différence entre la fièvre traumatique légère et la fièvre traumatique grave. Je veux bien que la première appartienne à la catégorie des fièvres ordinaires, ou fébri-phlegmasies ; c'est la seconde seulement que j'attribue à la septicémie primitive. »

Ici, je l'avoue, mon embarras devient extrême. Je désirerais que M. Gosselin eût fait le départ des fièvres traumatiques légères et des graves. Je voudrais savoir pourquoi il en est de légères, où il n'y a ni poison formé, ni absorption toxique ; et comment on prouve que, dans les graves, il y a poison et absorption. Je ne puis à moi seul trouver la raison de ces différences. Je comprends, et j'y ai insisté dans ma première communication, pourquoi une fièvre de réaction commune s'élève, suivant le cas, prématurément ou tardivement, vive ou faible, bénigne ou grave ; mais je ne sais comment il peut se faire que des plaies de même étendue et de même apparence donnent naissance, ici à une fièvre septicémique, là à une fièvre purement inflammatoire et commune ; pourquoi y aurait-il des putridités dans un cas et point dans un autre ; ou encore, pourquoi, avec des putridités manifestes, il y a souvent une fièvre traumatique insignifiante, et avec un état imputride une fièvre traumatique intense. Et ces contradictions, fâcheuses pour la théorie, se rencontrent non-seulement dans l'étiologie de la fièvre traumatique, mais aussi dans l'étiologie de l'infection purulente, la forme dernière et achevée des fièvres septicémiques.

Ce n'est pas tout ; mon embarras va croissant lorsque j'entends M. Gosselin, répondant à M. Bouvier, déclarer que « la septicémie et la pyohémie peuvent se développer spontanément, sans traumatisme extérieur, sans influence de l'air, comme on l'observe dans l'ostéo-myélite, dans l'ostéite épiphysaire des adolescents, dans la périostite phlegmoneuse diffuse, et dans les abcès putrides qui se montrent pendant la convalescence des fièvres graves. » Oui, cela est vrai, la pyohémie spontanée s'observe, et cela non-seulement dans les cas cités par M. Gosselin, mais en d'autres où elle est primitive, fièvre purulente d'emblée. Je n'ai pas voulu précédemment aborder ce sujet difficile, malgré l'appui que je devais y trouver, parce que cet appui ne m'était pas nécessaire, et qu'élucider un problème encore si contesté eût exigé des développements tels, que je ne pouvais les ajouter à ceux déjà si longs que j'étais obligé de fournir. Je m'en tiens à la déclaration de M. Gosselin, et je demande comment elle peut s'accorder avec les exigences logiques des théories septicémiques. Où sont ici les conditions de la septicémie ? Où sont les parties mortes, ces détritus moléculaires, ces petits caillots extravasés, cette graisse altérée au contact de l'air, qui couvrent de putridités la surface de la plaie, et dont la résorption engendre la fièvre et l'infection ?

M. Gosselin prétendra-t-il que le pus de ces ostéites phlegmoneuses et de ces abcès internes est de soi putride et infectant ? Mais ce pus putride, c'est l'organisme seul qui le fait ; rien d'étranger n'y concourt : il sort du sang, il est le produit direct de la maladie. Or, une maladie qui aboutit directement à des produits putrides est d'origine et de caractère putrides ; les effets révèlent leur cause ; la cause génératrice d'un produit résume en elle toutes les qualités du produit. La maladie primitive est infectieuse si les produits sont infectieux ; elle engendre ce pus ; et toute la maladie, du début à la fin, conserve le même caractère pathologique. La pyohémie peut donc se developper spontanément, M. Gosselin le reconnaît. Mais pourquoi limiter ce développement spontané au cas où il n'y a pas de plaie extérieure ? pourquoi, quand cette plaie existe, la pathogénie doit-elle changer ? Que la plaie soit une provocation, une sollicitation pressante à la pyohémie, nous le concevons, et nous en avons donné la raison ; mais cette provocation manquant, toute la genèse de la pyohémie doit-elle se transformer par cela même ! Ce qui était vérité dans un cas va-t-il devenir erreur dans l'autre ! Non, nous ne croirons cela que contraint et forcé, et en soupçonnant que la vraie raison des choses nous échappe : car nous savons la nature avare de causes, avare de procédés et féconde en résultats ; et nous savons surtout que pour des résultats identiques, elle ne va pas déployer des modes différents d'action.

Allons plus loin dans cette voie. Veut-on savoir l'un des faits pathologiques qui me paraissent le plus rebelles à cette idée d'intoxication par des produits extérieurs et entrant par absorption dans l'organisme ? c'est celui-ci, que cette intoxication prétendue témoigne sa présence et son action par du pus, par les abcès dits métastatiques ; et que le pus et les abcès sont partout ailleurs des produits spontanés de l'organisme, alors même qu'ils se développent autour d'une épine irritante. Un poison engendre des manifestations propres, se traduit par des effets spéciaux, par des altérations directement et chimiquement produites sur nos tissus et nos humeurs. Mais il n'aboutit pas à un travail pathologique de forme commune, à un produit complexe, très-déterminé et très-achevé comme le pus, résultat ordinaire d'une élaboration morbide spontanée. Le pus lui-même de la pustule variolique a dans son aspect, dans sa formation, dans son siége quelque chose de spécifique qui le sépare du pus et surtout de l'abcès commun ; et cependant il provient d'une maladie virulente vraie qui possède une incubation longue, qui provoque toute une évolution fébrile, qui, en un mot, est une fièvre, et qui en tout ceci demeure bien distincte d'une intoxication. Mais un empoisonnement qui a pour trait de déposer du pus commun et pur, au sein des parenchymes, dans les cavités séreuses, dans le tissu cellulaire, procède d'une façon contraire à tout ce que la toxicologie, même la toxicologie putride enseigne. Si la spontanéité morbide, mise en jeu par les conditions mêmes de la plaie, peut fournir une explication des phénomènes de cette pseudo-intoxication, il sera vraiment médical de s'en rapporter à elle. La spontanéité est une maîtresse majeure en fait de maladie, et nous ne savons pas encore tout ce que nous pouvons demander à son pouvoir créateur.

Est-ce à dire que cette spontanéité soit jetée dans le vide, et qu'elle passe comme un fantôme au-dessus du monde extérieur, sans en ressentir le moindre choc, la moindre pression, sans que rien rayonne de lui vers elle ? Loin de moi une telle pensée ; je ne conçois la spontanéité qu'enveloppée de provocations à l'action. J'ai montré avec soin comment toutes les conditions étiologiques qui nuisent à la bonne plasticité des humeurs conduisaient à l'infection purulente ; je n'ai pas y revenir. Cependant, M. Gosselin n'attache pas à ces conditions étiologiques la même puissance que nous : « Ce sont de bien petites causes, dit-il, pour de si grands effets. » L'intoxication septicémique lui semble bien autrement apte à produire les désordres mortels qui marquent l'infection purulente. Ici, encore, je dois poser des réserves. Ce ne sont pas de petites causes que celles qui tiennent aux conditions étiologiques dans lesquelles vit ou a vécu le blessé ; il n'en est pas dont l'action morbifique soit plus profonde et plus efficace ; il n'en est pas qui soient plus étroitement en rapport avec les effets produits ; alors surtout qu'il s'agit de provoquer un organisme dont le mode vivant est déjà si troublé, si chancelant, demeure péniblement, comme nous le disions, à l'état d'équilibre instable.

L'étiologie contient la prophylaxie, et, croyons-nous, la meilleure part de la thérapeutique. Appuyée sur elle, nous ne croyons pas que l'on accuse justement notre doctrine de conduire à l'inaction et au fatalisme thérapeutique. Il n'est pas un précepte utile auquel elle n'invite, soit qu'il s'agisse de l'hygiène générale du blessé dont elle fait valoir la haute importance, soit qu'il s'agisse des soins à donner à la plaie locale, plaie dont il faut chercher par dessus tout le bien-être, parce que le bien ou le mal-être de la partie deviennent le bien ou le mal-être du tout.

J'ai promis d'être bref, et il est temps de songer à cette promesse. Ne puis-je, pourtant, offrir, à M. Gosselin, un terrain de conciliation ? Je le voudrais pour ne pas me sentir trop éloigné de lui, alors que je serais si heureux de marcher avec lui, cherchant et trouvant la vérité dans les mêmes sentiers. Ce terrain de conciliation serait celui de l'infection putride, bien distincte de la fièvre traumatique et de l'infection purulente ; ce serait ensuite l'état des humeurs du pyoémique. Pour la première, et pour celle-là seulement, j'admets nettement l'infection secondaire du sang ; pour l'état pyoémique, j'admets les altérations profondes du sang, qui l'entraînent presque jusqu'à la purulence généralisée. Pour moi, ces altération du sang sont spontanées dans leur cause pathologique, quoique provoquées par le travail morbide de la plaie ; pour M. Gosselin, elles sont passives et secondaires et résultent d'une absorption toxique. C'est une différence d'origine, l'aboutissant demeure pareil. Quant à la fièvre commune des blessés, ou fièvre traumatique, je ne puis y trouver que les altérations communes du sang, propres à l'état fébri-phlegmasique, spécialisées pourtant par la tendance pyogénique qui part de la plaie pour s'universaliser dans l'organisme. Quant aux états fébriles, liés aux complications et aux inflammations secondaires des plaies, je ne puis leur reconnaître qu'une valeur symptomatique. Voilà, en quelques mots, la pathologie générale du blessé, telle que la clinique et l'étiologie me la montrent.

Cette pathologie repose-t-elle sur l'hypothèse ? M. Gosselin le dit ; je voudrais qu'il le prouvât. Appellerait-il hypothèse, ces vérités essentielles de pathologie générale qui veulent que l'être entier souffre comme la partie, et que les fonctions pathologiques, comme les fonctions physiologiques, se préparent et s'accomplissent, non dans l'organe particulier, mais dans l'organisme un et harmonique, quoique multiple et divers ? Non, ces vérités ne sauraient être appelées hypothèses ; elles sont mille fois démontrées ; ce sont les plus fécondes de la médecine ; en dehors d'elles, la science de l'être vivant sombre et disparaît dans le mécanicisme. M. Gosselin ne saurait les repousser, lui qui, avec mon éminent collègue et ami, M. Pidoux, professe le vitalisme organique, et déclare cette doctrine la seule acceptable dans l'état actuel de la science. Or, nous n'avons fait que développer ces vérités à la lueur des faits particuliers et de l'observation clinique. Où donc est l'hypothèse ? Où donc les obscurités ? Où donc les opinions que votre intelligence se refuse à comprendre ?

Je dois en finissant, messieurs, repousser la plus inattendue des accusations : j'aurais commis une insinuation de matérialisme, à l'adresse de ceux « qui cherchent le progrès de la médecine par tous les moyens que la science clinique met à leur disposition. » J'aurais donc été bien coupable et bien maladroit, car je ne cherche pas le progrès par d'autres moyens ; j'ajoute même volontiers aux moyens propres de la clinique tous ceux que les sciences expérimentales nous livrent ; je ne demande, à ces derniers, que de ne pas s'emparer de nos domaines pour y régner en maîtres trop absolus. Mais, ce qui m'étonne le plus en tout ceci, c'est de me voir taxé d'insinuation en matière philosophique. Que mon savant contradicteur en soit convaincu, les chemins détournés ne sont pas les miens ; je ne les aime ni ne les pratique. J'ai su, maintes fois, sans rien calculer, affirmer mes convictions philosophiques, et combattre, à visage découvert, des erreurs que je considérais comme d'autant plus funestes qu'elles avaient conquis une malsaine popularité. Je n'irai pas aujourd'hui leur faire la guerre par insinuation,

(1) Suite. — Voir le dernier numéro.

---

comme délit correctionnel, est d'appeler les peines correctionnelles et d'entraîner, dès la première fois, un minimum d'amende de 16 francs.

Le fait d'ivresse, lorsqu'il est fortuit, étranger à la volonté et aux habitudes, ou même le résultat d'une première imprudence, semble mériter assez d'indulgence pour que l'amende en matière de simple police, qui a pour minimum 1 franc et pour maximum 15 francs, puisse sembler une peine suffisante. Je reconnais avoir hésité longtemps sur ce point, et sans les avantages d'ordre moral attachés à la définition de l'*ivresse publique* comme délit, j'aurais, comme MM. Vilfeu et Desjardins, préféré l'amende attachée aux simples contraventions et adoptée dans les arrêtés préfectoraux relatifs à l'ivresse.

Si l'on considère deux points dominants dans cette question, celui des effets pathologiques de l'ivresse, surtout de l'ivresse alcoolique, et celui des conséquences sociales de l'ivrognerie, on reconnaît que le fait des récidives est d'une importance majeure dans la répression. Aussi n'avait-il pas échappé aux rédacteurs des anciennes lois, notamment à ceux de l'édit de François I[er], qui punissait de la prison au pain et à l'eau pour la première fois ; qui condamnait, pour la seconde, à être battu de verges ou du fouet dans la prison ; à être, pour la troisième, fustigé en public. Après ces deux récidives, l'individu était reconnu incorrigible et puni d'*amputation d'oreille*, d'*infamie* et de *bannissement*.

Cette graduation des peines se retrouve dans les meilleures lois récentes des pays étrangers, et il est indispensable d'appliquer ce sage principe et de chercher à en obtenir tous les effets salutaires. La première récidive semble pouvoir être suffisamment punie par le doublement de l'amende (de 25 à 50 fr.). A la deuxième seulement, il m'a paru convenir d'ajouter à cette amende l'emprisonnement correctionnel de six à douze jours.

Ici se présentait une question plus difficile, celle de déterminer juridiquement la limite entre l'ivresse répétée et l'ivresse habituelle ou ivrognerie, qui entraîne avec elle non-seulement le caractère d'acte immoral, mais encore celui d'un état de dégradation et d'un vice anti-social nécessitant des pénalités nouvelles. Cette délimitation juridique ne peut être établie qu'en combinant le nombre des arrestations pour ivresse publique avec le temps qui les sépare entre elles : j'ai proposé, en conséquence, que tout individu trouvé en état d'ivresse plus de trois fois dans le cours d'un an, plus de cinq fois en deux ans, plus de six fois en trois ans, soit qualifié ivrogne d'habitude et subisse la peine qu'il importe d'attacher désormais à cette circonstance aggravante du fait immoral qui affecte si profondément les intérêts sociaux.

Le choix de cette peine pourra sembler une nouveauté très-hardie. Il n'est que la conséquence la plus naturelle et la plus logique de tout ce que l'expérience et le raisonnement ont établi sur les résultats sociaux de l'ivrognerie. L'*ivresse publique* devenant un fait juridique punissable correctionnellement, il n'était pas possible que l'ivrognerie échappât à l'application d'une peine, que la jurisprudence admet comme peine correctionnelle principale et qui va plus droit que les peines corporelles du temps passé au but de préservation sociale vers lequel tend la loi : je veux parler de l'application de l'article 42 du Code pénal, c'est-à-dire de l'*interdiction*, partielle ou totale, suivant les cas, *des droits civiques, civils et de famille*, et, dans tous les cas au moins, de l'*interdiction du droit électoral* pour une durée de deux à cinq ans.

Dans un pays où tout homme est appelé à jouir sans restrictions de tous les droits du citoyen, même du droit de suffrage, sur le libre et moral exercice duquel reposent la sécurité et la paix publiques, il n'est pas à présumer que cette innovation dans notre droit pénal puisse rencontrer de très-sérieuses contradictions. Le droit de vote est incontestablement celui de tous les droits civiques qui exige au plus haut degré la liberté de l'esprit, l'intégrité du sens moral et de la volonté, et il n'y a incontestablement pas de condition qui implique à un plus haut degré que celle de l'ivrogne la perversion de la faculté de penser et de vouloir, et l'oubli de la dignité personnelle.

J'ai établi dès le début qu'il y a, dans la question portée pour ainsi dire devant l'Assemblée nationale, deux faits que l'on confond et qu'il est nécessaire de distinguer : l'*ivresse* proprement dite et l'*alcoolisme*. J'ai insisté sur la distinction médicale, parce qu'elle correspond à une distinction juridique profonde au point de vue pénal.

(A suivre.)

et cela à propos d'infection purulente. J'ai cru, en terminant l'exposé d'une doctrine pathogénique, pouvoir montrer à quel ensemble général d'idées cette doctrine particulière se rattachait; mais rien, dans cet essai très légitime, ne pouvait se tourner en accusation contre ceux dont les théories pathogéniques différaient. Nos débats actuels ne sont pas de ceux qu'il faille transporter sur le terrain des pures doctrines et de la philosophie : Maintenons-les sur celui des faits et de l'observation. Ne cherchons pas surtout des insinuations à travers les pensées de nos collègues. Il vaut mieux répondre aux raisons ouvertements données, aux critiques apportées au nom de l'observation contre les théories hypothétiques.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 5 avril 1871. — Présidence de M. ALPHONSE GUÉRIN.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance comprend :

— La *Gazette des Hôpitaux*. — *L'Union médicale*. — La *Gazette hebdomadaire*. — Le *Bulletin général de thérapeutique*, n° du 30 mars 1871. — La *Gazette médicale de Strasbourg*, n° du 25 mars 1871.

— Deux lettres de MM. Lefort et Désormeaux, qui s'excusent de ne pouvoir pas assister à la séance.

RENOUVELLEMENT DU BUREAU.

M. ALPHONSE GUÉRIN, *président sortant*, prononce l'allocution suivante :

« Messieurs,

« En quittant le fauteuil de la présidence, permettez-moi de vous remercier du calme et de la modération que vous avez apportés dans vos discussions. Vous avez ainsi rendu ma tâche facile.

« En vous adressant ces remerciments, je ne fais que continuer un usage, car la bienveillance dont votre président semble entouré, est un fait de constitution. On vient à la Société de chirurgie pour écouter et pour apprendre, non pour entretenir des conversations qui, comme dans certaines sociétés, couvrent la voix des orateurs et les dégoûtent bien vite de la tribune.

« Mes sentiments pour la Société sont trop affectueux pour que vous ne me pardonniez pas un conseil : Tout le monde a remarqué que ce sont presque toujours les mêmes membres qui font des communications; et, comme il faut remplir les séances, on donne souvent à ces communications des développements trop étendus.

« Si vous voulez apporter un remède à cet état de choses, qui est réellement fâcheux, il faut que quelques-uns d'entre nous se décident à monter plus souvent à la tribune. Il ne faut pas qu'ils se laissent arrêter par la crainte de la critique. Ils doivent bannir la modestie excessive qui prive la Société de travaux intéressants.

« S'ils ne suivaient pas ce conseil, la publicité de nos séances deviendrait le monopole des hommes les plus laborieux, et nous perdrions le caractère de collectivité, qui donne toujours une autorité plus grande.

« En quittant la présidence, je suis heureux de voir monter à la place que la guerre m'a fait occuper au delà des termes de nos règlements, un collègue à qui j'ai voué depuis longtemps une grande amitié. »

Après ce discours, M. Alphonse Guérin invite M. Blot à prendre le fauteuil de la présidence.

M. H. BLOT, en prenant la présidence de la Société, prononce l'allocution suivante :

« Messieurs et chers collègues,

« Avant de prendre place au fauteuil de la présidence, permettez-moi de vous remercier du fond du cœur de l'honneur que vous m'avez accordé. J'y suis d'autant plus sensible que, par nature, peu disposé à me payer d'illusions, je ne m'abuse nullement sur les motifs qui m'ont valu cette distinction. Je sais parfaitement que ce n'est ni à la valeur chirurgicale ni à la supériorité du talent que je la dois, mais bien plutôt à l'estime personnelle et au souvenir des bonnes relations qui n'ont jamais cessé d'exister entre vous et moi. Aussi, je vous l'avoue, serais-je, par cela même, un peu effrayé de la tâche que vous venez de me confier, si je n'étais pas soutenu par l'espoir que vous me la rendrez moins difficile en me continuant les sentiments de bonne et franche sympathie dont vous venez de me donner la preuve.

« De mon côté, je m'efforcerai d'y répondre dignement en consacrant aux intérêts de la Société toute l'activité, tout le zèle et tout le dévouement dont je puis être capable.

« Maintenant, messieurs, je crois être l'interprète de la compagnie tout entière en votant de sincères remerciments aux membres du bureau dont les fonctions viennent d'expirer, ainsi qu'à notre secrétaire-archiviste et notre trésorier. »

COMMUNICATION

Hernie étranglée. — M. DOLBEAU. Messieurs, j'ai à vous communiquer un fait qui a, je le crois, une certaine importance pratique; il est utile que vous le connaissiez si, comme je n'ose l'espérer, quelqu'un parmi vous était tenté d'imiter ma conduite.

Il s'agit d'un fait de hernie étranglée type; l'étranglement remontait à 5 ou 6 jours, et tous les phénomènes classiques de cet accident se trouvaient réunis; je n'insisterai pas. L'indication était formelle, il fallait réduire la hernie par l'un des procédés connus et cela sans plus tarder; néanmoins je crus trouver des contre-indications dans l'état général du malade. En effet, le malade était porteur d'une maladie de cœur arrivée à sa dernière période. On constatait un énorme développement de l'organe; tous les phénomènes de l'asystolie se trouvaient réunis; enfin les membres inférieurs, très-œdématiés, étaient le siége d'eschares multiples.

La respiration était des plus anxieuses, et la teinte violacée presque généralisée trahissait une asphyxie prochaine. Telles sont les raisons qui me firent éloigner l'idée de plonger le malade dans le sommeil anesthésique comme moyen de faciliter le taxis. La réduction n'étant pas possible, je trouvais le malade trop compromis pour lui infliger l'opération de la hernie étranglée.

On pourrait, je le crois, discuter les raisons de mon abstention; mais là n'est point la question que je soumets à vos réflexions. J'ai, sous ma responsabilité, jugé qu'il fallait s'abstenir; mais j'ai cru que je pouvais honnêtement faire, dans ce cas, une tentative particulière; j'ai institué une sorte d'expérience *in extremis*.

Convaincu que parmi les obstacles qui s'opposent à la réduction de la hernie dite étranglée, figure dans une grande proportion la distension de l'anse herniée par les gaz et les liquides, j'avais songé depuis longtemps qu'on pourrait diminuer la tension herniaire en ponctionnant la tumeur. Cette idée, qui n'est pas nouvelle, pouvait être, je le crois, avantageusement poursuivie en utilisant un instrument bien fait, que nous connaissons tous sous le nom d'aspirateur de M. Dieulafoy la plus fine des aiguilles fut donc introduite dans le centre de la tumeur, et l'aspiration fit monter dans le verre une grande quantité de gaz fétides et une dizaine de grammes de liquide brun-rougeâtre.

La tumeur diminua aussitôt de volume, tout en conservant encore une certaine rénitence. L'aiguille fut alors retirée, puis une simple tentative de taxis modéré me permit de réduire la hernie.

Dans les heures qui suivirent cette petite opération, les vomissements cessèrent et le malade eut plusieurs garde-robes. Néanmoins la mort par le cœur survint dans la soirée, sans qu'il ait été possible de surprendre le moindre accident qui pût être mis sur le compte de la hernie.

L'autopsie a démontré qu'il n'y avait pas de péritonite notable, que le malade avait succombé à une maladie du cœur, et que l'opération n'avait été pour rien dans cette terminaison reconnue inévitable au moment de l'entrée du malade dans nos salles.

L'examen très-attentif de l'anse hernié, l'insufflation sous l'eau, ont démontré que la piqûre de l'intestin n'avait pas causé la moindre perforation appréciable. On voyait seulement à la surface péritonéale une petite érosion superficielle qui trahissait le point qu'avait dû traverser l'aiguille.

En un mot, messieurs, les résultats ont été si simples, l'exécution si facile, que je me propose d'appliquer cette manœuvre à la première hernie étranglée qui se présentera à mon observation.

Une note a été recueillie par mon interne, M. Paul Hybord, je la joints à ma communication.

Hernie inguinale étranglée. — Ponction et aspiration. — Réduction. — Mort. — B... (Auguste), palefrenier, âgé de 59 ans, entre le 16 mars 1871 à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. Gubler, pour y être soigné d'une affection du cœur.

Cette maladie était arrivée à la période ultime, période d'asystolie; en même temps on s'aperçut qu'il était porteur d'une hernie du côté droit; hernie qui rentrait assez facilement, et dont il était du reste assez difficile d'apprécier les caractères, vu l'ascite et la tension des parois abdominales.

Le 20 mars, sans cause connue, le malade se plaignit d'une douleur violente dans la région inguinale droite, et quelques heures après il fut pris de hoquets et de vomissements. On constata l'existence d'une tumeur dure, rénitente, sonore à la percussion, et qu'il fut impossible de réduire. Les accidents abdominaux augmentant et venant s'ajouter encore à ceux produits par l'affection du cœur, le malade fut passé en chirurgie, et le 21 mars il entra dans le service de M. Dolbeau (1er pavillon, n° 52).

A son entrée, on est frappé de l'état général de ce malade; la respiration est pressée, anxieuse, la face est congestionnée, les membres inférieurs sont infiltrés et l'abdomen présente les traces d'un épanchement ascitique assez abondant. A l'auscultation on entend les bruits du cœur qui sont remplacés par un souffle dur et râpeux dont la source d'intensité existe à la pointe; de plus ils sont très-précipités, irréguliers et comme voilés par un épanchement péricardique.

L'examen de la hernie fait voir une tumeur, de la grosseur d'un œuf de dinde, occupant la région inguinale et s'étendant en bas dans le scrotum; elle est dure, rénitente, sonore à la percussion, assez douloureuse; la hernie est irréductible; la dernière selle remonte à 5 jours. Ce jour-là, M. Dolbeau trouve le malade tellement bas, qu'il ne croit pas devoir intervenir, pensant qu'il allait succomber d'un instant à l'autre.

Durant la journée, le malade semble se remonter un peu; l'abattement est moins grand, mais les vomissements persistent toujours; ils sont fécaloïdes; la constipation est permanente.

Le lendemain, 22 mars, M. Dolbeau ne le trouvant pas plus mal, se décide à intervenir et imagine d'employer la ponction suivie d'aspiration de l'anse intestinale étranglée. La tumeur étant très-fixée, M. Dolbeau enfonce une des aiguilles les plus fines de l'appareil aspirateur du docteur Dieulafoy, dans lequel le vide a été fait préalablement. Dès que le robinet est ouvert, on voit le liquide monter dans la pompe; ce liquide est d'un rouge foncé et ressemble assez comme coloration à du mélange de sang et de matières fécaloïdes. Le doute sur la nature des liquides n'est plus permis, quand on l'a flairé un instant.

Le niveau du liquide s'arrêta après quelques secondes; la tumeur était diminuée de volume, mais ne pouvait encore être réduite.

Une seconde ponction est pratiquée avec la même aiguille; une quantité à peu près égale de liquide est de nouveau recueillie dans la pompe aspiratrice; et dès que le niveau ne monte plus, M. Dolbeau enlève l'aiguille et pratique le taxis pour opérer la réduction. Après quelques manœuvres de pression, la tumeur diminue de plus de moitié; ce qui reste au dehors de l'abdomen est indolore, complétement mat et rappelle les caractères de l'épiploon ou du débris d'un sac ancien adhérent.

Pour faciliter le retour des selles on pratique pendant quelques minutes la faradisation des muscles abdominaux. Ce ne fut que 4 heures après que le malade eut une première selle, qui fut suivie d'une seconde un quart-d'heure après.

Malheureusement le malade succomba dès les 5 heures du soir à son affection du cœur, bien plus que par le fait de sa hernie.

A l'autopsie on trouva :

A l'ouverture de l'abdomen, il s'échappe une certaine quantité de liquide ascitique.

L'intestin offre quelques traces de péritonite très-récente et très-légère.

L'anse intestinale herniée est réduite et plonge dans la cavité abdominale; elle se distingue par sa coloration sur le reste de l'intestin; elle est rouge, violacée, et présente un petit point plus foncé, qui répond évidemment à la ponction faite par l'aiguille de l'opérateur. Pour voir si les matières n'ont pu pénétrer dans la cavité péritonéale par la plaie intestinale, on détache une portion d'anse intestinale, et on pratique l'insufflation sous l'eau; pas une seule bulle de gaz ne sort et l'anse reste distendue. Ainsi donc, quatre heures après la ponction, la cicatrice de la plaie produite par l'aiguille était complète.

Le sac offrait ceci de particulier qu'il était double; les deux fonds étaient séparés par une cloison assez épaisse, et étaient situés l'un à côté de l'autre; le plus interne était occupé par l'anse intestinale.

Du côté du cœur on trouvait de l'épanchement péricardique, un cœur énorme, hypertrophié et offrant les altérations les plus avancées, de l'insuffisauce et du rétrécissement auriculo-ventriculaire.

M. GIRALDÈS, avant de prendre la parole sur la communication de M. Dolbeau, prie M. le président de faire chercher dans les archives de la Société un paquet cacheté qui y est déposé en son nom.

M. BOINET. Je n'ai jamais fait la ponction de l'intestin pour une hernie étranglée, mais j'ai pratiqué quatre fois cette opération dans des cas de tympanite abdominale; j'ai même répété cette ponction cinq ou six fois dans l'espace d'un mois sur le même individu. Jamais je n'ai vu survenir d'accidents consécutifs à la ponction qui me paraît innocente à la condition d'être faite avec un instrument très-fin. Gaz et liquide s'échappent au dehors sans produire d'épanchement péritonéal, et la petite ouverture faite aux tuniques de l'intestin est hermétiquement fermée par la contraction intestinale. J'ai publié depuis longtemps déjà deux des observations auxquelles je fais allusion.

M. L. LABBÉ. Je trouve la communication de M. Dolbeau fort intéressante; l'instrument de M. Dieulafoy, dont il s'est servi, vaut incontestablement mieux qu'une aiguille et même qu'un trocart, pour évacuer le gaz et le liquide contenus dans l'intestin. Dans cette ponction, il n'y a d'ailleurs pas section, mais simple écartement des fibres de l'intestin; c'est ce que j'ai pu constater chez une femme atteinte de péritonite consécutive à une ovariotomie. Pendant la vie il y avait un tel ballonnement du ventre, que je pratiquai la ponction de l'intestin. Il n'y eut pas d'épanchement péritonéal.

Une autre fois, pour un fait bien différent il est vrai, je pus mieux constater encore les avantages de l'instrument de M. Dieulafoy. Il s'agissait ici d'un homme qui fut amené à l'hôpital Saint-Antoine avec une rétention d'urine et une énorme infiltration urineuse du périnée. Le cathétérisme était impossible; je fis la ponction de la vessie avec la seringue aspiratrice, qui me permit d'évacuer complétement l'urine. Le malade mourut, et à l'autopsie, je m'assurai que la ponction n'avait pas laissé de traces et n'avait donné lieu à aucun épanchement d'urine.

M. TARNIER, sans entrer dans la discussion, signale un mémoire publié il y a quelque temps dans l'un de nos recueils périodiques. On trouve dans ce travail plusieurs faits d'étranglement interne traités avec succès par la ponction de l intestin.

M. GIRALDÈS. Le paquet cacheté dont j'ai demandé l'ouverture se rapporte à une série d'observations faites dans la hernie étranglée, et en particulier à l'accumulation de gaz dans l'intestin hernié.

Tous les chirurgiens ont fait depuis longtemps des ponctions de l'intestin quand il est distendu par des gaz. Travers et Gross ont publié dans leurs livres de nombreux faits qui démontrent l'innocuité des piqûres de l'intestin, pourvu que les piqûres soient fines. La muqueuse intestinale fait une saillie qui bouche la petite ouverture faite par l'aiguille.

En m'appuyant sur la connaissance de ces observations, j'ai recommandé de pratiquer dans les cas de hernie la ponction du sac d'abord et ensuite de l'intestin, pour faire sortir les liquides et le gaz et obtenir plus facilement la réduction.

Pour ma part, j'ai pratiqué plusieurs fois la ponction intestinale chez des enfants et des adultes; je citerai en particulier l'observation d'une femme atteinte de tympanite produite par la compression du rectum par une tumeur. Je fis plusieurs fois chez elle la ponction intestinale avec succès.

M. BLOT. J'ai fait en 1855 la ponction de l'intestin avec une aiguille plate, chez une femme qui avait subi l'opération césarienne dans le service de M. Dubois. Dès le premier jour, il se déclara une péritonite avec gonflement du ventre et l'intestin fit hernie au travers de la plaie en déchirant deux points de suture. Je voulus réduire l'intestin, mais tous mes efforts renouvelés avec patience furent infructueux, et je me décidai à ponctionner l'intestin; après deux piqûres, il s'affaissa complétement, et la réduction devint facile. Le lendemain la femme était morte; je fis l'autopsie et je recherchai avec grand soin s'il n'y avait pas eu d'épanchement stercoral; il n'y en avait pas trace.

On peut donc ponctionner l'intestin avec un instrument fin sans crainte d'épanchement stercoral dans le péritoine. Le fait que je viens de signaler est à ajouter aux précédents.

(*A suivre.*)

DOCUMENTS

POUR SERVIR A L'HISTOIRE DU MOUVEMENT SCIENTIFIQUE PENDANT LE SIÉGE DE PARIS (1).

FACULTÉ DE MÉDECINE. — M. BOUCHARDAT.

Des meilleurs moyens d'employer pendant le siége nos ressources alimentaires.

(Suite)

M. Grimaud (de Caux) assure avoir très-utilement, pendant le siége de Venise, employé pour l'alimentation le blé en grain. Voici comment il opérait :

(1) Suite. — Voir le dernier numéro.

« Pour utiliser le blé en grain comme aliment, quand on est privé des moyens usuels d'en faire du pain, il est inutile de le décortiquer. Le décorticage priverait d'ailleurs le grain de la partie nutritive inhérente au son. Voici ma formule : Mettez le blé à tremper dans de l'eau de Seine (je parle pour Paris) pendant quelque temps, deux heures au moins; frottez bien les grains les uns contre les autres, afin d'enlever des restes de glume qui adhèrent à l'épiderme, sous forme de poils très-déliés, lesquels viennent surnager par le fait du malaxage; retirez le blé de son eau de lavage, faites-le égoutter, mettez-le à cuire dans un vase avec un peu d'eau, et traitez-le absolument comme du riz. Le blé est cuit quand le grain s'écrase sous les doigts. Pour condiment, on peut employer toute espèce d'aromates. Mais il suffit de sel, de poivre et d'une pointe d'ail pour obtenir un aliment savoureux, nutritif et de la plus facile digestion.

« Une cuillerée de grain suffisait, à Venise, pour remplacer le pain d'une personne; mais il faut tenir compte des climats. Peut-être à Paris devrait-on doubler cette ration, quoique ce soit à peu près celle que l'on donne en riz à un cipaye dans l'Inde. »

J'avoue que la ration d'une cuillerée de blé par jour est beaucoup au-dessous de ce qui est nécessaire pour réparer les pertes de l'économie.

Cependant je conseillerais, dans les premiers jours de ce régime si anormal, des doses modérées, afin d'habituer peu à peu l'appareil digestif à ce nouveau mode d'alimentation. Si la dose convenable était immédiatement ingérée, très-certainement elle ne serait pas digérée, elle déterminerait de la lienterie ou une véritable diarrhée alimentaire; d'où perte de substance utile et dérangement de la santé.

Il est indispensable que les appareils sécréteurs des sucs digestifs (glandes gastriques, pancréas, glandes intestinales) modifient leur travail, et pour cela il faut l'habitude de l'aliment nouveau. Un guide assuré pour régler la dose du blé bouilli sera l'appétit; on peut y ajouter encore l'examen attentif des matières excrémentitielles. On saura sûrement, par cet examen, si l'aliment est utilisé.

J'insiste encore, avec M. Grimaud (de Caux), sur la nécessité absolue de nettoyer parfaitement le blé en le frottant fortement à l'aide de linges rudes.

Chacun, ayant une très-petite quantité de blé à préparer pour les besoins de chaque jour, peut exécuter ce travail indispensable pour obtenir un bon produit.

M. Gauldrée-Boileau, à l'imitation des anciens Romains, préfère une bouillie préparée avec du blé grillé et moulu. Il a donné, dans le numéro du 17 octobre 1870 des *Comptes rendus de l'Académie des sciences*, des détails sur le choix du blé, son grillage, sa mouture, sa cuisson. Cette bouillie de blé grillé est employée avec avantage pour le service des fourneaux économiques de plusieurs mairies.

Emploi d s blés avariés. — Pour corriger les avaries des blés, voici un procédé aussi ingénieux qu'efficace.

M. Coignet torréfie le blé à une température de 125 degrés, en faisant traverser, *per descensum*, des masses de blé par de l'air chauffé à ce degré.

Le blé torréfié se moud plus vite et plus facilement par les moulins ordinaires, et peut se moudre dans les petits moulins à café de ménage.

Le blé torréfié prend une saveur des plus agréables et peut être employé sous forme d'excellent potage.

Utilisation du son. — Parmentier, Rollet, et surtout M. Herpin, ont cherché à utiliser les sons par le lavage, soit à l'eau froide, soit à l'eau bouillante. Ces eaux de lavage étaient employées pour faire le pain. C'était un moyen d'éviter les pertes; on pourra peut-être y avoir recours si nous n'avons plus d'animaux pour utiliser les sons existants ou produits.

Invoquant le souvenir d'anciennes expériences, je pense qu'au lieu d'eau pure on pourrait employer de l'eau contenant 1 à 3 pour 1000 d'acide chlorhydrique pur. Cette eau dissout très-bien le gluten à froid, et permet ainsi la séparation de l'amidon. Cette eau, légèrement acide, chargée de gluten, entraverait l'action de la céréaline; la couleur et la saveur du pain ne seraient pas altérées.

Crêpes. — Un des bons emplois alimentaires de la farine de blé blutée ou non blutée, c'est sous forme de crêpes. Les graisses qui interviennent dans leur préparation ajoutent d'utiles aliments de calorification; les corps gras végétaux au plus bas prix, tels que le beurre de coco, peuvent être employés pour cet usage. Si l'on veut augmenter l'équivalent nutritif de cet aliment, au lieu d'eau on emploiera une forte émulsion de chènevis. Nous parlerons plus tard de cette précieuse graine.

(*A suivre*).

La Société médicale du 6e arrondissement de Paris met au concours la question suivante :

« Faire une étude comparative des propriétés physiologiques et thérapeutiques des eaux minérales similaires de la France et de l'Allemagne, en s'attachant particulièrement aux eaux que l'on emploie loin des sources. »

L'auteur devra justifier ses conclusions par des observations personnelles.

Le prix est de 400 francs.

Les mémoires, portant un pli cacheté indiquant le nom de l'auteur, seront écrits en français et adressés, avant le 31 décembre 1872, au secrétaire général, le docteur C. Bonnefin, 63, rue des Saints-Pères, à Paris.

— M. le docteur Maurice Raynaud, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris et médecin de la maison de retraite de Sainte-Périne, est nommé médecin au théâtre national de l'Opéra, en remplacement de M. le docteur Pasquier, décédé.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :

Trois mois. .	8 fr. 50 c.	
Six mois. . .	16	—
Un an.	30	—

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

SOMMAIRE. — HÔTEL-DIEU. De l'hyperesthésie vulvaire et du vaginisme (M. Guéneau de Mussy). — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — Documents pour servir à l'histoire du mouvement scientifique pendant le siége de Paris. — Thèses. — Concours. — Feuilleton. — Nouvelles.

Paris, le 25 août 1871.

HOTEL-DIEU. — M. NOEL GUÉNEAU DE MUSSY.

De l'hyperesthésie vulvaire et du vaginisme.

Je n'ai pas l'intention de traiter *in extenso* de ces névroses génitales; mais je veux rapporter quelques-unes des observations, relatives à ces affections, que j'ai rencontrées dans ma pratique, et apporter ma contribution à leur histoire encore incomplète, malgré les travaux importants dont elles ont été l'objet.

L'hystérie constitue une prédisposition incontestable au développement de ces désordres nerveux. L'arthritisme, qui est le plus habituellement la condition pathogénique de l'hystérie, pourra se retrouver aussi dans les antécédents des malades. Dans le plus grand nombre de cas, des causes occasionnelles sont intervenues pour provoquer l'action morbide.

Landry, de regrettable mémoire, avait fait une étude particulière de l'hyperesthésie vulvo-vaginale; il la regardait comme très-habituelle dans l'hystérie confirmée, et il croyait qu'en la calmant par un traitement topique on pouvait modifier les autres manifestations hystériques. Il cautérisait les points hyperesthésiés avec un crayon de nitrate d'argent, et affirmait en avoir obtenu de bons résultats.

Je crois qu'il faut distinguer les hyperesthésies vulvaires des hyperesthésies vaginales. J'ai vu une hystérique affectée de névralgies pelviennes, avec une hyperesthésie telle de la vulve, que le moindre mouvement des cuisses lui arrachait des cris; elle restait immobile, accroupie sur son lit, les cuisses écartées et fléchies, le tronc courbé en avant, la tête sur les genoux; trois fois par jour elle s'injectait sous la peau 75 centigrammes d'hydrochlorate de morphine et buvait en outre, quand elle pouvait s'en procurer, plusieurs cuillerées de laudanum de Sydenham. Elle en avait avalé un jour un verre entier, qui n'avait eu d'autre résultat que de lui procurer un sommeil paisible. Les accidents hystériques s'étaient manifestés avec violence à la suite de la rupture d'un mariage qu'elle avait vivement désiré; elle était créole, d'une nature ardente, passionnée, qu'aucune éducation raisonnable n'avait modérée ou dirigée. — Sous l'influence de cet état névralgique, la vulve était devenue le siége d'une sécrétion anomale, accompagnée de prurit. Une pommade avec le bromure de potassium, le tannin et l'extrait de belladone lui procura un soulagement immédiat.

Ici, il y avait plus que de l'hyperesthésie, il y avait de la névralgie de la vulve.

L'hyperesthésie vulvaire est plus commune; il y a des femmes qui souffrent constamment dans les rapports sexuels, même après avoir eu plusieurs enfants, et sans qu'il y ait aucune condition physique chez leurs maris qui puisse expliquer ces souffrances dans le coït.

Cette hyperesthésie a paru quelquefois motivée par une déchirure produite dans l'accouchement; ou plutôt je l'ai vue se localiser au niveau de la cicatrice, qui était douloureuse au plus léger contact. Ces douleurs souvent provoquent une contraction spasmodique du vagin et des adducteurs fémoraux, qui rendent les rapports sexuels plus difficiles, et par cela même plus douloureux. Alors les malades, celles même qui sont ardentes, passionnées, et qui éprouvent des besoins sexuels, reculent devant leur satisfaction, ne cèdent qu'en tremblant aux désirs de leurs maris et avec d'indicibles tortures. J'en ai vu chez lesquelles, après 12 ans de mariage et 5 ou 6 couches, cette sensibilité morbide n'avait pas diminué. Je citerai plus loin une observation dans laquelle elle précéda le vaginisme.

Le traitement topique que j'indiquerai pour celui-ci convient dans l'hyperesthésie. Si, comme dans le fait rapporté plus haut, un état congestif superposé, à l'élément névralgique aboutit, à une sécrétion catarrhale ou à une affection herpétique, ces complications appelleront dans le traitement des modifications que j'ai indiquées à propos du prurit vulvaire.

Le point vaginal, que Landry avait rencontré le plus souvent dans un des culs-de-sac vagino-utérins, n'est pour moi qu'un retentissement de l'hyperesthésie ovarienne. J'ai étudié ailleurs cette hyperesthésie, que j'ignorais alors avoir été signalée par Schutzenberger; on la constate en exerçant une pression sur une des régions iliaques et en refoulant en bas et en arrière la paroi hypogastrique dans la direction du ligament large. Comme je l'ai dit, on la rencontre plus souvent à gauche qu'à droite; elle peut exister des deux côtés; il n'entre pas dans mon sujet d'en faire ici l'histoire.

J'ajouterai seulement à ce que j'en ai dit un détail qui me paraît en déterminer le siége : quand cette hyperesthésie iliaque est très-caractérisée, en portant le doigt dans le cul-de-sac vaginal du même côté, et en comprimant la base du ligament large, la malade accuse de la douleur.

Cette hyperesthésie ovarienne peut rendre le coït douloureux quand le pénis vient appuyer sur ce point, et j'ai entendu des femmes se plaindre des douleurs qui en résultaient et qu'elles imputaient au choc subi par la matrice dans les rapports sexuels.

L'hyperesthésie ovarienne est souvent accompagnée de névralgies dans les nerfs lombaires, sciatiques, quelquefois même intercostaux. Leur coïncidence avec la névralgie lombaire me paraît sous la dépendance d'une loi que j'ai eu souvent l'occasion de vérifier : c'est que les névralgies viscérales sont presque toujours compliquées de névralgies des nerfs spinaux; ainsi, j'ai presque toujours vu la névralgie intercostale compliquer la gastralgie, etc.

Le vaginisme ou spasme du vagin n'a guère été étudié que dans ces dernières années. C'est surtout Marion Sims qui nous l'a fait connaître. Michon en a rapporté plusieurs observations, dont la première recueillie chez une malade que je soignais avec lui et avec Chomel, et qui, évidemment, se rapporte au vaginisme; mais c'est Sims, je crois, qui a le mieux fait ressortir l'analogie de cette affection avec le spasme de l'anus et en a bien déterminé la nature.

La malade que j'ai vue avec Michon était une dame d'une trentaine d'années, mariée depuis six à huit ans et sans enfants. Elle était de race arthritique et était tourmentée par des névralgies, des phénomènes dyspeptiques et des migraines d'une insupportable fréquence. Sa stérilité était pour elle la cause d'un profond chagrin. Son mari me confia qu'il n'avait jamais eu avec elle de rapports complets, mais que toutes les tentatives qu'il avait faites avaient causé des douleurs si aiguës, provoqué des cris et des plaintes si pénibles qu'il n'avait pas osé passer outre, et que l'impression, qu'il en éprouvait, l'aurait mis d'ailleurs dans l'impossibilité de le faire.

Je l'engageai à faire examiner sa femme par Chomel, sous la direction duquel je soignais cette famille. Chomel ne trouva rien de bien anomal par le toucher; mais quand il voulut introduire le spéculum, il constata que l'hymen se laissait refouler à deux ou trois centimètres dans le vagin, et qu'à cette profondeur il opposait à la pénétration du spéculum une résistance tellement douloureuse qu'il crut devoir s'arrêter. Je cite le récit que me fit Chomel :

L'hymen avait-il été en réalité refoulé par les tentatives de coït souvent répétées sans briser l'obstacle qu'il opposait à la pénétration du pénis; ou bien cette résistance, qui empêchait le spéculum d'avancer, était-elle le résultat du spasme provoqué par son introduction, était-elle due à une contraction réflexe du muscle vaginal, consécutive à l'incitation douloureuse que l'instrument faisait subir à l'anneau vulvaire? C'est ce que je ne saurais affirmer. Nous convînmes qu'on pratiquerait le débridement de l'hymen. Michon, appelé par nous auprès de la malade, partagea notre opinion et se chargea de l'opération. Après avoir fait, je crois, des incisions multiples, il maintint pendant plusieurs semaines des mèches ou des éponges dans le vagin pour maintenir dilaté l'orifice vulvaire. Nous engageâmes le mari, homme très-vigoureux d'ailleurs, mais très-nerveux, à ne pas se laisser effrayer par quelques douleurs ou quelques plaintes dans les premières approches. Sa femme devint immédiatement enceinte. Avec la maternité disparurent les névralgies et les accidents dyspeptiques; les migraines devinrent aussi rares qu'elles étaient fréquentes auparavant, et cette dame eut successivement trois enfants dans l'espace de cinq à six ans. Malheureusement, après son troisième accouchement, elle fut prise d'accidents puerpéraux auxquels elle succomba.

(*A suivre.*)

FEUILLETON

L'IVRESSE PUBLIQUE, L'IVROGNERIE ET L'ALCOOLISME

AU POINT DE VUE DE LA RÉPRESSION LÉGALE (1).

Par M. le docteur THÉOPHILE ROUSSEL.

L'ivrogne ordinaire, avant d'avoir été complétement dégradé par l'habitude des excès, doit être considéré, en dehors des moments d'ivresse complète, comme un être intelligent et libre qui fait abus de sa liberté et enfreint volontairement les lois de la morale. De là la légitimité des peines correctionnelles qui viennent d'être énumérées.

Mais s'il est vrai que dans le cours même de l'ivresse il y a un moment où l'homme intelligent et libre, par conséquent responsable, disparaît pour ainsi dire derrière la brute qui ne savait l'être, il n'est pas moins vrai que dans l'*alcoolisme* proprement dit, lorsque les effets de l'intoxication progressive sont assez marqués pour qu'il puisse leur être appliqué un de ces noms nouveaux dont s'est enrichie la nosologie, l'homme intellectuel et moral est atteint comme l'homme physique; le libre arbitre s'altère, non plus un moment, comme dans l'ivresse, mais d'une façon continue et progressive, en sorte que l'homme vicieux a pour ainsi dire disparu sous le malade, l'homme responsable a disparu sous l'aliéné.

(1) Suite. — Voir les numéros des 10, 13, 15, 17 et 20 juin 1871.

Avant de tirer de ces données médicales leurs conséquences sur les pénalités, je ne puis éviter la question ardue de la responsabilité pendant l'ivresse proprement dite. L'ivresse comporte-t-elle l'imputabilité des actes commis pendant sa durée? doit-elle *excuser* et avoir tous les effets juridiques de la démence? N'est-elle pas au contraire une circonstance aggravante qui doit entraîner une aggravation de la peine? N'y a-t-il pas lieu, plutôt, d'écarter les solutions absolues et de faire des distinctions?

Il n'y a peut-être pas dans les sciences morales de question plus épineuse et qui ait plus divisé les criminalistes.

L'antiquité païenne qui se tenait, au milieu même des chefs-d'œuvre de la littérature et des arts, à un niveau moral peu élevé, avait au fond, comme le prouve le droit romain, la même indulgence pour l'ivrognerie que pour d'autres vices flétris par la morale chrétienne. La sévérité de Pittacus, qui établit une peine double pour l'homme ivre coupable d'un délit ou d'un crime, est le fait d'un moraliste, et c'est à ce titre qu'Aristote, et plus tard Quintilien, soutenaient que l'ivresse ne peut jamais constituer une excuse, ni même une atténuation d'un acte punissable; qu'étant un abus de la liberté, un état de dégradation volontaire, on n'avait pas à y chercher un moyen de justification des actes résultant de cet état. Cette doctrine, vers laquelle inclinaient les Pères de l'Église, a prévalu pendant le moyen âge, et a eu dans Barthole un défenseur vigoureux. Les théologiens et les canonistes ont généralement continué à y adhérer : entre tous, saint Thomas jeta un regard profond sur la question de la responsabilité. Pour ce grand docteur, une action peut être volontaire de deux manières : par elle-même, lorsque la volonté s'y porte directement, ou, en raison de sa cause, lorsque l'on voit cette cause sans s'occuper de l'effet. Il appliquait ce principe à l'ivresse volontaire, et disait que les actes commis pendant sa durée devaient être réputés comme volontaires. Les casuistes concluaient de cette doctrine que l'ivresse devait être sans péché ou simple péché véniel, si elle était involontaire; qu'elle était, au contraire, péché mortel pour quiconque, connaissant les suites de l'abus du vin, s'était livré de plein gré à cet abus, c'est-à-dire s'était privé volontairement et sciemment de l'usage de sa raison. La doctrine de Saint-Thomas se retrouve encore dans les célèbres conférences d'Angers. On y a admis que, pour déterminer si l'ivresse anéantit devant Dieu le péché commis en cet état, il faut considérer comment elle est survenue : « L'homme devenu ivre, dit-on, sans qu'il y ait eu de sa faute comme il y a apparence que cela arriva à Noé, ne peut pas plus pécher qu'un enfant ou un frénétique. Mais, au contraire, celui-là pèche en s'enivrant qui le fait volontairement, et il se rend coupable, par cette mauvaise action, de tous les crimes qu'il commet ensuite. »

Les conciles ont plusieurs fois décidé en ce sens avec la même netteté. Celui de Vienne décida que « quoique les ivrognes ne soient maîtres ni de leur corps ni de leur esprit, ils ne laissent pas d'être quelquefois coupables des crimes qu'ils ignorent, et cette ignorance ne les exempte pas d'être punis, parce qu'elle est volontaire dans la cause. » Les synodes de Tours et de Vannes ont prononcé dans le même sens.

La recherche de cette jurisprudence morale et religieuse, sortie du christianisme, n'est pas ici un luxe de polémique doctrinale, car c'est elle qui semble avoir inspiré la plupart des lois positives faites sur l'ivresse. Les pays où ont toujours dominé les principes du droit romain, ont cependant laissé prévaloir l'indulgence, et, dans les Etats germaniques, l'Autriche a surtout incliné dans ce sens. La *Constitution criminelle* de Marie-Thérèse avait admis que la personne en état d'ivresse est incapable de délit, et le Code pénal autrichien

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 5 avril 1871 (1). — Présidence de M. ALP. GUÉRIN.

LECTURE

Trépanation. — M. BOINET. Je communique à la Société une opération de trépan pratiquée chez un malade atteint d'aphasie de cause traumatique.

Voici cette observation dans tous ses détails :

Aphasie (de cause traumatique). — Le nommé Denis S..., âgé de 25 ans, né à Gros-Castaing (Corrèze), brigadier au 12e chasseurs à cheval, a été blessé d'un coup de sabre à la tête, à la bataille de Buzancy, le 28 août 1870. Il fut conduit à l'ambulance de Chème, où il est demeuré jusqu'au 23 octobre, époque à laquelle il fut envoyé chez les religieuses chanoinesses de l'ordre du Saint-Sépulcre à Charleville.

Il était alors, disent les renseignements écrits dont il était porteur : « muet, paralysé de tout le côté droit, ne pouvant marcher ni ne servir de son bras; à peine comprenait-il ce qu'on lui disait et il pouvait encore moins se faire comprendre. La mémoire était aussi tout à fait perdue. Plusieurs fois il est tombé sans connaissance, ce qui lui arrivait aussi bien à table qu'au lit. Néanmoins, on le voyait se fortifier tous les jours. — Le 18 février il fut envoyé, par l'intendance, à l'ambulance du séminaire, place du Sépulcre, et enfin le 13 mars il est évacué sur Paris, pour y subir une opération qui doit lui rendre la parole. »

Le 15 mars, ce blessé entre à l'Ambulance des secours aux blessés de la Société internationale, dans le service de M. le docteur Boinet.

Il présente sur la tête une longue cicatrice du cuir chevelu, linéaire, étendue de l'extrémité externe de l'arcade orbitaire gauche à l'angle postéro-interne du pariétal du côté correspondant; elle est par conséquent oblique de bas en haut, d'avant en arrière et de dehors en dedans.

Par le toucher, il est facile de s'assurer qu'il y a un enfoncement du crâne, bien que la dépression soit peu considérable, au moins pour la table externe, et il reste au milieu de la cicatrice un petit orifice fistuleux qui laisse suinter quelques gouttes de pus et indique qu'il y a encore quelques parcelles osseuses nécrosées à éliminer. Avec une sonde cannelée on pénètre à peine dans ce pertuis. L'exploration est, du reste, faite avec grands ménagements et ne permet pas d'indiquer d'une manière précise l'étendue et la direction du trajet fistuleux.

L'aspect extérieur du blessé, son faciès, ne présente au premier abord rien de particulier. Son visage est calme, paraît intelligent; ses yeux sont vifs, et s'il existe du strabisme convergent, il est si peu marqué qu'on peut le mettre en doute; la vue, du reste, paraît normale et sans le moindre trouble. Mais s'il rit, on constate immédiatement les signes ordinaires d'une paralysie de la face du côté droit; la commissure labiale de ce côté est peu mobile, légèrement abaissée, etc., etc.; s'il fume, la salive s'écoule involontairement de la commissure droite.

Les muscles de la partie supérieure de la face, ceux des paupières, du front, paraissent à peine atteints par cette paralysie. La langue, qu'il tire assez facilement, n'est point déviée quand elle dépasse peu les arcades dentaires, mais son mouvement forcé d'adduction du côté droit est impossible; elle est dépouillée à son extrémité de son épithélium par petites plaques, qui ont l'aspect de petites ulcérations grisâtres.

Le voile du palais ne présente rien de particulier, si ce n'est une très-légère déviation de la luette à droite. Les mouvements de mastication et de déglutition se font normalement. D'autre part, on constate dans le membre supérieur du côté droit une diminution encore très-notable de la force musculaire; mais dans le membre inférieur, du côté correspondant, tout phénomène de paralysie semble avoir disparu. Le blessé marche, se promène toute la journée sans fatigue.

A côté de ces phénomènes de paralysie actuellement peu accentués, on en constate un autre très-marqué : une aphasie presque absolue. Interroge-t-on ce blessé, il comprend facilement les questions qu'on lui pose, semble vouloir y répondre, mais témoigne, après quelques secondes d'hésitation, par un signe d'épaule et par l'expression de son visage, qu'il ne peut répondre malgré tout son désir et ses efforts. La faculté du langage articulé est presque entièrement abolie chez lui. Ce n'est qu'à grand'peine qu'il peut joindre au langage mimique les monosyllabes *oui* ou *non*, et il semble avoir d'autant plus de difficulté à les articuler qu'on le presse davantage de répondre et que son désir en est plus grand. Il les prononce au contraire d'autant mieux qu'une question lui est posée plus *ex abrupto*, par surprise. Il prononce mieux le *oui* que le *non*, les voyelles que les consonnes; mais les voyelles mêmes sont mal articulées; ce sont plutôt des exclamations qu'il pousse que des lettres qu'il prononce. Il ne peut non plus redire les mots qu'on profère devant lui.

La lecture mentale aussi bien que la lecture à haute voix paraît impossible. Il indique par signes qu'il ne comprend pas les écrits qu'on lui place sous les yeux. Cependant il copie à peu près correctement les mots, mais il les copie lettre par lettre, ce n'est point le mot lui-même qu'il copie : ainsi, commence-t-il à copier un mot d'une certaine longueur, si on cache la fin du mot, il ne peut achever de l'écrire. Lui dicte-t-on, au contraire, un mot, il l'écrit à peu près régulièrement si le mot n'est pas trop long, ou si on le répète plusieurs fois en l'accentuant bien. Mais il reste souvent hésitant pour trouver certaines lettres, et quelquefois il lui arrive d'écrire une autre lettre que celle qu'il voulait, ce dont il s'aperçoit toujours. Il en est de même lorsqu'il écrit son nom, celui de ses frères et sœurs, etc. Son écriture est tremblée, ses lettres mal formées, mais il faut tenir compte de son affaiblissement musculaire qui persiste encore dans le bras et la main droits. Il est inutile de dire qu'avant sa blessure, ce blessé lisait couramment et écrivait bien. Il avait été pendant cinq ans dans une école.

La mémoire, qui, paraît-il, a été dans un temps complétement abolie, n'est point encore complétement revenue. Il fait comprendre lui-même, quand on le questionne, qu'il y a bien des choses dont il ne se souvient pas.

L'intelligence est assez nette. Il comprend tout ce qu'on lui dit. Il est très-gai, rit très-volontiers avec ses camarades et joue avec eux aux dominos, ce qui montre d'une part qu'il compte bien et assez rapidement les points inscrits sur les dominos, et, d'autre part, qu'il raisonne, car il joue intelligemment. Il comprend aussi très-bien la valeur des chiffres et fait facilement une addition.

La voix n'est pas entièrement éteinte; il rit souvent bruyamment, fait quelquefois entendre des bruits assez forts, bien qu'un peu sourds; une fois il fut surpris à siffler. Quand il veut parler, cependant, ou lorsqu'on l'invite à pousser un cri, il ne peut faire entendre de sons forts et clairs, le résultat de ses efforts est ordinairement le mot *hein*, prononcé d'une voix sourde.

L'état général de ce blessé est aussi bon que possible. Il est fort, robuste, bien portant. Son moral est excellent, et, bien qu'il ait parfaitement conscience de son état et qu'il paraisse quelquefois ennuyé de ne pouvoir point exprimer sa pensée, il ne semble nullement soucieux ni affecté. Enfin, depuis quelques jours seulement qu'il séjourne à l'ambulance, il paraît déjà avoir fait quelques progrès sous le rapport de la lecture mentale, de l'écriture, peut-être même de l'articulation des monosyllabes *oui* et *non*; la paralysie de la face est aussi un peu moins marquée et les jeux de physionomie plus faciles. Il n'a plus eu d'attaque d'épilepsie depuis le jour de son entrée à l'ambulance, où il était tombé subitement sans connaissance pour quelques instants seulement et sans phénomènes convulsifs.

L'état de ce malade m'inquiétait; je priai M. Larrey de venir le voir pour me donner son avis sur l'opportunité d'une trépanation. M. Larrey fut d'avis qu'on pouvait attendre; mais depuis sa visite les accidents s'aggravèrent, et je me décidai à appliquer le trépan. Je fis cette opération il y a deux jours. Je trouvai la table interne séparée de la table externe; je retirai plusieurs esquilles et je mis à nu la dure-mère, qui reste intacte.

Immédiatement après l'opération, les accidents s'amendèrent et le malade put prononcer le mot *non* beaucoup mieux qu'auparavant. Aujourd'hui, cet opéré va assez bien; il mange avec appétit; il n'a pas de fièvre, mais je crains le développement ultérieur d'une méningite. Je tiendrai la Société au courant de cette observation importante.

M. M. SÉE. L'observation de M. Boinet me fournit l'occasion de raconter un fait intéressant de plaie de tête. Un soldat avait reçu à la bataille de Mouzon un éclat d'obus qui lui avait enlevé une partie du pariétal droit, et peut-être avec l'os quelques parcelles de substance cérébrale. Ce malade était soigné dans une ambulance particulière; il fut guéri au bout de dix jours; mais immédiatement après la cicatrisation de la plaie, son intelligence se modifia profondément, et je le fis entrer dans mon service pour le mieux observer. Il se plaignait de tout, des aliments qu'on lui donnait et des soins qu'il recevait. Il était agité, et un jour il s'enfuit dans les rues en criant : *Vive la France! A bas la Prusse!* Il aurait été fusillé sans l'intervention d'un officier prussien qui fit observer qu'il était aliéné. Il fut ramené dans mon ambulance, où il fut surveillé avec soin. Il conservait un bon appétit et un bon sommeil, mais il avait un peu de fièvre et un peu d'agitation. Il s'échappa une seconde fois de l'hôpital, et on fut obligé de l'envoyer dans un asile d'aliénés. Je n'ai pas eu la suite de cette observation, mais je pense que dans ce cas le délire était lié à une encéphalite chronique, produite peut-être par une esquille.

M. BLOT. L'opinion exprimée par M. Sée est plausible, mais il serait bon qu'il pût nous dire si la folie n'est pas héréditaire dans la famille de son malade.

M. SÉE. Il m'est impossible de fournir le renseignement qui m'est demandé; mais je persiste à croire que le délire était consécutif à la blessure de la tête.

La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire annuel : TARNIER.

(1) Fin. — Voir le dernier numéro.

DOCUMENTS

POUR SERVIR A L'HISTOIRE DU MOUVEMENT SCIENTIFIQUE PENDANT LE SIÈGE DE PARIS (1).

FACULTÉ DE MÉDECINE. — M. BOUCHARDAT.

Des meilleurs moyens d'employer pendant le siége nos ressources alimentaires.

(Suite.)

Emploi du riz. — Veut-on remplacer une partie du pain consommé par le riz, il est deux moyens qu'on peut mettre en usage : le premier consiste à moudre le riz avec le blé; le second, sa cuisson à sec, comme cela se pratique aux Indes et aux colonies.

Veut-on constituer un régime avec le riz, nous verrons les substances qu'il convient de lui ajouter pour approcher le plus possible de l'aliment complet.

Moudre un quart de riz avec le blé ou mélanger la farine de riz à la farine de froment sont des opérations très-faciles; voici les avantages qu'elles présentent : le pain est plus blanc, une même quantité de farine donne une quantité plus élevée de pain.

A l'aide de ce moyen, on donnera un emploi utile au riz, et qui sera selon les goûts de tous; mais voici les inconvénients de ce mode d'emploi : la quantité de pain est augmentée, parce que la farine de riz retient plus d'eau que la farine de froment.

La valeur alimentaire du pain est diminuée par cet excès d'eau, par la diminution dans ce pain de la proportion des matériaux plastiques qui déjà s'y trouvent en trop faible proportion. Quoi qu'il en soit, c'est le moyen d'utiliser le riz auquel il faudra avoir recours, pour respecter le goût que nous avons tous pour le pain.

Si l'on veut employer le riz seul pour remplacer le pain, rien de mieux que le procédé indien dont H. Sainte-Claire Deville a donné la description si nette que voici :

« Pour utiliser le riz comme aliment destiné à remplacer plus ou moins complétement le pain, prenez un verre à boire plein de riz, mettez en le contenu dans une casserole ou marmite, versez dans celle-ci un verre et quart d'eau, couvrez le vase et mettez-le sur un bon feu : après une demi-heure, l'eau s'est complétement évaporée, le riz est cuit, tendre, mais sec, et tous les grains sont isolés et détachés de manière à ne pas faire pâte.

« On a eu soin de mettre le sel en quantité convenable, et l'on

(1) Suite. — Voir le dernier numéro.

---

a admis plus tard « que l'ivresse doit être punie comme transgression, quand on a commis en cet état une action qui, hors de ce temps, serait considérée comme un crime, et que nulle action ou omission ne constitue un délit, quand l'auteur est en pleine ivresse, à moins qu'il ne s'y soit mis dans l'intention directe de commettre un délit. »

Le Code pénal de Bavière (art. 40) porte que les crimes prémédités, le jugement étant sain, puis accomplis dans l'ivresse volontaire, entraînent toute la responsabilité, et doivent être considérés comme commis avec préméditation. Les Codes badois, hessois et wurtembergeois s'en tiennent à peu près à cette distinction; en sorte que, en dehors des cas de préméditation, l'ivresse est admise aussi comme annulant ou diminuant la responsabilité.

Des tendances beaucoup plus sévères ont dominé dans les Etats du Nord de l'Allemagne. La célèbre ordonnance du duc de Brunswick, confirmée et complétée par le roi Georges III, porte expressément que « nulle excuse ne sera admise pour les crimes commis dans l'ivresse. »

L'édit prussien du 18 mars 1718, contre les abus du *Gesundheittrinken*, portait que dans les délits, et particulièrement les crimes de meurtre, l'ivresse ne doit être l'objet d'aucune excuse, et que plutôt, lorsqu'un délit a été commis sous son influence, la peine doit être plus sévère, « afin que chacun comprenne que l'ivresse n'a point été la moindre cause de la punition; » qu'à cet effet, dans de pareils cas, lorsqu'il s'agit d'une amende, d'un emprisonnement ou peines analogues, la peine devra être doublée, et lorsqu'il s'agira d'une condamnation capitale, l'application devra en être plus sévère, et, suivant les cas, on emploiera, au lieu de l'épée, la corde; au lieu de la corde, la roue, ou toute autre aggravation de supplice.

Le Code (1) pénal prussien, inspiré par les mêmes principes, a admis un article (§ 22) aggravant la pénalité des infractions, délits ou crimes commis pendant l'ivresse.

En Angleterre, l'ivresse n'a pas, à proprement parler, d'effet légal; mais, avant tout, on peut dire qu'elle n'excuse pas l'homme ivre. Celui qui s'enivre volontairement est responsable des actes commis dans l'ivresse, et le défaut de raison dans l'ivrogne, au moment où il commet son crime, aggraverait plutôt sa situation, parce qu'on admet qu'il était bien maître de ne pas s'enivrer.

En France l'édit de 1536, qui résume notre ancienne législation jusqu'en 1790, admettait, sans distinction aucune, l'imputabilité des actes commis pendant l'ivresse : « S'il advient, est-il dit, que par ébriété ou chaleur de vin, lesdits ivrognes commettent aucun mauvais cas, ne leur sera pour cette occasion pardonné; ainsi seront punis de la peine due au délit et davantage pour ladite ébriété à l'arbitrage du juge. »

Quoique notre législation nouvelle n'admette pas d'excuse pour l'ivresse, on peut dire que les tendances de presque tous les criminalistes contemporains se sont prononcées de plus en plus contre la responsabilité de l'ivresse. « L'ivresse, disait Rossi, lorsqu'elle est complète, ôte entièrement la conscience du bien et du mal, l'usage de la raison; c'est une sorte de démence passagère. L'homme qui s'est enivré peut être coupable d'une grande imprudence; mais il est impossible de dire avec justice : ce crime, tu l'as compris au moment de le commettre. »

On est arrivé ainsi à considérer la *demi-ivresse*, ce que l'édit de 1536 appelait l'*ardeur du vin*, comme un élément d'*atténuation de culpabilité*.

Enfin, l'un des plus distingués de nos criminalistes vivants, M. Bertauld, n'admet même pas que le caractère volontaire de l'ivresse, ni même cette circonstance que la volonté criminelle aurait préexisté au crime commis pendant l'ivresse, puissent avoir une grande influence sur l'application de la loi pénale. La question, pour lui, est de savoir si, au moment qu'il a violé la loi, l'inculpé avait perdu toute intelligence; si pour lui la distinction entre le bien et le mal, au lieu d'être seulement obscurcie, n'était pas entièrement anéantie. Dans ce cas, il ne peut pas supporter la responsabilité d'un acte auquel l'homme, en lui, est étranger, puisqu'il n'y avait plus en lui qu'une brute.

Sans m'arroger le droit d'intervenir dans ces contradictions, je crois avoir celui d'affirmer que la doctrine, conforme à celle des théologiens, qui refuse d'attribuer à l'ivresse toutes les conséquences légales de la démence; qui tient compte du caractère volontaire et surtout de la préexistence de pensées criminelles, est non-seulement la meilleure pour la protection de la société, mais encore la plus conforme aux données de l'analyse physiologique et psychologique, appliquées aux phénomènes et aux phases de l'ivresse.

Je n'aborderai pas la discussion de ce point délicat et ne chercherai pas à résoudre les difficultés par une étude médicale des phénomènes de l'ivresse. Les conclusions de cette étude, dont les criminalistes ne sauraient nier la portée, amèneraient à reconnaître qu'en fait, l'ivresse peut et doit rarement être assimilée à la démence; qu'en général, dans les délits et crimes qui s'y commettent, on peut suivre les traces de la volonté et des tendances préexistantes, en sorte qu'elle doit encore être caractérisée du nom que lui

(1) En Suède, l'ivresse n'est admise en aucun cas comme excuse d'aucun délit ou crime.

se garde bien de remuer les grains pendant la cuisson. Les riches et les gourmets laisseront encore le riz se dessécher un peu plus sur un feu doux, après l'avoir imprégné d'un peu de beurre, de graisse ou de lard.

« Ce riz, tel qu'on le prépare dans les Indes-Orientales, où il remplace le pain, est à la bouillie épaisse et indigeste que l'on mange en France, ce que le pain lui-même est à la bouillie de farine.

« Ce riz tendre, mais en grains isolés, ne peut, à cause de sa consistance, être avalé sans avoir été mâché. Il s'imprègne abondamment de salive, qui est absolument nécessaire à sa digestion.

« Il en est de même pour le pain bien levé, sorte d'éponge qu'il faut nécessairement mâcher, imbiber de salive avant de l'avaler; c'est pour cela que la bouillie de farine et la bouillie de riz ne peuvent remplacer dans l'alimentation le pain et le riz cuit en grain à la manière orientale.

« Nos soldats perdent en ce moment une grande quantité de riz en le transformant en une pâte également indigeste et répugnante qu'ils rejettent. Ils s'habitueront facilement au riz cuit en grain par le procédé si simple précédemment décrit.

« Quand le riz est bien préparé, on en fait une excellente salade en le mélangeant avec beaucoup d'huile et de poivre, avec un peu de vinaigre et très-peu de sel. »

Nous allons nous occuper du second problème : Ajouter au riz ce qui lui manque pour en faire un aliment complet et en même temps aussi agréable que possible.

Une des meilleures associations qu'on puisse faire au riz, c'est de l'unir à des matières grasses et azotées. Rien ne s'approche du régime complet, ou, si vous aimez mieux, du lait de femme, par la nature et les proportions des matériaux alimentaires contenus, que du riz préparé avec du lard maigre. Avec de l'eau et l'action de nos ferments digestifs, les transformations présentent la plus grande analogie, comme vous pouvez facilement le comprendre d'après ce que je vous ai exposé dans les précédentes conférences.

Mais le lard est pour nous presque un souvenir; il faut chercher à y suppléer par un aliment qui s'en rapproche à certains égards.

Les semences oléagineuses, telles que les amandes douces, dont je vous entretiendrai dans la prochaine séance, se rapprochent du lait des carnivores par le rôle que jouent dans l'alimentation les principes immédiats qui les constituent. Or, en associant les amandes douces au riz, on ajoute un excès de matières grasses et de substances azotées, précisément ce qui manque au riz pour constituer l'aliment normal de l'homme. Voici comment on opère, pardonnez-moi ces détails : On fait crever, dans une suffisante quantité d'eau, du riz, deux mesures; on le sucre; on prive les amandes douces de leur enveloppe à l'aide de l'eau bouillante. On les réduit en pâte très-fine au moyen d'un peu d'eau et de sucre. On mélange cette pâte au riz crevé, et l'on achève, si l'on veut, de transformer le mélange en gâteau à l'aide d'un four de campagne, ou en le plaçant dans le four d'un fourneau de cuisine.

Il semble au goût que ce gâteau contient du beurre et des œufs; les chats, qui dédaignent le riz, s'y trompent eux-mêmes.

Il est indispensable que les amandes soient réduites en pâte des plus fines, ne donnant aux doigts la sensation d'aucune aspérité; car leur tissu compacte résisterait, sans cette parfaite division, à l'action des sucs digestifs.

Au lieu d'amandes, on peut ajouter dans le riz crevé et sucré du chocolat cuit avec très-peu d'eau, en ayant soin de remuer continuellement pendant la cuisson du chocolat avec l'eau.

Le cacao du chocolat ajoute au riz les deux matières qui lui manquent pour en faire un aliment complet pour l'homme, le beurre de cacao et les matières azotées.

Il renferme de plus une matière spéciale, la théobromine, qui agit comme la caféine du café dont je vais vous parler.

Ajouter à du riz crevé et sucré une forte infusion de café, cela constitue un mélange qui plaît à plusieurs personnes. Cette addition ne rapproche pas le riz de l'aliment normal; mais la caféine modère la dépense des matériaux ou des tissus de l'économie. Si la dépense est moins grande, les besoins pour la réparation diminueront. C'est ainsi que cette association peut se justifier au point de vue de l'hygiène.

On ajoute encore au riz crevé et sucré des raisins de Corinthe et du rhum. L'alcool est à la fois un aliment de calorification et un modérateur de la dépense; le raisin contient plusieurs principes immédiats utiles à la nutrition.

Emploi de l'avoine. — Le gruau d'avoine, connu chez nous sous le nom de *gruau de Bretagne*, est un aliment usuel en Écosse et en Irlande; on en prépare des bouillies et des gâteaux très-nourrissants, qui à eux seuls pourraient réparer les pertes de l'économie. Il faut pour cela décortiquer l'avoine et la concasser. Cette opération très-simple peut, selon M. Wilson, être organisée sur une grande échelle (*Compt. rend. Ac. sc.*). Je dois ajouter qu'il existe dans les laboratoires de Saint-Denis de la Pharmacie centrale de France, dirigée par M. Dorvault, des appareils de décortication qui peuvent opérer chaque jour sur 1,000 kilogrammes d'avoine.

ORGE. — MAÏS. — SARRASIN. — SEIGLE.

Il est quelques autres céréales ou produits alimentaires du même ordre dont je vais parler brièvement, moins parce qu'elles entrent comme une partie importante dans nos réserves alimentaires, que parce qu'elles nous offriront de précieuses ressources pour ensemencer tant de terres fertiles qui n'ont pu être semées en blé d'hiver.

Ce n'est pas seulement aux calamités du moment qu'il faut penser; il ne faut pas perdre de vue que les produits du sol ont, dans bien de nos départements, beaucoup laissé à désirer cette année; il faut savoir prévenir la disette qui pourrait nous menacer; l'histoire nous l'apprend, les calamités se suivent : guerre, famine et peste.

Vous pensez au blé du printemps, mais il ne faut pas oublier qu'il fournit des récoltes moins abondantes que le blé d'hiver; c'est une ressource dans les conditions où nous sommes; je ne la crois pas la meilleure.

L'orge, quand elle est semée dans de bons terrains, est une céréale productive; elle peut être cultivée à de plus grandes altitudes et plus avant dans le nord que le blé; il en existe au moins dix variétés distinctes; le grain est assez uniforme; il pèse en moyenne 65 kilogrammes par hectolitre. Ce sera une des céréales de printemps les plus précieuses pour être semées dans les bonnes terres qui n'ont pu recevoir le blé d'hiver.

L'orge contient 13 pour 100 environ de matières azotées, à peu près autant que nos blés blancs; elle renferme moins d'amidon, 66 pour 100, mais elle contient plus de matières grasses, près de 3 pour 100. Théoriquement, c'est donc une graine ayant au moins la valeur alimentaire du blé; mais la matière azotée n'a pas la cohérence du gluten du froment; puis les enveloppes extérieures du fruit sont dures, développées. On avait donné le nom d'*hordéine* à la matière ligneuse qui la constitue pour la plus grande partie. C'est cette matière ligneuse qui, broyée avec le grain, donnait au pain des propriétés si désagréables, que d'un homme mal élevé on disait : « Il est grossier comme pain d'orge ». Aujourd'hui, grâce au perfectionnement des procédés de mouture, ces rudes enveloppes du fruit sont enlevées; on obtient une très-bonne farine, qui, mêlée à celle du froment, forme la base d'un pain excellent, que je mangeais les autres années avec grand plaisir à l'époque des vendanges. Ce perfectionnement de la meunerie a modifié nos cultures. On fait plus de blé, plus d'orge et moins de seigle; si nos provisions d'orge sont encore assez élevées, on pourra mêler cette farine à celle du blé, et la valeur alimentaire du pain ne sera pas diminuée. Une condition indispensable, c'est que la farine d'orge soit obtenue par les procédés de la mouture perfectionnée.

Le maïs est une excellente céréale; elle se recommande par sa fécondité et par sa composition; elle renferme à peu près autant de matière azotée que le blé blanc, 12 1/2 pour 100, 68 pour 100 d'amidon; mais c'est la céréale la plus riche en matière grasse; elle en contient près de 9 pour 100 en moyenne. C'est donc pour l'homme un aliment complet ou peu s'en faut. Le maïs se prête mal à la panification, mais il forme la base de bonnes galettes et d'excellentes bouillies; malheureusement nous en avons peu.

Le maïs se sème tard, c'est pour nous un avantage, mais il ne mûrit qu'imparfaitement; dans nos départements du centre il faudra absolument le sécher au four pour empêcher les moisissures. Semons du maïs dans nos bonnes terres, ce sera un excellent moyen de prévenir la disette.

Le sarrasin est une graine triangulaire ayant une enveloppe dure, fragile, noire, qui forme le cinquième du poids du grain; c'est pour cela qu'il ne donne qu'une farine grise peu propre à la panification; il contient 10 pour 100 de matières azotées, 52 pour 100 d'amidon. Il se plaît dans les terres maigres, se sème tard; c'est encore une graine à semer pour nous prémunir.

Seigle. Céréale des terres pauvres, peu productive, mais très-utile par son chaume; son gluten est moins cohérent que celui du blé, mais sa farine s'associe bien à la sienne pour constituer un pain nourrissant qui se conserve parfaitement. Nous en avons encore, il faut le moudre et le mêler à notre farine de blé.

Il entrait avec le miel dans la composition du pain d'épices, que le Parisien estimait pour ses propriétés laxatives. Mais en temps où la nourriture n'est pas trop abondante, et pendant la saison froide, les laxatifs ne sont pas indiqués.

Un fait général sur lequel je crois devoir insister en terminant, c'est que toutes nos graines céréales, blé, orge, seigle, maïs, avoine, sont cette année d'excellente qualité, sans aucune altération; les chaleurs exceptionnelles de l'été ont pu diminuer la farine aux dépens des enveloppes des graines, mais nous sommes assurés d'avoir un pain, quelle que soit sa nuance, parfaitement sain, avec toutes ces graines.

(Sera continué.)

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1870.

251. Gillet (René). Les sympathies envisagées au point de vue clinique.

252. Ruaux (Albert). Considérations sur la varioloïde et sur diverses formes hémorrhagiques dans la variole.

253. Fauny (Emile). Du rash variolique envisagé surtout comme élément de pronostic.

254. Pitorre (Joseph). Quelques considérations sur la leucorrhée utérine.

255. Rigaud (Emile). Examen clinique de 396 cas de rétrécissement du bassin observés à la Maternité de Paris.

256. Guilbaud (François). D'une tumeur de la voûte du crâne formée par le liquide céphalo-rachidien.

CONCOURS

Hospices civils de Marseille. — Le lundi 27 novembre 1871, à huit heures du matin, il sera ouvert, à l'Hôtel-Dieu, un concours public pour six places d'élèves internes.

Le lundi 4 décembre suivant, à trois heures du soir, un autre concours sera ouvert, dans le même hôpital, pour cinq places d'élèves externes.

Ces deux concours auront lieu devant la Commission administrative, assistée d'un jury médical.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de l'Administration des hospices, à l'Hôtel-Dieu, et produire un certificat de moralité récemment délivré par le maire du lieu de leur résidence.

Les candidats pour le premier concours auront, de plus, à justifier du nombre de douze inscriptions.

Ceux qui sont élèves externes, nommés par le concours et en activité de service, seront dispensés de ces formalités. Ils se borneront à se faire inscrire.

Les élèves stagiaires, occupant provisoirement des places vacantes d'élèves, pourront être admis à jouir de la même faveur, sur l'autorisation de la Commission administrative, qui consultera le temps de leur service et les rapports concernant leur conduite dans l'hôpital.

Cette autorisation devra être demandée huit jours au moins avant l'ouverture du concours.

ÉPREUVES DU PREMIER CONCOURS :

1° *Anatomie* (Préparation et Démonstration.) — *Physiologie* — (épreuve orale).

2° *Patholog e chirurgicale* — (épreuve écrite).

3° *Rédaction de deux observations, l'une de Médecine, l'autre de Chirurgie.*

4° *Manuel de bandages et petite chirurgie.*

---

donnait Zacchias de *voluntaria insania, ma um sponte arcessitum*, et qu'il est légitime qu'elle garde ce caractère devant la justice.

La jurisprudence française, heureusement, ne s'est pas toujours laissée séduire par les théories subtiles qui ont, depuis Rossi, entraîné presque tous nos criminalistes. Plusieurs arrêts de la cour de cassation en font foi. On peut donc abandonner aux lumières des tribunaux et à la conscience du jury l'appréciation, suivant les éléments de chaque cause particulière, des éléments d'imputabilité des actes commis dans l'ivresse. Les conséquences de la définition de l'ivresse comme fait juridique permettent de chercher et de trouver les moyens de défendre l'intérêt public sur un terrain où aucune subtilité d'esprit ne pourra le compromettre.

Les criminalistes les plus exagérés dans le sens de l'irresponsabilité absolue de l'ivressse et de sa complète assimilation à la démence, reconnaissent, en effet, que l'ivrogne qui commet un acte criminel dans l'ivresse, mériterait un chatiment pour le fait de l'ivresse, si celle-ci était punie par la loi. Ils reconnaissent même que l'ivresse habituelle étant une immoralité et une honteuse et coupable abdication du libre arbitre, devrait être punie. « Que l'on punisse, dit M. Berthauld, l'ivresse habituelle comme délit pénal, rien de mieux... Que l'être intelligent et libre soit puni pour un abus de son intelligence et de sa liberté. »

C'est évidemment sur ce terrain, indiqué par les criminalistes eux-mêmes, qu'une loi nouvelle sur l'ivrognerie doit se placer pour établir une pénalité. Quels que soient les délits ou crimes commis, quels que soient l'arrêt du tribunal et le verdict du jury qu'ils entraînent, relativement à l'imputabilité de l'acte qui est l'objet de la poursuite principale, le fait bien établi de l'état d'ivresse, s'il n'est pas purement accidentel et involontaire, devient un élément juridique nouveau et tombe sous la loi pénale, dans les conditions qui lui sont propres. C'est un délit correctionnel, commis avec la circonstance aggravante d'association avec un autre délit ou un crime, et qui doit être puni de la peine correctionnelle principale, l'interdiction temporaire, partielle ou complète des *droits civils, civiques* et de *famille*.

Si l'article 64 du Code pénal qui porte « qu'il n'y a ni crime ni délit lorsque le prévenu était en état de démence au moment de l'action, ou lorsqu'il a été contraint par une cause à laquelle il n'a pu résister », si, dis-je, cet article ne doit être appliqué qu'avec réserve à l'ivresse, il y a dans les suites pathologiques de l'ivrognerie des cas que les progrès de l'alcoolisme rendent chaque jour plus nombreux, où cet article est d'une application forcée; car l'aliénation mentale, la *démence*, a pris possession de l'individu, et l'immoralité, le vice, se sont pour ainsi dire effacés derrière la maladie qu'ils ont produite.

Il est impossible de ne pas mentionner ici tout d'abord cet état pathologique dont la première connaissance remonte aux travaux de Bruhl Cramer et de Salvatori, et qui se caractérise par un *irrésistible entraînement à boire de l'eau-de-vie.* On sait qu'Esquirol a placé cet état complétement dans le domaine de la pathologie mentale, qu'il en a fait une monomanie particulière sous le nom de *monomanie d'ivresse*, cherchant à établir, par des observations, que la *maladie mentale* n'a pas été la conséquence de l'ivrognerie; qu'elle l'a, au contraire, précédée, tandis que Bruhl Cramer et les observateurs étrangers avaient expressément noté le contraire.

Quoi qu'il en soit de cette contradiction, en respectant l'autorité d'Esquirol et en n'insistant pas sur la juste critique dont ont été déjà l'objet les observations sur lesquelles il s'est appuyé, on est obligé de reconnaître aujourd'hui, d'après l'expérience, que la *monomanie d'ivresse* est un fait exceptionnel, et que la justice n'aura pas souvent à appliquer, dans ces conditions, l'article 64 du Code pénal.

(Sera continué.)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La commission chargée de l'examen des projets de loi : 1° sur le transfert de la Faculté de médecine de Strasbourg à Nancy, et 2° de la création d'une grande Université dans cette dernière ville, a déposé son rapport, qui conclut au rejet de ces deux propositions.

— M. Lannelongue, troisième prosecteur à la Faculté de médecine de Paris, est nommé premier prosecteur à la même Faculté, en remplacement de M. Le Dentu, dont la délégation est expirée.

M. Terrier, aide d'anatomie à la Faculté de médecine de Paris, est nommé deuxième prosecteur à la même Faculté, en remplacement de M. Gillette, dont la délégation est expirée.

M. de Lens, aide d'anatomie à la Faculté de médecine de Paris, est nommé troisième prosecteur à la même Faculté, en remplacement de M. Lannelongue.

Le présent arrêté aura son effet à dater du 1er avril 1871.

— M. Hœpfner est chargé des fonctions de chef de laboratoire des cliniques de l'Hôtel-Dieu. Il sera attaché, en cette qualité, au service de M. le docteur Béhier, professeur à la Faculté de médecine de Paris (cliniques de l'Hôtel-Dieu).

ÉPREUVES DU DEUXIÈME CONCOURS :

1° *Anatomie* (Ostéologie, Myologie) — (épreuve orale).
2° *Pathologie chirurgicale élémentaire* (épreuve écrite).
3° *Bandages et petite chirurgie.*

Après le rapport du Jury d'examen, la Commission administrative nommera les élèves.

Les Elèves nommés entreront immédiatement en fonctions.

La fin de leur exercice est fixée au 31 Décembre 1874.

Les Elèves internes qui, pendant leur internat, se seront fait remarquer par leur zèle à remplir leur devoir, pourront être autorisés par l'Administration à occuper les mêmes fonctions pendant une quatrième année ; dans ce cas, ils continueront à recevoir le traitement des Elèves internes de troisième année.

Le traitement des Elèves est fixé :

Pour les internes de 1re année, à 800 francs par an.
Pour les internes de 2me année, à 900 francs par an.
Pour les internes de 3me année, à 1,000 francs par an.
Pour les externes, à 300 francs par an.

Les jours où ils sont de garde, les Elèves sont nourris dans l'Etablissement.

Les Candidats prendront connaissance, au Secrétariat de la Commission administative, du règlement sur le service de santé ; ils seront tenus, en cas de nomination, de se conformer à toutes ses dispositions en ce qui les concerne, et aux modifications qui pourraient y être apportées.

L'article 56 est modifié comme suit :

« En cas d'absence ou d'empêchement, le 1er Chef-Interne est remplacé par le 2me Chef-Interne. — Celui-ci par un Elève interne. — Les Elèves internes sont remplacés par les Elèves externes — et ces derniers par les Elèves stagiaires.

« En cas de vacance d'emploi, et en attendant la nomination d'un nouveau titulaire, le remplaçant jouit des avantages attachés à l'emploi.

« Les Elèves remplaçants sont désignés par rang d'inscription.

« Le rang d'inscription est déterminé comme suit, sauf le cas de punition :

« 1° Elèves internes, qui, ayant concouru pour le Chef-Internat et n'ayant pas obtenu la place, ont été classés par le jury d'examen, comme capables d'en remplir les fonctions.

« 2° Elèves internes classés dans l'ordre de leur nomination.

« 3° Elèves externes, qui, ayant concouru pour l'Internat, et n'ayant pas obtenu la place, ont été classés par le Jury d'examen, comme capables d'en remplir les fonctions.

« 4° Elèves externes classés dans l'ordre de leur nomination.

« 5° Elèves stagiaires qui, ayant concouru pour l'Externat, et n'ayant pas obtenu la place, ont été classés par le jury d'examen, comme capables d'en remplir les fonctions.

« 6° Elèves stagiaires classés dans l'ordre de leur inscription. »

— Deux concours s'ouvriront à l'École de médecine et de pharmacie de Bordeaux, pour la nomination aux deux places de professeurs-suppléants créées en vertu du décret du 11 avril 1870.

I. — Le premier concours, pour une place de suppléant des chaires de chirurgie et d'accouchement, s'ouvrira le lundi 27 novembre 1871.

Le deuxième concours, relatif à une place de suppléant des chaires d'histoire naturelle médicale et de thérapeutique et matière médicale, s'ouvrira le mardi 19 décembre 1871.

II. — Les candidats devront être français ou naturalisés francais et docteurs de l'une des Facultés médicales françaises. Ils s'inscriront et déposeront au secrétariat de l'École leur acte de naissance et leur diplôme : pour le premier concours, avant le 2 novembre ; pour le deuxième, avant le 25 novembre.

III. — Les épreuves du premier concours consisteront en : 1° une composition écrite sur un sujet de chirurgie : 2° une leçon d'accouchement ; 3° une leçon de pathologie externe ; 4° une leçon de clinique externe, après examen de deux malades ; 5° une leçon d'anatomie chirurgicale et d'opérations.

Les épreuves du deuxième concours consisteront en : 1° une composition écrite sur un sujet de thérapeutique ; 2° une leçon d'histoire médicale ; 3° une leçon de matière médicale.

IV. — Le temps accordé sera : 1° pour les compositions écrites, de six heures, sans livres ni notes ; 2° pour la deuxième épreuve du premier concours, d'une heure, après un égal temps de réflexion ; 3° pour la troisième épreuve du premier concours, et pour les deuxième et troisième épreuves du deuxième concours, d'une heure, après vingt-quatre heures de préparation ; 4° pour l'épreuve clinique et la cinquième épreuve du premier concours, d'une heure, sans préparation ni réflexion préalables.

V. — Le jury des deux concours sera composé de cinq professeurs qui nommeront entre eux un président et un secrétaire. En cas d'empêchement, le juge absent sera remplacé par un de ses collègues, le nombre de trois membres au moins sera nécessaire pour que les opérations accomplies puissent être déclarées valables.

VI. — Dans chaque concours, les épreuves devront être identiques pour tous les candidats, à moins que le nombre de ceux-ci n'oblige à scinder quelques-unes des séances. Au commencement de chaque épreuve, l'ordre d'appel des candidats sera réglé par le sort.

— *Maison de santé* à vendre par suite de décès. Écrire à Me Collin, notaire à Nancy.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois.. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes

SOMMAIRE. — REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE. Les vésicatoires. De l'ambre dans les accouchements. — ACADÉMIE DE MÉDECINE. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — Feuilleton. — Nouvelles.

Paris, le 26 août 1871.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Les vésicatoires.

Il est des moyens thérapeuthiques dont l'efficacité est si bien établie par la pratique qu'aucune théorie nouvelle, aucun discours si éloquent qu'il fût, n'a jamais pu en faire complétement abandonner l'emploi. Parmi ces moyens curatifs, nous pouvons citer en première ligne les révulsifs cutanés et surtout les vésicatoires.

Tous les médecins ont présente à l'esprit la discussion qui eut lieu sur ce sujet à l'Académie de médecine et les arguments de Malgaigne.

L'éloquent logicien avait beau jeu pour critiquer comme irrationnelle l'application de vésicatoires sur la surface cutanée contre une affection viscérale, alors que l'action du vésicatoire était le plus généralement expliquée par une saignée soit de lymphe soit de sérum.

Pourquoi par exemple choisir comme lieu d'élection le thorax lorsque les poumons étaient malades ? Est ce que les vaisseaux des poumons et du thorax sont les mêmes ? Est ce qu'en désemplissant les uns on pourrait dégorger les autres ? Est-ce que la cavité de la plèvre n'est pas entre eux, rendant absolument indépendants les deux systèmes circulatoires, tant qu'il ne s'est pas fait d'adhérences pleurales ?

Entre le cœur et le thorax, les viscères abdominaux et les parois de l'abdomen, la séparation n'est-elle pas aussi complète à ce point de vue ?

Si l'on admet le vésicatoire comme agent antiphlogistique, autant donc vaudrait l'appliquer sur la main que sur le thorax lorsqu'il s'agit d'affection pulmonaire. La déplétion produite dans le poumon n'en serait ni plus ni moins grande.

Et si l'on croit que le vésicatoire agit par le système nerveux, les nerfs du poumon sont aussi distincts que ses vaisseaux de ceux du thorax.

Ces objections et d'autres semblables, entendues à l'Académie et dans les cliniques médicales, avaient vivement impressionné un certain nombre de praticiens qui n'osaient presque plus prescrire de révulsifs faute de savoir comment expliquer leur action.

Depuis, une théorie que l'on entrevoyait à peine à cette époque, la théorie des actions reflexes, est venue fournir à la pratique cet appoint dogmatique qui semblait lui manquer.

On sait maintenant que des parties, très-éloignées les unes des autres par leurs vaisseaux et par leurs nerfs, peuvent être accouplées dans une action commune par l'entremise des centres nerveux.

Les nerfs mixtes qui sortent de la moelle épinière ne constituent pas les seuls genres de paires nerveuses; M. Claude Bernard a d'abord établi ce fait par ses admirables travaux. Puis, lorsqu'on eut pris l'habitude de rechercher le nerf sensitif qui complétait le circuit commencé par un nerf moteur, on s'est aperçu que d'autres circuits pouvaient se former en dehors de ce premier circuit élémentaire.

Les nerfs naso-moteurs peuvent être, eux aussi, mis en jeu par une excitation qui, émise du dehors, leur est transmise par un centre.

On a étudié ces phénomènes en s'éclairant par la comparaison avec les courants électriques, infiniment moins difficiles à bien connaître dans leurs lois.

Je ne rapporterai pas ici les belles expériences et les observations de M. Brown Séquard sur les nerfs trophiques et sur les modifications de la nutrition des tissus, comme de leur mobilité et de leur sensibilité, par des actions nerveuses qui leur viennent de loin.

Ces faits sont bien connus, et si je les rappelle, c'est seulement pour montrer que les médecins amateurs de théorie y trouvent une réponse aux objections de Malgaigne.

Rien n'empêche en effet d'admettre que des organes rapprochés par la position qu'ils occupent, le sont aussi par les actions qui se transmettent dans leurs nerfs.

La chose n'est-elle pas, par exemple, prouvée en ce qui touche les parties animées par les rameaux du sus-orbitaire, dont les lésions retentissent souvent sur la vitalité de l'œil par une action reflexe trophique ? Peu importe pour cette action que les filets de retour soient dans la même gaîne que les filets de départ, puisque les tubes nerveux ne communiquent pas autrement que par les centres, et peut-être par des unions périphériques, suivant M. Claude Bernard.

Ce qui est vrai pour cette région peut l'être aussi pour le thorax, et M. Duchenne (de Boulogne) croit l'avoir établi par une observation dans laquelle il calma, chez une malade qui avait eu la diphthérie : 1° des phénomènes cardiaques comparables à ceux qui suivent la section des pneumogastriques, en excitant par un léger courant électrique la peau du thorax dans la région correspondante au cœur ; 2° une paralysie de la moitié de la face et du corps, par une excitation légère de toute la peau de la région ; 3° des phénomènes d'oppression comparables à ceux que produit la paralysie du pneumogastrique, en excitant de la même manière la peau de la région postérieure du thorax.

M. Duchenne (de Boulogne) aurait ainsi montré que la peau de ces régions est reliée aux organes qui sont situés en dessous d'elle par un arc nerveux qui se complète dans les centres.

Peut-être demain cette théorie aura-t-elle fait place à une autre ; aussi suis-je loin d'y attribuer quelque importance.

Mais aujourd'hui, du moins, elle a le grand avantage de permettre un classement de faits incontestables, qui est satisfaisant pour l'esprit.

Il est incontestable, pour qui sait observer, que les inflammations chroniques sont très-souvent utilement modifiées et même amenées à guérison complète par l'emploi méthodique et sage des vésicatoires.

C'est encore le meilleur moyen d'en finir vite avec ces pneumonies catarrhales, par exemple, qui, ayant débuté dans le cours d'une fièvre grave, se prolongent ensuite et tendent à passer à l'état caséeux.

J'en ai observé de nombreux exemples, et des plus frappants, soit dans ma pratique de la ville, soit, cet hiver, dans mes services d'ambulance.

Voici comment j'emploie, en pareil cas, les vésicatoires.

Convaincu que, chez les gens débilités, la suppuration est toujours une nouvelle cause de fatigue et de danger, j'ai soin de l'éviter le plus possible.

Pour des raisons semblables, pour éviter l'épuisement par une sécrétion trop abondante et par une trop vive douleur, je fais réduire la surface du vésicatoire aux plus petites dimensions (de 2 à 3 centimètres de côté).

Rien ne m'empêche alors de répéter l'application de tels vésicatoires tous les jours ou tous les deux jours, selon qu'ils sèchent plus ou moins vite.

Dans les pneumonies catarrhales, je les fais poser de préférence sur le devant de la poitrine en dessous de la clavicule, d'abord d'un côté, puis de l'autre.

En ayant soin d'enlever le vésicatoire sitôt qu'en en soulevant les angles on voit que la cloche est formée, de le panser sans aucun corps gras, avec un peu de ouate saupoudrée ou non de sous-nitrate de bismuth, ou de carbonate de plomb si le derme est très-irrité, on arrive aisément à ne pas avoir de pus.

La quantité de lymphe perdue est peu de chose.

Et l'on s'étonne de voir combien vite s'améliore l'état local sous l'influence d'une révulsion qui passe presque inaperçue pour le malade, tant elle est faible.

Est-ce par une action continue sur les vaso-moteurs de l'organe affecté que se fait la résolution ? Je n'en sais rien ; mais la pratique est au-dessus de toute théorie. Or les résultats des vésicatoires employés suivant cette méthode sont parfois presque merveilleux.

Je les ai employés souvent avec succès dans cet état complexe qu'on nomme la phthisie. Ils y modifient certainement les pneumonies secondaires, et chez certains sujets, lorsque le nombre des granulations spécifiques n'est pas trop grand, lorsque les lésions ne sont point trop étendues et trop profondes, lorsque l'état général est tel qu'on puisse encore le soutenir, les très-petits vésicatoires appliqués sous les clavicules peuvent arrêter l'évolution de la maladie, et contribuer à une complète guérison.

Ce moyen m'a rendu aussi de grand services dans les très-anciennes dysentéries contractées dans l'extrême Orient. Je fais alors placer les petits vésicatoires successivement, l'un près de l'autre, le long du trajet du gros intestin.

Cette méthode que je recommande n'est pas de moi.

Je l'ai apprise par une malade de Michon, dont j'ai hérité après la mort de ce célèbre chirurgien.

Cette dame, atteinte de phthisie depuis longues années, devait, disait-elle, une santé relative aux très petits vésicatoires que Michon lui faisait poser en séries sous les clavicules.

C'est cette pratique de Michon que j'ai imitée depuis lors, et, je le repète, avec les meilleurs résultats.

FEUILLETON

L'IVRESSE PUBLIQUE, L'IVROGNERIE ET L'ALCOOLISME
AU POINT DE VUE DE LA RÉPRESSION LÉGALE (1).

Par M. le docteur THÉOPHILE ROUSSEL.

Les cas dont il vient d'être question ne sont pas ceux pour lesquels la justice a le plus grand besoin d'être éclairée par la médecine. Mais quel ne sera pas son embarras lorsqu'elle aura devant elle un individu qui, jusqu'à l'acte punissable, n'a présenté ni un véritable accès d'ivresse, ni commis un trait de folie ? Les exemples sont très-nombreux partout de ces hommes que l'alcool *empoisonne* sans les *enivrer* à proprement parler ; qui s'alcoolisent lentement, progressivement, sans secousse, et peuvent arriver jusqu'aux altérations pathologiques les plus graves, sans avoir dépassé ce degré d'altération mentale pour lequel on a créé les noms d'*hebétude alcoolique*, de *morosité*, de *tristesse ébrieuse*. C'est dans des conditions semblables que la médecine est appelée souvent à voir éclater brusquement un accès de *delirium tremens*, de *dipsomanie*, d'*hallucination des sens*, et c'est dans ces mêmes conditions que la justice se trouve mise en présence de crimes accomplis sous l'influence de ces hallucinations, ou d'impulsions irrésistibles à voler, à frapper, à incendier, à tuer, qui caractérisent ce qu'on a appelé les *monomanies ébrieuses ou alcooliques*. Elle peut avoir devant elle un homme dont les antécédents ont été longtemps irréprochables. Il était laborieux, probe, soigneux de sa personne et de ses intérêts. Il a cherché dans l'alcool un stimulant au travail, bientôt la satisfaction d'un besoin ; enfin il a tout sacrifié à un objet unique : boire de l'alcool. On l'a vu devenir insouciant, négligé, paresseux ; ses idées sont devenues lentes, son jugement s'est obscurci, sa mémoire s'est altérée ; son travail, ses affaires, ses affections n'ont plus eu de place dans sa vie. Une dégradation commencée ainsi peut s'accompagner d'une pusillanimité inoffensive et aboutir à la paralysie ou à l'abrutissement complet, sans manifestations violentes ; mais elle s'accompagne très-souvent de changements bizarres dans l'humeur, d'emportements, de brutalités, de sévices, d'actes qui peuvent être indélibérés et auxquels le libre arbitre n'a peut-être aucune part, mais qui sont, devant la loi, des actes délictueux ou criminels.

Quelle sera, en présence de ces actes, vols, incendies, sévices, meurtres, la décision de la justice, lorsque surtout, malgré l'abus notoire de l'alcool et des symptômes non douteux d'alcoolisme, il s'est conservé jusque-là une régularité assez grande dans les manifestations intellectuelles et les habitudes pour faire hésiter le médecin légiste sur la question d'aliénation d'origine alcoolique, et partant de responsabilité ? Racle, se plaçant en face de cas semblables, et devant la question de savoir si l'inculpé est responsable, répondait : « Oui, si l'on prend en considération l'apparente raison dont il jouit ; au contraire, on sera disposé à atténuer la peine, si l'on considère que par suite de l'obtusion intellectuelle cet homme a agi avant de penser ou faute de pouvoir penser. » M. Fournier a dit plus récemment : « Se refuser à voir dans l'hébétude alcoolique une atténuation de la culpabilité serait évidemment méconnaître les lois de la clinique. »

Assurément, ces cas, que la médecine est appelée à juger la première, seront, en règle générale, jugés par elle, sinon comme exclusifs de responsabilité, au moins comme contenant des éléments incontestables d'excuse et d'atténuation. Oui, dans ces cas, plus encore que dans les accès d'ivresse, l'examen médico-légal provoqué par un acte délictueux ou criminel met en évidence un état pathologique qui enlève à cet acte l'imputabilité, et bien que le fait originel soit ici, comme dans l'ivresse, un fait volontaire, un abus de la liberté, l'enchaînement entre la cause et les effets n'est plus immédiat, direct, comme dans la simple ivresse volontaire. C'est pourquoi, en excusant tout à fait, ou atténuant les peines, comme le demandent les médecins que je viens de nommer, on ne s'écartera pas des règles ordinaires de la justice.

Mais il faut aller au fond et voir qu'ici l'action de la justice n'est pas épuisée ; qu'il reste devant elle, après l'acte excusé ou atténué dans ses conséquences pénales, un fait ou un état qui n'est pas excusable et qu'elle doit frapper des peines qui lui sont propres : c'est

(1) Fin. — Voir les numéros des 10, 13, 15, 17, 20 et 22 juin 1871.

De l'ambre dans les accouchements.

Comme nous l'avons déjà dit, l'ambre et le bromure de potassium sont deux remèdes qui se rapprochent par leur action sur le système nerveux.

L'un comme l'autre diminuent le retentissement sur les centres et les actions reflexes.

Les effets de l'ambre sont plus rapides; ceux du bromure de potassium sont peut-être plus prolongés.

Par conséquent, la teinture d'ambre est préférable lorsqu'il s'agit d'arrêter en très-peu de temps des phénomènes reflexes graves: dans les convulsions de l'enfance, dans l'éclampsie des femmes enceintes, etc.

L'ambre calme très-bien l'agitation nerveuse chez les femmes enceintes; il peut empêcher la survenance d'accès éclamptiques; et à ce point de vue on peut en recommander l'emploi dans la pratique des accouchements.

Mais cet avantage n'est pas sans un inconvénient que je dois signaler: L'ambre rend plus lentes et peut-être moins efficaces les contractions de l'utérus.

Théoriquement, on ne pouvait pas prévoir si l'action de l'ambre se bornait ou ne se bornait pas au système nerveux de la vie animale.

Ce genre de phénomènes reflexes, qui amène les convulsions et les attaques d'éclampsie, se transmet dans une partie absolument centrale du système nerveux; tandis que, si l'accouchement résulte, comme il est probable, d'une action reflexe, cette action doit normalement se passer en dehors de l'axe cérébro-spinal.

L'observation pouvait donc seule compléter à ce point de vue l'étude de l'ambre.

Il eut sans doute mieux valu que l'ambre n'influât en rien sur les contractions internes.

Il serait entré plus généralement dans la pratique des accoucheurs.

Mais combien est-il de remèdes qu'on puisse employer au hasard sans craindre de nuire jamais?

Le seigle ergoté, dont on abuse, n'a-t-il pas aussi ses dangers?

Les dangers de l'ambre sont l'atonie et l'inertie de l'utérus, quand on l'emploie à hautes doses, à contre-temps.

Les mentionner, c'est faire connaître par cela même aux accoucheurs de précieuses indications.

Avec le principe développé récemment par M. Chantreuil, d'aider artificiellement et par des pressions extérieures les contractions de l'utérus, on a moins à craindre un peu de paresse dans cet organe. Et la teinture d'ambre est plus efficace que les efforts exercés par la main de l'accoucheur contre le périnée, pour mettre obstacle à des contractions trop puissantes et trop suivies et prévenir ainsi des déchirures trop regrettables.

Dans le travail prématuré, la teinture d'ambre prendra place auprès de l'opium.

Souvent le travail prématuré et l'avortement proprement dit tiennent à de simples actions reflexes qu'il est possible d'arrêter; et même alors que la grossesse en est à cette période où l'enfant pourra vivre, il y a tout avantage pour lui, comme pour la mère, à ce que les neuf mois puissent s'accomplir.

Or, je ne parle pas ici d'après la théorie, mais d'après la pratique; j'ai pu récemment, chez une jeune primipare arrivée au 8e mois, arrêter un travail déjà très-avancé par l'emploi de la teinture d'ambre à hautes doses.

Ainsi, chez les femmes en travail, la teinture d'ambre peut être employée:

1° Pour prévenir des attaques d'éclampsie quand on a lieu de les redouter;

2° Pour modérer le travail quand on craint pour le périnée;

3° Pour arrêter tout à fait le travail quand il commence prématurément et qu'on désire et peut espérer le prolongement de la grossesse.

Nous avons déjà dit, qu'en dehors de la grossesse, la teinture d'ambre à hautes doses faisait cesser parfois le symptôme convulsion sans que la cause en fût atteinte.

Et que chez les sujets nerveux, chez les enfants et les jeunes femmes impressionnables, l'ambre, donné à faibles doses, pouvait rendre de grands services en diminuant le *nervosisme* dans une certaine proportion.

Il ne serait pas difficile de formuler une théorie qui résumât toutes ces indications et rappelât en même temps les contre-indications de l'ambre.

Cette théorie serait d'accord avec les données les plus récentes de la physiologie moderne.

Mais j'aime mieux m'en tenir aux faits d'observation dans cette étude thérapeutique.

Dr Victor Revillout.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 22 août 1871 (1). — Présidence de M. Wurtz.

Discussion sur la pyohémie.

M. Verneuil. Je remonte encore une fois à cette tribune; mais rassurez-vous, messieurs, c'est pour quelques minutes seulement.

Dans trois discours, aussi condensés que possible, j'ai livré les fruits de mes méditations, de mes lectures, de mon observation au lit du malade; il en est sorti une théorie complète qui a été l'objet de vives critiques, mais qui a recueilli, en revanche, des adhésions précieuses émanant d'hommes fort autorisés, tels que MM. Gosselin, Bouley, Colin.

Quoi qu'en dise M. Chassaignac, la doctrine septicémique n'est pas encore effondrée. Dans cette enceinte et au dehors, elle me paraît faire des progrès sensibles. En tout cas, comme vous l'a dit si judicieusement M. Gosselin, elle conduit à des données pratiques très-importantes, et telles que n'en ont jamais fait surgir les théories anciennes.

Veuillez bien remarquer, en effet, qu'elle cadre à merveille avec tous les progrès empiriques ou raisonnés introduits récemment dans le traitement des plaies, et qu'elle appuie toutes les améliorations réclamées par l'hygiène nosocomiale moderne.

Veuillez bien croire encore que si ses partisans convaincus s'efforcent de fonder une théorie scientifique, ils observent leurs malades et cherchent à les guérir avec tout autant de zèle et d'application que leurs honorables contradicteurs. Ajoutons qu'ils sont autant soucieux que personne de la gloire scientifique de leur patrie. On peut donc sans crainte confier au temps le soin de faire triompher la théorie nouvelle, et de convertir les esprits les plus rebelles alors qu'ils seront mieux informés.

J'abandonne donc mes projets de défense. Je me contenterai de répondre à une interpellation de M. Gosselin, et de renouveler une demande restée jusqu'ici sans réponse.

M. Gosselin adresse un reproche commun à MM. Alphonse et Jules Guérin, à M. Chauffard et à moi-même. Un grand fait domine l'histoire de la fièvre traumatique grave et de la pyohémie: c'est l'extrême violence de ces complications redoutables à la suite de la lésion des os, comparée à leur extrême rareté quand le squelette est respecté. Ce fait, nous l'aurions oublié, sinon méconnu. M. Gosselin s'en étonne, et il nous invite formellement à nous expliquer. Je m'empresse, pour ma part, de satisfaire à son désir.

Je reconnais d'abord la réalité du fait. Si je l'ai laissé dans l'ombre, c'est que, dans mes précédents discours, j'ai eu assez à établir la théorie générale de la septicémie chirurgicale, et que le temps m'a manqué pour aborder les détails. On pourrait avec autant de raison demander pourquoi la septicémie grave se montre de préférence après les larges plaies contuses, en particulier avec les plaies de la cuisse; pourquoi la pyohémie se déclare si souvent après les lésions même légères des veines ou des régions riches en veines; pourquoi elle est, toutes choses égales d'ailleurs, infiniment plus commune à l'âge adulte que dans la première enfance ou l'extrême vieillesse; pourquoi, après une opération ou une blessure, elle se montre fréquemment ou rarement, suivant la méthode opératoire ou le mode de traitement mis en usage, etc. Les questions qu'on pourrait ainsi poser sont fort nombreuses. La théorie septicémique les résout à peu près toutes, mais il faudrait plus de cent pages pour enregistrer toutes ses explications.

L'interpellation de M. Gosselin ne m'embarrasse nullement, et si ma réponse n'était pas prête depuis longtemps dans mon esprit, j'en trouverais sans peine les éléments dans le discours, d'ailleurs si remarquable, de notre éminent collègue. Permettez-moi d'abord de reproduire le texte même de la question: «Je demande à M. Verneuil pourquoi le poison traumatique se forme et agit si gravement lorsque le fémur, le tibia, l'humérus et la plupart des autres grands os prennent part à la suppuration; pourquoi il ne se forme pas ou se forme avec des qualités moins délétères lorsque les os ne sont pas intéressés, ou lorsque l'ayant été ils se trouvent préservés de la suppuration. »

La théorie septicémique, sommée de répondre, peut fournir trois explications.

1° *Le poison putride se forme plus aisément quand les os sont atteints.* — On invoquerait les inégalités, les anfractuosités de la plaie, la présence des esquilles, les décollements du périoste, l'attrition de la moelle, non-seulement au point blessé, mais à une distance souvent considérable, l'infiltration sanguine, la déchirure des muscles, etc. Le fait est que dans les fractures compliquées, sources si commune de pyohémie, le foyer très-vaste de la blessure est aussi favorablement disposé que possible pour donner naissance à toutes les complications traumatiques. Mais, tout en tenant compte de ces conditions topographiques fâcheuses, on ne peut pas les rendre exclusivement responsables de la fréquence de la pyohémie, puisque celle-ci se montre presque aussi souvent à la suite des plaies d'amputation dont la netteté et la régularité sont parfaites, et fréquemment aussi en cas de simples dénudations osseuses sans fractures, ou avec des fissures sans écartement. Dans la récente campagne, j'ai perdu quatre blessés atteints de plaies fort bénignes en apparence, mais au fond desquelles le fémur, le tibia, le radius et le frontal avaient été dépouillés de leur périoste dans l'étendue de quelques centimètres seulement. L'ostéomyélite s'était développée, et, à sa suite, la pyohémie à marche lente.

2° *Le poison putride est plus énergique, plus actif, quand le tissu osseux et en particulier le tissu médullaire concourent à sa formation.* — L'hypothèse d'un poison osseux spécial a été émise depuis longtemps par M. Gosselin lui-même; elle vient tout naturellement à l'esprit, quand on songe à l'extrême gravité de l'ostéomyélite et de l'ostéopériostite aiguës et spontanées, et qu'on les compare à celle de phlegmons, même beaucoup plus étendus, mais siégeant uniquement dans les parties molles. Cependant, on s'étonne d'abord que tous les os ne fournissent pas également le poison susdit, lequel n'est presque jamais engendré par les côtes dans les plaies de la poitrine, par le péroné dans les plaies de la jambe, par les os du carpe, du métacarpe ou les phalanges dans les écrasements de la main; enfin, par les os papyracés de la mâchoire supérieure dans les délabrements de la face.

Si le poison osseux était démontré d'une manière directe, à l'aide, par exemple, d'expérimentations nombreuses, je l'admettrais certainement, comme j'admets tout ce qui est péremptoirement prouvé; mais nous manquons de faits précis, et, en leur absence, il me répugne d'adopter une hypothèse qui conduirait d'ailleurs à plusieurs autres.

Les lésions veineuses, les plaies articulaires étant également fort graves, faudra-t-il invoquer aussi un poison veineux, un poison synovial?

On arrive *à posteriori* à de semblables opinions, mais il faut se garder d'en parler.

Au reste, dans son dernier discours, M. Gosselin n'insiste plus comme autrefois; il est apparemment peu satisfait de son ancienne interprétation, puisqu'il nous en demande une autre.

L'observation démontre que toutes les plaies exposées sont susceptibles de fournir, à un moment donné, le poison putride, quels que soient les tissus et les organes lésés. L'expérimentation démontre que ce poison, à quelque région qu'on l'emprunte, produit à volonté des effets similaires; l'identité de nature est donc, jusqu'à nouvel ordre, parfaitement admissible.

Il est possible et même probable que l'intensité du poison varie avec l'état organique du sujet qui le fournit; mais, comme cette intensité ne s'appuie que par ces effets, que ces effets eux-mêmes dépendent, pour le poison putride comme pour tous les autres, de la dose introduite en un temps donné et de la voie d'instruction, c'est dans ces dernières circonstances qu'il est surtout logique de rechercher les causes de la fréquence plus ou moins grande de la pyohémie, suivant les régions et les tissus atteints par la blessure.

C'est pourquoi l'invraisemblance des deux interprétations précédentes fait prévoir la valeur de la troisième, que je formulerai de la manière suivante: 3° *Les lésions osseuses prédisposent spécialement à la septicémie grave, parce que, plus que toutes les autres, elles permet-*

(1) Fin. — Voir les numéros des 17 et 20 juin 1871.

celui de l'homme volontairement dégradé par l'excès habituel des boissons. Cet homme, soit qu'on l'ait puni légèrement, soit qu'on l'ait renvoyé des fins de la plainte principale, mérite de porter la peine de sa dégradation, et précisément parce que l'aliénation mentale n'a pas été suffisamment marquée pour amener sa séquestration, et comme nos lois et nos mœurs ne permettent pas d'isoler l'individu à ces degrés de l'alcoolisme, la peine qui convient, celle que réclame l'intérêt public, la seule qui puisse protéger la société et les intérêts mêmes de l'alcoolisé et de sa famille, c'est l'*interdiction judiciaire*.

Cette interdiction, qui devrait être prononcée en justice toutes les fois que les preuves de l'alcoolisme sont assez manifestes pour absoudre ou pour atténuer la peine, devrait être réclamée d'office par le ministère public, à propos de tout acte d'infraction ou de contravention qui amènerait la manifestation de l'alcoolisme; elle devrait pouvoir être provoquée sur la demande des familles dans certains cas et avec des formes déterminées.

Cette solution ne doit pas sembler trop aventureuse, ni trop menaçante pour la liberté individuelle. Quelque prépondérants que soient ici les intérêts des familles et de la société, les droits de l'individu ne doivent pas lui être sacrifiés. Mais ils ont leur sauvegarde dans la science, et pourvu qu'il soit établi que, dans aucun cas, la décision de la justice ne pourra avoir lieu sans une enquête médico-légale préalable, on n'a plus rien à demander au nom de la liberté individuelle.

Après ces difficiles questions, il reste celle de l'application à l'armée des mesures législatives contre l'ivrognerie. Ici, en effet, on se trouve dans des conditions différentes de celles de la population civile pour les pénalités, comme pour les réglementations. Cette question particulière vient d'être traitée devant l'Académie d'une façon trop remarquable pour qu'il me soit permis d'y revenir. Personne, d'ailleurs, ne conteste ni l'utilité ni les facilités relatives. Les succès déjà anciens obtenus dans plusieurs États, et les succès tout récemment constatés en Angleterre, ne me permettent pas d'hésiter. Je me bornerai donc à dire que l'honneur, comme les intérêts de l'armée française dont la réorganisation occupe tant d'esprits, exigent impérieusement que le mot d'*ivrognerie* figure dans la prochaine édition révisée de notre *Code de justice militaire*. Le Code préparé par le Conseil d'État de l'Empire, et accepté en 1857 par le Corps législatif, garde sur ce fait le même silence que notre Code pénal, et l'*ivresse* ni l'*ivrognerie* n'y sont mentionnées au chapitre des infractions, délits ou crimes punissables.

Il semble que la place des dispositions nouvelles que je propose d'y insérer se trouverait au chapitre II et à l'article 212, à côté de l'infraction commise par le militaire en faction ou en vedette, qui est trouvé endormi.

J'ai fini ce long exposé, et l'excellence du but que je me suis proposé peut seule me disculper, à mes yeux, de l'épreuve que je viens d'imposer à la patiente attention de l'Académie.

En résumé:

1° Démontrer qu'une proposition de loi répressive de l'ivrognerie, consistant à assimiler l'ivresse scandaleuse des rues aux contraventions qui relèvent de la simple police, ne saurait, à aucun titre, répondre convenablement aux indications de la science ni aux exigences de l'intérêt social.

2° Démontrer que si la gravité croissante, en France, des révélations de la médecine et de la statistique, et les documents alarmants qui se multiplient de toutes parts, prouvent si fortement la nécessité des mesures répressives, il faut du moins que ces mesures aient quelque proportion avec l'étendue du mal contre lequel elles sont prises, et qu'elles soient basées sur la connaissance approfondie de ce mal; que l'ivrognerie moderne est un fait multiforme et complexe, dont l'*ivresse* proprement dite n'est qu'un des éléments; que l'*ivrognerie pathologique* ou *alcoolisme*, qu'on peut rencontrer séparée de l'ivresse, est un autre élément beaucoup plus grave et de beaucoup le plus menaçant pour les intérêts sociaux; enfin qu'une loi ne s'appliquant pas à l'alcoolisme laisse forcément hors de son action une grande partie des maux et des désordres contre lesquels son secours est invoqué.

3° Démontrer que, pour que la loi puisse offrir, dans la plus stricte mesure d'un tel sujet, le cachet de grandeur qui convient et qui est aussi une condition de son utilité pratique; pour qu'elle puisse s'imposer d'abord à l'opinion, influer sur les mœurs, et, par un premier effet moral, mieux assurer son application, il faut, avant tout, que le fait, non défini juridiquement jusqu'à ce jour, de l'ivresse et de l'ivrognerie, prenne, lorsqu'il se manifeste publiquement, le caractère juridique; qu'il prenne place dans notre législation correctionnelle.

tent et favorisent même la pénétration continue, prolongée ou à fortes doses du poison putride.

C'est ce que je vais m'efforcer de démontrer aussi brièvement que possible.

Si vous vouliez assurer la pénétration continue et par absorption d'un poison quelconque, vous auriez soin de le porter à un point où il serait à l'abri de toute élimination mécanique, et au contact avec un tissu très-apte à l'absorber. Réciproquement, quand vous voulez prévenir ou détruire les effets d'une inoculation funeste, vous vous efforcez d'atteindre le foyer contaminé, d'entraîner le poison au dehors, et de le neutraliser par des moyens physiques ou chimiques.

Or, il suffit de se représenter les conditions locales d'une fracture compliquée ou d'une plaie d'amputation, pour constater que les rapports putrides et les cavités osseuses sont tous favorables à la pénétration du poison, tous défavorables à son expulsion comme à sa neutralisation.

Toute plaie devient, aussitôt formée, le théâtre d'une double tendance : l'une offensive, l'autre défensive ; la première engendre un poison capable de pénétrer dans le torrent circulatoire ; la seconde a pour but d'isoler la plaie et ses produits du reste de l'économie ; cet isolement se réalise par la formation d'une couche plus ou moins épaisse d'éléments cellulaires qui forment barrière ou rempart contre les absorptions nuisibles.

Le tissu conjonctif est chargé principalement de ce rôle protecteur, il le remplit, grâce à la propriété de prolifération rapide et énergique dont il est doué. Mais, vous le savez, le tissu médullaire des os est presque entièrement dépourvu de tissu conjonctif; c'est à M. Gosselin qu'est due précisément cette découverte anatomique. Il en résulte que la formation du rempart protecteur est presque nulle dans la cavité médullaire, et que la prolifération des médullocèles constitue la seule chance d'isolement entre la cavité médullaire et le poison putride.

Bien qu'acquises à l'aide du microscope, ces notions, veuillez bien le croire, messieurs, sont absolument démontrées. Au reste, les expériences fort anciennes de M. Cruveilhier, et celles plus récentes de M. Ollier, ont mis hors de doute la propriété que possède le tissu médullaire des grands os, d'absorber avec une entière rapidité les substances déposées dans la cavité diaphysaire.

Tenez donc pour certain que la moelle n'offre guère d'obstacle à l'absorption du poison putride. Remarquez encore que cette absorption est continue, incessante, puisqu'une fois formé ou parvenu dans la cavité médullaire, le poison putride bien et dûment incarcéré n'a presque aucune chance d'être éliminé, ni par les forces de la nature, ni par les ressources de l'art. Impossible, en effet, de porter le moindre topique désinfectant au fond du clapier d'une nouvelle espèce que forment la cavité d'une diaphyse et les aréoles d'un tissu spongieux. Tous les faits de détail sur lesquels s'appuie mon argumentation se trouvent dans le discours de M. Gosselin, et si quelque chose me surprend, c'est que mon savant collègue m'ait laissé le soin d'utiliser, pour la théorie, les résultats de son observation si remarquablement exacte et sagace.

Si je n'avais pas promis d'être court, je montrerais que les mêmes conditions funestes se trouvent dans les inflammations aiguës et spontanées de la moelle et du périoste, qu'elles en expliquent la gravité si connue, et justifient pleinement les mesures thérapeutiques énergiques sans lesquelles on ne saurait guérir ces redoutables affections.

Je conclus donc : 1° que les lésions des os ne contribuent pas plus que celles des parties molles à la formation du poison putride; 2° qu'elles ne produisent pas davantage de poison spécial; 3° mais, qu'en raison de conditions purement locales, elles engendrent la septicémie grave, en favorisant d'une manière particulière la pénétration du poison putride venu du reste de la plaie, ou formé aux dépens des éléments constituant l'os lui-même.

Ces données éclairent singulièrement le pronostic de la thérapeutique, mais elles confirment surtout, d'une manière éclatante, la doctrine septicémique.

Avant de terminer je vais dire quelques mots sur cette étrange théorie de M. Chauffard, qui considère la fièvre traumatique comme utile pour la guérison des plaies. Or, loin d'aider la cicatrisation, cette fièvre...

M. CHAUFFARD. Permettez-moi de vous interrompre pour vous dire que je n'ai jamais eu l'opinion que vous m'attribuez. Je sais que la fièvre traumatique qui résulte du travail même de réparation, lui nuit plutôt qu'elle ne lui sert directement. Il vaudrait mieux qu'elle n'existât pas.

M. VERNEUIL. C'est ce que je voulais dire. Mais l'opinion que M. Chauffard repousse était l'opinion traditionnelle que l'on peut trouver dans Dupuy ren.

M. CHAUFFARD. C'est une erreur.

M. JULES GUÉRIN. Au point où en est la discussion, je me crois obligé de prendre la parole; ce que je ferai dans la prochaine séance.

LECTURE

Du rôle que jouent les boissons alcooliques dans l'augmentation du nombre des cas de folie.

M. le docteur LUNIER lit sous ce titre un mémoire, dans lequel il cherche à établir la part qui revient à l'alcoolisme dans l'augmentation du nombre des cas de folie.

Des faits qu'il a exposés à l'Académie, il résulterait que :

1° Dans le nord-ouest de la France, les départements qui ne produisent pas de vin ont été les premiers envahis par les alcools de betteraves et de grains; la consommation du vin y est dès lors restée à peu près stationnaire, celle du cidre tend à diminuer, tandis que la consommation de l'alcool y a doublé et même triplé en vingt ans.

2° Les départements de la même région qui récoltent du vin ont été envahis plus tard que les autres par les alcools du Nord; mais la consommation des spiritueux y a également doublé presque partout.

3° Dans cette région, les folies de cause alcoolique ont considérablement augmenté de fréquence, et ont atteint sur quelques points les proportions de 41 pour 100 chez les hommes et de 21 pour 100 chez les femmes. Mais tandis que, dans les départements qui ne récoltent pas de vin, l'augmentation a porté surtout sur le sexe féminin, dans les autres, elle n'a guère été sensible que chez les hommes.

4° Dans le département de l'Orne, qui ne produit pas de vin, mais où l'on distille de l'alcool de betteraves, on consomme presque autant de liqueurs alcooliques que de vin, et on en consommait à peu près autant il y a vingt ans qu'aujourd'hui. Aussi, la proportion des folies de cause alcoolique y est-elle depuis longtemps assez élevée (13 pour 100), et n'a-t-elle pas beaucoup augmenté depuis quinze ans : l'augmentation, du reste, a porté exclusivement sur le sexe féminin.

5° Dans l'est, où l'on récolte plus de vin qu'on en consomme, et où on ne connaissait guère, il y a quelques années, que les eaux-de-vie de vin obtenues dans le pays même, les résultats, au point de vue de l'aliénation mentale, n'avaient rien de bien exagéré ; mais, depuis que les alcools du nord y ont pénétré, les cas de folie de cause alcoolique y augmentent dans une forte proportion, surtout chez les hommes.

6° En résumé, l'alcoolisme joue un rôle prépondérant dans l'augmentation du nombre des cas de folie et constitue, sous ce rapport comme sous bien d'autres, un danger sérieux pour la société, notamment dans nos départements du nord et du nord-ouest.

La séance est levée à cinq heures et demie.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 12 avril 1871. — Présidence de M. H. BLOT.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

La *Gazette des hôpitaux*; — *L'Union médicale*; — la *Gazette hebdomadaire*.

Deux lettres de MM. Alph. Guérin et Desormeaux qui, retenus dans leur service d'hôpital, s'excusent de ne pouvoir assister à la séance.

M. BOINET. Le malade auquel j'ai pratiqué l'opération du trépan va aussi bien que possible. Il est gai, il dort bien et mange avec appétit. La paralysie diminue. Le malade prononce les mots *oui* et *non*, mais il ne peut pas encore parler. L'état général est très-bon; la suppuration de la plaie est abondante.

DISCUSSION.

Hernie étranglée. — M. VERNEUIL. Dans la dernière séance, M. Dolbeau nous a communiqué un fait intéressant de portion intestinale dans la herine étranglée. Je n'ai jamais pratiqué cette opération.

Je ferai cependant quelques réserves sur son efficacité probable, en me fondant sur une remarque de physiologie pathologique. L'intestin est souvent paralysé lorsqu'il est étranglé. Quand, par exemple, on pratique une entérotomie, il faut attendre longtemps avant d'observer des contractions intestinales; quelquefois même on est obligé de les provoquer en titillant l'intestin avec des sondes. Or la ponction ne remédiera pas à la paralysie de l'intestin et les accidents pourront continuer.

Je n'insiste d'ailleurs pas sur ce sujet, mais il me donne l'occasion de vous parler de la réduction des hernies par le taxis, uni à la compression faite immédiatement au-dessus de l'anneau. Vous n'avez pas oublié que ce procédé nous a été décrit dans tous ses détails par M. Lannelongue, et dernièrement un chirurgien de Montpellier publiait un succès dû à cette pratique. Je l'ai moi-même employée pour un malade qui fut apporté à l'hôpital de Lariboisière il y a un an environ.

Cet homme avait 40 ans; il portait depuis trois ou quatre ans une hernie crurale qui était mal contenue par un mauvais bandage. A la suite d'un effort, la hernie devint grosse comme une pomme de moyen volume. Le malade était anxieux ; il remuait constamment. Vingt heures après le début des accidents je fis le taxis ordinaire et je le continuai pendant longtemps sans aucun avantage. Le malade avait été, pendant toute la durée de ces tentatives, soumis aux inhalations du chloroforme.

Je fis alors le taxis avec compression du pédicule. Je n'avais pas de sac de plomb pour faire cette compression, mais elle fut faite avec le poing d'un aide, M. Bassereau, mon interne. Après trois quarts de minute de cette manœuvre, la hernie rentrait.

Le procédé que j'ai employé n'a rien de nouveau, mais le succès que j'ai obtenu n'en est pas moins important.

M. TRÉLAT. Je désire élucider un point différent de l'histoire des hernies en vous racontant sommairement deux observations.

Pendant la durée de la dernière guerre, je fus appelé un jour dans un village de l'Orléanais pour une femme de 61 ans qui présentait des phénomènes d'étranglement herniaire avec vomissements caractéristiques. Cette femme portait dans l'aine droite une tumeur irréductible. J'appris avec stupéfaction que ces accidents duraient depuis onze jours. Le lendemain je fis l'opération, et je trouvai l'intestin entouré par l'épiploon auquel il adhérait, si bien que je dus procéder à un dissection sur laquelle je reviendrai. La malade guérit.

A mon retour à Paris, au mois de février, je fus appelé à la Pitié, dans le service de M. Broca, pour une femme qui avait une hernie crurale étranglée avec vomissements fécaloïdes. Les accidents duraient depuis quinze jours. Séance tenante, je fis l'opération. Je trouvai l'épiploon adhérent au sac et à l'intestin qu'il enveloppe. Je fus obligé de libérer l'intestin par une dissection délicate avant de le réduire. La malade guérit.

En rapprochant ces deux faits, on trouve deux cas de hernie crurale étranglée depuis longtemps, 11 jours et 15 jours, et terminés tous deux par la guérison. Comment ne pas être frappé de cette bizarrerie!

Je fis des lectures, je cherchai ce que les chirurgiens avaient écrit sur l'étranglement subaigu, sur l'étranglement chronique, sur les adhérences des hernies au sac et à l'épiploon; je ne trouvai pas d'explication nette et satisfaisante. Mes réflexions me conduisirent à penser que mes deux malades avaient eu, non pas des hernies véritablement étranglées, mais des hernies dans lesquelles les adhérences entre l'intestin et l'épiploon avaient déterminé un arrêt du cours des matières fécales. Néanmoins l'opération avait été nécessaire pour remédier aux accidents.

M. Gosselin, dont les leçons sur les hernies ont été publiées par notre collègue, M. Labbé, décrit avec soin les adhérences; mais il croit, si j'ai bien compris sa pensée, qu'elles causent rarement des accidents. Pour lui, elles seraient presque toujours molles et consécutives à la péritonite qui accompagnerait l'étranglement.

Pour mes deux faits, je persiste à penser qu'il n'y avait pas d'étranglement vrai, et je puis assurer que l'intestin ne présentait pas trace de cette dépression circulaire qui se trouve sur l'intestin, au niveau du point où il est étranglé par le collet ou par un anneau fibreux. Les accidents auraient été produits, suivant moi, par les adhérences qui bridaient l'intestin et gênaient le cours des matières fécales. En donnant cette explication, qui me paraît satisfaisante, je me demande si M. Gosselin et la plupart des chirurgiens n'ont pas cru quelquefois à un étranglement vrai alors qu'il ne s'agissait que d'une hernie non étranglée, mais compliquée par la présence d'adhérences préexistantes.

Dans les deux cas, j'ai été obligé de séparer l'intestin de l'épiploon par une dissection attentive et délicate. Dans les deux cas, il se produisit un suintement sanguin qui peut être invoqué comme une nouvelle preuve de l'ancienneté des adhérences.

Il faut que, aux divers degrés de gravité de ce fait, puissent s'adapter les peines correctionnelles des différents degrés jusqu'à la plus haute, qui est l'*interdiction des droits civils, civiques et de famille*, particulièrement l'interdiction du *droit électoral*. L'ivrognerie notoire enlevant à l'homme les attributs nécessaires au citoyen, non-seulement la dignité personnelle, mais l'usage intelligent et libre de ses droits et de sa volonté, la pénalité indiquée par la raison et la morale se trouve aussi exigée impérieusement par l'intérêt public dans un pays de suffrage universel.

4° Enfin démontrer que, toutes les fois qu'en altérant avec la santé l'intégrité intellectuelle et morale de l'homme, l'alcool fait disparaître ou diminue sa responsabilité devant la justice, ou lorsqu'il entraîne des sévices, des désordres, des actes quelconques contre lesquels l'intérêt des familles et de la société s'élève justement, l'*interdiction judiciaire* devient l'arme légitime et nécessaire pour défendre ces intérêts, à la seule condition que l'enquête médico-légale assure en même temps à la liberté individuelle sa protection légitime et nécessaire.

Telles sont, par-dessus les questions secondaires, les hautes questions dans lesquelles j'ai tenté de chercher ce que j'ai appelé les bases *scientifiques* d'une loi contre l'*ivresse publique* et l'*ivrognerie alcoolique*. Insuffisant pour une pareille tâche, le patriotisme et un vif sentiment des périls publics m'ont encouragé à recourir à l'Académie, à demander qu'elle veuille bien déterminer et poser elle-même, ainsi qu'il lui appartient, ces bases indispensables.

Jamais il n'y eut de nécessité plus urgente ni d'heure plus propice. A aucun moment de notre histoire, une Assemblée française n'a été appelée à remplir un mandat souverain dans des circonstances plus propres à mettre en évidence la nécessité d'agir sur les mœurs par la législation, et de donner force de loi à toute mesure capable de contribuer à l'amélioration morale et physique de l'homme.

L'innovation qui lui est proposée au sujet de l'ivrognerie est à la fois une des plus pressantes et des plus saines qui se puissent introduire ainsi dans notre vie sociale. Quelque hardie que puisse sembler l'initiative, l'œuvre est faite pour tenter les plus prudents et les plus sages, car le temps n'est plus des hésitations et des timidités, lorsqu'il s'agit d'apporter, même dans une mesure restreinte, une amélioration morale plus encore que matérielle, un remède contre une de ces calamités de notre civilisation, qui, après tant de succès dans l'ordre matériel, tant de conquêtes de l'esprit, effrayent et humilient notre génération, autant qu'ils la lèsent profondément en la décimant, en la frappant dans ses forces productrices, diminuant les sources de son bien-être et corrompant les jouissances mêmes qui semblaient devenues le but principal de sa vie. L'œuvre dont je parle réclame tous les concours, et l'Académie me pardonnera si, en cherchant en dehors du terrain législatif, aucun ne m'a semblé plus nécessaire que le sien. Elle marquera une fois de plus, en le donnant, le rang élevé qui appartient à la médecine dans les sciences sociales.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté du président du conseil des ministres, chef du pouvoir exécutif de la République française, en date du 25 août 1871, et rendu sur la proposition du ministre de l'intérieur, ont été nommés :

Au grade de chevalier : M. Josué Sainte-Rose, médecin major de 2e classe au 63e régiment de ligne.

M. Chirié (Gabriel), médecin aide-major auxiliaire attaché au 72e régiment provisoire de garde nationale mobile.

M. Markheim, médecin anglais, attaché aux ambulances de la presse française.

M. de Rothschild (Arthur), sujet anglais, membre fondateur et trésorier de la Société internationale de secours aux prisonniers de guerre, à Bruxelles.

M. Bancel, médecin à Toul.

M. Fortmorel, docteur en médecine, chirurgien en chef des ambulances des Côtes-du-Nord.

M. Prinquet, docteur en médecine, chirurgien en chef de l'ambulance du Morbihan.

M. le duc de Brissac, chef de l'ambulance de Maine-et-Loire.

— M. le docteur Texier, professeur de pathologie interne à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Alger, est nommé directeur de cette École, en remplacement de M. le docteur Trollier, démissionnaire.

Dans le premier cas, pour arrêter l'hémorrhagie, j'employai le perchlorure de fer, que je portai avec le bout d'une allumette sur tous les points d'où je voyais sourdre le sang. L'hémorrhagie s'arrêta, et vingt minutes après je procédai à la réduction de l'intestin. La malade guérit.

Dans le deuxième cas, les adhérences étaient plus complètes. J'enlevai même quelques fibres de l'intestin, qui restèrent sur l'épiploon. Le suintement sanguin était abondant et ne fut pas arrêté par le perchlorure de fer. Je me servis alors d'un stylet rougi avec lequel je touchai successivement un grand nombre de points saignants. Après trois quarts d'heure, l'hémorrhagie était arrêtée. L'intestin fut réduit et la malade guérit.

M. LABBÉ. La communication de M. Trélat est très-importante au point de vue de la thérapeutique et au point de vue pathologique. Sur les deux points, je suis complétement de son avis.

En 1866, à la Salpêtrière, j'opérai une femme de 82 ans. Je trouvai, comme M. Trélat, des adhérences de l'intestin et de l'épiploon que je fus obligé de disséquer. Il en résulta un suintement sanguin pour lequel j'employai du perchlorure de fer étendu avec moitié d'eau. Je badigeonnai tout l'intestin avec ce liquide en me servant du bout de mon doigt. La malade guérit.

Quant à la question de pathologie, je crois que l'opinion de M. Trélat est juste. Je possède une pièce anotomique qui prouve en effet que l'intestin, tiraillé par des adhérences, peut donner lieu à des symptômes d'étranglement sans étranglement vrai.

Une vieille femme fut apportée dans mon service avec des phénomènes d'étranglement peu marqués : pouls excellent; température normale ; pas de ballonnement ; absence de selles ; quelques vomissements. Il existait, au niveau de l'anneau crural, une petite tumeur de nature douteuse.

Je prescrivis plusieurs purgatifs qui furent inutiles. Les accidents étaient si peu menaçants que je crus pouvoir attendre encore; aussi je fus singulièrement surpris d'apprendre un matin que la malade avait succombé pendant la nuit.

A l'autopsie, je trouvai des adhérences entre l'épiploon et l'intestin; ces adhérences exerçaient un tiraillement sur l'intestin qu'elles attiraient en partie au dehors pendant que son bord mésentérique, resté libre et sain, avait échappé à toute influence morbide.

Je montrerai cette pièce anatomique dans la prochaine séance.

M. GIRALDÈS. J'ai vu cette année, au Val-de-Grâce, un jeune soldat qui fut apporté avec une hernie inguinale étranglée. Après quelques heures d'attente, l'opération fut pratiquée par M. Bérengér-Féraud, qui avait bien voulu me demander mon avis. Après avoir ouvert le sac herniaire, nous vîmes une masse épiploïque qui présentait à sa partie supérieure une cavité dans laquelle s'engageait l'intestin. Il y avait là un véritable sac épiploïque. En réduisant la hernie en masse, on n'aurait pas remédié à l'étranglement de l'intestin par le sac épiploïque, et les accidents d'étranglement auraient persisté et entraîné la mort. Il faut se mettre en garde contre une pareille faute. La disposition anatomique dont je parle est d'ailleurs connue, et bien décrite surtout, par les chirurgiens anglais.

M. LIÉGEOIS a été appelé récemment par les docteurs Moretin et Clément près d'une femme atteinte de hernie crurale étranglée. Pendant l'opération, le sac fut mis à découvert et incisé avec précaution. Tout à coup, du liquide et des gaz s'échappèrent en abondance en répandant une très-forte odeur stercorale. Tout le monde pensa que la cavité qui venait de s'ouvrir était la cavité intestinale; l'ouverture fut agrandie, et les bords de l'incision furent fixés par quelques points de suture.

Le lendemain, les accidents continuaient; les vomissements persistaient, ainsi que la constipation, et la plaie ne donnait pas passage aux matières stercorales. En introduisant son doigt dans cette cavité, M. Liégeois crut s'apercevoir qu'il n'avait ouvert que le sac; une large incision acheva de le convaincre. L'intestin était étranglé au niveau du fascia crebriforme, qui fut débridé. La réduction se fit alors sans difficulté. La malade mourut, et à l'autopsie on trouva une gangrène très-limitée de l'intestin qui était escharifié dans une étendue grande comme une pièce de vingt centimes.

M. DESPRÈS. Dans un cas analogue à ceux que nous a communiqués M. Trélat, Boyer (de Joinville) a ouvert la tumeur herniaire dans toute son épaisseur. La peau, le sac, l'épiploon et l'intestin formaient des couches si adhérentes et si amincies que toutes ces parties furent incisées jusqu'à la cavité intestinale. Sans chercher à détruire les adhérences de l'intestin et encore moins à le réduire, Boyer (de Joinville) fit la suture des parties qu'il venait d'inciser, remettant ainsi, autant que possible, les choses en l'état où elles étaient avant l'opération. Le malade guérit. Ce fait est consigné dans le *Bulletin de l'Académie de médecine* ; je le signale à titre de renseignement.

Quant à la méprise racontée par M. Liégeois, elle a été commise par bon nombre de chirurgiens du plus grand mérite, qui crurent comme lui qu'ils avaient ouvert l'intestin alors que le sac seul avait été incisé.

La séance est levée à 5 heures 1/2.

Le secrétaire annuel, TARNIER.

M. Descamps, pharmacien de 1re classe, docteur ès-sciences physiques, est nommé suppléant pour les chaires d'histoire naturelle, de chimie et pharmacie, à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Alger.

— M. Lotard, professeur adjoint d'histoire naturelle à l'École préparatoires de médecine et de pharmacie de Lille, est nommé professeur titulaire de ladite chaire, en remplacement de M. Dhuicque, démissionnaire.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :

Trois mois. . . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 28 août 1871.

HOTEL-DIEU. — M. NOEL GUÉNEAU DE MUSSY.

De l'hyperesthésie vulvaire et du vaginisme (1).

Le second cas de cette nature que j'ai observé fut observé chez une dame de vingt-huit ans, mariée depuis neuf ans, et sans enfants. Son mari, homme robuste en apparence, énergique, mais extrêmement nerveux, avait abusé du tabac depuis son enfance; il avait, par des sentiments de vertu, évité pendant sa jeunesse le commerce des femmes et n'avait que très-rarement sacrifié aux passions de cet âge.

Cette continence produit quelquefois une sorte d'impuissance relative que j'ai plusieurs fois rencontrée ; les facultés génésiques s'affaiblissent, et surtout elles se pervertissent; les érections, plus faibles au contact de la femme, aboutissent à une éjaculation immédiate, sans qu'il y ait ni le temps ni la possibilité de pratiquer le coït. Les malades sont alors frappés de l'idée qu'ils sont impuissants, ce qui, chez les gens nerveux, suffit pour rendre la copulation impossible. Poursuivis de cette idée, ils veulent se donner le témoignage que leurs facultés viriles ne sont pas abolies, ils en font de fréquents essais, avec cette disposition d'esprit qui les paralyse, et sans attendre que la nature fasse sentir des appels assez énergiques; préoccupés de leurs craintes dans les préludes mêmes de l'acte conjugal, ils se déconcertent et deviennent inaptes à le remplir. J'ai vu cette disposition, d'origine toute cérébrale, persister des mois et des années, et ordinairement après m'être emparé de la confiance des malades pour leur affirmer et les convaincre qu'ils n'étaient pas impuissants, je les engageai à ne pas essayer le coït avant d'y être invité par des érections vigoureuses, et, dans l'accomplissement de cet acte, de choisir une position telle qu'ils évitassent toute dépense de force musculaire, toute gêne, toute locomotion qui donnerait à leur imagination le temps de suivre sa pente habituelle.

J'ai vu un succès immédiat suivre quelquefois ces simples conseils. Mais quelquefois une faiblesse réelle s'ajoute à l'engourdissement causé par l'inaction, et il faut recourir à d'autres moyens.

Ce jeune mari se trouvait dans ces conditions ; les excès nicotiques avaient affaibli ses forces viriles. Je ne le dirigeais pas à cette époque, mais j'avais soigné sa femme depuis son enfance, et après plusieurs années de souffrances morales comprimées et dévorées dans le silence, elle fut interrogée par moi sur des troubles de santé et des tristesses qui étaient inexplicables pour son entourage ; elle s'était mariée avec des aspirations ardentes vers la maternité; la conviction que cette espérance si chère lui était interdite la plongeait dans un chagrin profond que la bonté de son cœur la portait à dissimuler. Poussée de mes questions, elle me fit l'aveu de cette situation.

Je cherchai à lui faire entrevoir quelque espoir en lui citant des exemples de maternité survenue après une bien plus longue attente que la sienne ; je l'engageai à se laisser examiner par une sage-femme, à laquelle je recommandai de rompre l'hymen avec le spéculum, si elle le trouvait intact, opération que j'ai faite plusieurs fois pour ailer, sans qu'ils s'en doutassent, des maris timides ou peu énergiques. Cette petite manœuvre fut exécutée, mais sans succès. — Cette jeune dame vécut encore 4 ou 5 ans dans ces conditions, désespérée de sentir son instinct non satisfait, et comprimant son désespoir pour ne pas affliger ceux qui vivaient avec elle. Dans cette lutte sa santé s'altéra, les fonctions digestives se troublèrent, elle devint anémique et des névralgies, des phénomènes d'hystéricisme se manifestèrent. Cependant son mari avait été sucessivement soumis à un traitement hydrothérapique et à l'électrisation. Ces moyens avaient amené une amélioration légère mais insuffisante ; je lui fis conseiller d'abandonner ou du moins de restreindre beaucoup l'usage du tabac, que je regardais comme une des principales causes de sa faiblesse, il le fit et s'en trouva bien ; mais ces excitations si longtemps prolongées et non satisfaites, ces espérances déçues, ces désirs inassouvis, les troubles d'innervation et d'hématose qui en avaient été la conséquence avaient développé chez sa femme des symptômes de vaginisme. Dès que son mari l'approchait, elle avait la sensation d'une contraction douloureuse du vagin qui rendait les rapports conjugaux impossibles; il était à craindre que ce nouvel obstacle ne réagît sur le mari et ne ramenât le trouble nerveux qui avait été un des coefficients de son impuissance.

Je conseillai à sa femme d'introduire, matin et soir, dans le vagin des suppositoires avec du beurre de cacao et de l'extrait de belladone. Ce traitement eut un succès complet; quelques semaines après, cette dame devenait enceinte, et elle a eu depuis plusieurs enfants.

J'ai rencontré plusieurs cas analogues à celui-ci. Je terminerai en en rapportant un que j'ai observé l'année dernière, et qui, nous montrant le vaginisme sous sa forme la plus accentuée, témoigne de l'intervention utile des moyens médicaux, rejetés sur le second plan par notre illustre confrère le docteur Sims, qui propose, pour guérir cette affection, la section profonde des muscles qui entourent l'orifice vulvaire.

Le 4 août 1869, je fus consulté par une dame âgée de 54 ans; elle accusait des douleurs dans la vulve ; le coït avait toujours été très-douloureux et très-pénible pour elle ; quatre grossesses successives n'avaient pas modifié cette impression; elle s'est exagérée, et maintenant les rapports sexuels sont devenus intolérables. Son mari, âgé de 65 ans, a dû renoncer à cohabiter avec elle, et, malgré son âge, il a contracté des habitudes de désordre qui ont jeté le trouble dans son intérieur.

Je désirai pratiquer le toucher, pour chercher si quelque condition organique ne pourrait pas m'expliquer ces phénomènes. Mais à peine mon doigt était-il engagé dans l'anneau vulvaire, que je le sentis violemment étreint par la contraction du sphincter vaginal, dont je ne parvins que très-difficilement à surmonter la résistance. La malade poussait des hurlements tels que, pour ne pas épouvanter les personnes qui attendaient dans mon salon, je dus renoncer à cette exploration. Je constatai que la vulve et les plis génito-fémoraux présentaient une rougeur érythémateuse, et les parties étaient parfois le siége d'un léger prurit.

Tenant compte de cette dernière circonstance, je lui prescrivis deux fois par jour une cuillerée à soupe d'une solution aux dix millièmes d'arseniate de soude ; et je l'engageai à introduire tous les soirs dans le vagin un suppositoire composé comme il suit :

Beurre de cacao. . . . . *deux* grammes.
Bromure de potassium. . . . *trente* centigrammes.
Extrait de belladone. . . . . *dix* centigrammes.

et je lui dis que j'irais lui rendre visite chez elle au bout de cinq jours.

Ma prescription fut exactement suivie ; au bout de cinq jours je me rendis chez cette dame, et je voulus pratiquer de nouveau l'exploration qui n'avait pu être complétée la première fois. Mon doigt pénétra avec une extrême facilité à travers l'orifice vaginal, large et indolent. Je pus le mouvoir successivement en tous sens, sans provoquer ni contraction ni douleur. J'essayai alors d'introduire deux doigts puis trois sans rencontrer aucun obstacle, et les portant alternativement avec force de gauche à droite, puis d'avant à arrière, je pratiquai une sorte de massage de l'orifice vaginal dans l'espérance de prévenir ainsi le retour du spasme musculaire par une sorte de dilatation forcée, analogue à celle que l'on pratique pour guérir de la contraction du sphincter-anal.

Je recommandai à la malade de prendre encore pendant six à huit semaines la potion arsenicale, de continuer pendant dix jours l'usage des suppositoires; puis pendant la quinzaine suivante de les introduire de deux jours l'un ; puis enfin, pendant un mois, d'y revenir deux fois par semaine, pour maintenir par l'action prolongée du modificateur le résultat obtenu.

Depuis lors, ayant parlé à plusieurs de mes confrères du résultat heureux que cette médication m'avait donné, j'ai su qu'on y avait eu recours avec succès dans des cas analogues.

Je n'ai pas la prétention de voir dans cette névrose, c'est-à-dire dans une des plus capricieuses parmi les maladies, la même médication réussir constamment. Je ne crois pas qu'elle puisse toujours rendre inutile l'intervention des moyens chirurgicaux, mais je crois qu'on ne doit recourir à ceux-ci qu'après avoir vainement essayé des autres.

Les incisions profondes dans cette région me paraissent dangereuses. Quand l'hymen persiste, son incision, suivie de dilatation, peut être pratiquée sans inconvénient.

Si le spasme douloureux résistait à l'action des suppositoires vaginaux et des modifications de l'état constitutionnel, avant de tenter l'opération de Sims, j'essayerais d'injections sous-cutanées avec quelques gouttes de mixture :

Eau distillée. . . . . . . *dix* grammes.
Chlorhydrate de morphine. *cinquante* centigrammes.
Sulfate d'atropine. . . . *un* centigramme.

Enfin, je crois que le massage, après les applications calmantes, et la dilatation forcée devraient être tentés avant de mettre en question les incisions profondes, pour lesquelles j'éprouve, je l'avoue, une profonde répugnance.

Si ces incisions ont été inoffensives dans un certain nombre de cas, il est impossible d'affirmer leur innocuité complète, et quelque pénible que soit une affection, quand elle ne compromet pas la vie, on doit hésiter à acheter sa guérison au prix d'un danger sérieux.

(1) Fin. — Voir le numéro du 22 juin 1871.

HÉMATOME DES MUSCLES DROITS DE L'ABDOMEN
CHEZ UN CONVALESCENT DE FIÈVRE TYPHOÏDE;

Par M. le docteur GUÉNIOT.

Pendant le siége de Paris, le chirurgien en chef de l'armée, M. le baron Larrey, m'ayant proposé la direction d'une ambulance située rue de la Glacière, j'acceptai volontiers cette mission. Au nombre des observations que je pus ainsi recueillir, se trouve la suivante, qui me paraît offrir un intérêt particulier. Les notes prises sous mes yeux, par M. Bouhon, aide-major, m'ont servi à sa rédaction.

Un mobile de la Somme, âgé de 22 ans, le nommé L...... (Adolphe), entre le 14 décembre à l'ambulance, dans le service de M. le docteur Rousselin, pour une fièvre typhoïde légère. La maladie suit son cours sans aucun accident et aboutit, après cinq semaines, à la convalescence.

C'est pendant celle-ci, le 23 janvier 1871, que le patient remarque sur son ventre une petite saillie arrondie, à surface rouge, qui lui cause une douleur continue et gravative, avec des élancements passagers. La tumeur ayant pris un développement rapide, on transporte le malade dans le service de chirurgie.

Le quatrième jour, c'est-à-dire le 27 janvier, voici ce que je constate : la tumeur, du volume du poing, est située dans la région hypogastrique, à quatre travers de doigt au-dessus de la symphyse pubienne. Elle occupe la ligne médiane, mais s'étend notablement plus à droite qu'à gauche. Incluse dans la paroi abdominale, elle soulève les téguments de façon à constituer un relief globuleux relativement considérable. Il est à présumer que, sur la face interne ou péritonéale, existe une saillie analogue.

La peau qui recouvre la tumeur est lisse, tendue, amincie, d'une rougeur phlegmoneuse au sommet, jaunâtre et comme ecchymotique dans le reste de son étendue.

La tumeur, à sa base, se trouve circonscrite par une zone annulaire indurée qui tranche nettement avec la souplesse des tissus voisins. A la palpation, on ne perçoit pas de vraie fluctuation, mais une résistance élastique semblable à celle d'une paroi kystique fortement tendue. Matité à la percussion; pas de crépitation gazeuse.

Peu de douleur spontanée; l'examen seul et les mouvements du tronc en provoquent une assez vive. Le pouls est à 96; l'état général reste assez satisfaisant.

Le malade affirme n'avoir jamais subi aucun traumatisme dans la région de la tumeur, et n'y avoir constaté jamais ni grosseur, ni hernie. Ses fonctions digestives s'accomplissent habituellement de la façon la plus normale.

La tumeur est certainement d'origine récente. Quelle peut en être la cause? Sans insister sur ce point, qui, dans la circonstance, me paraît peu susceptible d'une solution rigoureuse, je m'applique à réaliser une indication pratique manifeste : celle d'ouvrir une issue au liquide. Outre l'avantage d'éviter ainsi une rupture ou perforation du côté du péritoine, ce sera le moyen d'éclairer le diagnostic.

Donc, le 28 janvier, incision de quatre centimètres au sommet de la tumeur. Je divise lentement, avec précaution, comme s'il s'agissait d'une tumeur herniaire. Après la section de l'aponévrose, une couche formée de substance molle, jaunâtre et pulpeuse, ayant quelque ressemblance avec l'épiploon, apparaît entre les lèvres de la plaie. Cette couche, épaisse de quelques millimètres, étant traversée par une sonde cannelée, aussitôt du sang noir, mêlé de pus en faible proportion, s'écoule abondamment de la cavité. Les dernières portions sont composées de sang presque pur. Le liquide n'a pas de fétidité ; sa quantité totale est évaluée à 250 grammes.

L'exploration au moyen du doigt me fait constater que la poche est unique, dépourvue de cloisons et munie d'une paroi lisse à l'intérieur. Jugeant d'ailleurs que cet examen pourrait devenir dangereux, je ne procède qu'avec la plus grande douceur et m'en tiens à ces notions sans rechercher davantage les rapports intimes du foyer sanguin.

Un frisson violent avec claquement des dents se manifeste à la fin de l'opération.

Cataplasmes sur le ventre, *vingt-cinq* centigrammes d'ext. de jusquiame en 2 pil.; 1 port.

29 *janvier* : nuit calme ; soulagement marqué ; le frisson de la veille ne s'est pas renouvelé. La tumeur est complétement affaissée, et ses parois revenues sur elles-mêmes ont expulsé environ *trente* grammes de liquide sanguin-purulent : pouls à 100. Même prescription.

31 *janvier*: état général satisfaisant; 96 pulsations. Une sanie puro-sanguinolente s'écoule de la cavité, en même temps que des grumeaux pulpeux et jaunâtres formés sans aucun doute de dépôts fibrineux.

3 *février*. : état général bon ; pouls à 96. La plaie est devenue béante, et ses bords sont en partie renversés en dehors. Pus rougeâtre en moindre quantité que les jours précédents, mais d'une fétidité prononcée qui n'a rien de commun avec celle des matières intestinales.

Injection d'eau additionnée au quart de teinture d'iode. Bord.; 2 port.

18 *février*. : La plaie représente une tumeur rouge, suppurante, en forme de champignon du volume d'un marron. C'est le boursoufflement de ses bords, joint à la hernie des portions adjacentes de la paroi du foyer, qui donne lieu à cette particularité. Un petit orifice persiste au sommet et conduit dans la cavité maintenant très-réduite. La sécrétion est restée fétide. Une petite hémorrhagie a lieu dans le cours de la journée par l'orifice central. L'empâtement ou la zone indurée de la base a subi diverses oscillations, se montrant tantôt plus, tantôt moins prononcé.

Enfin, à partir du 23 février, jour où une nouvelle hémorrhagie nécessite l'emploi de l'agaric, les divers symptômes locaux s'amendent peu à peu, la santé générale s'affermit, et le malade sur la fin de mars peut sortir *presque* guéri de l'ambulance.

On pourra s'étonner peut-être de me voir placer sans hésitation le siége de l'hémorrhagie dans les muscles droits. J'ai dit en effet que, par prudence, j'avais dû sacrifier mon désir de rendre incontestable ce point de diagnostic, en n'explorant le foyer qu'avec la plus grande réserve. Et comme, heureusement, le malade finit par guérir, je n'ai pas eu de confirmation nécroscopique.

Mais si l'on rapproche de l'observation précédente les faits analogues déjà connus dans la science, on admettra sans conteste qu'il s'agit bien réellement d'un hématôme des muscles droits de l'abdomen. Quoique les faits de ce genre soient relativement très-rares, M. Cruveilhier a pu en consigner six exemples dans son Atlas.

Pour ce maître éminent, l'hémorrhagie est due à une phlébite capillaire dont Rokytanski a signalé, plus tard, le rapport avec le typhus.

Virchow et Zenker ont vu aussi de ces apoplexies musculaires. D'après sept cas observés dans le muscle grand droit, le premier de ces auteurs a considéré l'hémorrhagie comme la conséquence d'une altération profonde du muscle; et le second a pensé, d'après d'autres faits, que les efforts ou les contractions un peu brusques de l'organe, en provoquant des ruptures, devaient concourir à la formation du foyer.

Quoiqu'il en soit de ces diverses opinions, ce qui reste bien acquis, c'est l'existence, dans un petit nombre de cas de fièvre typhoïde, de foyers hémorrhagiques au sein des muscles droits de l'abdomen. M. Hayem a présenté, en 1869, à la Société de biologie et à la Société anatomique, un exemple remarquable de cette sorte. Les deux muscles droits étaient le siége d'un hématôme dont notre confrère crut devoir rattacher la production à une lésion des vaisseaux de la région (1). M. Liouville a, de son côté, observé deux autres faits semblables dont un a été publié récemment par M. Hayem, et dont l'autre est encore inédit.

Dans tous les cas, l'examen nécroscopique a permis de s'assurer du siége et de l'étendue du foyer hémorrhagique, preuve trop certaine que le pronostic de cette complication, ou, si l'on veut, de la maladie qui la suscite, est des plus graves. On a vu, toutefois, que le fait du malade de la Glacière s'est terminé heureusement. C'est surtout à ce titre qu'il m'a paru intéressant de le publier.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 19 avril 1871. — Présidence de M. DOLBEAU, vice-président.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

— La *Gazette des hôpitaux*.

— Deux lettres de MM. de Saint-Germain et Liégeois qui s'excusent de ne pas pouvoir assister à la séance.

DISCUSSION

Hernie étranglée. — M. TRÉLAT. Messieurs, dans la dernière séance, je vous ai communiqué deux faits de hernie avec adhérences anciennes de l'intestin à l'épiploon, et j'ai cherché à expliquer les phénomènes d'obstruction que j'avais observés par le tiraillement exercé par des brides qui gênaient ou empêchaient le cours des matières contenues dans l'intestin.

A la fin de cette même séance, M. Després a cité et a voulu comparer aux faits que je venais d'exposer une observation dans laquelle M. Boyer (de Joinville) fit sur une tumeur herniaire compliquée d'adhérences une incision qui pénétra dans la cavité intestinale ; après quoi, il sutura toutes les parties incisées. Sauf l'analogie lointaine qu'on peut trouver dans l'adhérence de l'intestin à l'épiploon, je ne vois pas en quoi le fait de Boyer (de Joinville) est comparable aux miens, et comment un coup de bistouri, qui pénètre dans la cavité intestinale et qu'on fait suivre de la suture de toutes les parties incisées, pourra être assimilé à une opération méthodique comme celle que j'ai pratiquée.

M. DESPRÉS. Je ne voulais pas entrer dans le fond de la discussion; mais puisque M. Trélat m'y convie, je dirai qu'il y a dans la science un nombre considérable de faits de grosses hernies avec adhérences, dites étranglées, qui guérissent admirablement avec l'expectation des cataplasmes, des purgatifs et une réduction partielle.

Il y aurait danger, je pense, à généraliser la pratique de M. Trélat, bien qu'elle ait été heureuse entre ses mains. L'opération de M. Boyer (de Joinville) fut comme celle de M. Trélat, suivie de succès; néanmoins le chirurgien reconnut qu'il l'avait entreprise sans nécessité absolue, et il remédia autant que possible à son erreur en faisant la suture. En citant l'observation de Boyer (de Joinville), j'ai fait une critique détournée de la pratique suivie par M. Trélat, et j'ai voulu dire que le succès ne suffit pas pour légitimer une opération quand elle n'est pas absolument nécessaire.

M. TRÉLAT. Je ne veux pas laisser la question s'égarer, ni suivre M. Després dans ses appréciations sur les hernies volumineuses, anciennes, adhérentes ou non, à propos desquelles on a discuté si longtemps pour savoir si l'on devait admettre l'étranglement ou l'inflammation.

Il s'agit ici d'un point tout différent : j'ai vu deux faits dans lesquels l'opération m'a paru si bien indiquée, qu'à mon avis tout traitement médical aurait été inefficace et que les malades seraient mortes si elles n'avaient pas été opérées. J'ai appelé votre attention sur la longue durée des phénomènes d'étranglement, sur les adhérences de l'intestin à l'épiploon et sur le mécanisme probable de l'obstruction. J'ai qualifié moi-même ces deux faits *d'exceptionnels*, je suis donc bien loin d'avoir érigé la pratique que j'ai suivie en précepte général. Je répète en terminant qu'il n'y a dans tout cela aucune comparaison possible entre mes observations et celle de M. Boyer (de Joinville), entre mon opération et celle qu'il a pratiquée, puisqu'il a successivement incisé et suturé l'intestin sans le réduire, tandis que je me suis bien gardé d'ouvrir l'intestin et que je l'ai réduit après avoir détruit ses adhérences à l'épiploon

M. GIRALDÈS pense comme M. Trélat qu'il n'y a aucune parité entre le fait de M. Boyer de Joinville) et ceux qui sont en discussion.

M. LABBÉ. Il n'existe aucune ressemblance entre les grosses hernies irréductibles que tout le monde connaît et les faits de M. Trélat. Pour les grosses hernies on peut accepter, avec Malgaigne, une inflammation plutôt qu'un étranglement, tandis que dans les observations rapportées par M. Trélat, il y a eu véritablement obstruction intestinale causée par une bride.

J'avais promis d'apporter une pièce anatomique à l'appui de cette opinion; malheureusement cette pièce n'a pas été conservée, mais je puis vous en faire voir un dessin qui suffira pour lever tous les doutes.

M. Labbé met en effet sous les yeux de la société un dessin qui représente une hernie dans laquelle l'intestin a été entraîné par une bride. La partie herniée comprend la plus grande partie du calibre de l'intestin qui ne reste perméable qu'à sa partie supérieure ; l'ouverture restée libre n'a pas un diamètre supérieur à celui d'une petite plume d'oie.

La malade mourut sans avoir été opérée ; en examinant la pièce anatomique, on doit regretter que l'opération n'ait pas été entreprise, parce qu'il s'agissait réellement d'une obstruction par une bride qui tiraillait l'intestin, et mettait ainsi obstacle au cours des matières.

L'opinion suivie par M. Trélat se trouve donc rigoureusement vérifiée par l'autopsie faite par M. Labbé.

LECTURE

Fractures par projectiles de guerre.

M. CHAMPENOIS, médecin principal, membre correspondant de la Société, lit un mémoire intitulé : *Essai de chirurgie conservatrice dans le traitement des fractures de l'humérus et du coude par les projectiles de guerre.*

Les conclusions de ce mémoire, qui est renvoyé au comité de publications sont les suivantes :

Sur 34 cas de fractures on en compte : 15 de la diaphyse, 12 de l'épaule, 7 du coude; 26 provenaient de balles, 8 d'éclats d'obus.

La tête de l'os a été atteinte 12 fois, le col chirurgical 5 fois, la diaphyse seule 7 fois, avec communication dans l'articulation sous-jacente 3 fois; le coude a été fracturé directement 7 fois.

Les résultats ont été : 24 guérisons, 3 amputations, 7 décès.

L'épaule s'est ankylosée 3 fois sur 10, le coude 7 fois sur 10.

Deux blessés gardent la main fléchie par suite de la section du nerf radial.

L'amputé du bras et deux désarticulés de l'épaule ont guéri.

Aux 7 décès ont concouru : 2 fractures de côtes avec lésion pulmonaire, 1 tétanos, 1 péritonite aiguë traumatique, 1 chronique par fracture de l'os iliaque avec large plaie, 1 pleuropneumonie par balle perdue, 1 même affection due aux effets de l'alcoolisme.

La large part de succès faite à la conservation peut être attribuée à la promptitude de l'intervention chirurgicale, à l'immobilisation immédiate du membre, à la mobilisation des blessés.

Dans les cas où l'amputation n'a pas été imposée par la gangrène, par la section traumatique du membre ou par de graves lésions vasculo-nerveuses, on s'est contenté d'extraire des esquilles libres ou non viables. — Pas de résection, pas de régularisation des bouts dentelés des fragments.

Les moyens de traitement ont été : 1° l'immobilisation du membre dès le champ de bataille, à l'aide d'une gouttière en zinc coudée à angle droit sur son épaisseur, appliquée par dessus la manche du vêtement et reliée au tronc par deux lacs;

2° Son immobilisation immédiate et définitive, après l'extraction des esquilles, quand elle était indiquée, avec intervention de la gouttière sus-indiquée;

3° Un ensemble de précautions destinées à préserver le membre et l'appareil contre l'action du pus, de manière à rendre le bandage à peu près inamovible;

4° La mobilisation des blessés.

De ce traitement l'originalité a consisté à trouver le moyen de concilier les mouvements généraux nécessaires au maintien de la santé avec le repos indispensable à la consolidation des fragments. C'est le but de la gouttière métallique, dont le poids varie entre 250 et 300 grammes.

Le modèle destiné à la façonner se taille en équerre dans une feuille de zinc, n° 10.

Il est uniforme pour les deux membres, pour la face externe et la face interne. Les retouches ne portent que sur les points du contour correspondant au bord postérieur de l'aisselle ou aux ouvertures de la balle. — Des ciseaux ordinaires de trousse suffisent.

Ce modèle représente d'abord une attelle irrégulière, coudée à angle droit selon son épaisseur.

Il se compose de trois portions : une allongée plus étroite, pouvant se recourber par dessus l'épaule; une moyenne ou brachiale dont les ailes se relèvent en gouttière pour le bras ; une antibrachiale, à angle droit sur la précédente, courbée sur son bord cubital seulement pour soutenir l'avant-bras.

La gouttière modelée et garnie d'une épaisse couche d'ouate reçoit le membre ouaté et enveloppé d'un bandage spiral modérément compressif qui laisse libres les plaies d'écoulement.

Un deuxième bandage à spires simplement contiguës, également troué au niveau des plaies, en assure les rapports.

Le membre peut être alors, sans inconvénient pour les fragments, accolé au tronc et maintenu par des jets périthoraciques circulaires, obliques, en 8 de chiffre comme dans l'appareil de Desault pour la clavicule.

Cette dernière partie de l'appareil est seule dextrinée.

Ainsi, il a pu rester en place 13 fois sur 22 jusqu'au 60e jour; 3 fois, il n'a été changé que le 45e jour;

Au niveau des ouvertures du foyer, des cratères sont organisés avec l'ouate, le collodion, la gutta-percha, etc., pour rendre impossible l'infiltration du pus et les pansements aussi simples que faciles.

La dessiccation une fois opérée, les blessés, allégés par l'immobilisation du membre et convaincus du non retentissement des mouvements du corps dans la fracture, continuent à se lever et à se promener. Contre l'infection purulente, c'est là, sans contredit une des plus sûres garanties.

Sur 12 fractures de la tête humérale, 4 fois on s'est abstenu de toute opération ; 5 fois de fortes esquilles mobiles, mais largement adhérentes, diaphysaires et articulaires ont franchement concouru à la consolidation.

De l'ensemble de ses observations, M. Champenois croit pouvoir tirer les conclusions suivantes :

Il est aussi facile qu'avantageux d'immobiliser le membre dès le champ de bataille;

L'extraction des esquilles mobiles, non viables, doit être faite le plus vite possible;

Immédiatement après, il y a avantage à immobiliser le membre et à le lier au tronc, de manière à laisser aux blessés la liberté de leurs mouvements;

A ces conditions, les droits de la chirurgie conservatrice deviennent illimités;

Ils ne s'arrêtent guère qu'aux cas où la vie du membre est évidemment compromise par l'étendue des plaies ou par la gravité des lésions vasculo-nerveuses.

ÉLECTIONS

La Société procède à l'élection de cinq membres pour examiner les travaux envoyés pour le prix Duval.

Sont nommés :

MM. Gueniot,
Horteloup,
Marjolin,
Lefort,
Giraldès.

La séance est levée à 5 heures.

Le secrétaire annuel : TARNIER.

DOCUMENTS

POUR SERVIR A L'HISTOIRE DU MOUVEMENT SCIENTIFIQUE PENDANT LE SIÉGE DE PARIS (1).

FACULTÉ DE MÉDECINE. — M. BOUCHARDAT.

Des meilleurs moyens d'employer pendant le siége nos ressources alimentaires.

(Suite et fin.)

DU PAIN

Je dois vous entretenir du pain, de son rôle alimentaire, de sa fabrication, car cette étude nous permettra de trouver le meilleur emploi possible de tout ce qui existe de véritablement alimentaire dans le blé, de ne séparer de la précieuse graine que 8 pour 100 de sons ou recoupes au lieu de 22, et cependant de produire un pain de très-bonne qualité.

Quel incomparable aliment que le pain ! il plaît à tous, on ne s'en lasse pas; il est si bien approprié à nos organes qu'il est digéré sans donner de résidus, sans causer aucun trouble dans l'appareil digestif. La proportion des principes qui le constituent est si bien ordonnée, qu'il s'en faut de bien peu qu'il soit pour l'homme un aliment complet.

Peut-être dira-t-on que nous sommes en France, et surtout à Paris, de trop grands mangeurs de pain; que cet excès par rapport

(1) *Comptes rendus des séances et mémoires de la Société de biologie*, t. 1, 5e série. Ann. 1869, p. 334.

(1) Suite. — Voir le dernier numéro.

à la viande ne peut suffire qu'à réparer les pertes déterminées par un travail modéré, et ne permettrait pas à l'homme la continuité de grands efforts. Je dirai aussi, d'après une longue expérience, qu'en manger trop de pain sans le mâcher prédispose à la glycosurie. Tous ces inconvénients, à côté des avantages, sont de peu d'importance on très-exceptionnels.

Parlons maintenant de la fabrication du pain; trois matières y interviennent : de la farine, de l'eau et du sel.

A Paris, depuis bien des années, on n'employait que de la farine première blutée plutôt à 28 pour 100 et même 30 qu'à 22.

J'étais partisan déclaré de cet usage, et voici pourquoi : on a toujours ainsi du pain d'excellente qualité, qui porte avec lui les caractères de sa pureté; on ne peut être trompé : l'ouvrier, le soldat, avec le seul contrôle de leurs sens, sont sûrs de manger du pain parfaitement bon. Si on laisse les boulangers y introduire des farines deuxièmes, elles peuvent être altérées; ils peuvent y mêler des farines ou produits étrangers au blé, on ne sait où ils s'arrêteraient; le pain doit être à l'abri du soupçon.

Vous savez que la farine contient à peine de sel marin; il faut en ajouter pour compléter l'aliment; disons que cette addition plaît à notre goût.

Au lieu de sel, on a quelquefois proposé d'introduire dans la pâte, en proportions déterminées, deux corps qui lui donnent naissance : l'acide chlorydrique liquide pur et le bicarbonate de soude. On obtient ainsi un dégagement d'acide carbonique qui soulève la pâte et dispense de la faire lever. Pour atteindre le même but, M. Danglisch introduit dans la pâte ce même gaz carbonique; mais généralement c'est à l'aide de levains que la pâte est convertie en cette masse plus légère qui doit donner à la mie du pain cette apparence spongieuse que vous lui connaissez.

Les boulangers de Paris préféraient, assure-t-on, pour fabriquer leur pain, l'eau des puits chargée de sels calcaires et principalement de sulfate de chaux. Cette pratique a l'avantage d'ajouter au pain un sel de chaux qui peut compléter l'aliment. La fermentation de la pâte est, elle aussi, plus facile à régulariser par cette addition.

Je vais vous entretenir des phénomènes aussi remarquables que compliqués qui se passent pendant que la pâte lève. Fourcroy leur donnait le nom de *fermentation panaire*.

On sait aujourd'hui que plusieurs fermentations distinctes se succèdent ou se compliquent par l'action du levain sur la pâte.

Un ferment spécial auquel on a donné le nom de *céréaline*, qui se rapproche, à certains égards, de la diastase, agit sur une très-petite partie de l'amidon broyé, et convertit cette partie en glycose. Kirkoff avait vu déjà que le gluten modifié par un commencement de décomposition possédait la propriété de saccharifier l'amidon.

Après la conversion d'une petite partie de l'amidon en glycose survient ensuite l'action d'un nouveau ferment sur cette glycose, qui donne comme produits principaux de sa tranformation de l'alcool et de l'acide carbonique. C'est ce dernier corps qui, emprisonné dans la pâte, la soulève, la rend légère, la fait lever et donne à la mie du pain son apparence spongieuse si caractéristique.

Si les choses se passaient toujours aussi simplement, le pain ne se colorerait pas et ne prendrait point cette saveur spéciale, amère, acide, qu'on trouve dans les pains bis mal préparés; mais à la fermentation alcoolique succèdent les fermentations lactique et butyrique, qui rendent la pâte diffluente par l'action de ces ferments sur le gluten de la farine. Le problème à résoudre consiste donc à arrêter ces fermentations qui altèrent le gluten et communiquent au pain des propriétés qui déplaisent à l'œil, à l'odorat, au goût.

En activant la fermentation alcoolique par l'intervention de la levûre de bière lavée, on évite en grande partie les fermentations secondaires. M. Mège-Mouriez a vu que l'addition d'une très-petite quantité d'acide tartrique les entravait également; mais ce qui vaut mieux que tout c'est la bonne conduite des levains; leur direction est la pratique la plus difficile de l'art du boulanger; de vieux levains qui ont subi les fermentations lactique et butyrique modifient le gluten des meilleures farines, le rendent diffluent par ces transformations, colorent le pain et lui communiquent de l'amertume.

M. Mége-Mouriez a étudié avec une louable persévérance les causes qui contribuaient à diminuer les qualités du pain lorsqu'on voulait abaisser le taux du blutage; il a trouvé divers moyens qui conduisent au but d'obtenir plus de pain blanc avec la moindre quantité de blé.

Il a découvert que le son et la folle farine contenaient une matière spéciale à laquelle il a donné le nom de *céréaline*, matière qui, en réagissant sur le gluten de la bonne farine, lui communiquait ces mauvaises propriétés que nous venons de signaler.

Pour atteindre ce but, il s'agit ou d'éliminer cette céréaline ou de modérer le plus possible son action.

C'est par un procédé de mouture très-ingénieux qu'on se débarrasse de la céréaline. Ce procédé a été étudié et mis en pratique à la meunerie et boulangerie de Scipion par M. Mége-Mouriez, avec l'active et très-intelligente collaboration de feu Salonne, ancien directeur de cet établissement.

Il consiste à moudre le froment avec des meules à demi serrées, à bluter le blé broyé, et en extraire immédiatement de 65 à 70 pour 100 de farine; à rouler ensuite les gruaux sous les meules libres, de manière à détacher ce que M. Mége-Mouriez nomme le tissu embryonnaire sans le moudre, à séparer ces membranes par un ventilateur ou par un blutoir, à mélanger la farine première extraite à 70 pour 100, et à s'en servir pour faire le pain, qui sera d'autant plus beau que les farines auront été faites depuis plus longtemps.

Ce procédé, appliqué à Scipion, donne, à une extraction de 77 à 78 pour 100, un pain aussi beau et aussi bon que celui qui jusqu'à présent était à 70 pour 100.

Peut-être ne serait-il pas possible, avec le temps qui nous presse, de changer nos procédés de meunerie; mais voici une légère innovation, également mise en pratique par MM. Mége-Mouriez et Salonne, qui permettrait d'atténuer beaucoup les mauvais effets de l'addition des fines parties du son ou des gruaux à la farine première.

Ce procédé ne change rien aux modes de mouture qui sont actuellement en activité, il n'oblige qu'à une légère modification dans la boulange.

Il consiste à broyer le blé comme nous l'avons dit, à extraire 70 pour 100 de farine de premier jet, et au lieu de rouler les gruaux sous les meules (1), de les garder tels qu'ils sont au chiffre de 20 pour 100 environ. Cette séparation accomplie, on fait la pâte avec la farine à 70 pour 100, et au dernier pétrissage, quand toutes les fermentations sont terminées, il faut tenir la pâte très-molle, ajouter les gruaux, qui donnent en l'hydratant la consistance voulue, laisser lever, et mettre au four avant que la céréaline ait passé par l'incubation nécessaire pour agir. Ce procédé est, du reste, aussi facile que le premier, mais il exige de plus la séparation des farines et un nettoyage rigoureux; il est vrai qu'il fait du pain blanc à 88-90 au lieu de 77-79.

Ces deux procédés ont pour but de réprimer l'action de la céréaline, afin de pouvoir faire entrer dans le pain tous les principes alimentaires du blé, c'est-à-dire faire un pain complet sans qu'il soit bis-aigre et désagréable.

Si l'on adopte le dernier procédé, comme la farine première sera livrée séparée des gruaux (recoupes et petits sons), il est absolument nécessaire de prescrire aux boulangers de ne prélever aucune partie de ces farines premières pour fabriquer un pain blanc spécial ou des biscuits. — Des raisons de premier ordre commandent qu'il n'y ait qu'une seule sorte de pain; aussi la commission d'hygiène a-t-elle exprimé le vœu qu'il soit interdit aux boulangers de fabriquer du biscuit avec la farine qui leur est confiée pour la fabrication du pain de consommation quotidienne.

Il conviendra d'augmenter la quantité de sel ajouté à la pâte, lorsqu'on y introduira les gruaux et les petits sons.

Au moment où le Gouvernement de la défense nationale se décide à modifier les procédés de panification, par des motifs sur lesquels il est inutile d'insister, la commission centrale d'hygiène et de salubrité a émis le vœu qu'on ne change rien à la fabrication du pain destiné aux soldats.

Des différentes sortes de pain. — Dans mon cours, j'étudie avec détail les différentes sortes de pain; je me bornerai aujourd'hui à vous dire quelques mots du pain des campagnes, du pain de munition, du pain municipal et du biscuit que vous connaissez à peine et que vous voyez il y a quelques jours aux devantures des boulangers et des épiciers.

Je vous parle du pain des campagnes, parce que celui qu'on va nous vendre lui ressemblera beaucoup. Il est plus nourrissant que celui des villes, parce que la farine étant généralement blutée à 15 au lieu de 22 pour 100, contient les principes alimentaires du son. Il contient toute la farine fournie par le blé, il se rapproche donc davantage de l'aliment complet. On y associe souvent de l'orge, du seigle et même une petite quantité de féveroles. Rien de mieux : le cultivateur connaît le grain qu'il porte au meunier, il est sûr qu'il n'est point avarié, tandis que le boulanger des villes a quelquefois vendu du pain bis où il faisait entrer des farines avariées. Notre pain bis sera absolument comme celui des campagnes, préparé avec d'excellent grain; car les grandes sécheresses de l'été dernier, si elles ont diminué le rendement, ont assuré une qualité parfaite. Notre pain vaudra mieux que celui des campagnes, parce que les levains seront beaucoup mieux conduits par nos boulangers, si expérimentés, qu'ils ne le sont à la campagne, où ils sont souvent conservés pendant une semaine, condition des plus favorables pour développer les fermentations lactique et butyrique.

Le pain de munition en France est très-bon, il se fait avec le pur froment; le blutage est à 15 au lieu de 22, ce qui est un bien. En Russie et en Allemagne, on se contente de blutages inférieurs; le seigle est associé au froment.

Pain municipal. — Dans les temps de disette, la question du pain a toujours tenu le premier rang dans les préoccupations municipales; elle a surtout une extrême gravité pour une ville aussi populeuse que Paris, qui donne asile à tant de misères. Sans parler de l'active coopération de la charité publique et privée, pour alléger les charges et les souffrances des travailleurs nécessiteux, divers moyens ont été mis en œuvre pour vendre le pain à prix réduit; je vais parler brièvement de ceux qui se recommandent par une large pratique.

L'année 1846 fut d'une sécheresse extrême; la récolte fut près du tiers au dessous d'une récolte moyenne, la disette de 1847 s'ensuivit.

M. de Rambuteau était alors préfet de la Seine; avec l'habile coopération de M. de Cambrai, les maux des disettes furent épargnés à Paris avec des sacrifices municipaux relativement modérés. On adopta le système des bons à prix réduit pour les nécessiteux. Voici comment je l'ai apprécié dans ma conférence sur le blé et les disettes. (*Revue des cours scientifiques*, 27 septembre 1866.) « Le système des bons à prix réduit pour les nécessiteux a pour résultat utile de restreindre le chiffre de la dépense en produisant les mêmes résultats; mais il entraîne à sa suite les embarras d'une comptabilité compliquée, il met à une rude épreuve la dignité du travailleur qui, forcé de perdre son temps et de tendre la main pour obtenir ces bons à prix réduit, prend ainsi l'habitude des secours, et fait un apprentissage qui conduit au bureau de bienfaisance. »

Si l'année 1846 fut suivie d'années d'abondance, les années 1853, 1854, 1855, 1856, furent mauvaises ou médiocres, et le prix moyen annuel du froment s'éleva beaucoup. Pour éloigner les maux de la cherté du pain, la caisse de la boulangerie fut créée; grâce à la direction aussi ferme qu'habile de M. Pelletier, cette longue période fut traversée à Paris sans trop de souffrances.

On adopta le système de compensation. Pendant les années de disette, la ville fit de grands sacrifices pour maintenir le prix du pain à une taxe modérée; et quand revinrent les années d'abondance, un très-léger droit d'entrée sur les farines sagement calculé et gradué ramena l'équilibre dans le mouvement des fonds de la caisse de la boulangerie.

(1) Il est indifférent d'employer les meules horizontales ou verticales, mais il importe beaucoup de les tenir à une distance capable d'extraire le plus de farine sans pulvériser les tissus tégumentaires.

Voici maintenant le système que je proposais depuis longues années dans mes cours, et que j'ai exposé comme il suit dans ma conférence :

Admettons maintenant, pour embrasser toutes les suppositions, que, malgré tous les efforts, par suite d'intempéries s'étendant sur les contrées les plus productives du globe, le froment de première qualité soit en quantité insuffisante pour pourvoir à tous les besoins, que faudrait-il tenter pour diminuer la consommation du pain blanc? C'est dans cette supposition que j'admettrais la fabrication et la vente d'un pain municipal se vendant à prix réduit sur tous les marchés. Toute la puissance de la réserve se concentrerait pour abaisser le prix de ce pain destiné à tout nécessiteux qui voudrait l'acheter. On laisserait le riche payer le pain blanc au cours des farines.

Ce pain devrait, au moins dans ce qu'il y a d'essentiel, représenter l'ancien pain de ménage.

On pourrait autoriser le mélange en proportions convenables des farines provenant des grains des diverses céréales; on pourrait y associer une petite proportion de farines de féveroles.

Ces mélanges, qui pourraient abaisser considérablement la consommation de la farine de première qualité, devraient être effectués sous la surveillance expresse d'un conseil supérieur, juge suprême et compétent de toutes les questions que fait naître la fabrication du pain dans ses rapports avec la santé publique.

Toutes les graines et farines devraient être dans de bonnes conditions de conservation, exemptes de toutes les altérations qui peuvent faire suspecter la qualité du pain. Chaque farine interviendrait dans des proportions telles que la valeur nutritive du pain ne fût point abaissée, et que cet aliment ne laissât rien à désirer ni pour l'odeur, ni pour la saveur. Les membres de la commission, composée de meuniers et de boulangers vieillis dans leurs professions, de savants habitués à toutes les recherches que comportent les altérations des aliments, ne devraient pas consommer d'autre pain que celui qu'ils destinent à l'ouvrier.

La liberté est sans doute préférable : à chacun du pain blanc fait avec la farine première qu'il achète chez tous les boulangers, voilà ce qu'il y a de mieux. On me pardonnera d'avoir prévu de ces cas extrêmes qui, j'espère, ne se présenteront pas.

Ce cas extrême que je ne pouvais prévoir s'est présenté. Adoptant les avis du comité d'hygiène, on a évité les rationnements du pain, en adoptant un blutage inférieur qui rend le pain plus coloré, mais plus nutritif : on a associé au blé la fécule (1) et les farines de toutes les céréales disponibles. On a très-sagement prescrit le pain égal pour tous comme le brouet noir de Sparte. Heureusement que la minutieuse surveillance dont j'ai parlé ne sera pas nécessaire. Les magasins ne contiennent que de bonnes matières premières.

Cette année, je l'ai dit déjà, est exceptionnelle sous le rapport de la bonté des céréales de toutes espèces, car le temps a été très-sec, et si les graines ont été moins abondantes, elles sont toutes d'excellente qualité.

Le biscuit de marin est une véritable galette préparée avec une pâte plus sèche, moins salée. Pendant la cuisson, elle est privée d'eau par une action de la chaleur plus lente et plus prolongée.

Ce biscuit se conserve très-bien; il renferme plus de matière alimentaire sous le même volume; il répugne à bien des gens, parce qu'il faut de la patience pour le manger, et c'est précisément la lente mastication qu'il exige qui en fait le principal mérite en facilitant sa digestion. En exerçant les dents, il les conserve. Depuis le siége, je fais mon premier déjeuner avec un quart de biscuit, sans rien plus. La sécrétion salivaire est si abondante pendant ce repas, que je n'éprouve pas le besoin de boire.

Rôle hygiénique du pain. — Le pain et l'eau seuls ne suffisent point à l'alimentation. Des expériences entreprises sur eux-mêmes, par des savants dévoués, ont prouvé qu'on dépérit assez vite avec un pareil régime. Des observations recueillies sur des prisonniers confirment ce fait; mais il faut ajouter bien peu de choses au pain pour constituer une alimentation complète. — Un peu de matières azotées, de soupes à l'huile complètent le régime; les trappistes y associent habituellement les haricots, les pois, les lentilles, qui renferment plus d'azote que le froment.

Quand le pain intervient pour une quantité considérable dans l'alimentation, la quantité qu'on en consomme est d'autant plus élevée que le pays est plus froid, comme le montre le tableau suivant :

Ration de pain accordée aux soldats dans les principaux États de l'Europe.

	grammes.	
Espagne	670	(froment).
Italie	737	id.
France	750	id.
Belgique	775	id.
États sud Allemagne	900	(1/6 froment, 4/6 seigle, 1/6 orge).
États nord Allemagne	1000	(seigle-froment).
Russie	1000	(seigle-froment).

Selon moi, ce n'est pas la proportion de pain qu'il conviendrait d'augmenter en s'avançant vers le pôle, mais la quantité de lard ou de graisse accordée au soldat. Il est plus convenable d'augmenter la puissance des aliments de calorification sous un volume normal que de l'accroître en fatiguant les organes par l'ingestion de trop grandes masses alimentaires. — BOUCHARDAT.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1870.

257. Théhot (Louis). La cellule végétale.

258. Leblond (A.). Du rôle des ligaments larges et de l'appareil érectile de l'utérus dans les hémorrhagies utérines.

(1) J'ai publié, en 1833, dans les *Annales d'hygiène*, avec la collaboration de mon regretté et si excellent ami le duc de Luynes, des expériences sur l'introduction de la fécule dans le pain.

259. Prunac (Armand). Etude sur la fièvre typhoïde chez les enfants, au point de vue des symptômes, du diagnostic différentiel et de la température.

260. Peyri (Théophile). Recherches sur les effets toxiques du m'boundou (poison d'épreuve du Gabon).

261. Bugier (Gabriel). Etude sur l'ophthalmie granuleuse.

262. Paquelin (André). Quelques mots de traitement de l'orchite aiguë.

263. Mercier (Augustin). Du tabac et particulièrement de l'empoisonnement aigu par le tabac.

264. Miard (Antony). Origine de la myopie, l'accomodation et les défauts de réfraction.

265. Trouessart (Louis). De la fièvre traumatique consécutive aux plaies et aux opérations, et de ses formes graves (infection purulente et infection putride).

266. De Saint-Martin (Louis). De l'état des sels acides en dissolution et du partage d'une même base entre deux acides.

267. Rougeot (M.) Chimie du chloral, recherches cliniques et expérimentales.

268. Lambert (Ernest). Des grossesses compliquées de myomes utérins.

269. Douais (Joseph). Essai sur l'emploi de l'électricité dans les accouchements.

270. Scaglia. Des différentes formes de l'ovarite aiguë.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La Société de médecine pratique tiendra sa prochaine séance le jeudi 7 septembre.

Voici son ordre du jour :

Docteur Danet : *Traitement des maladies des voies respiratoires par l'alcool.*

Docteur Signol : *Choléra des poules.*

— M. le docteur Lecointe est nommé médecin suppléant au théâtre national de l'Opéra-Comique, en remplacement de M. le docteur Lagneau.

—Le Bulletin hebdomadaire des causes de décès pour Paris, du 19 au 25 août 1871, donne les chiffres suivants :

Variole, 3. — Scarlatine, 2. — Rougeole, 5. — Fièvre typhoïde, 27. Typhus, ». — Erysipèle, 1. — Bronchite, 28. — Pneumonie, 31. — Diarrhée, 79. — Dysenterie, 27. — Cholérine, 16. — Choléra, 6. — Angine couenneuse, 7. — Croup, 5. — Affections puerpérales, ». — Autres causes, 586. — Total : 823.

Celui de Londres donne les chiffres suivants, du 13 au 19 août 1871 :

Variole, 80.—Scarlatine, 21.—Rougeole, 19. — Fièvre typhoïde, 21. — Typhus, 7. — Erysipèle, 11. — Bronchite, 53. — Pneumonie, 34. — Diarrhée, 425. — Dysenterie, ». — Cholérine, ». — Choléra, 40. — Angine couenneuse, 4. — Croup, 12. — Affections puerpérales, 5. — Autres causes, 983. — Total : 1,715.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments ou autres objets).

Journal du bombardement de Châtillon : avril-mai 1871, par le docteur AMÉDÉE LATOUR, membre de l'Académie nationale de médecine, etc. In-8°. — Prix : 2 francs.

L'hygiène sur les champs de bataille, par le docteur LOUIS CRÉTEN (de Bruxelles). In-8° de 70 pages. — Prix : 1 fr. 50.

Traité des maladies du fond de l'œil et Atlas d'ophthalmoscopie, par L. DE WECKER et E. DE JALGER, 1 vol. grand in-8° avec 29 planches coloriées. — Prix : 35 fr.

Thérapeutique des maladies chirurgicales des enfants par M. HOLMES, ancien chirurgien de l'hôpital des Enfants-Malades de Londres ; ouvrage traduit sur la seconde édition et annoté sous les yeux de l'auteur, par le docteur O. LARCHER, ancien interne, lauréat des hôpitaux de Paris, avec 330 figures. — Paris, 1870 ; un fort volume in-8. — Prix : 15 fr.

Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, publié sous la direction de M. le docteur A. DECHAMBRE, avec la collaboration d'un très-grand nombre de professeurs, de médecins et chirurgiens des hôpitaux civils et militaires de la marine. — Le premier demi-volume du tome douzième de la 1re série et le deuxième demi-volume du tome quatrième de la 2e série viennent de paraître aux librairies Victor Masson et fils et P. Asselin, place de l'École-de-Médecine.

Ils contiennent les principaux articles suivants : *Camp et Campement*, par MM. Michel-Lévy et Boisseau ; *Cantharides*, par M. Gubler ; *Carcinome*, par M. Cornil ; *Mamelles*, par MM. Tripier, Bouchacourt et Rollet ; *Mammifères*, par M. Gervais ; *Manie*, par M. Linas ; *Manipulations thérapeutiques*, par M. Dally ; *Manufactures*, par M. Beaugrand ; *Marais*, par M. Vallin. Divers articles sur les Eaux minérales, par M. Rotureau ; de Botanique, par MM. Baillon, de Seynes et Planchon ; la Biographie et la Bibliographie, par MM. Beaugrand, Chereau et Montanier. — Prix de chaque demi-volume, rendu franc de port dans toute la France et l'Algérie : 6 fr.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois. . . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 29 août 1871.

HOTEL-DIEU. — M. NOEL GUÉNEAU DE MUSSY.

Sur quelques formes graves de scarlatine.

De toutes les fièvres éruptives, la scarlatine est la plus irrégulière dans sa marche, celle dont il est le plus difficile de prévoir la terminaison, qui expose aux complications les plus soudaines et les plus graves, et dont les suites exigent le plus de surveillance.

Trousseau, dans ses *Leçons cliniques*, a insisté sur ces caractères de la fièvre scarlatineuse, et avec son talent magistral en a exposé les indications.

Il y a une telle variété dans les anomalies de cette affection qu'on ne saurait trop en multiplier les observations. J'en citerai succinctement deux, et une troisième avec quelques détails, parce qu'elle a été un véritable champ de bataille thérapeutique où l'ennemi a multiplié ses attaques sous les formes les plus diverses et les plus alarmantes, et que le traitement, en définitive, a eu gain de cause après les épisodes les plus émouvants et les plus propres à déconcerter notre espoir. Le premier cas a été une de ces surprises funestes trop communes dans cette maladie où la mort survient inopinément quand on croyait toucher à la guérison. Dans les deux autres, après les symptômes les plus menaçants, les malades ont guéri.

1re OBSERVATION. — Un jeune homme de 23 ans, qui partageait toute l'activité de la jeunesse et toutes les ressources d'une belle fortune entre les sciences et les lettres, dans lesquelles il s'était déjà fait un nom, et la pratique des œuvres de bienfaisance, m'avait été adressé aux Eaux-Bonnes en 1856, pour un engorgement chronique du sommet du poumon droit, consécutif à une pneumonie qui n'avait pas marché franchement et qui avait été accompagnée de symptômes suspects.

Les eaux avaient admirablement réussi. Un peu d'obscurité relative du son, un peu de faiblesse du bruit respiratoire, un peu d'expiration exagérée, étaient les seules traces d'une affection qui avait duré plusieurs mois et qui inspirait de légitimes inquiétudes.

Cinq à six ans après, ce jeune homme, dans son zèle charitable, ayant donné ses soins à de pauvres enfants atteints de scarlatine; huit jours après environ, étant à déjeuner avec quelques amis, il éprouva une syncope, des vomissements et un sentiment très-douloureux dans la gorge.

Appelé auprès de lui, je lui trouve un pouls qui battait 130 à 140 fois par minute; toute la voûte buccale, l'isthme du gosier, le pharynx étaient tapissés par un exsudat pultacé. J'annonçai l'imminence d'une éruption scarlatineuse, confirmé dans ce diagnostic par les commémoratifs que j'ai rappelés plus haut, et, malgré le caractère pultacé de l'exsudat guttural, je badigeonnai avec une solution d'azotate d'argent qui balaya immédiatement ces concrétions molles et non adhérentes, et mit à nu une muqueuse d'un rouge ardent caractéristique.

Le lendemain, l'éruption était franchement dessinée.

Le deuxième jour de l'éruption, sans cause appréciable, il sent un point de côté à droite, tousse, expectore des crachats rouillés; l'éruption avait à peu près disparu. Je trouve de la matité, du souffle et du râle, crépitant sous la clavicule droite. Je fais appliquer immédiatement un large vésicatoire; je fais promener des sinapismes sur la périphérie cutanée.

Le lendemain, l'éruption s'était de nouveau accentuée; la congestion pulmonaire avait diminué; elle avait disparu le jour suivant, sixième de la maladie, cinquième de l'éruption, et la maladie semblait entrée dans une phase d'évolution régulière; le septième jour, la fièvre était tombée et l'injection tégumentaire avait à peu près disparu. Le soir j'allai voir ce jeune malade; il était sans fièvre; les accidents pulmonaires avaient complétement cessé. Il se plaignait uniquement d'un sentiment de courbature, de lassitude; sa parole avait sa netteté et son énergie habituelles; il n'éprouvait aucune douleur de tête. Je l'interrogeai sur ce point, que je surveille toujours avec attention dans cette maladie.

A 4 heures du matin on vint me chercher; à 1 heure il avait été pris d'agitation et de délire, j'y courus; il était à l'agonie et expira sous mes yeux au bout de quelques minutes.

La veille au soir, interrogé par des membres de sa famille, qui le croyait en convalescence, j'avais eu soin de les prévenir que tout danger n'était pas encore passé, malgré les apparences, et que dans une maladie qui s'était annoncée avec des symptômes aussi graves, il fallait pendant quelques jours encore rester en défiance et surveiller le malade attentivement.

2e OBSERVATION. — A quelque temps de là, je fus appelé pour un petit enfant de 7 à 8 ans, qui avait de la fièvre depuis la veille au soir. Je le trouvai sans connaissance, dans un état de coma profond, avec résolution des quatre membres; je lui appliquai un vésicatoire sur la nuque et deux aux cuisses. Au bout de quelques heures, il sortit de cet état comateux, et apparut une éruption scarlatineuse régulière, mais un peu pâle, un peu lente dans son évolution; l'extrait de quinquina la décida à se dessiner plus franchement. La maladie se montra bénigne à partir de ce moment, et aucun autre accident n'en troubla le cours.

3e OBSERVATION. — Mlle G..., âgée de 14 ans, avait toujours joui d'une bonne santé. Sa constitution est sèche, nerveuse; elle est bien réglée. Enfant, elle parlait ordinairement en dormant, et dans la famille on a facilement du délire sous l'influence de la fièvre. Sa mère, dans son enfance, avait eu une première attaque de rhumatisme articulaire à la suite d'une rougeole, depuis lors elle est sujette aux douleurs rhumatismales.

Le 1er juin, elle éprouve une céphalalgie intense, accompagnée de vomissements alimentaires, qu'on attribua à une indigestion. Je la rencontrai par hasard chez une de mes malades, et lui trouvant la peau brûlante et 140 pulsations, j'exprimai à la famille la pensée que cette jeune fille était peut-être sous l'imminence d'une scarlatine à cause de l'excessive fréquence du pouls, de l'élévation de la chaleur de la peau, sans autre phénomène morbide que la céphalalgie et les vomissements; on me dit qu'elle en avait déjà été atteinte dans sa première enfance. Interrogée par moi sur l'état de sa gorge, elle reconnaît qu'elle y éprouve une sensation douloureuse. Le voile du palais, l'isthme du gosier n'offraient rien d'anormal, le pharynx était d'un rouge vif, hérissé de granulations confluentes; tout l'appareil glanduleux de la muqueuse était turgescent et congestionné. Comme la malade n'avait éprouvé jusque-là aucun signe d'angine granuleuse, je vis dans cette congestion pharyngienne un état accidentel et probablement un exanthème pharyngien qui, dans la scarlatine comme dans les autres fièvres éruptives, précède habituellement l'éruption cutanée. Mes prévisions parurent tout à fait invraisemblables à la mère de cette jeune personne. Le lendemain 2 juin, elle m'envoya chercher, me faisant dire que sa fille continuait à être souffrante. Je ne reçus son invitation qu'à onze heures; je me rendis immédiatement chez elle. Je trouvai la jeune malade pelotonnée sur elle-même, froide, *sans pouls*, sans connaissance; elle avait été agitée, me disait-on; les vomissements avaient continué, et depuis plusieurs heures elle était tombée dans cet état de collapsus, dont on n'avait pas autour d'elle apprécié toute la gravité.

Sur la face dorsale des mains, sur les genoux, sur les coudes, on aperçoit de petites taches scarlatineuses, violacées, entremêlées de pétéchies d'un noir foncé; on en trouve quelques-unes encore à la partie supérieure de la région præsternale; la face était légèrement vergetée; telles étaient les seules manifestations de la fluxion éruptive.

Je prescrivis immédiatement un vésicatoire sur chaque cuisse, des sinapismes promenés sur les quatre membres, et une potion avec *quatre* grammes d'extrait de quinquina jaune, *huit* grammes d'acétate d'ammoniaque, *huit* grammes d'eau de menthe, et du sirop d'écorces d'oranges amères. J'ordonnai qu'on lui donnât de la glace et de l'eau de seltz, si les vomissements continuaient, du bouillon s'ils s'arrêtaient.

Forcé d'aller voir un malade en consultation à quelques lieues de Paris, je priai mon confrère et ami le docteur Fernet de me remplacer auprès de la malade, de ne pas la quitter et de vouloir bien surveiller l'exécution de mes prescriptions.

De retour à cinq heures, M. Fernet me raconta que la réaction n'avait commencé que trois ou quatre heures après mon départ. Grâce à la glace, la potion avait été supportée; en même temps que la circulation se ranimait, au coma avait succédé de l'agitation et du délire. On avait donné alors un lavement avec du gros miel, parce que la malade n'avait pas eu de garde-robe depuis la veille. Mais ce lavement avait décidé une diarrhée abondante; elle avait déjà eu cinq ou six selles involontaires, la plupart liquides; la réaction s'était arrêtée et le pouls baissait de nouveau; l'éruption restait stationnaire.

Je prescrivis un demi-lavement avec de la décoction de guimauve et de l'amidon, des cataplasmes sur le ventre et une potion avec du sous-nitrate de bismuth si la diarrhée continuait.

J'y retournai dans la soirée; la diarrhée avait diminué sans s'arrêter, le pouls était de nouveau imperceptible. On n'avait pas commencé la potion au bismuth.

Je fis cesser la mixture stimulante, pensant qu'elle contribuait peut-être à entretenir la diarrhée. J'ordonnai qu'on administrât un nouveau demi-lavement de guimauve et amidon, et la potion au bismuth toutes les heures.

3 juin. La nuit a été très-agitée, avec du délire, de la jactitation, de la carphologie. La diarrhée s'est arrêtée; le pouls s'est relevé, il s'élève à 120, 130 pulsations par minute. L'éruption ne s'est pas développée, mais les pétéchies sont plus nombreuses. La peau est le siége d'une chaleur âcre, intense.

L'œil droit est injecté; outre la congestion conjonctivale, on observe sur la sclérotique un cercle de petits vaisseaux radiés extérieur au cercle cornéal; la cornée est trouble, l'iris est tomenteux, terni; il y a de la photophobie, mais pas aussi prononcée que la gravité des lésions pourrait le faire supposer.

Je prescrivis de nouvelles applications de sinapismes, du lait et du bouillon comme nourriture. Des deux vésicatoires appliqués sur les cuisses, un seul a pris. J'en fais appliquer un autre sur la nuque.

Le 3 soir, l'intelligence paraît s'être réveillée, quoique obscure encore, troublée par des divagations qu'on fait cesser en fixant l'attention de la malade. La fièvre présente un redoublement.

4 matin, la nuit a été très-agitée, cependant l'intelligence est manifestement plus lucide; l'affection oculaire s'est aggravée; l'éruption a un peu augmenté, en restant toutefois limitée aux mêmes régions.

Nouveau vésicatoire sur la cuisse pour remplacer celui qui n'avait pas pris.

Frictions autour de l'orbite avec de l'onguent mercuriel belladoné; potion avec extrait de quinquina jaune; pour régime, bouillon et lait.

Dès le 5, l'état de l'œil s'améliore, en même temps que la pupille se dilate, la cornée s'éclaircit; il semble que la contraction forcée des fibres radiées de l'iris en modifie la circulation d'une manière favorable, exerce sur les vaisseaux de cette membrane une compression utile. La malade répond nettement aux questions qu'on lui adresse; seulement elle n'a pas conscience de sa situation; elle demande à se lever et à manger de la salade. L'éruption pâlit et s'efface.

Le matin, le pouls tombe à 108-112; le soir, il s'élève au moins à 120. Il y a toujours pendant la nuit une vive agitation et de la carphologie.

Le 6, l'œil va beaucoup mieux; les pétéchies commencent à disparaître.

Le 7 dans la journée, le bras droit qui était habituellement découvert, quoi qu'on fît pour le soustraire à l'impression de l'air, devint douloureux; les articulations des doigts, du poignet et du coude sont légèrement tuméfiées; l'œil allait mieux; on éloigne les applications de pommade; au lieu de les faire de deux en deux heures, on ne les fait plus que toutes les quatre heures. La pupille reste dilatée et l'injection a considérablement diminué.

Un furoncle se développe dans la région olécrânienne.

Les jours suivants, l'état cérébral, qui s'était amélioré, s'aggrave. La malade délire toute la journée; elle parle toute seule. Quand je l'interroge, ses réponses sont sensées; mais, immédiatement après, elle reprend ses monologues délirants. Les nuits sont extrêmement agitées; elle veut, à chaque instant, se lever; les mouvements de carphologie, qui avaient cessé, deviennent continuels.

Dans la nuit du 8 au 9, elle éprouva une vive oppression après avoir bu du lait.

Le matin, le pouls est à 108, la peau est couverte de sueur; mais, le soir, elle devient sèche, brûlante, et le pouls acquiert une très-grande fréquence.

Les articulations des mains sont moins tuméfiées, celles du coude le sont davantage; l'épaule est très-douloureuse. La région précordiale, interrogée avec soin, ne fait entendre aucun bruit morbide.

La langue est saburrale; la malade n'a pas eu de selles depuis quatre jours, malgré les lavements. Elle est dégoûtée du bouillon; j'essaye des laits de poule.

Le 9, elle prend trois cuillerées à café de magnésie, qui amènent cinq à six selles.

Le 10, la purgation a amené quelque amélioration; la langue est plus nette; il y a plus d'appétence. La peau est toujours en sueur le matin. L'état cérébral n'est pas modifié; il s'ag-

grave. L'insomnie persiste absolue et opiniâtre, et la malade s'en plaint.

Le soir, je constate un bruit de frottement péricardique. Je prescris un vésicatoire sur la région précordiale.

Le 11, le délire a été, pendant la nuit précédente, plus violent et plus continu que jamais. Bien qu'on ne fasse plus que quatre fois par jour des onctions avec la pommade belladonée, comme les pupilles sont dilatées, je me demande si la belladone n'a pas une part dans le délire et l'insomnie, et je supprime complétement ce médicament. En outre, tenant compte des antécédents diathésiques de la famille, et soupçonnant un élément arthritique dans ces manifestations si variées et si mobiles, je fais appliquer deux vésicatoires sur les genoux.

Le 11 soir, je trouvai la malade plus calme.

La nuit suivante, pour la première fois depuis le début de la maladie, elle dort trois ou quatre heures en plusieurs sommes; dans l'intervalle, elle est calme. Faut-il attribuer cet heureux changement à l'application des vésicatoires ou à la suppression de la belladone? Sans repousser cette dernière explication, il faut se souvenir que l'insomnie et le délire avaient précédé son emploi. Mais il faut aussi rappeler qu'il s'agit d'un cerveau très-excitable, d'une jeune fille dont le sommeil était agité quand elle était enfant, et qui avait facilement du délire, plus sensible par conséquent à l'action des médicaments qui peuvent provoquer ces troubles nerveux.

Le 12 au matin, je la trouvai calme; le pouls était à 108. La peau était fraîche et moite. L'intelligence était lucide. Un bruit de souffle très-accentué était perçu dans la région précordiale. Il y avait peu d'appétit.

Depuis l'interruption des onctions avec la pommade belladonée, l'œil était de nouveau congestionné; il y avait une injection vive des vaisseaux de la conjonctive et de la sclérotique. La photophobie avait reparu. Je prescrivis des lotions avec de l'infusion de camomille et des cataplasmes de fleurs de camomille sur l'œil. La malade repoussa ces applications. Plusieurs furoncles se sont développés dans le dos. Cet accident n'est pas rare après les applications de vésicatoires, et, comme dans ce cas-ci, ils ne se développent pas toujours dans la région tégumentaire qui a subi cette application.

Le soir, je trouvai le pouls aussi calme que le matin; c'était la première fois que je voyais manquer le paroxysme vespéral. Mais la nuit suivante, quoiqu'elle ait eu plusieurs heures de sommeil, elle eut de l'agitation et un accès de fièvre intense, me dit la garde qui la veillait.

13, *matin*. — Depuis la médecine, c'est-à-dire depuis quatre jours, il n'y avait pas eu d'évacuations, la langue était sale, l'appétit nul. Je prescrivis une seule petite cuillerée à café de magnésie, qui provoqua cinq à six selles abondantes. Mais cette purgation n'amena pas le mieux être qui avait suivi la première; toute la journée Mlle X... éprouva du malaise; l'inappétence persista. La malade accusait de la céphalalgie et son épaule la faisait beaucoup souffrir. L'intelligence était d'une lucidité absolue; et probablement en même temps qu'elle avait recouvré l'usage de toutes ses facultés, elle avait un sentiment plus vif de ses souffrances et une conscience plus nette de ses sensations.

Le soir, à 5 heures, je trouvai la peau plus chaude, le pouls à 128.

La nuit suivante, néanmoins, fut excellente, le sommeil fut calme et plus prolongé.

14, *matin*. — La céphalalgie avait disparu; l'épaule était toujours douloureuse. Plusieurs furoncles avaient abcédé dans le dos et on pouvait se demander si cette éruption furonculeuse ne contribuait pas à entretenir la fièvre. Les cataplasmes de camomille ont été appliqués tout le jour précédent sur l'œil, qui est beaucoup moins congestionné. Le pouls était à 104; la peau était fraîche. Je conseillai de prendre du tapioca au lait, de la gelée, des asperges trempées dans du jus de viande.

Le soir, je trouvai la jeune malade endormie; la journée avait été parfaite.

Pendant la nuit il y eût un peu d'agitation et de la fièvre, alternant avec des heures de sommeil calme.

15, *matin*. — L'œil est plus injecté; la malade souffre par intervalle d'une céphalalgie passagère, mais très-vive. L'appétit ne se relève pas franchement. Pour combattre la constipation, je prescris de l'eau de veau, de la limonade. Même régime que la veille.

16. — La nuit a été plus calme; cependant Mlle X... a eu de la fièvre, et vers les 4 heures après-midi, elle a, me dit-on, depuis plusieurs jours, une céphalalgie violente, très-aiguë, mais de très-courte durée, suivie de fièvre, qui dure une partie de la nuit, souvent même se prolonge dans la matinée; l'œil va mieux. Du reste, la congestion, dont il est le siége, varie d'intensité suivant les différents moments de la journée: elle augmente ou diminue rapidement. L'épaule reste douloureuse; le souffle précordial est remplacé par un bruit de frottement rude, superficiel et diffus.

Les urines ne sont pas albumineuses. Quoique je trouve dans mes notes ce renseignement écrit pour la première fois à cette date, je suis convaincu que j'avais fait cette recherche beaucoup plus tôt, et que j'avais omis de l'indiquer, parce qu'elle m'avait donné des résultats négatifs. Il est très-rare que j'omette d'examiner les urines dans la scarlatine, et je n'y manque jamais quand la maladie offre un caractère grave ou seulement des symptômes suspects.

(*Sera continué.*)

HYDROLOGIE.

RÉSUMÉ HISTORIQUE ET MÉDICAL DES TRAVAUX ET OBSERVATIONS PUBLIÉS SUR LES EAUX MINÉRALES DE VALS.

Goutte. — Si l'on a pu dire avec vérité, d'une manière générale: *Tollere nodosam nescit medicina podagram*, cela n'est nullement vrai d'une manière absolue, car on peut voir à Vals même une preuve vivante du contraire, exemple admirable de la puissance anti-goutteuse des eaux de Vals, que j'ai publié *in extenso* dans mon opuscule intitulé; *Propriétés thérapeutiques des eaux minérales de Vals*. Mais sans voir souvent des exemples aussi remarquables, ce que nous voyons ici tous les ans, ce que peuvent voir constamment tous les médecins qui prescrivent les eaux de Vals à domicile, c'est l'influence à peu près toujours heureuse de ces eaux sur les diverses manifestations de la diathèse goutteuse et sur la diathèse elle-même, *fût-elle atonique*, et nous dirions presque surtout quand elle est atonique, particularité sur laquelle nous aurons à revenir. Nous ne pouvons malheureusement, dans ce court résumé, rapporter les observations cliniques qui prouvent l'exactitude de nos appréciations; mais si le temps ne nous fait pas défaut, nous nous ferons ultérieurement un devoir de mettre les faits les plus démonstratifs sous les yeux de ceux qui paraissent désirer beaucoup les voir; peut-être seront-ils plus satisfaits qu'ils ne l'auraient voulu. Pour le moment donc, nous devons nous contenter d'affirmer; en attendant nos faits, on voudra bien nous accorder que des affirmations fondées sur une pratique de quarante années ne sont pas indignes de toute confiance.

Gravelle; maladies des voies urinaires. — La gravelle et la plupart des maladies des voies urinaires, c'est encore la goutte sous un de ses plus fâcheux aspects; contre ces formes morbides, les eaux de Vals sont merveilleuses; le mot n'a rien ici d'exagéré. Claude Expilly, le président poëte, n'était pas médecin, mais son témoignage vaut bien celui d'un médecin, quand il se formule en ces termes:

« En l'an de grâce 1609 et 1610, au mois d'août et de septembre, j'allai boire les eaux de Vals. Là je recouvrai la santé, de sorte que, depuis, je n'ai eu *aucun ressentiment de pierre ou de gravelle dont j'étais si travaillé, que j'avais presque perdu l'espérance de pouvoir désormais passer un seul jour sans douleur.* »

Depuis Claude Expilly, qui chanta les bienfaits des sources de Vals et les mit en honneur, elles n'ont jamais déchu; tous les ans nous pouvons voir quelques faits qui viennent confirmer le témoignage du reconnaissant président à qui les sources ont rendu une partie de la célébrité qu'il leur a donnée; car il est aujourd'hui plus connu par ses observations sur Vals que par ses arrêts judiciaires ou ses poésies.

Si nous avions ici le loisir de disserter sur la thérapeutique doctrinale, nous aborderions le mode d'action des eaux de Vals, action que les iatro-chimistes expliquent très-bien, en ce qui concerne la gravelle urique, mais qui est beaucoup moins explicable dans la gravelle blanche; or les eaux de Vals ont une action à peu près égale contre ces deux gravelles; c'est un fait aussi important au point de vue pathologique qu'au point de vue clinique, mais que nous devons nous borner à constater, quant à présent.

Diabète. — Suivant l'éminent et éloquent professeur M. Marchal (de Calvi), le diabète serait encore une extension de la goutte, et il faut reconnaître que cette opinion repose sur de sérieuses considérations. Mais quelle qu'en soit la nature, ce qu'il y a de certain, c'est que les eaux de Vals, s'ils ne le guérissent pas radicalement, ont sur sa marche l'action la plus favorable. Il existe dans les environs de Vals un homme âgé de 66 ans, qui est diabétique depuis 25 ou 27 ans, et qui est parvenu à cet âge avancé par l'usage continuel des eaux de Vals, auxquelles il a ajouté, depuis quelque temps seulement, du pain de gluten et la privation de tout aliment sucré. Nous ne pensons pas qu'il y ait beaucoup de médications qui puissent citer de pareils exemples. Dans le diabète comme dans la goutte proprement dite, les eaux de Vals ont cet avantage, unique entre toutes les eaux alcalines, de pouvoir être administrées, même quand les malades sont très-affaiblis par la diathèse et que leur sang est appauvri.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 26 avril 1871. — Présidence de M. DOLBEAU, *vice-président*.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend:

— La *Gazette des hôpitaux*.

— Une lettre de M. Boinet, qui demande un congé.

— Une lettre de M. Perrin, qui annonce que ses fonctions actuelles dans l'armée de Versailles l'empêchent momentanément d'assister aux séances de la Société de chirurgie.

COMMUNICATION

Anévrysme du creux poplité. — M. DUPLAY donne, de vive voix, les détails contenus dans l'observation suivante:

Observation d'anévrysme poplité. — Insuccès de la flexion et de la compression digitale. — Ligature de l'artère fémorale au sommet du triangle de Scarpa. — Hémorrhagie à la chute du fil. — Ligature immédiate de la fémorale au-dessus de la plaie, puis, quelques jours après, ligature de l'iliaque externe. — Guérison presque complète de l'anévrysme. — Phthisie pulmonaire et mort quatre mois plus tard.

Le nommé D..., âgé de 40 ans, libraire, entre à l'hôpital Beaujon, 2e pavillon, n° 42, le 23 avril 1870.

Cet homme, qui a été soldat pendant six ans, a fait à cette époque quelques excès alcooliques et a pris la syphilis à l'âge de 25 ans. Il y a cinq ou six ans environ, il a éprouvé du côté des organes thoraciques quelques accidents, consistant en palpitations, toux, hémoptysies légères, mais qui n'ont pas eu de durée et ne se sont jamais reproduits.

On ne trouve dans ses antécédents aucune cause capable d'expliquer le développement d'un anévrysme poplité. Il faut cependant noter les marches longues auxquelles le malade est fréquemment exposé et l'habitude de rester presque constamment debout.

A la fin de l'année 1865, après chaque course, le malade remarqua que sa jambe droite se fatiguait plus vite que la gauche; il ressentait en même temps dans le jarret des tiraillements et des battements insolites; enfin le pied et la partie inférieure de la jambe étaient légèrement œdématiés vers le soir. Ces divers symptômes disparaissaient par le repos, et le malade n'y attachait aucune importance.

C'est seulement deux ans plus tard, dans le cours de l'année 1867, que les battements dans le jarret devinrent continuels et assez forts pour soulever la jambe pendant la nuit, et que le malade remarqua la présence d'une tumeur dans le creux poplité. Malgré les avis de son médecin, qui lui conseilla de se faire traiter promptement, sans lui cacher la gravité de l'affection dont il était atteint, le malade, très-pusillanime et redoutant une opération, resta sans rien faire, assistant au développement graduel de la tumeur, et se bornant à éviter la marche et les efforts. Enfin, au mois d'avril 1870, encouragé par un de ses amis que je venais de guérir d'un anévrysme poplité par la compression digitale, il se décida à entrer à l'hôpital.

État actuel (27 avril). — Le genou droit, à première vue, est un peu plus volumineux que le gauche. Le creux poplité est entièrement rempli par une tumeur molle, fluctuante, dépressible, mais non réductible, et offrant tous les caractères classiques d'un anévrysme artériel: battements isochrones à ceux du pouls, soulevant fortement la main; bruit de souffle doux, intermittent; cessation des battements et du souffle sous l'influence de la compression de l'artère fémorale au pli de l'aine, etc.

La tumeur mesure 10 centimètres en hauteur et 6 centimètres en largeur. En bas, elle se perd dans l'écartement des muscles jumeaux, qui sont fortement déjetés à droite et à gauche; supérieurement, elle se prolonge sur le côté interne de la cuisse jusqu'au voisinage du canal du troisième adducteur, qui semble dilaté. La saillie de la tumeur en arrière est considérable et dépasse notablement la saillie du mollet; son volume total peut être approximativement évalué à la grosseur du poing. La peau qui recouvre la tumeur est tendue, amincie, mais ne présente aucune altération et conserve sa coloration normale. Je ne puis parvenir à sentir nettement les pulsations des artères tibiale, postérieure et pédienne. Il n'y a pas d'œdème du membre, qui est légèrement amaigri. Le malade accuse quelques douleurs, quelques élancements. La marche s'exécute encore avec la jambe demi-fléchie, la pointe du pied appuyant sur le sol.

D... est de constitution moyenne, d'un tempérament nerveux et irritable. La santé générale paraît excellente. La poitrine, auscultée avec soin, en raison des antécédents, ne révèle l'existence d'aucune lésion; les bruits du cœur, quoique un peu faibles et sourds, sont parfaitement normaux. Les fonctions digestives s'exécutent bien. Il n'existe, en un mot, aucune contre-indication à entreprendre le traitement chirurgical d'une affection qui compromettait les jours du malade.

Le 28 avril, après avoir administré la teinture de digitale, à la dose de 20 à 30 gouttes par jour, je commence le traitement par la flexion forcée de la jambe sur la cuisse. Le talon est amené graduellement jusqu'à 30 centimètres de la fesse, et le membre maintenu dans cette position à l'aide de tours de bande. Mais cette flexion, très-douloureuse pour le malade, ne peut être conservée que pendant quelques minutes. Elle détermine d'ailleurs la cessation de tout battement dans la tumeur. Peu à peu le malade finit par s'accoutumer à la position, et conserve la jambe ainsi fléchie pendant vingt minutes de suite; il y revient trois à quatre fois dans le courant de la journée.

Le 10 mai, après douze jours de ce traitement, aucun changement appréciable n'étant survenu, je combine la compression digitale à la flexion forcée, c'est-à-dire que je fais exercer chaque jour pendant trois heures, la compression au pli de l'aine, en même temps que durant le reste de la journée le malade pratique la flexion aussi souvent qu'il lui est possible.

17 mai. Au bout d'une semaine, je n'observai aucune modification, et il fut décidé que l'on ferait une séance sérieuse de compression digitale. Celle-ci, pratiquée de huit heures du matin à six heures du soir, dut être abandonnée à cause des douleurs qu'elle déterminait dans le pli de l'aine et qui devinrent insupportables vers la dixième heure.

Le lendemain, je trouvai la tumeur un peu plus dure, mais les battements et l'expansion n'étaient nullement affaiblis et le souffle était aussi fort. Un petit coussin, enveloppé d'ouate, étant placé dans le creux du jarret, la jambe est fléchie sur la cuisse jusqu'à ce que les battements disparaissent dans la tumeur, puis le membre est fixé dans cette position à l'aide d'un bandage approprié.

Cette compression directe unie à la flexion n'amena qu'un médiocre changement, bien qu'elle ait été continuée pendant quatorze jours. La tumeur sembla d'abord avoir un peu diminué de volume, les battements qui s'étaient légèrement affaiblis reprirent bientôt leur intensité. On remarqua seulement que la tumeur offrait un frémissement vibratoire faible qui n'existait pas au début et qui se prolongeait sur le trajet de la fémorale.

Le 7 juin. Nouvelle séance de compression digitale, de huit heures du matin à dix heures du soir, c'est-à-dire pendant quatorze heures. Aussitôt que l'on cesse la compression, par suite des douleurs éprouvées par le malade, les battements reparaissent dans la tumeur.

Le lendemain matin, le mouvement d'expansion me paraît diminué; les battements sont moins forts et s'affaiblissent lorsque le malade étend la jambe, la tumeur est aussi un peu plus dure. Il est évident qu'une couche de caillots s'est déposée sur les parois de la poche anévrysmale. Le membre étant placé dans l'extension on exerce une compression directe sur la tumeur à l'aide de rondelles d'amadou et d'un tampon d'ouate, soutenus par une bande roulée.

Au bout de quelques jours, je constate que la dureté de la tumeur

persiste et que son volume est un peu moindre. Mais les battements et l'expansion sont toujours aussi forts. Cet état reste stationnaire malgré l'emploi des mêmes moyens pendant plus d'un mois.

14 juillet. Troisième séance de compression digitale, depuis huit heures du matin jusqu'à neuf heures du soir, c'est-à-dire pendant treize heures. Cette nouvelle tentative n'amena aucun changement appréciable. Il me parut même de toute évidence, quelques jours plus tard, que l'amélioration précédemment obtenue tendait à disparaître; les battements, l'expansion qui, à certain moment, s'étaient affaiblis, avaient repris leur intensité première; le bruit de souffle persistait au même degré; enfin la tumeur était redevenue molle et paraissait s'accroître.

Je pensai dès-lors qu'il fallait renoncer aux moyens employés jusque-là. et que la ligature de l'artère fémorale était seule capable de déterminer l'oblitération de la poche anévrysmale. Comme la tumeur se prolongeait, ainsi qu'il a été dit, dans le canal du troisième adducteur, je jugeai prudent de m'éloigner autant que possible de la partie inférieure de l'artère fémorale, dans la crainte de trouver ses parois altérées, et je résolus de placer la ligature au niveau du triangle de Scarpa.

2 août. Ligature de l'artère fémorale. Le malade étant chloroformé, l'opération fut faite suivant le procédé ordinaire et je plaçai la ligature au sommet du triangle dans le point où l'artère fémorale s'enfonce sous le muscle couturier. Aussitôt que le fil fut serré, les battements disparurent complétement dans la tumeur poplitée; le membre devint froid et pâle.

Les deux chefs du fil furent ramenés dans l'angle inférieur de la plaie sur laquelle on appliqua des compresses d'eau froide. Le membre tout entier fut ensuite enveloppé dans de l'ouate et entouré de briques chaudes. Repos absolu, régime léger, opium.

3 août. L'état général est excellent, pas de fièvre. La chaleur est revenue dans le membre inférieur droit, dont la température est même un peu plus élevée que celle du membre gauche. On ne sent aucun battement dans la tumeur qui commence à durcir.

Du côté de la plaie, rien de particulier. Le fil est légèrement soulevé par les pulsations artérielles.

Les jours suivants, rien à noter du côté du membre malade. La température est égale à droite et à gauche, la tumeur devient plus dure et commence à se rétracter légèrement. La plaie suppure, se recouvre de bourgeons charnus et diminue de jour en jour.

A mesure que le temps s'avance, je me préoccupe de savoir s'il s'est formé au-dessus de la ligature un caillot obturateur, et je constate non sans inquiétude que les pulsations de la fémorale se font sentir tout près de la ligature. Quoique je n'aie jamais pu acquérir à cet égard une certitude absolue, j'attire l'attention des élèves sur ce point et je prescris de surveiller attentivement le malade, afin de parer aussi rapidement que possible à une hémorrhagie au moment de la chute du fil.

22 août. — Mes craintes ne tardèrent pas à se justifier. Le vingtième jour, à la visite du matin, je remarquai sur les pièces de pansement quelques gouttes de sang qui avaient filtré le long du fil. En exerçant une légère traction, celui-ci se détache, et un jet de sang artériel m'inonde le visage. Aussitôt je comprime l'artère sur le pubis; l'hémorrhagie se modère, mais ne s'arrête pas complétement; un jet de sang considérable s'échappe encore par le bout inférieur. Je fais alors appliquer les doigts d'un aide au-dessous de la plaie, et tout écoulement cesse immédiatement.

Devant cet accident, la première idée qui devait me venir à l'esprit était de pratiquer immédiatement la ligature de l'iliaque externe, malgré l'existence de l'hémorrhagie par le bout inférieur, dont je ne me rendais pas exactement compte, mais que je croyais pouvoir expliquer par un développement considérable des anastomoses entre les branches de l'iliaque interne et les branches de l'artère fémorale.

Dans ces conditions, en effet, la ligature de l'iliaque ne semblait pas devoir faire cesser l'hémorrhagie, et, pour aller au plus pressé, je me décidai à lier immédiatement les deux bouts de l'artère fémorale, et je commençai par le bout supérieur.

Le malade ayant été anesthésié, tandis que l'on continuait la compression au pli de l'aine, j'agrandis la plaie par le haut, et je plaçai une nouvelle ligature à environ 2 centimètres au-dessus de l'ancienne. La compression étant suspendue, le sang ne coulait plus par la plaie.

Il restait encore à placer une ligature sur le bout inférieur, qui, ainsi qu'on l'a vu, fournissait aussi du sang en abondance. Mais, quel ne fut pas mon étonnement, lorsque, voulant procéder à cette seconde ligature et faisant enlever les doigts de l'aide qui comprimaient le bout inférieur de l'artère, je vis s'écouler seulement une petite quantité de sang, qui sortait en nappe et sans pulsations. Bientôt même cet écoulement sanguin diminua à tel point, que je ne jugeai pas utile d'appliquer de ligature à ce niveau, tout en recommandant de surveiller le malade pour le cas où l'hémorrhagie se reproduirait par le bout inférieur.

Les jours suivants, aucun accident ne survint. La plaie, après une légère inflammation, se mit à suppurer et à se couvrir de bourgeons charnus.

Mais j'allais nécessairement me trouver aux prises avec les mêmes difficultés qu'après la même ligature, et je devais d'autant plus craindre que le caillot obturateur ne pût se former au-dessus du fil, que celui-ci était plus rapproché de l'origine de la fémorale profonde.

Ces craintes ne tardèrent pas à se changer en certitude, lorsque je vis le fil de la ligature soulevé à chaque battement artériel, et que je pus sentir les pulsations se propager dans tout le tronçon de la fémorale, depuis l'arcade pubienne jusqu'à la ligature. Il était donc absolument certain qu'à la chute du fil une nouvelle hémorrhagie se produirait.

Pour prévenir cet accident, j'essayai d'établir sur l'artère fémorale, au niveau du pli de l'aine, une compression permanente à l'aide d'un appareil spécial (goutière de Bonnet, munie d'une pelote compressive se manœuvrant avec une vis). J'espérais, en modérant ou même en arrêtant le cours du sang dans le bout supérieur de l'artère, donner au caillot obturateur le temps de se former. Ce moyen fut employé pendant trois jours sans aucun résultat. Dès qu'on levait la compression, le sang venait battre avec force contre la ligature, qui était soulevée à chaque pulsation. Il fallait donc renoncer à tout espoir de ce côté, et, comme il n'y avait pas de temps à perdre, je résolus de faire la ligature de l'iliaque externe, pensant que ce procédé radical amènerait sûrement la formation d'un caillot au-dessus de la ligature de la fémorale et préviendrait toute hémorrhagie lorsque celle-ci se détacherait.

31 août. — *Ligature de l'iliaque externe.* — Le malade est chloroformé. Une incision, commençant à un travers de doigt au-dessus de l'épine iliaque antérieure et supérieure, est conduite parallèlement à l'arcade de Fallope et s'arrête au milieu de celle-ci. Puis, les différents plans musculaires et aponévrotiques étant successivement coupés, j'arrive sur le péritoine, que je décolle de dehors en dedans, et je place une ligature sur l'iliaque externe, à environ 2 centimètres au-dessus de l'arcade fémorale.

La plaie fut réunie à son angle supérieur par trois points de suture; l'angle inférieur restant ouvert et donnant passage au fil, qui fut fixé sur la paroi abdominale. Pansement avec des compresses imbibées d'eau froide.

Aussitôt après la ligature, tout battement cesse dans la portion supérieure de l'artère fémorale; le membre se refroidit et devient extrêmement pâle. Il est enveloppé d'ouate et entouré de briques chaudes que l'on doit renouveler fréquemment.

Au bout de quelques temps, l'interne du service constate que la température du côté opéré s'est déjà relevée, et le soir, elle était égale des deux côtés. Seuls les orteils restèrent un peu plus froids pendant quelques jours.

Le lendemain matin je ne fus pas médiocrement surpris de sentir quelques battements excessivement faibles sur le trajet de la fémorale au-dessous de l'arcade de Fallope. Ces battements ne pouvaient être perçus qu'en mettant un grand soin dans leur recherche; mais ils existaient à coup sûr, et d'ailleurs, les jours suivants, ils s'accusèrent plus nettement et leur présence fut constatée par tous les élèves du service. Il était donc évident que le cours du sang s'était rétabli dans le tronçon supérieur de l'artère fémorale, mais la circulation devait être considérablement affaiblie, car les pulsations étaient à peine aussi fortes que celles de la radiale. De plus, elles n'étaient perceptibles que dans un petit espace, et cessaient à trois ou quatre centimètres au-dessus de la ligature de la fémorale, qui n'était plus soulevée par les battements.

On pouvait donc conclure que l'interruption momentanée du cours du sang, suivi d'un rétablissement imparfait de la circulation dans le tronçon supérieur de l'artère fémorale, avait permis la formation d'un caillot obturateur au-dessus de la ligature.

Notre but paraissait donc atteint, et, en effet, six jours plus tard, la ligature de la fémorale tomba spontanément sans qu'il s'écoulât une seule goutte de sang.

D'autre part, la plaie résultant de la ligature de l'iliaque marchait vers la guérison, et le 18ᵉ jour (18 septembre), le fil tombait et était trouvé dans les pièces de pansement.

Pendant toutes ces péripéties, la guérison de l'anévrysme poplité suivait une marche régulière, quoique lente. La tumeur, privée depuis longtemps de battements et de souffle, continuait à durcir et à se rétracter de plus en plus. Son volume avait diminué de moitié.

Le membre du côté malade n'offrait rien de particulier à noter. Il était notablement amaigri. La plaie résultant de la ligature de la fémorale s'était cicatrisée. Le malade commençait à se lever. A partir de ce moment, la tumeur anévrysmale pouvait être considérée comme guérie.

Mais bientôt on vit se développer une série d'accidents qui n'ont aucun rapport avec l'anévrysme, et que l'on pourrait tout au plus mettre sur le compte du séjour prolongé à l'hôpital et des émotions morales vives éprouvées par le malade qui avait été très-affecté de la longueur du traitement et des complications survenues. On se souvient d'ailleurs que cet homme avait présenté plusieurs années auparavant, du côté des organes respiratoires, quelques troubles qui avaient disparu sans laisser de traces.

Vers la fin du mois de septembre, le malade se plaignit de perdre l'appétit, de mal digérer, et fut pris de diarrhée et de sueurs profuses, surtout pendant la nuit. Le sommeil se perdit à peu près complètement, et l'amaigrissement fit des progrès rapides. En même temps le malade se mit à tousser et à rejeter en abondance des crachats muqueux, épais, jaunâtres.

L'ausculation révéla dans toute la hauteur du poumon gauche des râles humides, sous-crépitants, et la percussion fit constater de ce côté un léger affaiblissement de la sonorité.

D'autre part, la plaie de la paroi abdominale résultant de la ligature de l'iliaque, quoique rétrécie de moitié, ne présentait plus aucune tendance à la cicatrisation; la suppuration était abondante et fétide.

Dans ces conditions, après avoir épuisé sans succès tous les moyens thérapeutiques convenables, pensant que la persistance de ces troubles généraux pouvait tenir à l'influence nuisible de l'hôpital, j'engageai le malade à se faire transporter chez lui.

Il accepta avec empressement et sortit de Beaujon le 18 octobre.

Huit jours après j'allai le voir. Une amélioration rapide s'était produite. Il avait suffi de deux ou trois jours pour que la nature de la suppuration se modifiât complétement, et la plaie de la ligature de l'iliaque était entièrement fermée.

L'état général était aussi meilleur. L'appétit et le sommeil étaient revenus; la diarrhée avait entièrement cessé. La toux et l'expectoration étaient notablement diminuées. Néanmoins la persistance des mêmes signes physiques du côté des poumons ne me permettait par de partager la joie et les espérances du malade, que je considérais comme perdu.

J'ai revu cet homme tous les quinze jours environ, et malgré l'aggravation des phénomènes généraux qui ne laissaient plus de doute sur l'issue fatale, la tumeur anévrysmale continuait à diminuer de volume et tendait à disparaître.

Dix jours avant la mort, qui survint le 15 février 1871, je constatai que la tumeur avait à peu près le volume d'un œuf de pigeon et présentait une dureté presque fibreuse, en sorte que la guérison de l'anévrysme pouvait être considérée comme complète.

(A suivre.)

DOCUMENTS

POUR SERVIR A L'HISTOIRE DU MOUVEMENT SCIENTIFIQUE PENDANT LE SIÉGE DE PARIS (1).

XXXII. Académie des sciences. — L'Académie tient séance.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 16 janvier 1871. — Présidence de M. Faye.

MÉMOIRES ET COMMUNICATIONS DES MEMBRES ET DES CORRESPONDANTS DE L'ACADÉMIE.

Note relative à l'établissement de l'Observatoire. — M. Chasles. La lettre du comte de Cassini, alors directeur de l'Observatoire, écrite en 1785 au comte d'Angivillers, insérée dans le compte rendu de notre dernière séance, d'après une copie trouvée dans les archives de l'Observatoire, renferme un passage relatif à J.-D. Cassini et à Claude Perrault, d'après lequel Perrault aurait refusé de tenir aucun compte des observations de Cassini, en présence du roi et de Colbert, à tel point que Cassini aurait été réduit à garder le silence, et les plans de Perrault n'auraient subi aucune modification.

Or il existe un document ancien, d'un contemporain qui, par sa position et ses fonctions mêmes, était parfaitement au courant des choses, Charles Perrault (membre de l'Académie française), premier commis des bâtiments du roi et secrétaire du conseil des bâtiments, puis contrôleur général de la surintendance des bâtiments. Ce document contredit formellement l'assertion du comte de Cassini. L'auteur y rend compte tout différemment de la conférence en question et de deux demandes faites par Cassini, et constate l'accueil qu'elles obtinrent, nonobstant les objections de Perrault fondées sur l'inutilité de la demande principale, au point de vue de l'astronomie, et du préjudice qu'elle causerait à la solidité du bâtiment: deux considérations qui se sont réalisées.

Cette demande était que le premier étage, déjà construit, fût approprié à une grande salle d'observation; ce qui fut accordé.

Cela se trouve dans un écrit laissé par Charles Perrault pour l'instruction de ses enfants sur les services qu'il avait rendus dans l'exercice de ses fonctions. Cet écrit a été imprimé sous le titre de *Mémoires*, à Avignon, en 1759, cinquante-six ans après la mort de l'auteur, d'après le manuscrit original qui, après avoir appartenu à l'abbé Fleury, chanoine de Notre-Dame de Paris, a passé à la Bibliothèque du roi, comme le dit l'éditeur, dans une courte préface. L'ouvrage a donc une authenticité certaine.

Voici le passage qui se rapporte à la question ici soulevée:

« Mrs. de l'Académie furent chargés d'examiner où l'on pourroit bâtir un observatoire. Ils jettèrent d'abord les yeux sur Montmartre, comme un lieu dont on découvroit aisément tout l'horison: mais on trouva que toutes les fumées de Paris, qui est au midi de cette montagne, étoient un obstacle perpétuel à toutes sortes d'observations. Après avoir encore revu tous les environs de Paris, on ne trouva point de lieu plus propre pour placer cet édifice, que celui où il a été construit. Il a Paris au nord, où il n'y a point d'observation à faire: il regarde directement le midi et découvre tout l'horison depuis le levé d'esté et au-delà, jusqu'au coucher d'esté et beaucoup plus loin encore. Mon frère eut ordre de M. Colbert de faire le dessin de cet observatoire, qu'il approuva et qui a été exécuté sans rien y changer, si ce n'est qu'à l'arrivée de M. de Cassini en France, M. Carcavi qui vouloit le faire valoir, lui mit dans l'esprit de faire changer quelque chose. M. le Vau, premier architecte du roi, chagrin qu'un autre que lui donnât des desseins pour les bâtiments, appuya la pensée de M. de Cassini: de fut de changer le plan de l'étage noble, et d'y faire une grande pièce qu'il prétendoit nécessaire aux observations. Mon frère eut beau représenter que cela ne pouvoit se faire sans hausser le bâtiment, ce qui étoit impossible, la grande corniche étant posée, à moins que de surbaisser extraordinairement la voûte de cette grande pièce, ce qui rappetissoit la moitié de la cage du grand escalier, et le rendoit fort rude et peu agréable, de très-beau et très-magnifique qu'il étoit, et que d'ailleurs cette grande pièce ne paraissoit point nécessaire. Il fallut en passer par l'avis de M. de Cassini et de M. le Vau, et faire une espèce de petit attique au-dessus de la grande corniche pour donner plus d'élévation au bâtiment. L'escalier fut gâté, et la grande pièce n'a jamais servi à aucune des observations auxquelles on la destinoit. Il est même arrivé que, pour avoir fait cette pièce trop grande, la voûte s'est fendue, de même que le massif, et qu'il a fallu racommoder et la voûte et la terrasse de ciment qui est au-dessus. Ce fut une grande faute à laquelle mon frère ne consentit jamais. M. de Cassini a eu encore l'entêtement de ne vouloir point qu'on représentât au naturel les douze signes du zodiaque, en marbre et par pièces de rapport, quoique M. Colbert y eût consenti. Cette résistance, qu'on n'a jamais comprise, a empêché que cette pièce n'ait été toute pavée de marbre: car les guerres qui sont venues depuis ont fait abandonner ces sortes de dépenses. M. de Roberval, qui n'aimoit pas M. de Cassini, et qui le regardoit comme son concurrent en mathématiques, dit assez plaisamment sur l'empressement qu'avoit M. Carcavi de faire valoir les avis de M. de Cassini: *M. Carcavi ressemble à un écuyer qui veut faire valoir le cheval qu'il met dans l'écurie de son maître.* Lorsqu'on commença à bâtir l'observatoire vers le mois de mars de l'année 1667, il y avait déjà du tems qu'on travailloit au bâtiment du Louvre. »

Je précise maintenant l'état de la question à laquelle donne lieu une discordance aussi prononcée entre une lettre restée inédite jusqu'à ce jour et un document imprimé il y a plus d'un siècle et émané d'un contemporain de l'époque même des faits dont il s'agit.

La lettre tend à établir: 1° qu'aucune modification aux projets de Claude Perrault n'aurait eu lieu en 1669, nonobstant les représentations et l'insistance de J.-D. Cassini; et 2° que celui-ci aurait gardé le silence après une observation injurieuse de Perrault, en présence du roi, qui l'aurait soufferte en donnant raison à Perrault

(1) Suite. — Voir l'avant-dernier numéro.

et refusant toute satisfaction aux critiques et aux demandes de Cassini, à qui le roi, au contraire, témoignait une haute considération et une pleine confiance (1).

Le passage ci-dessus des Mémoires de Charles Perrault rapporte les faits dans un sens tout différent. D'abord il n'y est point question de la présence du roi, et surtout il y est dit expressément que Cassini ayant proposé deux modifications, l'appropriation de l'étage noble (le premier étage) à une grande salle d'observation, et la non représentation en figures en marbre des douze signes du zodiaque, ces deux demandes ont été accueillies, malgré les insistances de Perrault en faveur de son projet primitif déjà en voie d'exécution.

Il y a donc entre les deux récits une discordance flagrante qui méritait d'être signalée à l'Académie, d'autant plus qu'elle est de nature à compromettre la renommée du célèbre auteur de la colonnade du Louvre et d'autres chefs-d'œuvre, et la mémoire de Ch. Perrault, l'une des illustrations aussi du grand siècle de Louis XIV.

Tel a été le seul motif de ma Communication, tout à fait étrangère aux questions agitées à l'Académie, il y a près de deux ans, au sujet de l'Observatoire et de son insuffisance actuelle pour les besoins de la science.

Puisque des observations me sont opposées en faveur de la Lettre, je dois y répondre par quelques considérations que je pensais qu'il ne me serait point nécessaire de produire.

Je ferai remarquer d'abord que, d'après cette Lettre, l'auteur promet d'imprimer un jour, pour cause, le récit qu'il présente comme une anecdote peu connue; et qu'en outre il ajoute qu'il a dans ses papiers les plaintes de J. D. Cassini à ce sujet, écrites de sa propre main.

Cela est clair. Eh bien, Cassini n'a pas tenu parole. Ses Mémoires relatifs à l'Observatoire depuis sa fondation, publiés en 1810, ne contiennent rien de l'anecdote, qui, cependant, y aurait eu sa place naturelle. Il n'en est rien dit non plus dans les papiers de son bisaïeul, publiés dans le même volume sous le titre précisément d'*Anecdotes de la vie de J. D. Cassini*. Où donc a-t-il puisé l'anecdote et pourquoi ne l'a-t-il pas publiée, nonobstant sa promesse si formelle?

Il faut croire qu'il en avait reconnu depuis le manque d'authenticité.

Mais on peut se demander encore pourquoi, dans son histoire de la fondation de l'Observatoire, il ne dit pas un mot de l'ouvrage de Ch. Perrault, qui se rapporte si directement au sujet, et qu'il aurait dû au moins réfuter, en y opposant l'anecdote, qui aurait encore trouvé là sa place naturelle et utile.

N'y a-t-il pas ici de fortes raisons de penser que Cassini avait reconnu s'être trompé en ajoutant foi imprudemment à une anecdote qui avait pu n'être qu'une réponse à la plaisanterie de Roberval, dans un temps où ces écarts d'imagination semblaient permis?

Mais il est une autre hypothèse fort admissible aussi. C'est que la pièce trouvée à l'Observatoire n'aurait été qu'un premier projet, conçu peut-être par Cassini lui-même, ou plutôt par un secrétaire, et que Cassini aurait modifié après réflexion, en y faisant disparaître l'anecdote.

Je serais porté à adopter cette solution, car on ne peut croire que Cassini aurait dit que son bisaïeul ne savait que fort mal le français, quand, au contraire, les ouvrages et de nombreux mémoires écrits en français par l'illustre astronome, et notamment ses manuscrits en 1810, prouvent qu'il était parfaitement familiarisé avec la langue française. On ne peut croire non plus que Perrault se serait permis à son égard, et cela en présence du roi et de Cassini lui-même, ces paroles grossières : *Ce baragouineur-là ne sait ce qu'il dit.*

Quoi qu'il en soit, la pièce découverte dans les papiers de l'Observatoire n'infirmera certainement en aucune façon le récit ancien et authentique de Charles Perrault.

Nous pouvons ajouter néanmoins et surabondamment, que ce récit trouve une confirmation non douteuse dans les Mémoires mêmes du comte de Cassini, comme dans ceux de J. D. Cassini; car il y est dit que des changements ont été faits aux plans de Perrault, à son arrivée en France, mais non tous ceux qu'il aurait désirés, les constructions se trouvant déjà trop avancées.

(Sera continué.)

(1) Je puis citer à ce sujet un passage du très-instructif et conscienceux ouvrage de notre confrère M. Bertrand sur l'*Académie des sciences et les académiciens de* 1666 *à* 1793 : « Homme d'esprit et homme de qualité, facile et agréable d'humeur, habitué à la représentation et à l'éclat extérieur, Cassini obtint aisément la faveur du roi; habile à la ménager, il excellait à charmer son imagination, à exciter sa curiosité et à la satisfaire, quel qu'en fût l'objet, avec une merveilleuse assurance. — Un jour une comète parut dans le ciel. Le roi desira savoir vers quelle région elle se dirigeait. Cassini, qui ne l'avait observée qu'une fois, le lui dit immédiatement. La comète suivit une autre route, mais le roi ne s'en informa pas et se souvint seulement que pour un homme aussi habile que M. Cassini les astres n'avaient pas de secret. » (P. 21.)

AVIS

Nos souscripteurs dont l'abonnement est expiré sont instamment priés d'envoyer le prix de leur renouvellement en un mandat-poste à l'ordre du directeur, *avant le* 10 *septembre*.

Ils s'épargneront ainsi le désagrément de payer les frais de recouvrement nécessités par la traite que nous serions contraints de tirer sur eux, frais de recouvrement qui leur sont complétement à charge, sans que nous ayons intérêt à les leur faire supporter.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 30 août 1871.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

L'Académie, depuis quelque temps si calme d'ordinaire, a eu hier une de ces séances pleines d'agitation et de vie qui la distinguaient autrefois.

Il s'agissait du choléra.

Le débat avait commencé, paraît-il, dans une autre enceinte, par une querelle de personnes, et il avait été très-vif; il est resté tel à l'Académie quand il s'y est généralisé.

Tout en revenant à Paris d'une mission qu'il avait reçue pour fermer nos ports à l'invasion du choléra, M. Fauvel a pris à partie, au conseil supérieur d'hygiène, pour un article publié en son absence, M. Amédée Latour, secrétaire général de ce conseil.

M. Latour avait signalé comme officiellement annoncée la présence du choléra épidémique presque sur la frontière : à Rotterdam, à Schidam, en Hollande; il avait écrit que l'Allemagne commençait à être infectée. Alors à quoi bon les quarantaines, si pour arriver le choléra n'avait qu'à suivre les grandes routes?

M. Latour avait commencé l'article en question par ces mots : « La constitution cholérique se dessine de plus en plus... » Alors à quoi bon fermer les portes à un ennemi déjà entré?

La mission de M. Fauvel devenait sans cause.

Et ce n'était pas tout.

Sa grande œuvre, tout cet ensemble de mesures sanitaires qu'il a fait adopter par la conférence internationale de Constantinople, il croyait en avoir prouvé l'utilité au monde entier. Et il lisait, due à la plume de son collègue au conseil suprême d'hygiène, bien plus, du secrétaire général, des phrases comme celles-ci :

« Deux doctrines sont, en effet, en présence, relativement à la « genèse du choléra : l'une qui l'attribue presque exclusivement « à l'importation; l'autre qui le fait naître d'influences plus gé-« nérales, telluriques ou atmosphériques, précédées et annon-« cées par une constitution médicale particulière, se traduisant « par des dérangements des fonctions digestives. La première « de ces doctrines ne connaît guère d'autres moyens prophylac-« tiques que les barrières de terre et de mer à opposer à l'im-« portation. La seconde, n'ayant pas une aussi grande confiance « à ces barrières, professe, au contraire, qu'on peut très-sensi-« blement amoindrir les épidémies de choléra en mettant à « profit les avertissements que le fléau asiatique donne toujours « avant son explosion définitive. »

Mais alors la question n'avait donc pas progressé depuis 1865; on en était au même doute qu'avant cette dernière épidémie? La contagion du choléra n'était pas encore passée à l'état de vérité scientifiquement établie, même aux yeux du conseil avec lequel M. Fauvel décide des mesures à prendre? Les travaux de M. Fauvel, et de bien d'autres, étaient donc restés sans résultats?

On comprend maintenant que le savant inspecteur des services sanitaires de France ait reproché à M. Latour l'article qu'il avait écrit.

Mais dans sa communication à l'Académie, il a eu le tort de laisser le vague planer sur ses motifs, et d'avoir l'air d'attaquer en M. Latour le journaliste médical.

Or, s'il est un droit inviolable devant la conscience universelle, c'est bien celui du médecin journaliste, qui, ne se rattachant à aucune coterie, passant sa vie à étudier, dans leurs hôpitaux, dans leur pratique, dans leurs écrits, les uns et les autres, à contrôler ce qui en vaut la peine par des expériences personnelles, ne faisant partie d'aucun corps officiel qui puisse lui demander compte de ses opinions, exprime ces opinions à la face de tous, sans s'inquiéter de ceux qui pourraient s'en blesser.

Ainsi compris, le journalisme médical est, comme l'a dit M. Jules Guérin, un très-grand honneur; et M. Fauvel n'eût pas soulevé de telles tempêtes, s'il n'eût pas paru s'y attaquer.

Quant au fond de la question, elle se présente ainsi :

Tout le monde à présent est pleinement convaincu que le choléra asiatique se transporte par quelque germe et est contagieux. S'il existe encore quelques partisans de la doctrine *tellurique* ou *atmosphérique* du choléra, ils sont en si petit nombre, qu'on peut les comparer à ceux qui, après Lavoisier, soutenaient encore en chimie la doctrine du phlogistique.

Mais de ce qu'une maladie se transmet par des germes, il n'en résulte pas que son intensité soit forcément toujours la même.

La fièvre intermittente est maintenant attribuée à l'absorption de germes végétaux; et pourtant, entre les contrées où règnent les fièvres intermittentes, quelles différences au point de vue de l'intensité, de la gravité des atteintes qui s'y produisent! Ici le nombre même des germes paraît jouer un rôle important.

« Mais dans la fièvre intermittente, ce sont des germes végétaux qui ne se multiplient pas chez l'homme, dira-t-on. Dans le choléra, comme dans la variole, les germes comparables à des virus se reproduisent à l'infini. »

Soit. Prenons la comparaison de la variole.

Qui donc ignore que, même avant la découverte de Jenner, la variole pouvait se répandre, suivant les années, les saisons, les lieux, les personnes, sous des formes très-différentes par leur gravité?

Je compulsais l'année dernière les anciens ouvrages, les anciens rapports et les anciennes observations sur la variole; et j'étais frappé de ce fait, presque oublié de nos jours, que la varioloïde s'était plus d'une fois produite sur des sujets non vaccinés qui n'avaient pas eu de petite vérole antécédente.

Ainsi, toutes les réductions de la maladie sont possibles; et l'empoisonnement ne se fait pas toujours complet du premier coup.

De là ces cholérines si franches, à caractères si bien tranchés, qui, en 1865, ont régné d'abord à Paris avant qu'on avouât l'existence du choléra, et que M. Fauvel se rappellerait sans doute s'il avait exercé en France à cette époque.

De là ces diarrhées prémonitoires, à caractères semblables, qui se présentent aux observateurs dans la plupart des cas de choléra asiatique, et dont M. Laugier me rappelait hier encore un exemple recueilli par lui dans les circonstances les plus douloureuses.

Ce sont des empoisonnements à petites doses, suivant une expression heureuse qui appartient à M. Delpech.

Ces empoisonnements à faibles doses, parfaitement explicables dans la doctrine actuelle de la transmission par des germes, sont complétement démontrés pour nous.

Nous ne pouvons pas oublier que lorsque nous partîmes pour l'Egypte, il n'y eut pas la moindre diarrhée sur notre navire jusqu'au jour où nous relâchâmes à Malte, alors que le choléra n'y était pas éteint. Dès le lendemain, plusieurs passagers venus de France étaient atteints de cholérine; le surlendemain, deux cas de choléra complet se déclarèrent chez des personnes qui s'étaient embarquées à Malte, et quatre jours après nous entrions dans le port d'Alexandrie, avec un mort et plusieurs malades.

Est-ce à dire que les diarrhées, quand elles deviennent plus nombreuses, deviennent par cela cholériques? Non, sans doute; mais il y a des diarrhées cholériques, comme d'autres diarrhées, et ces cholérines témoignent d'une influence épidémique dont l'intensité est très-faible.

On peut dire ces choses, sans s'arrêter à l'objection qu'elles effrayeront le public. Car s'il ne fallait dire que ce qui n'effraye pas, la doctrine de la contagion, qu'a préconisée M. Fauvel, eût été réduite au silence.

Quelle autre doctrine a jamais plus exposé aux mouvements de terreur, aux violences et aux excès de la populace?

Comment, vous dites que le choléra est transporté par les cholériques, et la foule verra recevoir ces cholériques au milieu d'elle!

Le premier résultat de cette doctrine de la contagion a été l'incendie de lazarets en Sicile, une sorte d'insurrection à Marseille, un danger de plus pour les malheureux qui étaient touchés par l'épidémie. Rien n'aurait pu plus sûrement relâcher les liens qui unissent les membres d'une même famille, d'une même ville, d'un même peuple. C'était l'égoïsme surexcité et qui pouvait devenir féroce, comme durant la peste de Londres.

Et cependant, M. Fauvel et bien d'autres ont eu le courage de braver, par le seul amour de la vérité, l'accusation de pouvoir causer de tels malheurs; et ils ont fait prévaloir leurs doctrines; et maintenant, à leur tour, ils peuvent accuser d'hérésie ceux qui ne les partageraient pas.

Qu'ils soient indulgents pour les confrères que leur exemple aura rendus plus indifférents, dans la recherche de la science vraie, aux inquiétudes de quelques esprits pusillanimes.

Dr VICTOR REVILLOUT.

HOTEL-DIEU. — M. NOEL GUÉNEAU DE MUSSY.

Sur quelques formes graves de scarlatine (1).

17 *juin*. — L'inappétence est toujours la même. Les accidents fébriles et névralgiques persistent; leur périodicité s'accentue de plus en plus, et paraît revêtir la forme double tierce. Il semble que tous les deux jours la fièvre soit plus intense et que les nuits soient plus agitées.

En tenant compte de ces circonstances, je prescrivis pour la nuit une potion avec *un* gramme et demi d'alcoolature d'aconit, à prendre en trois doses, et pour le lendemain matin *soixante* centigrammes de sulfate de quinine à prendre en lavement.

19. — Les accès ont été diminués, mais non éteints, par cette médication. La céphalalgie a perdu son caractère névralgique et consiste en une pesanteur douloureuse.

20. — La dose de sulfate de quinine est portée à *quatre-vingt* centigrammes, et l'accès est notablement retardé; il n'a commencé qu'à 7 heures du soir; à cette heure-là le pouls battait 128 fois par minute; le lendemain il était tombé à 100 et la peau était fraîche.

En dépit de cette médication, il y eut le 22, dans la nuit, un accès très-caractérisé. Le bruit de frottement péricardique est beaucoup plus intense et a pris le caractère du bruit de cuir neuf; et pensant que cette fièvre paroxistique pouvait se rattacher à un rhumatisme cardiaque, je fis appliquer un second vésicatoire sur la région précordiale, je suspendis le sulfate de quinine et je continuai l'alcoolature d'aconit. La malade fut plus calme et dormit dans la journée. L'état des organes digestifs ne s'est pas modifié; la langue est pâteuse, l'appétit est nul.

Du 23 au 25 juin les journées sont assez calmes; il y a même un peu de sommeil dans l'après-midi.

Le soir, vers 4 heures, la malade éprouve une sensation subjective de froid, surtout prononcée aux membres inférieurs, et en même temps une céphalalgie diffuse; quelques douleurs d'apparence névralgique occupent tantôt les oreilles, tantôt la cuisse gauche.

Le frottement du péricarde est rude, surtout marqué à la base.

23. — J'examine la rate, elle n'est pas volumineuse, mais elle est douloureuse à la pression.

24. — Les accès paroxistiques semblant se caractériser de plus en plus, et revenir avec une périodicité manifeste (plus marqués de deux jours l'un), j'administre le sulfate de quinine à la dose de *quatre-vingt* centigrammes, et cette fois par la bouche, malgré les répugnances de la malade et de son entourage.

Dans la nuit du 24 au 25, l'accès ne paraît pas modifié, le pouls s'élève à 124, 128, tandis que dans la journée il tombe à 96, 100.

Le 25 au soir, l'accès arrive, comme les jours précédents, marqué d'abord par le froid, la céphalalgie et les douleurs névralgiques. Le pouls est à 128.

Vers 3 heures du matin, la malade se plaint d'une angoisse précordiale très-pénible, et en même temps la respiration devient anxieuse; il y a un peu de délire, et par intervalle des nausées et des vomiturítions.

A 5 heures, le docteur Fernet est appelé auprès de la malade. L'oppression était telle que la respiration s'entendait à distance; l'agitation était extrême; les traits étaient décomposés, la face offrait un aspect terreux et presque cadavérique, les yeux étaient enfoncés dans les orbites et bordés de noir.

Elle vomit des matières muqueuses et du lait coagulé d'une odeur très-acide.

En présence de ces accidents, offrant tous les caractères d'un accès pernicieux, sans en attendre la fin, le docteur Fernet prescrivit un quart de lavement avec *soixante* centigrammes de sulfate de quinine, qui fut gardé.

Quand j'arrivai, vers 7 heures, l'accès touchait à son terme; la moiteur s'était établie, la respiration était calme et la malade dormait; les vomissements ne s'étant pas répétés, je fis prendre, à 8 heures 1/2, par la bouche, *quatre-vingt* centigrammes de sulfate de quinine.

La journée fut calme, il y eut trois heures de sommeil dans l'après-midi. Le malade prit du bouillon et du lait.

Le soir l'accès est retardé, et beaucoup moins fort qu'il n'avait même été avant l'accès pernicieux.

Les jours suivants le sulfate de quinine est continué à la dose

(1) Suite. — Voir le dernier numéro.

d'*un* gramme *vingt-cinq* centigrammes tous les matins. Dès le 26 au soir, des bourdonnements d'oreille accusent l'absorption du sel quinique.

Les accès sont de plus en plus retardés; ils ne commencent qu'à une heure, puis à quatre heures, puis à six heures après minuit, et ils sont en outre très-atténués.

Dans la nuit du 29 au 30 juin, l'accès manque complétement et la malade a huit ou dix heures de sommeil calme, à peine interrompu à trois ou quatre reprises.

Pour la première fois l'appétit se fait sentir, je donne à la malade quelques aliments solides. Jusque-là elle avait pour la nourriture une répugnance que nous n'avions pu vaincre ni par l'emploi des amers et des eaux digestives, ni par la variété des aliments.

Dans la nuit du 30 juin au 1er juillet, quatre heures de sommeil seulement; du reste, la malade est calme et n'éprouve aucun malaise.

1er juillet, moins d'appétit que la veille; la malade s'aperçoit qu'elle ne voit plus du tout de l'œil droit; cependant les jours précédents, la congestion oculaire n'avait pas augmenté, et il n'y avait pas de douleurs. La pupille est désormais adhérente (synéchie postérieure); à l'ophtalmoscope le fond de l'œil paraît noir.

Ne pouvant faire lever la malade et n'ayant pas à notre disposition l'ophtalmoscope de M. Galezowski, le seul qui puisse permettre un examen commode dans la position horizontale, nous ne pûmes pas distinguer nettement ce que signifiait cette teinte noire; mais douze jours après, la malade ayant repris des forces fut examinée par un oculiste distingué qui constata un décollement de la rétine avec apoplexie sous-rétinienne, et déclara que la vue de ce côté était à jamais perdue. Il est probable que cet accident s'était produit depuis quelques jours, quand la malade s'en est aperçue, peut-être pendant l'accès pernicieux; j'ai vu depuis une fièvre larvée à forme névralgique compliquée d'hémorrhagie rétinienne.

Les urines examinées souvent ne renferment pas d'albumine.

Dans la nuit du 1er au 2 juillet, nouvel accès fébrile, qui commence dans le milieu de la nuit; et vers cinq heures du matin accidents analogues à ceux qui avaient caractérisé l'accès du 26 juin, à forme dyspnéique pernicieuse.

Le matin 2 juillet, je trouve le pouls à 128, une altération profonde des traits. La malade était tourmentée par de fréquents vomissements.

On avait continué le sulfate de quinine aux mêmes doses, et on avait décidé que pour la première fois on le suspendrait ce matin là même. Le retour de l'accès commandait de le continuer, et la j une fille en prit *un* gramme *vingt-cinq* centigrammes dans la matinée.

Il y eut dans la journée plusieurs vomissements, et comme ils avaient entraîné la majeure partie du médicament, on en donna *soixante* centigrammes en lavement, et j'en fis prendre *un* autre gramme dans la journée associé au sous-nitrate de bismuth. Depuis 1849, j'ai souvent constaté l'utilité de cette association chez des sujets qui ne toléraient pas le sulfate de quinine, soit parce qu'il déterminait des vomissements et des phénomènes gastralgiques, soit parce qu'il provoquait de la diarrhée; dans le cas de gastralgie, j'y ajoute de la codéine ou quelqu'autre préparation opiacée. Chez notre malade cette précaution était d'autant plus indiquée qu'elle avait de la diarrhée depuis deux jours, et d'une autre part, dans l'état d'anorexie, de nausées, où elle se trouvait, les opiacés me paraissaient contre-indiqués.

L'accès se termina dans la soirée vers six heures et demie, elle dormit un peu vers cette heure. La nuit suivante fut calme mais sans sommeil.

3 juillet matin. — Je trouve la peau un peu chaude, le pouls à 104, elle ressentait une céphalalgie peu intense; l'œil était beaucoup moins rouge. Je lui fis prendre du sulfate de quinine en lavement pour ménager l'estomac disposé à la révolte et se refusant à l'alimentation quand on lui imposait des médicaments.

Le 4 juillet, à sept heures du soir, léger accès fébrile qui s'est prolongé jusqu'à quatre heures du matin. Le pouls ne s'élève pas au-dessus de 100 pulsations, et la chaleur est peu marquée; mais la malade accuse des douleurs vives disséminées sur tout le corps; elles commençaient par la tête, s'étendaient au cou, au bras, au dos, et enfin aux jambes.

5 juillet, matin. — Un lavement avec *un* gramme *vingt-cinq* centigrammes de sulfate de quinine n'a pas été toléré, j'en fais prendre de nouveau *un* gramme avec *un* gramme de sous-nitrate de bismuth. Ce matin le pouls est à 108; la malade est calme.

Elle dort presque toute la journée; le soir je trouve un calme parfait et le pouls descendu à 80.

6 juillet. — La nuit a été bonne; pas de trace d'accès. Ce matin calme parfait; le pouls est à 84.

On continue le sulfate de quinine à la dose d'*un* gramme.

7 juillet. — Pas d'accès la nuit dernière. La malade accusant des douleurs et des malaises d'estomac, je décide qu'on ne donnera plus le fébrifuge que tous les deux jours, et qu'on le suspendra ce jour-là, puisque depuis le 4 il n'y a pas eu d'accès, et que le dernier avait été assez mitigé.

Pendant la nuit la fièvre reparaît, le pouls s'élève à 112 pulsations; le phénomène dominant de l'accès est le retour des douleurs névralgiques, et d'une céphalalgie intense comme dans le dernier accès. Il s'y ajoute de l'anxiété respiratoire due surtout à la vivacité des douleurs; on constate quelques irrégularités du pouls.

L'accès se termine vers neuf heures du matin; je fais prendre *un* gramme *cinquante* de sulfate de quinine. Il n'y eut pas d'accès la nuit suivante, mais un peu d'anxiété, un peu de délire calme; l'appétit est nul, la soif toujours assez vive; à peine la malade accepte quelques bouillons.

(A suivre.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 29 août 1871. — Présidence de M. WURTZ.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Le tableau des naissances dans les cinq arrondissements du département des Côtes-du-Nord pendant l'année 1869. (Commission de vaccine.)

2° Une demande adressée par M. Marrast, pharmacien à Villeneuve-de-Marsan (Landes), à l'effet d'obtenir l'autorisation d'exploiter, pour l'usage médical, une source d'eau minérale ferrugineuse nouvellement découverte. (Commission des eaux minérales.)

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Mordret du Mans, accompagnant l'envoi d'un rapport sur la médecine des pauvres et sur la constitution médicale du département de la Sarthe pour l'année 1870. (Commission des épidémies.)

2° Une note de M. le docteur Chounaux du Bisson (de Villers Bocage), sur un forceps modifié qu'il appelle extramètre.

3° Un rapport de M. le docteur Didelot, médecin-major, sur une épidémie de variole qui a régné à l'hôpital militaire de Nice, de novembre 1870 à février 1871. (Commission des épidémies.)

4° Une lettre de M. le docteur Oscar Giacchi, de Poppi (Toscane), demandant le titre de membre corrospondant.

5° Une lettre de M. le docteur Bœns-Boisseau, de Charleroi, qui adresse la même demande à l'Académie.

M. LE SECRÉTAIRE ANNUEL dépose sur le bureau le texte et l'exposé des motifs d'une proposition de loi présentée à l'Assemblée nationale, par M. le docteur Théophile Roussel, pour la répression de l'ivresse publique.

M. LE SECRÉTAIRE communique ensuite une lettre de M. le docteur Mouchet (d'Agen), relative à des cas d'altération du pain de munition par *l'oïdium aurantiacum*, qu'il a observés en 1858, à Cherbourg, lorsqu'il était médecin militaire.

M. GUÉRARD présente, de la part de M. le docteur Beaugrand, l'article *Manufacture sous le rapport de l'hygiène*, extrait du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.*

M. GUBLER offre en hommage une brochure sur l'homéopathie, leçon professée à l'hôpital Beaujon le 14 mai 1871.

M. POGGIALE, à propos du procès-verbal, lit quelques observations déjà publiées sur *l'oïdium aurantiacum*, entre autres le fait de cinq personnes empoisonnées par cet oïdium, avec tous les symptômes d'un empoisonnement par les champignons, et contradictoirement celui de plusieurs personnes qui mangèrent du pain couvert du même oïdium sans en être aucunement incommodées. Il conteste à M. Gaultier de Claubry l'honneur d'avoir le premier reconnu et décrit l'*oïdium aurantiacum*, et il lit un passage d'un article daté de 1843, et dans lequel M. Gaultier de Claubry lui-même reconnaissait cet honneur à M. Payen.

M. GAULTIER DE CLAUBRY. Je demande la parole.

M. LE PRÉSIDENT. Je la donne d'abord à M. Fauvel, pour nous faire une communication urgente sur le choléra.

COMMUNICATIONS SUR LE CHOLÉRA

M. FAUVEL. Je viens compléter par des informations nouvelles les renseignements que j'ai communiqués, il y a un mois, à l'Académie sur le choléra qui règne en Russie et menace d'envahir l'Occident de l'Europe.

Mais auparavant je demande à dire un mot de la situation sanitaire actuelle à Paris, qui, selon certains journaux, présenterait les phénomènes précurseurs d'une épidémie imminente de choléra asiatique.

D'après ces journaux, la maladie existerait même déjà parmi nous, et elle se traduirait par des accidents prémonitoires et des attaques isolées.

J'ai à peine besoin d'ajouter que les personnes qui soutiennent cette opinion admettent encore la doctrine, démentie par l'observation, qu'une épidémie de choléra asiatique peut naître spontanément dans notre pays indépendamment de toute importation.

Pour répondre à ces assertions, qui ont le grave inconvénient d'inquiéter le public et de faire obstacle aux mesures de prophylaxie prises contre l'importation du fléau, il me suffira de comparer les chiffres de la statistique des décès à Paris en 1870 et 1871, pendant le mois d'août.

L'Académie y verra si les alarmes répandues sont suffisamment justifiées.

Statistique comparée des décès causés à Paris pendant le mois d'août des années 1870 et 1871 par les maladies diarrhéiques, en y comprenant les cas dits de choléra.

1870

Du 24 au 30 juillet......	102 décès dont	18 cholériques.
Du 31 juillet au 6 août..	85	5
Du 7 au 13 août........	102	8
Du 14 au 20 août......	91	7
Du 21 au 27 août.......	84	10
	464	48
Du 28 août au 3 septembre.	97	3
Du 4 au 10 septembre...	33	0

1871

Du 22 au 28 juillet.......	89 décès dont	0 cholériques.
Du 29 juillet au 4 août...	99	1
Du 5 au 11 août........	86	0
Du 12 au 18 août.......	117	1
Du 19 au 25 août.......	128	6
	519	8

Différence en plus... 55 décès.

Il résulte de cette comparaison que, l'année dernière, c'est à la fin de juillet et au commencement d'août qu'ont eu lieu le plus grand nombre de décès par maladies diarrhéiques et cholériformes, tandis que cette année c'est à partir du milieu d'août que le chiffre de ces maladies augmente. Voilà la différence bien notable entre ces deux années. On pourrait même, en s'en tenant à la qualification de choléra donnée à certains cas dans les deux tableaux, conclure que les cas de choléra ont été jusqu'ici moins nombreux cette année que la précédente; mais, en réalité, la différence notée tient à ce que certains décès qualifiés cholériques en 1870 ont été attribués en 1871 à une simple cholérine.

En somme, la situation sanitaire actuelle traduit ce qu'on observe d'ordinaire à Paris pendant la saison chaude, c'est-à-dire des maladies diarrhéiques en nombre plus ou moins considérable, et dont quelques cas sont suivis de mort, après avoir présenté l'apparence du choléra.

Ces manifestations disparaissent d'habitude à Paris avec la cessation des chaleurs. Rien dans la situation actuelle n'autorise à prédire qu'il en sera autrement cette année, si le choléra asiatique, le vrai choléra, ne nous est pas importé du dehors.

Mais indépendamment de la considération tirée de la statistique, l'absence d'un fait capital, qui ne manque jamais au début de toute épidémie de choléra asiatique, vient montrer jusqu'à l'évidence que les quelques accidents cholériformes observés en ce moment à Paris ne marquent pas le commencement d'une telle épidémie.

C'est qu'en effet une épidémie de choléra asiatique ne débute jamais par des cas bénins.

Quand la maladie éclate dans une localité, elle y frappe d'abord comme la foudre; tous les premiers cas sont rapidement mortels; ce n'est qu'au bout de quelque temps qu'on commence à voir des guérisons et que les cholérines apparaissent.

Est-ce que l'on observe en ce moment à Paris rien de pareil?

Les épidémies de choléra asiatique n'ont pas de phénomènes précurseurs. Si le choléra arrive pendant la saison chaude, sans doute il est précédé par les maladies des voies digestives régnantes, qui servent d'adjuvant à son action, et c'est pour cela qu'il importe tant de prévenir et de combattre les troubles intestinaux en temps de choléra.

Mais si l'épidémie survient dans la saison où ces troubles sont d'ordinaire rares, ceux-ci ne deviennent pas plus fréquents à son approche.

Voilà ce qui a été signalé par tous les observateurs qui ont étudié de près la question.

De sorte que les faits actuels, considérés par certains médecins comme étant la preuve du choléra asiatique à Paris, ou de l'imminence d'une épidémie, ces faits, par leur bénignité, prouvent au contraire que le choléra asiatique n'a pas encore fait invasion parmi nous, et que jusqu'ici nous ne sommes en présence que de la constitution médicale ordinaire dans cette saison.

Ce qu'on observe à Paris en ce moment se voit aussi à Londres sur une plus vaste échelle. Les maladies diarrhéiques y sont en nombre considérable, et y occasionnent une forte mortalité.

Dans la semaine du 13 au 19 août, 425 décès y sont attribués à la diarrhée et 40 au choléra.

L'Angleterre subit en ce moment la même influence saisonnière que nous, mais on ne s'y trompe pas; on sait bien, à Londres, que les cas qualifiés de choléra ne sont autres que des accidents ordinaires à cette époque, et qu'on ne doit pas confondre avec le choléra asiatique. C'est ainsi que récemment un cas prétendu tel ayant été signalé à Londres, une enquête médicale a démenti la supposition. On doit donc admettre, jusqu'à nouvel ordre, qu'en Angleterre, pas plus que chez nous, le choléra asiatique n'a encore fait apparition.

Cela dit, venons aux foyers où règne celui-ci et d'où il peut être importé chez nous d'un moment à l'autre; voyons aussi quels moyens nous avons à opposer à son invasion et quelles chances il nous reste d'y échapper.

Aux dernières nouvelles reçues de Berlin à la date du 23 août et de Saint-Pétersbourg du 13, la maladie n'avait franchi la frontière russe du côté de l'Allemagne que sur un seul point. De Suwalky, le choléra avait gagné Kœnisberg, qui est tout près, où il sévissait avec une intensité peu considérable, quant au nombre des attaques. A Berlin, on se préoccupait de l'apparition prochaine de la maladie, et des mesures de précaution étaient prises soit pour arrêter sa marche envahissante, soit pour en atténuer les effets. Mais ni à Berlin, ni sur aucun point de l'Allemagne autre que Kœnisberg, le choléra asiatique ne s'était encore montré; on n'y observait que des manifestations saisonnières analogues à celles qui règnent à Paris. Ainsi, du côté de l'Allemagne, depuis un mois, la maladie n'a fait que peu de progrès.

Plus au nord, en Russie, Riga sur la mer Baltique reste le point le plus affecté et le plus dangereux pour nous. L'épidémie y règne avec une intensité modérée, mais persistante; elle s'est propagée à plusieurs autres localités du golfe de Livonie. A Saint-Pétersbourg, elle est à peu près éteinte.

Dans les autres parties de la Russie, le choléra a pris une extension considérable; on en jugera par les quelques détails suivants que j'extrais de renseignements officiels qui me sont transmis par M. le docteur Pelikan, directeur du service médical civil en Russie.

Je m'en tiens à ce qui concerne la reprise de l'épidémie en 1871.

Le changement de température pendant l'automne dernier exerça une influence tellement salutaire, que le choléra disparut dans toutes les localités où il régnait à la fin de 1870, à l'exception de Saint-Pétersbourg, où il ne se manifestait d'ailleurs que par des cas rares,

Des attaques isolées furent encore constatées pendant les mois de janvier et février 1871.

Le 28 février, le choléra reparut à Moscow avec une intensité peu considérable; mais dès les premiers jours de mars, et surtout dans la première quinzaine, il prit à Saint-Pétersbourg le caractère épidémique.

Depuis la fin d'avril, il diminuait insensiblement, lorsqu'en mai, avec le retour de la chaleur, il y eut une recrudescence à Saint-Pétersbourg et à Moscow.

De là, à partir de la mi-juin, l'épidémie gagna progressivement d'autres provinces de la Russie, dont l'énumération serait longue. — Disons seulement qu'à l'Ouest nous voyons la maladie atteindre Wilna et Suwalki, qu'à l'Est elle s'étend à Nijni-Nowgorod, à Kazan au Sud-est à Voronége, à Astrakan, et enfin qu'au Sud elle vient de reparaître tout récemment à Taganrog, où elle régnait l'année dernière à pareille époque. De tous les points des provinces russes où le choléra s'est montré cette année, le district de Tambow paraît être celui où l'épidémie a sévi avec le plus de violence. Dans l'espace de quarante jours, du 12 juin au 22 juillet, on y a constaté 11,942 attaques et 4,489 décès. Partout ailleurs elle n'a eu jusqu'ici qu'une intensité modérée.

L'opinion médicale en Russie est que l'épidémie actuelle n'est que la suite non interrompue et une recrudescence de celle qui y fut importée en 1865 des ports de la Méditerranée dans ceux de la mer noire. Ce n'est point, dit M. Pélikan, une épidémie nouvelle due à une importation de Perse, comme on le pense à tort à Constantinople, ce sont les queues de l'épidémie de 1865 qui, à l'instar de ce que nous avons vu antérieurement, font preuve d'une grande ténacité dans nos contrées.

Ainsi, la question que je posais il y a un mois semble bien résolue : le choléra trouve en Russie des conditions favorables à sa persistance, à sa régénération, en d'autres termes, à son acclimatement.

Maintenant, quels moyens avons-nous à opposer à l'importation de la maladie parmi nous, et quelles chances nous reste-t-il d'échapper à ses atteintes?

Si les centres populeux de l'Allemagne sont envahis, il est clair que nous le serons dans un temps plus ou moins rapproché; car nous n'avons aucune barrière à opposer de ce côté à la marche envahissante du fléau.

Cependant, à en juger par le peu de progrès que la maladie a fait du côté de l'ouest depuis un mois, malgré la circonstance d'une saison favorable à sa marche, on peut espérer que, la saison froide arrivant, la maladie s'éteindra entièrement là où elle existe aujourd'hui avant le retour de la saison chaude, et par suite nous épargnera. Mais ce n'est là qu'une espérance sur laquelle il ne faut pas trop compter. En tout cas, du côté de la voie de terre, le péril ne semble pas prochain.

Mais il n'en est plus de même par la voie maritime. De ce côté, nous sommes sous le coup d'une importation qui peut se produire d'un moment à l'autre par les arrivages de la mer Baltique qui, à ce moment de l'année, sont nombreux, dans nos ports de la Manche principalement. La présence du choléra à Riga constitue donc pour nous un grand danger.

L'Angleterre, qui jusqu'à présent avait résisté à l'emploi de mesures préventives contre l'importation du choléra, a mis en pratique des précautions sanitaires contre les provenances de la mer Baltique. Jusqu'ici elle s'en est bien trouvée.

La Hollande a adopté des mesures de quarantaine, les ports d'Allemagne ont agi de même; nous ne pouvions pas rester inactifs. Aussi ai-je été chargé par le Gouvernement d'assurer la mise à exécution de nos règlements sanitaires contre l'importation du choléra dans tous nos ports de la Manche et de l'Océan. Cette mission est remplie. Le service de préservation est organisé sur tout notre littoral aussi bien que le permettaient les circonstances, grâce au concours empressé que j'ai rencontré de la part des autorités et des médecins chargés de l'exécution.

Par la voie maritime, il est donc peu probable que le choléra soit importé en France jusqu'au jour toutefois où l'Angleterre serait elle-même grandement envahie; car, dans ce cas, les relations entre les deux pays sont tellement impérieuses et multipliées que toutes les barrières devraient tomber devant la nécessité.

Mais nous n'en sommes pas encore là, et, en attendant, nous devons mettre de notre côté toutes les chances de préservation qui sont en notre pouvoir.

En résumé, l'épidémie de choléra qui règne en Russie, et s'est avancée, dans ces derniers temps, jusqu'aux confins de l'Allemagne, menace l'Europe occidentale d'une invasion nouvelle.

En ce qui nous touche, le danger le plus prochain vient de la possibilité d'une importation directe par la voie maritime; mais de ce côté nos précautions sont prises et les probabilités sont en notre faveur.

Du côté de notre frontière de terre, la voie est ouverte à l'invasion et nous n'avons aucun moyen de nous y opposer; mais en revanche le danger est plus éloigné, moins menaçant, et, à en juger par la lenteur actuelle des progrès de l'épidémie vers l'Allemagne, nous pouvons encore espérer qu'elle nous épargnera, pour cette année au moins.

Quant à l'état sanitaire actuel de Paris, les maladies diarrhéiques et cholériformes, qu'on y observe, n'ont aucun rapport de cause avec le choléra asiatique proprement dit; ce sont les maladies ordinaires de la saison chaude qui d'ici à quinze jours prendront fin avec celle-ci; seulement, en cas d'importation du choléra asiatique, elles deviendraient une cause adjuvante de sa malignité.

Telle est au net notre situation. Elle n'est donc pas à beaucoup près aussi alarmante qu'on a bien voulu le dire.

Maintenant, ai-je besoin d'ajouter que la prophylaxie appliquée à combattre l'importation du choléra n'exclut en aucune façon ni l'étude, ni l'application préventive, des moyens propres à atténuer les effets de l'épidémie, si elle venait à nous atteindre?

Nous sommes trop unanimes sur ce point pour qu'il y ait lieu de s'y arrêter.

M. DELPECH. Je viens apporter, moi aussi, quelques renseignements que je crois utiles, même après le beau rapport de M. Fauvel. Il s'agit toujours de l'état du choléra en Russie. Le 14 août, l'administration de Nidgi Nowgorod crut devoir répondre à de faux bruits qu'on répandait sur les progrès qu'aurait faits le choléra dans cette ville. L'administration craignait avec raison que ces bruits n'empêchassent de venir à la grande et célèbre foire annuelle de leur ville, et elle annonça que l'épidémie touchait à sa fin, et que les cas nouveaux étaient très-rares.

A Saint-Pétersbourg, le choléra reste dans un état également stationnaire, mais peu inquiétant.

Voici la statistique du choléra dans cette ville du 17 au 21 août :

Dates.	Cas nouveaux.	Décès.
17	16	7
18	11	2
19	18	5
20	23	3
21	12	5

Voici maintenant le résumé de l'épidémie depuis près d'un an qu'elle dure :

	Hommes.	Femmes.	Total.
Cas	4,836	2,399	7,235
Guérisons	2,627	1,361	3,988
Décès	2,059	918	2,977

On voit qu'il y a moitié moins de femmes atteintes par le choléra, et moins de gravité dans le choléra quand il se déclarait chez elles.

DISCUSSION

M. GUÉRIN. Je pense qu'en parlant des journalistes, M. Fauvel a pensé à moi, car bien que je n'aie plus mon journal, mon opinion sur le choléra est souvent exprimée dans la presse médicale, et cette opinion, chacun le sait, est diamétralement contraire à celle que vient d'exposer M. Fauvel. Notre collègue dit qu'on n'observe pas de cholérines avant le choléra; il a tendance à nier aussi les diarrhées prémonitoires chez les individus; ces dernières sont incontestables, je l'ai démontré, et quant aux cholérines qui précèdent souvent l'éclosion des épidémies, il est faux de dire que les observateurs les plus sérieux ne les aient pas rencontrées.

Au moment où j'étais chargé du rapport général sur les épidémies, j'ai eu entre les mains plus de 6,000 dossiers, et bien que n'ayant pas rédigé le rapport, je les ai compulsés. Or, je me rappelle très-bien qu'un grand nombre d'entre eux signalaient l'existence avant le choléra de ces cholérines prémonitoires. Dans son dernier rapport, notre président M. Barthe dit formellement que les diarrhées prémonitoires, les cholérines qui précèdent le choléra ont été remarquées et signalées surtout dans les deux dernières épidémies.

On peut expliquer comme on voudra ces cholérines, dire que ce sont des diarrhées saisonnières, etc.; je le veux bien, mais on ne doit pas nier les faits.

Autre chose. Il y a eu telle localité où le choléra proprement dit n'est pas venu et où pourtant l'épidémie s'est fait sentir par des cholérines : c'est le cas de Lyon. En Inde, il y a des années où l'on observe seulement des cholérines, d'autres où l'influence morbide étant plus forte, on observe à la fois des cholérines et du choléra. Je ne comprends pas que M. Fauvel en appelle aux observateurs pour affirmer le contraire de ce qu'ils ont établi.

M. AMÉDÉE LATOUR. J'ai le malheur d'être journaliste...

M. JULES GUÉRIN. Dites le grand honneur.

M. AMÉDÉE LATOUR. J'ai le malheur...

M. RICORD. L'honneur.

M. AMÉDÉE LATOUR. ... d'être journaliste, et hier, déjà, dans une autre enceinte, j'ai été, de la part de M. Fauvel, l'objet de critiques si vives, d'une attaque si acerbe et si subite, que j'en ai été saisi comme d'un choléra foudroyant.

M. FAUVEL. Vous n'en êtes pas mort.

M. AMÉDÉE LATOUR. Il nous accuse de semer l'alarme en exprimant notre opinion sur l'approche du choléra. Nos journaux ne sont lus que par des médecins et ne peuvent par conséquent pas semer l'alarme dans le public. Le temps n'est pas loin où on nous interdisait de parler des épidémies de choléra. Un journal de médecine, pour avoir parlé d'une épidémie de fièvre typhoïde régnant dans un hôpital de Paris, a reçu un avertissement. C'était peu de temps avant le 15 août, et on craignait que cette nouvelle, impressionnant les gens timorés, eût pour résultat de nuire à l'éclat de la fête qu'on célébrait à cette époque. Veut-on nous retirer le droit de dire...

M. FAUVEL. Quelle relation établissez-vous entre ma communication et ce que vous dites?

M. AMÉDÉE LATOUR. Vous accusez les journaux de médecine...

M. FAUVEL. Pas le moins du monde. Je n'accuse pas en général les journaux de médecine, mais je soutiens que votre article était mauvais et erroné.

M. AMÉDÉE LATOUR. N'ai-je pas le droit de dire mon opinion sur le choléra?

M. FAUVEL. Mais quelle opinion avez-vous? Pour quiconque l'a lu, notre article est détestable. Si vous aviez franchement dit que vous étiez anticontagioniste, passe encore; mais vous n'êtes ni chair ni poisson, vous tergiversez, vous biaisez, et vous vous bornez à créer un antagonisme qui n'existe pas.

M. AMÉDÉE LATOUR. Je n'ai pas l'intention d'entrer dans la discussion scientifique, mais je tenais à répondre à vos accusations contre les journalistes.

M. FAUVEL. Mais je n'en ai pas fait.

Une voix. Relisez donc les phrases incriminées; tout le monde appréciera.

M. FAUVEL. Voici le passage en question :

« Mais auparavant je demande à dire un mot de la situation sanitaire actuelle à Paris, qui, selon certains journaux, présenterait les phénomènes précurseurs d'une épidémie imminente de choléra asiatique.

« D'après ces journaux, la maladie existerait même déjà parmi nous, et elle se traduirait par des accidents prémonitoires et des attaques isolées.

« J'ai à peine besoin d'ajouter que les personnes qui soutiennent cette opinion admettent encore la doctrine, démentie par l'observation, qu'une épidémie de choléra asiatique peut naître spontanément dans notre pays indépendamment de toute importation.

« Pour répondre à ces assertions, qui ont le grave inconvénient d'inquiéter le public et de faire obstacle aux mesures de prophylaxie prises contre l'importation du fléau, il me suffira de comparer les chiffres de la statistique des décès à Paris en 1870 et 1871, pendant le mois d'août. »

M. DELPECH. C'est parfaitement convenable.

M. GUÉRIN. M. le président, il y aurait une question préjudicielle à décider avant tout : celle de savoir s'il n'est pas plus grave de dissimuler la vérité que de la proclamer; s'il ne vaut pas mieux avertir les populations pour qu'elles prennent les précautions salutaires et suivent une sage hygiène, que de les abuser en leur cachant le danger, et de les exposer ainsi à payer cher leurs imprudences. Une question. Je voudrais bien que quelque médecin de l'Hôtel-Dieu nous parlât des cas de choléra observés à cet hôpital.

M. FAUVEL. Je déclare que tout est rigoureusement vrai dans les faits que j'ai communiqués.

M. LE PRÉSIDENT. La question est double. D'un côté, il y a les faits, d'un autre les interprétations. Récemment encore, j'ai vu un fait qui m'a donné des doutes, et qui aurait pu m'ébranler dans mes convictions si elles n'étaient pas bien établies. Je crois que le choléra vient de l'Inde. Voici ce fait...

M. DELPECH. J'avais demandé la parole.

M. BRIQUET. Et moi aussi.

M. CHAUFFARD. L'ordre du jour!

M. LE PRÉSIDENT. Je donne la parole à M. Briquet.

PLUSIEURS VOIX. Mais non! mais non! parlez! parlez! Vous nous avez promis la narration d'un fait.

M. LE PRÉSIDENT. Il est plus convenable qu'un président cède la parole à qui la demande.

M. GUÉRIN. Mais non! Parlez!

M. RICORD. Votre fait?

M. LE PRÉSIDENT. A moins que MM. Briquet et Delpech ne me le permettent...

M. BRIQUET. Certainement.

M. DELPECH. Je voulais seulement continuer la démonstration de M. Fauvel. Je ne sais pas du tout si le choléra peut arriver à petites doses. Quand il n'y a que des cholérines et quelques cas de choléra, on aurait tort de croire qu'il s'agit d'une épidémie mitigée. Le choléra sporadique ressemble absolument au choléra indien épidémique : vomissements, déjections alvines, cyanose, suppression des urines, on y retrouve tout, absolument tout ce qu'on a signalé comme caractérisant le choléra indien. Que les diarrhées saisonnières soient exagérées par quelque circonstance, et on voit naître quelques cas de choléra sporadique. Cela s'est vu de tout temps, et avant toute importation. Qu'on veuille bien lire à ce sujet les descriptions de Sydenham, et on trouvera ces cas de choléra purement sporadique, absolument semblable au choléra indien, signalés comme assez nombreux, notamment pendant deux années où les diarrhées saisonnières étaient à la fois fréquentes et graves. Je le répète, le seul moyen de distinguer, le choléra *nostras* du choléra épidémique, c'est de tenir compte du nombre des sujets atteints; s'il y en a très-peu, on doit avoir affaire au choléra *nostras*.

M. GUÉRIN. Mais les épidémies ne commencent pas par plusieurs cas.

M. RICORD. Elles commencent par un seul.

M. DELPECH. Je le répète, nous ne pouvons affirmer l'existence du choléra épidémique que quand il y en a beaucoup.

M. CHAUFFARD. L'ordre du jour!

M. GUÉRARD. Un mot sur les cas de choléra de l'Hôtel-Dieu. En ma qualité de membre du Conseil supérieur d'hygiène, je suis chargé de visiter les malades atteints de choléra. J'ai été appelé pour un malade à la Charité, et pour quatre à l'Hôtel-Dieu. Celui de la Charité a eu des accidents légers et a guéri. Parmi ceux de l'Hôtel-Dieu, deux se trouvaient dans des services de chirurgie. D'abord, dans le service de M. Laugier, un homme atteint d'une hernie ombilicale.

M. LAUGIER. C'était une femme.

M. GUÉRARD. Soit. Donc, une femme atteinte de hernie ombilicale avec anus artificiel.

M. LAUGIER. Déjà fort ancien.

M. GUÉRARD. Suite d'étranglement.

M. LAUGIER. D'autrefois.

M. GUÉRARD. Cette femme est morte. Il n'y a pas eu d'autopsie, et ceci nous a paru un cas de ces accidents cholériformes qui viennent parfois compliquer les hernies.

M. LAUGIER. Mais la hernie n'était pas étranglée.

M. GUÉRARD. Dans un autre service de chirurgie, un malade fut opéré pour une fistule urinaire, ayant déjà de la diarrhée; il mourut à la suite de cette opération avec des accidents cholériformes. Il n'y eut pas d'autopsie.

Dans un service de médecine, une jeune fille, étant allée s'amuser à la barrière, s'y étant donné beaucoup de mouvement, ayant beaucoup bu, fut prise d'un choléra léger dont elle guérit facilement.

Enfin, dans le service de M. Tardieu, un cas de choléra excessivement léger se termina, dans la réaction, par des accidents cérébraux et par la mort. On ne fit pas d'autopsie.

M. BOULAY. On ne fait donc plus d'autopsie dans les hôpitaux de Paris.

M. GUÉRARD. Je parlai de ce cas à M. Fauvel, et il fut d'avis que ce n'était pas un cas de choléra indien. Telle est aussi mon opinion.

M. BRIQUET. Je n'ai que quelques mots à dire en réponse à M. Guérin. Il a trouvé dans les documents que l'Académie lui avait remis pour faire un rapport qu'il n'a pas fait, l'indication fréquente de cholérines pendant le choléra. J'ai eu entre les mains les mêmes documents, je les ai dépouillés, j'en ai fait le rapport, et j'y ai vu qu'il y était extrêmement rare de noter que le choléra asiatique ait été précédé de symptômes cholériques. J'ai surtout le souvenir de l'apparition du choléra à Astrakan, où il a fait de si grands ravages en 1832, eh bien! le docteur Marrius a soin de dire dans son rapport, que la veille du jour où le choléra éclata, il n'y avait rien de semblable.

M. GUÉRIN. Il arrive toujours que dans l'origine les faits non signalés passent inaperçus.

M. BRIQUET. En 1849, il y eut encore plus de précision à ce sujet. Ce qui caractérise le choléra indien, c'est la présence de la psorentérie sur les intestins.

M. GUÉRIN. Si on ne voyait pas les diarrhées prodromiques avant que l'attention n'eût été éveillée, on les a bien trouvées après, et il en est toujours ainsi pour toute chose. D'ailleurs, je le répète, le rapport de notre honorable président, de M. Barthe, est on ne peut plus formel sur cette question. Dans les deux dernières épidémies on a parfaitement remarqué les cholérines précédant le choléra.

J'ai aussi dépouillé les dossiers dont parle M. Briquet, et M. Tholozan, qui était alors mon collaborateur, a publié divers articles qui prouvaient la fréquence de ces diarrhées. Je pourrais donner des chiffres.

Ainsi, je ne puis pas admettre que M. Fauvel ait le droit de parler comme il le fait d'opinions fondées sur l'observation de nombreux hommes de science. Il tient à faire penser que si le choléra nous arrive cette année, ce sera une complication sans rapport aucun avec la fréquence des diarrhées et des cholérines qui l'auront précédé. J'ai une autre logique. Je réserve mes conclusions. J'ai toujours apporté dans ce débat une modération et une réserve dont je ne veux pas me départir. Mais enfin nous verrons ce qui va arriver, et si le choléra nous vient, je n'admets pas d'avance les interprétations de M. Fauvel.

M. CHAUFFARD. Nous allons glisser sur la pente de ces discussions incidentes qui ont le tort de se succéder sans ordre, sans préparation, sans méthode et par conséquent sans profit pour la science. Je demande l'ordre du jour.

M. GUÉRIN. Et votre fait? monsieur le président.

M. LE PRÉSIDENT. L'Académie va se former en comité secret pour un rapport de candidature.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La société de secours des Amis des sciences, fondée par Thénard en 1857, n'a pas cessé, malgré les difficultés du temps, de payer intégralement à tous ses pensionnaires les secours qu'elle leur avait alloués.

Le chiffre de ces secours se monte à 30,000 francs pour l'année 1871, et trois nouvelles familles réclament son assistance.

La Société pourra-t-elle, en 1872, subvenir à des charges aussi lourdes? Cela dépendra du devancement de ses souscripteurs, de ses donateurs et de ses correspondants; ils comprendront sans doute combien leur persévérante générosité et l'activité de leur propagande lui sont nécessaires.

Deux faits considérables lui donnent lieu d'espérer que les ressources d'une institution aussi utile se maintiendront au niveau de ses besoins.

M. le ministre de l'instruction publique vient d'accorder à la Société une subvention de 1,500 francs pour l'année 1871, et M. Lecoq, professeur à la Faculté des sciences de Clermont-Ferrand, correspondant de l'Institut, décédé le 4 courant, lui a légué, par testament, une somme de 10,000 francs.

— Bonne clientèle à vendre dans les environs de Paris, à 16 lieues de la capitale et dans le département de Seine-et-Marne. — Pour tous renseignements, s'adresser au bureau du journal.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments ou autres objets).

—

Manuel opératoire des résections, par le docteur A. DUBREUIL, chirurgien des hôpitaux, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. Paris, 1871, 1 vol. in-8° de 60 pages avec figures dans le texte. — Prix : 2 fr. 50.

Étude médico-légale sur l'état mental, de M. du P...., par les docteurs ROUSSELIN et LUNIER, inspecteurs généraux du service des aliénés. Paris, 1871, in-8° de 36 pages. — Prix : 1 fr. 25.

De l'isolement des aliénés, considéré comme moyen de traitement et comme mesure d'ordre public, par le docteur L. LUNIER. Paris, 1871, in-8° de 17 pages. — Prix : 75 centimes.

De l'imitation, considérée au point de vue des différents principes qui la déterminent, par le docteur PROSPER DESPINE. Paris, 1871, in-8° de 31 pages. — Prix : 1 fr. 25.

De la contagion morale. Faits démontrant son existence, son explication scientifique. Du danger que présente pour la moralité et la sécurité publiques la relation des crimes donnée par les journaux, par le docteur PROSPER DESPINE. Paris, 1871, in-8° de 24 pages. — Prix : 1 franc.

Le lendemain de la mort, ou la Vie future selon la science, par LOUIS FIGUIER. Ouvrage accompagné de 22 figures d'astronomie. 1 beau volume in-8° de 450 pages. — Prix : 3 fr. 50.

De l'extraction de la cataracte, par le docteur Ch. L. DROGNAT-LANDRÉ. — Prix : 1 franc.

La 25e livraison (Ret-sci) du Dictionnaire de la langue française, par E. LITTRÉ (de l'Institut), vient de paraître à la librairie Hachette.

Traité élémentaire et pratique de chimie médicale appliquée aux recherches cliniques, par le docteur MÉHU, pharmacien de l'hôpital Necker. 1 vol. grand in-18 avec figures, cartonné à l'anglaise. 1870. — Prix : 4 fr. 50.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

Le journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . 16 —
Un an. . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 31 août 1871.

HOTEL-DIEU. — M. NOEL GUÉNEAU DE MUSSY.

Sur quelques formes graves de scarlatine (1).

9 juillet. — J'insistai néanmoins pour que le sulfate de quinine fût continué à la dose d'*un gramme cinquante centigrammes.*

En présence d'accidents aussi opiniâtres, la famille désira avoir l'avis de mon excellent maître et ami le docteur Blache. Nous convînmes qu'on substituerait au gramme et demi de sulfate de quinine des pilules faites avec *un gramme* de sel quinique et *trois grammes* de poudre de quinquina. Ces pilules, argentées et de consistance assez ferme, furent administrées le 10; elles furent bien supportées, mais elles ne déterminèrent ni surdité ni bourdonnements d'oreille. L'absorption du médicament me parut problématique, et la nuit suivante revint un accès intense accompagné de douleurs vives dans la tête, le dos, les bras et les jambes; il se prolongea, atténué, une grande partie de la journée du 11. J'exigeai alors qu'on revînt au sel quinique, à la dose d'*un gramme cinquante centigrammes*, associé au bismuth. J'étais convaincu que la malade puisait dans le milieu ambiant le principe de ces accès fébriles, d'autant plus qu'elle habitait un quartier où s'accomplissaient des travaux de terrassement considérables; elle avait, sans doute, une aptitude spéciale à sentir cette influence, inappréciable pour les personnes qui vivaient avec elle. Le quinquina avait bien évidemment prise sur les accès; il neutralisait les effets du miasme, mais il laissait subsister cette disposition de l'organisme à en recevoir l'impression morbifique. Un seul parti me paraissait rester à prendre : transporter la malade hors de Paris et, jusqu'à ce que les conditions atmosphériques permissent ce transport, continuer l'emploi du fébrifuge.

A partir de ce moment, il n'y eut plus d'accès véritable; mais tous les matins, vers 9 ou 10 heures, la malade est prise de douleurs commençant toujours par la tête et le cou, et se répandant dans tout le corps. Il semble que l'intoxication miasmatique mette en jeu la prédisposition arthritique qui existe chez cette jeune fille, et qui revêt la forme névro-pathique.

Ces douleurs se calment vers le soir, mais ne disparaissent complétement que pendant de courts intervalles.

Le 12, on avait ouvert un abcès de la cuisse gros comme un œuf de pigeon, et au niveau duquel la peau présentait une petite pustule. Ces abcès surviennent quelquefois à la suite de la scarlatine; mais celui-ci s'est développé trop longtemps après la période éruptive, pour qu'il puisse être regardé comme une suite de la fièvre exanthématique. La malade avait déjà eu des furoncles; il y avait chez elle une disposition pyogénique.

L'appétit ne s'était pas relevé; ce n'était qu'avec une extrême difficulté qu'on pouvait faire accepter à la malade une très-petite quantité d'aliments. Elle éprouvait souvent des nausées; elle dormait très-peu.

Le 14, je crus qu'on pouvait tenter de nouveau de suspendre le sulfate de quinine. Pour calmer l'excitation nerveuse et obtenir du sommeil, je lui prescrivis un bain calmant, avec de l'infusion de tilleul (*deux cent cinquante grammes*) des feuilles de laurier amande (*cinquante grammes*), et une décoction de graine de lin et de têtes de pavot (*une livre* de graine de lin et *douze têtes* de pavot pour un chaudron d'eau).

Je conseillai, pour le soir, une potion avec *trois grammes* de bromure de potassium dans *cent cinquante grammes* de véhicule. Le bain produisit une légère sédation; la potion fut commencée le soir. Vers une heure du matin, après la seconde cuillerée de potion, la malade s'est endormie, et ce sommeil très-calme a duré pendant dix heures.

Dans la journée du 15, je fis prendre de nouveau du sulfate de quinine, et la malade se rendormit jusqu'au soir, après avoir pris un second bain calmant. Le soir, on reprit la potion bromurée. La nuit fut calme, et la malade dormit encore pendant six à sept heures.

Le lendemain, 16 juillet, l'appétit s'était un peu réveillé. Dans la journée, on put faire accepter plusieurs potages et quelques aliments solides.

Cependant, il y eut un retour des douleurs de la tête et du cou, beaucoup moins vives, toutefois, qu'elles ne l'étaient quelques jours auparavant.

Je fais donner, toutes les quatre heures, une cuillerée de la potion bromurée.

Le soir, il y eut, pendant deux heures, une crise de douleurs, avec agitation, beaucoup moins intense que les crises précédentes. Ensuite, la malade s'endormit jusqu'à 5 heures du matin, et, depuis ce moment, elle fut calme.

Le 17 matin, je constate un état très-satisfaisant; elle avait déjà pris, avant ma visite, un copieux potage. Elle se trouve bien; la peau est fraîche et la langue est nette.

Dans la nuit, à une heure, les douleurs reviennent plus vives que la veille, sans avoir la violence des anciennes crises.

Le 18 matin, je la trouvai sous l'influence de cette crise douloureuse, qui se prolongea jusqu'à midi; elle avait pris du sulfate de quinine, comme elle en prenait tous les deux jours; mais la première dose avait été vomie, ainsi qu'une cuillerée de bromure.

Elle fut calme dans l'après-midi. A 5 heures, le pouls était encore à 100 et la peau un peu chaude. Je fis remettre au lendemain la prise de sulfate de quinine.

Le 19, il fut pris et toléré. La nuit avait été bonne.

Les jours suivants, une amélioration notable se dessina et se développa progressivement. Les nuits étaient bonnes; la fièvre ne revint pas. La malade jouissait d'un calme complet; mais l'appétit restait médiocre. Le 22, profitant d'un beau jour, on la transporta dans la partie la plus salubre de Bellevue. Là, elle se rétablit complétement. Je lui fis prendre encore quelques doses de sel quinique, à des intervalles de plus en plus éloignés.

Sous l'influence de l'air pur et du soleil, l'appétit se développa, le travail nutritif reprit son essor, et six semaines après elle quittait Bellevue pour entreprendre un voyage de 100 lieues, qui la ramenait bien portante dans son pays natal.

Cette observation est un exemple de scarlatine anomale, accompagnée au début et poursuivie dans tout son cours par les complications les plus graves et les plus imprévues. Plusieurs fois, on put croire à l'imminence d'une terminaison funeste. Mais, heureusement, cet organisme, si sensible aux impressions morbides, ne l'était pas moins aux actions thérapeutiques, et répondait fidèlement aux provocations qu'on lui adressait; presque toujours les modificateurs arrivaient au but que nous voulions atteindre.

Ainsi, au début, éclate un état fébrile dont la soudaineté et l'extrême violence, comme l'a si judicieusement remarqué Trousseau, mettaient déjà sur la voie de la scarlatine. Cette fièvre est compliquée d'une angine pharyngienne et de vomissements qui appuyaient cette présomption.

Le lendemain, nous voyons apparaître une éruption scarlatineuse, limitée à quelques régions, dans une très-petite étendue de la périphérie cutanée, entremêlée de pétéchies d'un noir foncé. En même temps que l'organisme semble impuissant à achever le travail éruptif, que l'altération profonde du sang qu'il a subie s'exprime par ces pétéchies d'un caractère si inquiétant, par ces vomissements si opiniâtres, la dépression des forces est telle, que la malade reste six à huit heures sans pouls, froide, inconsciente, comme sidérée par l'action morbide et semblant prête à expirer.

Les toniques et les stimulants relèvent l'action du cœur, la glace fait taire les vomissements. Mais alors survient une diarrhée qui fait rétrograder le mouvement réactionnel, et pouvait faire craindre un nouveau collapsus plus dangereux que le premier.

La diarrhée, on le sait, constitue quelquefois une complication grave dans la scarlatine; elle exprime un état congestionnel de l'intestin. Après la mort, on trouve la membrane muqueuse injectée, les plaques de Payer saillantes, quelquefois même ulcérées. Il était important d'arrêter cette diarrhée dans l'état de faiblesse où se trouvait la malade. Les opiacés étaient contre-indiqués. Quelques lavements amylacés et le bismuth en firent prompte justice.

Mais, en même temps que la réaction s'opérait, avec le retour des manifestations intellectuelles, survint un délire, qui persista trois jours sans interruption et qui se montra, pendant un temps plus long encore, avec des intervalles de lucidité. Une complication rare, une congestion de l'œil droit, paraissant envahir tous les tissus de cet organe, arriva le troisième jour de la maladie, le deuxième de l'éruption.

La gravité des troubles encéphaliques, dans la scarlatine, justifiait de légitimes inquiétudes. Cependant deux circonstances atténuaient, pour moi, la gravité de ces manifestations : d'une part, l'excitabilité nerveuse de cette jeune fille et les habitudes délirantes de la famille sous l'influence de la fièvre, et, d'une autre part, l'absence d'albumine dans les urines. J'ai vu, il y a quelque temps, délirer pendant vingt-quatre heures, sous l'influence de la scarlatine, un jeune homme extrêmement nerveux, et cependant, à part ce symptôme, la maladie a été très-bénigne.

Quant à l'affection oculaire, j'ai dit comment, dans cette première phase, elle céda à la médication employée, et comment je dus renoncer à cette médication, que je soupçonnai de contribuer à entretenir l'excitation cérébrale.

Le septième jour, l'éruption avait disparu, mais la fièvre persistait, avec des paroxysmes le soir et la nuit; des arthrites multiples apparaissaient, localisées d'abord dans le membre qui avait subi l'impression de l'air extérieur; trois jours après, une péricardite accentue davantage le caractère rhumatique de cette complication.

Je ne nie pas d'une manière absolue qu'il ne puisse y avoir des arthrites scarlatineuses et des arthrites blennorrhagiques. Je suis convaincu que la scarlatine, comme la blennorrhagie, favorise l'évolution de l'arthrite et en même temps la modifie, lui imprime son cachet comme le fait d'ailleurs tout état morbide constitutionnel sur une maladie intercurrente, mais je suis porté à croire que ces deux affections jouent le rôle de causes occasionnelles et modificatrices de l'arthrite plutôt qu'elles n'en sont la cause déterminante, la racine pathogénique.

Depuis 34 ans, mon attention est fixée sur ce point, qui m'offrait un intérêt tout particulier parce qu'il touchait à l'histoire des diathèses; eh bien, dans l'un comme dans l'autre cas, derrière ces arthrites blennorrhagiques ou scarlatineuses, j'ai presque toujours trouvé des antécédents d'arthritisme ou de rhumatisme, soit chez le malade lui-même, soit dans sa race, et nous savons que la mère de notre jeune malade était très-sujette aux rhumatismes.

J'ajouterai que chez les scarlatineux, l'impression du froid, qui a si souvent une part importante dans le développement de l'anasarque, intervient d'une manière non moins incontestable dans la production de l'arthrite.

Je ferai remarquer, en passant, la coïncidence, chez cette malade, de l'affection oculaire et de l'arthrite. Sans établir un lien pathologique entre ces deux faits morbides; je rappellerai qu'ils se groupent quelquefois ensemble dans l'arthrite blennorrhagique. Graves en a cité plusieurs exemples; et chez un jeune homme né de parents arthitiques qui a eu lui-même, en dehors de l'excitation blennorrhagique, des manifestations arthriques, j'ai vu cette complication se répéter trois fois.

Chez notre jeune malade, la fluxion rhumatismale ou *rhumathoïde*, si on n'accepte pas l'opinion que je soutiens, resta limitée au membre supérieur droit et au péricarde. Elle fut modérée dans ces diverses localisations, mais la fièvre ne semblait pas en rapport avec les lésions locales. Sa forme rémittente, presque intermittente, son type double tierce m'engagèrent à donner le sulfate de quinine.

La fièvre parut céder graduellement, mais elle revenait dès que la médication quinique était abandonnée. La fluxion cardiaque n'ayant pas disparu avec l'arthrite, je me demandai s'il ne fallait pas lui imputer cette fièvre; mais la persistance de celle-ci, après que le cœur et son enveloppe étaient revenus à leur état normal, fit bientôt repousser cette supposition. Des douleurs névralgiques qui avaient commencé pendant les manifestations articulaires devinrent plus intenses, et, avec la fièvre dont elles suivaient les phases, dominèrent la scène morbide.

On pouvait se demander si on n'avait pas affaire à un de ces états fébriles auxquels l'absence de localisation bien déterminée et les troubles névropathiques concomitants méritent le nom de fièvre nerveuse. J'ai vu des femmes qui, à la suite de grandes secousses morales, avaient, pendant des années, des accès de fièvre quotidienne, quelquefois très-violents, résistant à tous les fébrifuges, souvent accompagnés de phénomènes névralgiques, disparaissant par intervalles quand les malades changeaient de pays, puis revenant quand elles étaient restées quelque temps dans ce nouveau séjour. Quelquefois des localisations venait se greffer sur cet état fébrile pouvaient l'augmenter, mais il leur survivait. Lorry, dans son traité des maladies hypochondriaques, a cité des faits de ce genre; mais, chez notre malade, la maladie était toute récente, elle l'avait saisie au milieu de la santé. Aucune émotion n'était intervenue; les névralgies qui s'y ajoutaient étaient probablement une complication accidentelle de même racine diathésique que les arthrites, à moins qu'elles ne fussent une manifestation congénère de la fièvre, effet de la même cause.

D'ailleurs, s'il y avait eu matière à doutes, les accès perni-

(1) Fin. — Voir le numéro du 29 juin et 1er mai 1871.

cieux qui se montrèrent à deux reprises différentes les auraient dissipés.

J'ai dit comment je comprenais l'étiologie et l'opiniâtreté de cette fièvre ; l'efficacité du traitement suivi me paraît confirmer l'opinion que j'avais adoptée.

La desquamation fut insignifiante chez cette malade. Habituellement elle est en rapport avec l'étendue de l'éruption, mais ce rapport n'est pas constant. J'ai donné des soins à un jeune malade âgé de 10 ans, atteint d'une éruption scarlatiniforme qui occupa pendant quelques heures seulement la partie moyenne des deux cuisses à la suite d'un accès de fièvre violent, accompagné d'une légère angine. Ses parents ne voulaient pas admettre qu'il eût la scarlatine et trouvaient exagérées les précautions que je lui prescrivais, quand 8 ou 10 jours après, ses deux frères aînés furent affectés de scarlatines complètes. On apprit que l'enfant du concierge, avec lequel ces jeunes gens n'avaient eu aucun rapport direct, avait eu la scarlatine quelque temps auparavant, et quinze jours après cette éruption si limitée, qui n'avait duré que quelques heures, le jeune garçon eut une desquamation complète, générale, comme à la suite de la scarlatine la plus intense.

Ces scarlatines anomales, incomplètes, si bien décrites par MM. Rilliet et Barthès, sont quelquefois une cause d'hésitation pour le médecin et de dangers pour les malades.

J'ai soigné l'hiver dernier une jeune dame qui, pendant les deux premiers jours de sa maladie, avait été visitée par un médecin de son voisinage, bien que je fusse son médecin habituel. Elle ne me fit appeler que le 3e jour ; elle avait eu, me disait-elle, une fièvre violente et du mal de gorge. Je lui trouvai de la fièvre, un aspect vergeté de la face, et sur le haut des bras et la région présternale des rougeurs granitées qui me parurent suspectes. Elles avaient disparu le 5e jour ; mais la langue s'était dépouillée entièrement de son épithélium, et présentait l'apparence scarlatineuse très-accentuée. Je prescrivis une réclusion d'autant plus sévère que la saison était rigoureuse. Je ne fus point écouté, et après s'être exposée à l'air pendant un temps très-court, la malade fut reprise de fièvre avec un gonflement considérable des ganglions cervicaux et sous-maxillaires qui persista pendant 12 à 15 jours, et dont la résolution parut favorisée par des onctions avec une pommade au chlorhydrate d'ammoniaque.

Comme je le disais en commençant, aucune fièvre éruptive n'est plus variable que la scarlatine dans sa marche et dans les complications auxquelles elle peut donner lieu. On ne saurait trop insister sur ce caractère de la maladie, sur sa tendance à revêtir des formes anomales, pour prémunir les médecins et les malades contre des erreurs qu'on ne peut éviter parfois qu'avec une extrême attention et qui peuvent avoir les conséquences les plus funestes.

NOTE

SUR L'AUTOPLASTIE DU MOIGNON DANS LA SAILLIE DE L'OS APRÈS LES AMPUTATIONS.

Par M. PHILIPPE, médecin militaire principal en retraite.

J'ai lu avec beaucoup d'intérêt le travail éminemment pratique de M. le docteur Tachard, répétiteur de chirurgie à l'ancienne école de médecine militaire de Strasbourg.

Ce travail a pour titre : *Réflexions pour servir à l'histoire de la chirurgie en campagne.* (*Gazette des Hôpitaux*, 16 et 20 mai 1871, 6 juin, même année.)

L'auteur résume sa clinique chirurgicale pendant le siége de la malheureuse cité.

Ses réflexions sur les suites des amputations qu'il a eu à pratiquer ont fixé particulièrement mon attention et m'ont suggéré quelques observations pratiques que j'espère devoir être utiles à la science.

Voici le texte que je crois indispensable de citer pour préciser le point que j'ai l'intention de discuter :

« Au début, toute opération était suivie de guérison ; mais bientôt les conditions changèrent, et, au moment de la capitulation de la ville, ceux de nos blessés qui avaient résisté avaient presque tous des moignons coniques, sans manchettes, et dont l'os nécrosé, recouvert d'un champignon central exubérant, empêchait la cicatrisation. La perte si rapide de nos amputés nous engagea, vers la fin, à modifier notre mode opératoire. » (*Gazette des Hôpitaux*, 20 mai 1871, p. 338.)

M. Tachard dit ensuite qu'il n'avait plus recours qu'à l'amputation circulaire ; qu'il touchait la surface saignante avec le persulfate de fer, pour fermer autant que possible cette voie d'absorption, et surtout pour s'opposer à la cicatrisation brusque d'une portion de la plaie.

M. Tachard me paraît attribuer la saillie de l'os, chez ses amputés, au mode opératoire, la méthode à lambeaux, qu'il avait d'abord mis en usage : aussi adopte-t-il plus tard exclusivement la méthode circulaire.

Je ne crois pas que ce mode opératoire soit la véritable cause de l'accident fâcheux qu'il signale : il dit lui-même qu'il ne l'a observé que lorsque les approches de la capitulation ont donné lieu à de mauvaises conditions hygiéniques ; et en effet, il est naturel de penser que les moignons soient devenus, par ces influences, le siége d'inflammations septiques, de suppurations, de gangrènes, de pourritures d'hôpital ; accidents qui ont détruit les parties molles dont les os étaient recouverts.

En se plaçant à ce point de vue, l'amputation à lambeaux, donnant lieu à des moignons plus riches, serait plus apte à résister aux agents de destruction. Toutefois, elle offre un inconvénient capital ; elle expose de plus larges surfaces au travail de suppuration et surtout de résorption purulente. Sous ce rapport, l'amputation circulaire doit être préférée.

Il n'en est pas moins vrai que la question est encore en litige et qu'il me paraît de la plus grande importance, dans l'intérêt de l'art, que chacun apporte, pour la solution du problème, le fruit de son expérience et de ses recherches.

Or, en employant un procédé que j'ai déjà publié, je crois avoir trouvé les éléments de cette solution : je veux parler de l'anaplastie par glissement, que j'ai pratiquée sur un chasseur à pied du 20e bataillon, le nommé V..., à l'hôpital militaire de Vincennes, pour remédier à la saillie du fémur après une amputation de cuisse.

Chez cet homme, l'accident se manifesta le septième jour de l'opération, qui fut faite par la méthode circulaire, le 4 juin 1866.

La saillie de l'os était de 3 centimètres environ, limitée aux régions supérieure-antérieure et aux deux tiers externes du moignon.

Le lendemain de l'apparition de cette complication, j'opère de la manière suivante :

Saisissant de la main gauche la portion de moignon qui correspond à l'os saillant, de la main droite, armée d'un bistouri, je dissèque les parties molles rétractées, en ayant soin de raser l'os, duquel je détache les chairs qui lui sont adhérentes.

M'assurant ensuite du degré de laxité et de mobilisation des parties molles rendues libres, j'attire à moi la peau garnie de ses masses musculaires, et je recouvre l'os complétement, sans exercer aucun effort.

Je termine par l'application de bandelettes agglutinatives autour du moignon.

Le 29e jour de l'autoplastie, 36e de l'amputation, la plaie est complétement cicatrisée, la santé générale parfaite.

Le moignon présente la forme classique et se trouve constitué par deux coussins de chairs bien garnies, occupant les régions supérieure et inférieure du tronçon de membre.

Au milieu se rencontre une cicatrice profonde et très-limitée, formant avec les chairs le cône classique à base antérieure, de la manière la plus symétrique.

Ce fait a été pour moi l'occasion d'un travail étendu que j'ai lu à la Société de chirurgie dans sa séance du 7 novembre 1866, et qui fut plus tard l'objet d'un rapport verbal de la part de M. le docteur Lefort.

La *Gazette des Hôpitaux* publia un extrait de ce mémoire dans son numéro du 9 octobre 1869.

L'anaplastie par glissement, appliquée à la guérison de l'os, et pour laquelle j'ai proposé le nom de péromoplastie, a surtout l'avantage de conjurer immédiatement ce redoutable accident des amputations, à condition, toutefois, qu'elle soit pratiquée pendant que l'extrémité osseuse jouit encore des propriétés de la vie ; elle a en effet pour résultat de la mettre incontinent à l'abri de l'action pernicieuse du contact de l'air et de prévenir ainsi le développement de la nécrose.

Dans l'état actuel de la science, deux moyens restent au chirurgien pour combattre cette complication des amputations : faire la résection, ce qui renouvelle tous les périls de la première opération, mais dans de plus mauvaises conditions ; ou bien se résigner à attendre l'élimination osseuse, conduite qui laisse le malade en proie à toutes les influences nosocomiales, dernière circonstance dont M. Tachard a eu à déplorer les malheureuses conséquences sur ses opérés à l'hôpital de Strasbourg.

Le précepte fondamental, dans mon procédé, est donc d'agir aussitôt qu'on s'aperçoit de la saillie de l'os, sans aucun retard.

Il est tout à fait inoffensif. Il n'y a aucune hémorrhagie à craindre, aucun accident à redouter, la dissection s'opérant sur des tissus aponévrotiques ou cellulo-fibreux unissant les parties molles aux extrémités osseuses.

M. Tachard se plaint, dans le passage cité, que « l'os nécrosé, recouvert d'un champignon central exubérant, empêchait la cicatrisation. » Il est évident qu'en faisant l'autoplastie, on eût évité cet accident et par conséquent les funestes conséquences qui en ont résulté.

Quant à la question du choix du mode d'amputation, par la méthode circulaire ou par la méthode à lambeaux, il n'y a plus d'hésitation dans l'esprit du chirurgien, si les pertes de substance des parties molles consécutives à ces opérations peuvent être immédiatement comblées en empruntant aux régions voisines. Il est évident que l'amputation circulaire sera la règle, puisque le désavantage qu'elle présente, en laissant après elle des masses de chairs moins sèches, est largement compensé par la facilité avec laquelle on peut y suppléer au moyen d'une réparation immédiate.

Je finirai ce travail en citant les conclusions de mon premier mémoire ; en voici le texte exact :

« En observant scrupuleusement, après une amputation, la marche de la plaie ; en étudiant avec soin toutes les phases de la rétraction, il sera facile de remédier aux écarts de cette force organique en disséquant *partiellement* les parties molles dans toutes les régions du moignon où elles tendent à abandonner les extrémités osseuses.

« En agissant ainsi, on mobilise les chairs de manière à les attirer vers les os et couvrir ceux-ci.

« En un mot, l'anaplastie judicieusement appliquée aurait pour but de régulariser le travail de cicatrisation des plaies d'amputation et deviendrait ainsi le complément de l'application des grandes lois de J.-C. Petit et Louis, qui jusqu'à présent n'ont pas réalisé tout ce qu'elles avaient promis.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 26 avril 1871 (1). — Présidence de M. DOLBEAU, vice-président.

REMARQUES. — Cette observation me paraît offrir quelques particularités intéressantes qui méritent de fixer l'attention.

En premier lieu, on peut y voir un exemple d'insuccès des méthodes de la flexion forcée et de la compression digitale.

Ce fait prouve en outre que la ligature de la fémorale au sommet du triangle de Scarpa est une mauvaise opération. Si j'ai cru devoir y recourir dans le cas précédent, c'est dans la crainte de trouver une altération des parois artérielles au voisinage de la tumeur anévrysmale qui se prolongeait sur le côté interne de la cuisse, et de m'exposer à une hémorrhagie consécutive.

Relativement à la conduite que j'ai adoptée lors de l'hémorrhagie qui s'est produite au moment de la chute du fil, je me suis demandé d'abord si je n'avais pas eu tort de ne pas procéder immédiatement à la ligature de l'iliaque externe. J'ai dit que j'avais été détourné de ce dessein par l'hémorrhagie qui se produisit en même temps par le bout inférieur, et que la ligature de l'iliaque externe ne me paraissait pas de nature à arrêter l'hémorrhagie, dont je ne m'explique pas encore bien la cessation après la ligature du bout supérieur.

Mais en réfléchissant aux circonstances qui ont suivi la ligature de l'iliaque externe, il est permis d'admettre que la ligature du bout supérieur de la fémorale a été loin d'être inutile, et que même à supposer que l'on ait fait immédiatement la ligature de l'iliaque externe, elle serait devenue nécessaire. En effet, si l'on se rappelle que quelques heures après la ligature de l'iliaque, pratiquée peu de jours après l'hémorrhagie, le cours du sang s'est rétabli dans le bout supérieur de la fémorale, on est en droit de supposer que si l'on avait lié l'iliaque au moment même où l'hémorrhagie s'est produite, le sang, trouvant pour tout obstacle un caillot sans consistance et sans soutien, se serait écoulé par l'ouverture béante de la fémorale. Une hémorrhagie se serait produite, et il aurait été indispensable d'apposer une ligature sur le bout supérieur de la fémorale, en sorte que cette opération n'aurait pas été évitée.

Enfin, je ferai remarquer que le rétablissement rapide de la circulation dans le tronçon supérieur de la fémorale qui a suivi la ligature de l'iliaque, et qui a été certainement favorisé par les tentatives répétées de compression digitale, ayant amené une dilatation des voies anastomotiques, loin de constituer dans le cas présent une circonstance fâcheuse, doit être considéré comme très-heureux et a sans doute prévenu le sphacèle du membre.

M. VERNEUIL. L'observation qui nous est communiquée par M. Duplay est très-intéressante à tous égards. On est tenté d'expliquer la récidive des hémorrhagies par une fluidité particulière du sang ; mais il n'en est que plus remarquable de voir cette hémorrhagie, qui s'était reproduite après les deux ligatures de l'artère fémorale, s'arrêter après la ligature de l'iliaque externe ; le caillot oblitérateur ne s'étant formé qu'après cette troisième ligature.

Quoiqu'il en soit, je pense que dans ces hémorrhagies secondaires il sera toujours prudent de lier les deux bouts de l'artère. Ne pas prendre cette précaution, indispensable à mon avis, ce serait s'exposer à être moins heureux que ne l'a été M. Duplay.

Je prendrai, d'autre part, la défense de la ligature de l'artère fémorale au sommet du triangle de Scarpa, à laquelle M. Duplay, avec beaucoup d'autres chirurgiens, reproche d'interrompre le cours du sang dans un point trop rapproché de la naissance de la fémorale profonde, dont le voisinage empêcherait la formation du caillot obturateur. Or, l'observation de M. Duplay donne précisément un démenti à sa critique, puisque, après avoir lié la fémorale au sommet du triangle de Scarpa, il la lia une seconde fois 2 centimètres plus haut, plus près par conséquent de la fémorale profonde, et néanmoins le caillot se forma au-dessus de cette deuxième ligature. Il est vrai d'ajouter que la formation de ce caillot ne commence qu'après une troisième ligature faite sur l'iliaque externe.

J'ai autrefois discuté avec notre collègue M. Richet cette question des ligatures de la fémorale en différents points ; j'étais à cette époque partisan de la ligature au niveau de l'anneau du troisième adducteur, mais M. Richet combattait, non sans raison, cette manière de voir, en disant qu'au triangle de Scarpa la plaie a l'avantage d'être plus superficielle, plus directe, et de donner plus facilement issue au pus.

On a exagéré l'importance du voisinage des collatérales : une distance de 1 centimètre seulement entre la ligature et la collatérale la plus proche, suffit pour que l'opération réussisse si le sujet est dans de bonnes conditions de santé. On a la preuve de ce que j'avance quand on pratique la ligature de la carotide externe.

Pour toutes ces raisons, je me crois en droit d'engager M. Duplay à ne pas abandonner définitivement la ligature de l'artère fémorale au sommet du triangle de Scarpa.

J'ajouterai que, dans un cas analogue à celui décrit par M. Duplay, il serait peut-être possible de favoriser la formation du caillot en injectant dans l'artère quelques gouttes de perchlorure de fer. Je crois même, si la mémoire me sert bien, que le procédé a été essayé au moins une fois.

M. DOLBEAU. L'essai dont parle M. Verneuil a été tenté par notre collègue M. Broca.

M. HOUEL. Dans la tentative dont il est question, l'injection a été faite dans une artère brachiale dilatée au-dessus d'un anévrysme du coude, mais sans qu'il y ait eu ligature préalable. La pièce analogue est déposée au musée Dupuytren.

M. GIRALDÈS. On a certainement exagéré l'importance du voisinage des artères collatérales quand on a établi les règles qui doivent présider aux ligatures artérielles. Ce n'est pas la première fois que je m'élèverai contre ce précepte auquel la pratique donne chaque jour des démentis et contre lequel on peut invoquer non-seulement les ligatures faites sur la carotide externe, comme l'a dit M. Verneuil, mais encore les ligatures de l'iliaque interne, de l'iliaque primitive et de l'aorte, dans lesquelles le caillot obturateur se forme parfaitement.

Il est probable que dans le fait de M. Duplay il existait une anomalie artérielle, car ces anomalies ont été constatées plusieurs fois dans des cas analogues d'hémorrhagie. Je me rappelle, entre autres, un fait dans lequel la ligature de l'artère fémorale, pratiquée au-dessus d'un anévrysme, n'empêcha pas le sang de circuler dans la poche anévrysmale comme avant l'opération ; l'artère fémorale était double, et malheureusement le chirurgien avait placé la ligature sur l'artère saine.

Malgré toutes ces explications, il faut néanmoins avouer qu'il reste une certaine obscurité sur la cause de ces hémorrhagies secondaires et de la persistance de la circulation dans une artère

(1) Fin. — Voir l'avant-dernier numéro.

qu'on vient de lier. Cette incertitude se trouve, par exemple dans les faits de Brodie et de Lenoir, dont personne ne peut mettre en doute l'habileté opératoire.

Il est donc regrettable que M. Duplay n'ait pas pu faire l'autopsie de son malade, parce que nous saurions si, oui ou non, il s'agissait là d'une anomalie artérielle.

M. LEFORT. Je suis du même avis que MM. Verneuil et Giraldès, et je reconnais que l'importance des artères collatérales a été exagérée; mais il ne faudrait cependant pas méconnaître leur influence réelle.

Leur rôle est par exemple évident pour la ligature de l'artère sous-clavière en dehors des scalènes, car cette opération est si souvent suivie d'hémorrhagie secondaire par le bout inférieur, que je ne connais qu'un seul cas de guérison observé par Smith, de New-York.

Dans le cas de M. Duplay il faut, pour expliquer la récidive de l'hémorrhagie, tenir compte de ce que la ligature avait été précédée par des tentatives de compression plusieurs fois renouvelées. La ligature employée d'emblée n'aurait peut-être pas été suivie d'hémorrhagie.

M. TRÉLAT. Je suis d'accord avec tous mes collègues sur le rôle exagéré qu'on a indûment attribué aux collatérales; j'ajouterai que dans toute ligature il faut tenir un grand compte de la coagulabilité du sang d'une part, et d'autre part de la plasticité cicatricielle qui jouent toutes deux un rôle important dans l'hémostose. La coagulabilité est une qualité de premier ordre; son effet est immédiat; elle assure la formation du caillot obturateur. La plasticité n'est guère moins importante, quoiqu'elle n'agisse que consécutivement; c'est elle, en effet, qui préside à la réparation des tissus, et sans elle les malades sont menacés d'hémorrhagie secondaire.

Il faut toujours, dans une opération de ligature, se préoccuper des qualités hémostatiques du sang et de ses qualités plastiques. Chaque fois qu'un anévrysme n'obéit pas aux grandes méthodes opératoires, on doit songer à l'altération possible des qualités du sang.

Dans le cas observé par M. Duplay, tout avait échoué, puis la ligature de l'iliaque externe réussit. Enfin, peut-être faut-il tenir compte ici des qualités anatomiques des parois artérielles. Ce n'est d'ailleurs pas un fait rare que de voir une ligature plus rapprochée du cœur réussir là où on avait échoué avec une ligature plus éloignée.

M. DUPLAY. Après la première hémorrhagie j'avais l'intention de lier les deux bouts de l'artère. Je commençai par le supérieur, et l'hémorrhagie s'arrêta si bien, que je crus pouvoir me dispenser de lier le bout inférieur, à la condition d'entourer le malade d'une surveillance de tous les instants; mais je crois avec M. Verneuil qu'en règle générale on doit lier les deux bouts.

Je n'ai pas davantage voulu condamner d'une manière absolue la ligature de l'artère fémorale au triangle de Scarpa, mais mon observation est un fait de plus à enregistrer contre elle. En disant que dans cette opération le voisinage de l'artère fémorale profonde est une cause d'hémorrhagie, je n'ai fait qu'exprimer une opinion classique.

Je suis tout disposé à accorder à M. Trélat que les qualités du sang sont très-importantes pour le succès d'une ligature; mais il ne faut pas nier trop vite l'influence des artères collatérales, surtout quand il s'agit d'une artère aussi importante que la fémorale profonde. L'observation de mon malade met, selon moi, cette influence hors de toute contestation, puisque les deux ligatures faites au triangle de Scarpa avaient été insuffisantes, tandis que j'ai réussi par la ligature de l'iliaque externe.

Si l'autopsie de ce malade avait été possible, j'aurais peut-être trouvé quelque anomalie artérielle; je suis en cela de l'avis de M. Giraldès, mais je puis assurer qu'il n'existait pas une double artère fémorale, puisque immédiatement après la ligature on pouvait constater que tout battement avait disparu dans l'anévrysme.

L'absence de l'autopsie est d'autant plus regrettable que je ne sais pas encore comment m'expliquer que la ligature du bout supérieur ait arrêté l'hémorrhagie qui s'était produite par le bout inférieur.

La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire annuel: TARNIER.

DOCUMENTS

POUR SERVIR A L'HISTOIRE DU MOUVEMENT SCIENTIFIQUE PENDANT LE SIÉGE DE PARIS (1).

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 16 janvier 1870. — Présidence de M. FAYE.

(Suite)

NOMINATIONS

L'Académie procède, par la voie du scrutin, à la nomination d'une commission qui sera chargée de juger le concours pour les prix des arts insalubres.

MM. Chevreul, Payen, Combes, Dumas, Bussy réunissent la majorité des suffrages. Les membres qui, après eux, ont obtenu le plus de voix sont MM. Morin, Boussingault, S. Laugier.

MÉMOIRES PRÉSENTÉS

Sur la composition du lait et sur la préparation d'un lait obsidional. — M. DUBRUNFAUT. Depuis l'investissement de Paris, j'ai fait beaucoup d'expériences sur la préparation et la conservation des matières alimentaires, et, quoique ces expériences soient incomplètes, je crois devoir en publier les résultats sans retard, à cause de l'intérêt qu'elles peuvent offrir dans les circonstances actuelles. Je commencerai par le lait.

(1) Suite. — Voir l'avant-dernier numéro.

Le lait de vache, qui offre le plus grand intérêt pour l'alimentation de l'homme, contient en moyenne, suivant les expériences si précises de M. Boussingault :

Matière azotée (caséine et albumine)....	0,0337
Matière grasse (beurre)..................	0,0376
Sucre (lactine)..........................	0,0567
Sels.....................................	0,0020
Eau......................................	0,8700

D'après une précieuse observation faite par M. Payen sur le lait de femme, justifiée par des observations faites par plusieurs savants sur des laits de diverses sources, le lait frais est sensiblement alcalin, et il doit son alcalinité à la soude, ce qui est conforme à l'opinion généralement reçue sur la constitution alcaline des liquides qui concourent à la nutrition de l'organisme animal.

Plusieurs physiologistes, s'appuyant des simples observations microscopiques, admettent, pour expliquer la séparation du beurre par le barattage, que les globules butireux sont enveloppés de membranes, et que ces membranes sont déchirées par le travail mécanique du barattage, de manière à mettre le corps gras en liberté. Cette théorie, qui aurait besoin d'être justifiée par l'isolement et l'examen des membranes hypothétiques, me paraît tout à fait gratuite et n'est nullement nécessaire à l'explication des faits, ainsi que je vais le démontrer.

En effet, si l'on émulsionne un corps gras neutre quelconque pris à l'état de fluidité, dans une eau légèrement alcaline analogue au sérum du lait frais, on obtient des globules qui offrent au microscope l'aspect et les dimensions variées des globules butireux. Ce phénomène est beaucoup plus prononcé quand on exagère l'alcalinité du sérum, c'est-à-dire quand on émulsionne le corps gras dans une eau alcaline qui contient, en cristaux de soude, 5 à 6 degrés alcalimétriques par litre.

Dans cet état, le corps gras émulsionné se comporte comme le lait, c'est-à-dire que la séparation s'effectue par le repos, sous forme opaline ou crémeuse.

La saturation de l'alcali restitue au corps gras émulsionné la propriété de s'élever et de se réunir au-dessus du sérum, sous forme de liquide huileux diaphane.

Si l'on considère que, dans l'opération du barattage, le sérum contracte toujours une acidité fort sensible, qui est due incontestablement à un commencement de fermentation lactique, c'est-à-dire à la fermentation qui se développe si rapidement dans le lait de beurre, on reconnaîtra l'inanité et l'inutilité de la théorie des membranes dont nous venons de parler. Ajoutons encore, pour compléter cette démonstration, que si les globules butireux étaient enveloppés d'une membrane, ils devraient offrir, comme les cellules et comme tous les tissus organisés, le phénomène de la double réfraction, tandis qu'ils n'en présentent pas de trace sensible. Nous aurons à vérifier ultérieurement le fait peu probable signalé par Hopp et Muller, de la production du beurre dans le lait en dehors de l'organisme vivant, c'est-à-dire postérieurement à la traite.

Ces études m'ont conduit à admettre la possibilité de préparer un lait artificiel, et c'est un problème que je crois avoir résolu d'une manière utile avec des éléments qui existent en masses considérables dans Paris investi (1). Il suffit, en effet, d'émulsionner sans difficulté et d'une manière suffisamment stable un corps gras comestible dans un sérum alcalin qui offre une constitution analogue, sinon identique, au sérum du lait.

On satisfait à ces conditions avec une perfection satisfaisante de la manière suivante :

On dissout dans un demi-litre d'eau :

40 à 50 grammes de matière sucrée (lactine, sucre de canne ou glucose); 20 à 30 grammes d'albumine sèche (empruntée au blanc d'œuf sec, qui existe à Paris); 1 à 2 grammes cristaux de soude; et l'on y émulsionne, par les moyens connus, 50 à 60 grammes d'huile d'olive ou autre corps gras comestible.

L'émulsion s'effectue mieux à chaud qu'à froid, et il suffit d'une température de 50 à 60 degrés. Le liquide laiteux ainsi préparé a la consistance d'une crème, qui prend l'aspect et la consistance du lait en doublant le volume avec de l'eau.

La préparation d'un lait artificiel est l'une des formes multiples que peuvent prendre, dans l'alimentation, les masses considérables de matières grasses industrielles que nous avons signalées; mais, pour atteindre utilement ce but, il faudrait pouvoir accroître la consommation du corps gras, de manière à l'assimiler à la constitution de la crème la plus riche en matière grasse, et par là même la plus pauvre en matière azotée.

On pourra satisfaire à cette condition en substituant la gélatine à l'albumine. On peut ainsi introduire facilement 100 grammes de matière grasse émulsionnée dans 1 litre de sérum, qui peut ne contenir que 2 à 3 grammes de gélatine. Ce qui est remarquable dans cette préparation, c'est que la matière grasse est enchaînée dans le liquide lactiforme par la viscosité que lui donne la gélatine (2), de sorte qu'elle ne se sépare plus par le repos. La substitution de la gélatine à la caséine dans la préparation d'un lait obsidional ne peut pas subir d'objection sérieuse, dans un moment où les travaux de MM. Dumas et Fremy ont réhabilité la gélatine comme matière alibile. Le récent et important travail historique de M. Chevreul sur la gélatine lui reconnaît, à juste titre, cette qualité (1). (Renvoi à la commission nommée pour les questions relatives à l'alimentation.)

(1) Notre confiance dans ce procédé est telle, que nous croyons fermement, ainsi que nous l'avons déclaré à M. le ministre de l'agriculture, que le lait artificiel survivra aux circonstances fatales qui l'ont fait naître. En effet, nous ne doutons pas que l'agriculture arrive à tirer un grand parti de ce produit artificiel pour l'éducation des veaux, qui, en absorbant des quantités considérables de lait, enlève à la consommation alimentaire de l'homme plusieurs produits importants qui sont ordinairement empruntés à l'agriculture pastorale, comme le beurre, les fromages, etc. Le lait de beurre forme dans le nord de la France la base de l'aliment plastique des ouvriers des campagnes, et cette ressource précieuse ne permet pas de faire du veau de bonne qualité. Cette difficulté disparaîtrait avec un lait artificiel préparé avec des huiles végétales, de la mélasse et autres produits industriels.

(2) Toutes les gélatines du commerce, comme les colles de Flandre, etc., pourraient, au besoin, recevoir cette destination et concourir à la préparation de masses de lait artificiel considérables. Il résulte de mes observations que les quantités de matières grasses comestibles qui existent en ce moment à Paris s'élèvent au moins à 20 millions de kilogrammes, ce qui représenterait une masse de lait énorme.

M. BACHY adresse à l'Académie une réclamation de priorité, au sujet de la communication récente de M. Flament, sur l'utilisation des fumiers comme combustible. L'auteur s'appuie sur ce fait que, dès le 18 novembre dernier, il avait adressé à M. le maire de Paris une proposition relative à la transformation des fumiers en une matière agglomérée ayant un pouvoir calorifique égal aux trois centièmes d'une bonne houille. (Renvoi à la commission précédemment nommée.)

M. TELLIER adresse une note destinée à faire valoir les raisons qui lui paraissent devoir rendre efficace le procédé proposé par M. Flament, pour l'utilisation des fumiers comme combustible. (Renvoi à la même commission.)

M. LE GÉNÉRAL MORIN fait connaître, à ce sujet, un procédé tout récemment proposé par MM. Corbin et Marindaz, ingénieurs civils, pour la fabrication d'un combustible de ce genre :

« Le fumier est étendu en couches de 15 à 20 centimètres d'épaisseur, et l'on verse dessus du brai fondu, qui dessèche suffisamment et solidifie le fumier; on brise facilement ensuite le mélange ainsi formé, quand il est refroidi.

« Des essais, faits au Conservatoire des Arts et Métiers, ont donné des résultats très-satisfaisants. »

CORRESPONDANCE

Hygiène publique. — *Sur un projet d'utilisation des eaux d'égout de la ville de Paris.* Note de M. DURAND-CLAYE, ingénieur des ponts et chaussées, présentée et analysée par M. DUMAS.

A Paris, le réseau des égouts, qui, en vingt ans, est passé d'une longueur de 130 kilomètres à une longueur de 600 kilomètres, se résume aujourd'hui en trois collecteurs :

Le collecteur de la rive droite, réunissant les eaux sales des quartiers compris entre les hauteurs de Charonne, Montmartre, etc., et la Seine.

Le collecteur de la rive gauche, réunissant les eaux sales des quartiers de la rive gauche, traversant la Seine au pont de l'Alma, et venant se réunir au précédent à 500 mètres du débouché.

Le collecteur départemental de Saint-Denis, réunissant les eaux sales du versant nord de la butte Montmartre, de la Villette, de Belleville, Charonne, etc., du marché aux bestiaux, des abattoirs. Les eaux-vannes de vidange sorties de Bondy viennent tomber dans cet égout.

Ces trois collecteurs débouchent en Seine par deux ouvertures, l'une située à Clichy, l'autre à Saint-Denis.

Ils versent chaque jour au fleuve 260,000 mètres cubes d'eau impure, soit environ le vingtième du débit total de la Seine en temps d'étiage.

Les impuretés contenues dans les eaux d'égout sont : tous les détritus ramassés par la pluie ou les lavages sur la voie publique, les eaux ménagères des maisons, les liquides des tinettes filtres, enfin les trois quarts des liquides de vidange qui échappent aux opérations de Bondy et retombent dans le collecteur départemental.

L'altération produite par les égouts, dans l'eau de la Seine, se manifeste par trois effets distincts :

1° Les sables et les matières organiques les plus lourdes charriées par les égouts se déposent en bancs vaseux et infects s'étendant le long de la rive droite, sur une longueur de plusieurs kilomètres et sur des largeurs qui occupent, en quelques points, jusqu'à près de la moitié de la largeur du fleuve. Ces bancs, au bout de quelques mois, acquièrent, à proximité des bouches d'égout, une épaisseur de plus d'un mètre. Le volume de ces dépôts peut atteindre annuellement environ 100,000 mètres cubes. Pendant les chaleurs de l'été et les très-basses eaux, ils entrent en fermentation et dégagent du gaz des marais.

2° Les matières boueuses, très-ténues et composées en grande partie de matières organiques, restent en suspension dans la rivière et en troublent les eaux, au point de les rendre impropres aux usages domestiques tant qu'elles n'ont pas été soumises à un filtrage ou à une épuration. Cet état d'impureté est d'abord très-peu prononcé le long de la rive gauche; mais en aval du tournant de Saint-Denis, les eaux se mélangent sur toute la longueur de la rivière. Si, à la hauteur de Marly, elles sont encore sensiblement plus troubles dans le bras droit que dans le bras gauche, la différence, déjà peu marquée, s'efface plus loin.

3° Les substances dissoutes dans l'eau, lesquelles forment environ le tiers des matières étrangères mêlées aux eaux d'égout et contiennent des matières organiques à peu près dans la même proportion, produisent une altération qui se propage dans tout le cours du fleuve, mais qui paraît sans inconvénient au point de vue de la salubrité publique.

Toutes ces matières représentent, au point de vue agricole, 1,500,000 tonnes de fumier par an. Actuellement, elles exigent pour leur enlèvement une dépense annuelle de 100,000 francs.

Sur les plaintes des riverains, des études furent ordonnées par l'administration municipale.

A Clichy, sur un champ d'un hectare et demi, on essaya simultanément l'emploi agricole des eaux d'égout et leur épuration par l'alumine. Ces expériences, poursuivies pendant deux années, montrèrent : 1° que l'emploi agricole des eaux d'égout, sous le climat de Paris, peut s'appliquer à la production des légumes sans porter atteinte à la salubrité; 2° que l'épuration par le sulfate d'alumine réussit pratiquement, et que le dépôt, sans être un engrais extraordinairement puissant, est utilisable, comme le fumier à courte

(1) Le moment n'est pas favorable aux discussions de pure théorie; il serait hors de ma pensée de rien dire d'ailleurs qui pût affaiblir l'intérêt sérieux que mérite la note de M. Dubrunfaut. Mais, chargé par l'auteur de la communiquer à l'Académie, je devais réserver devant elle mon opinion sur les deux points suivants que j'ai constatés : 1° le beurre se sépare aussi bien et même plus vite, par le barattage, d'un lait fortement alcalisé par le bicarbonate de soude que d'un lait naturel ou acide; 2° le lait naturel, agité avec l'éther, ne lui cède pas son beurre, tandis qu'il l'abandonne à ce véhicule, si l'on ajoute de l'acide acétique, ce qui semblerait prouver que la matière grasse n'y est pas absolument libre de toute enveloppe, quoique toutes les apparences semblent conduire à ce dernier sentiment. (*Note du Secrétaire perpétuel.* — D.)

distance. Dans le premier procédé, l'emploi direct, l'eau ne coûte que son prix d'élévation; dans le second, il faut ajouter les frais d'épuration.

Avant de passer à l'exécution des projets fondés sur ces études préliminaires, avant même d'aborder les enquêtes, il convenait de faire une expérience en grand, de convier les intéressés à des essais tentés sur leurs terres, et de vérifier si une irrigation étendue et de vastes bassins d'épuration ne porteraient aucune atteinte à la salubrité. Un service fut installé alors dans la plaine de Gennevilliers; il fonctionne depuis le 1er juin 1869.

Chaque jour 6,000 mètres cubes d'eau d'égout sont refoulés dans la plaine; devant eux s'offrent, soit des rigoles à ciel ouvert qui vont porter le courant sur les terrains de culture, soit des bassins où s'épurent les eaux refusées par les rigoles. Pendant les deux ou trois premiers mois du service, l'emploi direct des eaux était concentré sur 6 hectares appartenant à la ville, et livrés à quarante jardiniers qui les transformaient, à leurs risques et périls, en plates-bandes maraîchères. Les bassins épuraient les deux tiers de l'eau élevée. Bientôt, les paysans, tentés par la vigueur des plantes irriguées, vinrent demander l'arrosage pour leurs terres; ils se rendirent compte de la valeur agricole des dépôts charriés par les eaux d'égout: et 40 hectares furent soumis librement à l'arrosage d'été, au colmatage d'hiver. Depuis le 1er octobre, les bassins d'épuration sont fermés; la culture absorbe la totalité des eaux élevées.

Aucune plainte n'a encore été produite, et l'innocuité du système a été reconnue par des centaines de visiteurs.

En résumé, les expériences faites à Gennevilliers conduisent à ces deux conséquences: 1° les cultivateurs acceptent librement les eaux d'égout et savent en tirer parti aussi bien en hiver qu'en été; 2° la perméabilité du sol de la plaine est telle qu'elle permettrait, avec quelques centaines d'hectares, d'absorber la majeure partie des eaux d'égout de la ville de Paris et de Saint-Denis.

Voici, en conséquence, le projet d'ensemble qui promettrait les meilleurs résultats:

Un collecteur latéral à la Seine réunirait les eaux des deux collecteurs de Clichy et Saint-Denis, ainsi que les résidus des nombreuses usines échelonnées sur la rive droite de la Seine.

Une usine à vapeur élèverait toutes ces eaux de 10 mètres, les enverrait au moyen d'un pont-aqueduc sur la rive gauche.

Un canal d'arrosage traverserait obliquement la presqu'île, distribuant les liquides en route et se terminant au-dessous d'Argenteuil par des bassins d'épuration; ceux-ci formeraient filtre et assureraient, au besoin, la clarification des eaux, non utilisées par la culture, avant leur sortie en Seine.

Comme compensation des dépenses d'établissement, et des dépenses annuelles d'élévation ou d'épuration des eaux, les avantages seraient les suivants:

1° Assainissement de la Seine au-dessous de Paris.

2° Suppression des envasements et par suite des dragages aux têtes des collecteurs.

3° Fertilisation directe par les eaux d'égout en nature d'une plaine de valeur médiocre, ou transport et vente des dépôts des bassins d'épuration, dans la vallée de la Seine.

4° Liberté du service d'assainissement et de nettoyage dans Paris, et en particulier de celui des vidanges.

(*Sera continué.*)

AVIS

Nos souscripteurs dont l'abonnement est expiré sont instamment priés d'envoyer le prix de leur renouvellement en un mandat-poste à l'ordre du directeur, *avant le 10 septembre*.

Ils s'épargneront ainsi le désagrement de payer les frais de recouvrement nécessités par la traite que nous serions contraints de tirer sur eux, frais de recouvrement qui leur sont complétement à charge, sans que nous ayons intérêt à les leur faire supporter.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments ou autres objets).

Principes de chimie biologique, par le docteur E. Hardy, préparateur de pharmacologie à la Faculté de médecine de Paris, 1 volume in-18 de 500 pages avec figures dans le texte et une planche chromolithographiée représentant l'analyse spectrale du sang. — Prix: 7 francs.

Les spectres d'absorption du sang, par le docteur Victor Fumouze. In-4° de 150 pages, avec 3 planches coloriées. — Prix: 4 fr. 50.

Revue photographique des hôpitaux de Paris, par les docteurs De Montméja et Bourneville. 3e année: les nos 1-2 (janvier-février), et 2-3 (mars-avril), avec photographies, sont en vente. — Prix de chaque livraison: 4 francs.

Hygiène de l'aliéné, par le docteur Ernest Brémond. In-8° de 80 pages. — Prix: 2 francs.

Capvern. Ses eaux minérales. Applications thérapeutiques par le docteur Michel Ticier, médecin inspecteur des eaux de Capvern, ancien interne des hôpitaux de Toulouse, etc. 1 vol. in-8° de 300 pages. — Prix: 2 fr. 50 c.

Le Directeur: Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois... 8 fr. 50 c. Six mois... 16 — Un an... 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 1er septembre 1871.

HOTEL-DIEU. — M. NOEL GUÉNEAU DE MUSSY.

Étude sur le vertige.

Un grand nombre de malades actuellement dans nos salles se plaignent spontanément ou conviennent, quand nous les interrogeons, qu'ils éprouvent des vertiges. Ce symptôme est en effet très-commun; il peut dépendre de conditions morbides très-diverses, et cause souvent aux malades de vives inquiétudes, justifiées dans certains cas par la gravité des affections qu'il manifeste ou qu'il annonce; très-souvent, au contraire, quelque pénible et quelque intense qu'il soit, il n'entraîne aucun danger. Il est donc important de connaître les causes qui le peuvent produire, les signes qui permettent d'en reconnaître l'origine et d'en fixer le pronostic, et enfin les indications thérapeutiques auxquelles il conduit.

Dans sa forme la plus commune, le vertige est un trouble cérébral, une erreur de sensation, sous l'influence de laquelle le malade croit que sa propre personne ou que les objets environnants sont animés d'un mouvement gyratoire ou oscillatoire.

En même temps, la vision est moins nette, parfois le regard devient fixe et incertain; d'autres fois, les yeux sont demi-clos et les paupières appesanties; la possession du moi est moins complète, la direction des pensées est moins libre, l'exercice des facultés est moins facile.

Si l'état vertigineux se prolonge, il est accompagné d'un sentiment de défaillance et d'incertitude dans les mouvements. (*Vertigo titubans.*) Le malade éprouve des nausées; quelquefois le pouls est ralenti, faible, dépressible.

Quelquefois des hallucinations de l'ouïe accompagnent celles de la vue, qui sont le phénomène principal, initial : le malade entend des tintements, des bourdonnements, des bruits de ressorts qui se détendent.

Chez certains malades, la vue s'obscurcit, les objets paraissent couverts d'une fumée diffuse ou de taches obscures, parfois rougeâtres. J'ai observé dernièrement chez un hystérique cette variété symptomatique signalée par Juncker. Dans certains cas, un épais nuage se place devant les yeux et met passagèrement obstacle à la vision. (*Vertigo tenebrosa.* Ckotos.)

J'ai rencontré des malades qui avaient la sensation d'un mouvement gyratoire sur l'axe du corps, d'une véritable culbute (1).

Enfin le désordre d'innervation peut aller jusqu'à rendre la station impossible; le malade tombe ou cherche un point d'appui sur les corps qui l'entourent. (*Vertigo caduca.*)

Dans ces troubles de la fonction locomotrice, quelquefois le malade sent le sol se dérober sous ses pieds; ou il lui semble qu'il est entraîné latéralement dans une direction variable chez quelques-uns, constante chez d'autres. Il en est qui se croient poussés d'arrière en avant ou d'avant en arrière. Toutes ces sensations morbides ne sont pas toujours accompagnées de tournoiement; elles ne devraient pas alors être rattachées au vertige, si on s'en tenait au sens propre de ce mot; nous croyons cependant devoir les y réunir à titre de variétés; elles se montrent dans les mêmes conditions pathogéniques, et la sensation vertigineuse les accompagne le plus souvent.

Ces divisions du vertige que nous venons d'indiquer, fondées exclusivement sur les caractères symptomatiques de cet accident, sont toutes artificielles et ne conduisent à aucune indication pratique. C'est de la notion des causes et du mode morbide ou pathogénique qu'on peut tirer des divisions vraiment médicales et des indications pour le traitement. En se plaçant à ce point de vue, on peut admettre :

1° Un vertige congestif; 2° un vertige anémique; 3° un vertige nerveux; 4° un vertige symptomatique d'états morbides divers; 5° un vertige toxique.

Il ne faut pas demander à cette division clinique une rigueur que la pathologie ne comporte pas; ainsi, derrière le fait de la congestion, il faut admettre une modification *nerveuse*, un trouble de l'innervation vaso-motrice; mais cette réserve acceptée, il n'en est pas moins certain que le mode congestif est la caractéristique d'un groupe de phénomènes morbides, et qu'il y a une variété de vertige qui s'y rattache.

Je ne prétends pas non plus que, dans le vertige nerveux, une fluxion congestive ne puisse pas succéder à la modalité morbide de l'innervation; mais la congestion est alors secondaire, consécutive, l'élément nerveux la domine.

Enfin le vertige symptomatique comme le vertige toxique peuvent être rattachés à l'une des formes précédentes par le mode morbide qu'ils revêtent; mais ils s'en distinguent par la spécialité de leurs causes productrices.

Cette division diffère peu de celle que Juncker avait établie sous l'inspiration des idées Stahliennes : il admettait, en effet, un vertige idiopatique, congestif ou anémique, un vertige symptomatique, lié le plus souvent à un trouble des fonctions digestives. Il parle aussi du vertige qui se développe sous l'influence des causes morales, de celui qui est dû à des actions toxiques; comme la fumée de tabac, les vapeurs du charbon en combustion, celles qui s'exhalent du raisin pendant la fermentation alcoolique.

§ I. — VERTIGE CONGESTIF.

Dans le vertige congestif, la congestion encéphalique, comme toutes les congestions localisées dans d'autres organes, peut être la lésion primitive, elle peut être consécutive à une lésion préexistante des centres nerveux.

Le vertige congestif n'est pas rare chez les sujets goutteux. Le mode congestif et la tendance aux fluxions caractérisent souvent les manifestations arthritiques.

Il peut accompagner ce qu'on appelle la pléthore, état caractérisé par une suractivité de la circulation centrale et par une tendance congestive, et qu'on attribue à une surabondance *relative* du sang. La pléthore est toute relative. En effet, elle résulte d'un défaut d'équilibre entre la production hématique et la dépense. On comprend qu'une alimentation trop abondante et trop succulente, surtout si elle survient après des habitudes contraires, produise la pléthore. On comprend encore qu'une vie sédentaire, succédant à une vie active, chez un homme dont les fonctions nutritives sont énergiques, la produise encore en diminuant les dépenses de l'organisme.

De même, l'omission de saignées jusque-là périodiquement répétées, inutiles peut-être à l'origine, mais devenues une habitude, et ayant entraîné les fonctions d'hématose à un excès de production, pourra conduire au même résultat.

On peut en dire autant de la suppression des règles ou des hémorrhoïdes; mais dans ces circonstances un autre élément s'ajoute à la pléthore relative et la domine peut-être : c'est la déviation congestive. Ces hémorrhagies spontanées sont la manifestation et la crise d'une disposition congestive qui précède la perte du sang et peut lui survivre. Si cette perte n'a pas lieu par les voies habituelles, la disposition congestive peut se localiser ailleurs (1), et si c'est dans le cerveau, le vertige en pourra être l'expression (2).

Le vertige et des accidents encéphaliques plus graves pourront encore succéder à la suppression d'épistaxis abondantes et répétées; mais dans ce cas l'épistaxis signale déjà une congestion vers la tête, et dans des parties voisines de l'encéphale (1).

L'impression prolongée du froid sur les extrémités inférieures peut, chez ces sujets surtout qui ont une disposition congestive, en favoriser la manifestation et la localisation dans l'encéphale, et devenir ainsi une cause de vertige. J'ai vu souvent le vertige coïncider avec le froid aux pieds.

Je sais bien que ce froid peut ne pas dépendre entièrement de l'action du milieu ambiant, qu'il exprime souvent une espèce d'ischémie localisée; mais, quelles que soient les conditions qui le produisent, je l'ai vu coïncider avec le vertige, et dans ce cas il fournit une indication pour le traitement.

Par le même motif, une température trop élevée, un bain trop chaud, l'insolation, une douche qui frappe dans le voisinage de la tête, peuvent devenir des causes de congestion et de vertige (2).

Les affections cardio-vasculaires sont fréquemment accompagnées de vertiges, qui peuvent être expliqués par des troubles circulatoires de l'encéphale; les épistaxis, les congestions cérébrales sont fréquentes dans les mêmes conditions morbides. On a quelquefois attribué à l'ischémie les troubles cérébraux qui accompagnent les altérations des artères; mais, comme le remarque avec raison le docteur Lécorché, l'état morbide des vaisseaux peut favoriser leur distension en affaiblissant leur ressort et, par conséquent, leur réaction sur la colonne sanguine qui les traverse; et si dans certains cas l'abord du sang dans la pulpe encéphalique peut être géné par l'induration et le rétrécissement des conduits vasculaires, dans d'autres formes de la lésion artérielle on verra survenir une congestion passive et une dilatation avec stase sanguine dans les capillaires.

J'ai entendu faire par M. le docteur Gayrard une remarque dont j'ai vérifié l'exactitude : c'est que, chez les personnes âgées, les changements brusques de position amenaient quelquefois des vertiges; ce qu'il expliquait par cette même altération des vaisseaux, devenus inaptes à maintenir ou à rétablir immédiatement l'équilibre circulatoire, au milieu des antagonismes mobiles des forces physiques.

On peut aussi considérer comme imputables à un état congestif de l'encéphale, certains vertiges qui paraissent liés à des troubles de la circulation abdominale.

Le vertige congestif peut être consécutif à des lésions des centres nerveux; il peut précéder ou accompagner la plupart des affections cérébrales : les phlegmasies, les hémorrhagies, double-aboutissants du processus congestif porté à une certaine puissance, les tumeurs, les traumatismes. Cela ne veut pas dire, cependant, que dans toutes les maladies cérébrales où le vertige se montre, la congestion en soit la cause prochaine, l'élément pathogénique nécessaire; on conçoit des troubles de l'innervation cérébrale indépendante de toute congestion, et qui s'expriment par le vertige.

Le vertige qui se montre au début de la fièvre typhoïde pourrait être rapproché du vertige congestif. Souvent en effet l'encéphale est congestionné dans cette fièvre; mais il y a là un autre élément : l'altération du sang, véritable intoxication qui doit jouer un rôle considérable dans le trouble des fonctions cérébrales.

Le vertige congestif est ordinairement accompagné d'injection de la face et des yeux, quelquefois de distension des vaisseaux, de pesanteur, de céphalalgie, d'engourdissements ou de fourmillements dans les membres; il se manifeste ou augmente dans la position déclive de la tête. S'il se lie à la pléthore, la plénitude des vaisseaux, l'énergie persistante du travail nutritif, éclairent le diagnostic; une hémorrhagie succède quelquefois au vertige et le fait cesser (3).

(1) Je me rappelle nettement deux malades qui m'ont accusé ce genre de vertige. L'un d'eux était un goutteux dyspeptique; il a souffert pendant plusieurs années de cette sensation qui lui était très-pénible; elle survenait subitement; il lui semblait qu'on le prenait par les pieds, ou qu'on prenait les pieds du siége sur lequel il était assis et qu'on le retournait d'avant en arrière, malgré tous les efforts qu'il faisait pour se maintenir. Ces accidents étaient accompagnés de céphalalgie, d'embarras dans la tête. La face s'injectait pendant cette crise, et quelquefois il tombait à terre. Ce vertige fut combattu par des ventouses sèches appliquées à la nuque, des pilules d'aloës, des préparations d'arnica, les amers; il cessa et fut remplacé par une névralgie sciatique d'une violence extrême, et qui ne put être modérée que par l'usage interne et externe de l'opium et de la morphine. Les paroxismes de cette névralgie, qui cessa rarement d'une manière complète, se répétèrent fréquemment, pendant sept ou huit années jusqu'à la mort du malade, qui succomba à 80 ans, avec les symptômes d'une hémorrhagie cérébrale.

(1) Voyez *Leçons sur la congestion.*

(2) OBSERVATION IIme. — Mme D..., âgée de 65 ans, névropathique, de race arthritique, qui avait eu autrefois des hémorrhoïdes fluentes, à la suite d'une fièvre gastrique qui prit sur la fin le type rémittent, éprouva des douleurs névralgiques dans la tête, et surtout une sensation de chaleur insupportable, accompagnée de vertiges. Jusque-là, d'une sensibilité excessive au froid, elle ne pouvait supporter de feu dans sa chambre, malgré les rigueurs de l'hiver. Elle avait besoin d'avoir la tête constamment découverte, tandis qu'auparavant elle s'ensevelissait sous des coiffures épaisses; la peau du crâne était chaude, rouge, comme érythémateuse; elle se croyait à chaque instant menacée d'apoplexie.

Après avoir tenté bien des moyens, sous l'inspiration de Trousseau, qui vit cette malade en consultation, je lui fis introduire tous les soirs dans le fondement un suppositoire avec *un* centigramme d'émétique. Au bout de trois à quatre jours une légère fluxion hémorrhoïdale se déclara, et la tête se dégagea.

(1) OBSERVATION IIIme. — Le regretté professeur Grisolle, atteint depuis sa jeunesse d'une affection cardiaque, sujet à la migraine et hypocondriaque, fut pris, dans les dernières années de sa vie, d'épistaxis d'une abondance excessive, avec lesquelles alternèrent quelques attaques de congestion encéphalique; puis survint une hémorrhagie cérébrale plus graves, à laquelle il survécut cependant pendant 2 ans, pour succomber à une seconde attaque.

(2) OBSERVATION IVme. — J'ai connu un hypocondriaque affecté de névropathie spinale, qui eut des vertiges très-pénibles pendant 8 jours, à la suite de douches sulfureuses prises à Bagnères-de-Luchon. Chez le même sujet, une douche froide donnée sur la nuque avec une violence excessive avait produit pendant 3 jours des vertiges, des nausées, et des douleurs de tête atroces, qui ne cédaient momentanément qu'à des applications réfrigérantes sur le front.

Chez une autre malade, affectée de douleurs rhumatismales, une douche chaude de Cauterets dirigée sur la nuque, produisit du vertige, de la céphalalgie et du délire pendant 48 heures.

(3) OBSERVATION Vme. — Mme B..., âgée de 60 ans, a cessé subitement d'être réglée à la suite d'une douloureuse émotion. Depuis lors elle est sujette à des vertiges et à des phénomènes de pseudoblepsie, sous la forme de papillons obscurs qui voltigent devant ses yeux et troublent la

§ II. — VERTIGE ANÉMIQUE

Comme Stahl l'avait déjà remarqué, deux anomalies de la circulation encéphalique très-différentes, la congestion et l'anémie, peuvent s'exprimer par le vertige. Ainsi le vertige peut succéder aux hémorrhagies abondantes; il précède ordinairement la syncope; dans ces circonstances, son origine anémique semble incontestable. Le vertige accompagne le plus souvent la chlorose confirmée, il est alors attribué à l'anémie cérébrale; je suis très-éloigné de repousser cette explication. Cependant quand on voit avec quelle facilité la face s'injecte chez les chlorotiques, on a le droit de se demander si l'ischémie du cerveau est toujours la cause du vertige chez les chlorotiques; s'il ne peut pas dépendre aussi d'une congestion fugace de l'encéphale, qui peut très-bien coïncider avec une diminution de la masse sanguine ou de ses éléments globuleux.

Ce qui viendrait à l'appui de cette manière de voir, c'est que, chez les femmes enceintes, dont le sang offre si souvent les caractères de l'anémie, on pratiquait généralement des saignées il y a une trentaine d'années, quand elles se plaignaient de vertiges, de pesanteur de tête ou de céphalalgie, et que très-habituellement la saignée apaisait ces accidents.

Dans le véritable vertige anémique la face est habituellement pâle; souvent le malade éprouve des défaillances, et une tendance à la syncope, accompagnée parfois de nausées et de tintements d'oreille. Le vertige augmente dans la station verticale; la position horizontale le soulage; toutes les causes de déperdition et d'affaiblissement, toutes les conditions hygiéniques ou morbides qui entravent le travail nutritif, qui mettent obstacle à la réparation, peuvent produire cette espèce de vertige (1); il n'est pas rare dans la convalescence des maladies graves, dans les cachexies, il peut résulter aussi d'obstacles mécaniques à la circulation encéphalique, comme nous l'avons dit en parlant de l'influence des lésions artérielles sur le vertige congestif. En parlant du vertige toxique, nous verrons qu'on a attribué à l'anémie cérébrale les symptômes développés par certains poisons.

(*A suivre.*)

---

vision. Il lui suffit d'incliner la tête pour provoquer ces accidents, pendant lesquels la peau de la face est fortement injectée. Elle a de temps en temps par la narine gauche des épistaxis très-abondantes et qui la soulagent. Ces hémorrhagies sont précédées d'une sensation de pesanteur dans le côté gauche de la tête. Mme B... est sourde; son visage est très-coloré et parsemé d'acné rosacée. Les doigts présentent des déformations et des hyperplasies épiphysaires; elle n'y a jamais senti de douleurs; elle n'a pas d'hémorrhoïdes, et est habituellement constipée.

Traitement : Quelques sangsues à l'anus, une pilule d'aloës tous les deux jours. Ligatures au-dessus des genoux.

(1) OBSERVATION VIe. — Il y a quinze ans, je fus consulté par un homme de 35 ans qui, à la suite de fatigues excessives, fut affecté de vertiges et d'insomnie; pendant trois mois on avait opposé les saignées et les purgatifs à ces symptômes qui n'avaient fait que s'aggraver. Inutile presque d'ajouter que la nutrition avait considérablement souffert, sous l'influence de la maladie et plus peut-être encore de ce traitement inopportun. Je rassurai le malade sur la nature des accidents qu'il éprouvait, et calmai les craintes qu'il avait d'une affection de l'encéphale. Je lui prescrivis des amers, de la pepsine, un régime réparateur, une potion avec de l'eau de laurier cerise à prendre pendant la nuit. Le sommeil revint immédiatement; les vertiges disparurent et le malade recouvra une santé qui depuis lors ne s'est pas démentie.

L'anémie peut résulter, avons-nous dit, également des dépenses excessives de l'organisme et de l'insuffisance du travail réparateur. Les erreurs d'hygiène peuvent amener l'anémie en troublant les fonctions nutritives.

OBSERVATION VIIIe. — M. F... de race arthritique et tuberculeuse, avait un frère dartreux et graveleux; un autre a eu, il y a sept ou huit ans, une poussée tuberculeuse au sommet du poumon droit, qui a été enrayée par les Eaux-Bonnes. Il fumait avec excès et se livrait avec passion à l'étude de la peinture, passant ses journées assis dans un atelier avec un cigare à la bouche. Tels étaient ses antécédents quand il fut pris de vertiges. Comme la face était très-colorée, son médecin habituel crut à une disposition congestive et lui fit appliquer des sangsues à l'anus. Le vertige augmenta; ce fut alors qu'il vint me consulter, il y a une dizaine d'années; avec l'injection des joues contrastait une teinte jaune verdâtre de la région sous-nasale et circumlabiale; le pouls était dépressible; je constatais des bruits de souffle intenses dans les régions du cou. Convaincu que le travail d'hématose s'accomplissait d'une manière irrégulière sous l'influence de mauvaises conditions hygiéniques et peut-être aussi de l'intoxication nicotique qui pouvait bien avoir une part dans la production du vertige, je je lui conseillai de fumer peu, de prendre des amers, des ferrugineux, de mener une vie active, de faire tous les jours des lotions froides. Ce traitement modifia lentement, mais efficacement, cette disposition vertigineuse qui avait d'abord causé au malade une véritable terreur et qui depuis a complétement disparu.

DOCUMENTS

POUR SERVIR A L'HISTOIRE DU MOUVEMENT SCIENTIFIQUE PENDANT LE SIÉGE DE PARIS (1).

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 16 janvier 1871. — Présidence de M. FAYE.

(Suite et fin.)

CORRESPONDANCE

De la préservation des maladies transmissibles et spécialement de la vaccination appliquée à la petite vérole. M. G. GRIMAUD, de Caux. — L'épidémie de variole, qui sévit encore, rend nécessaire une révision des doctrines concernant la préservation de cette maladie. Ces doctrines sont remarquables à la fois par la singularité de leur origine et par celle des bases sur lequelles on les fait reposer.

Comme origine, elles remontent à lady Montaigu. Elle avait vu à Constantinople les femmes du grand seigneur imbues du préjugé que la petite vérole est inévitable, et, pour la rendre moins maligne, faisant inoculer leurs enfants en bonne santé par des bohémiennes. Elle importa ce procédé en Angleterre, où les beaux esprits de son salon de Twickenham, Pope, Addisson, Fiedling, etc., le préconisèrent et en firent une mode qui dura jusqu'à ce que Jenner y eut substitué la vaccine. On applique ces doctrines depuis cent cinquante ans; et, quand on étudie l'histoire de cette application, on trouve que ni l'inoculation, ni la vaccine, n'ont empêché les épidémies de variole d'apparaître à des époques indéterminées, mais ne dépassant guère huit à dix ans.

La petite vérole, en effet, ne s'est pas comportée autrement que les autres maladies épidémiques, lesquelles, en tout pays, exercent leurs plus grands ravages à la première apparition. Elles s'acclimatent ensuite : c'est-à-dire que la constitution physiologique de l'habitant se les assimile en quelque sorte; d'où il résulte, à chaque retour, un amoindrissement de l'intensité primitive, à moins de causes surexcitantes inopinées et multipliées coup sur coup, comme l'épidémie cholérique de 1865 en a fourni un grand exemple à Marseille.

Quant à l'efficacité comme préservatif, soit de l'inoculation, soit de la vaccine, non-seulement cette efficacité est contestable, mais encore, on peut le dire l'histoire à la main, elle est nulle. Pourquoi a-t-on abandonné l'inoculation, si ce n'est qu'on a reconnu qu'elle ne préservait pas avec certitude? Et depuis qu'on pratique la vaccine, les invasions de petite vérole n'ont-elles pas été assez nombreuses pour qu'il soit permis de supposer que les succès qu'on lui a attribués dès le principe ont été des effets de pure coïncidence, l'épidémie étant sur son déclin?

Aujourd'hui, en France, il n'est presque pas un individu qui n'ait été vacciné. Qu'elle a été la valeur du préservatif pour ceux qui sont morts, pour les victimes nombreuses des diverses épidémies? L'allure de l'épidémie actuelle sera la même que celle de toutes les épidémies. Elles moissonnent les prédisposés, elles foudroient les imprudents qui négligent les précautions rationnelles les plus simples; et, finalement, elles s'en vont comme elles sont venues, sans qu'on sache ni pourquoi, ni comment.

Le moment est venu de se demander comment il a pu se former une opinion, en vertu de laquelle on persiste à soutenir qu'en donnant artificiellement une maladie, on prévient les atteintes d'une autre. Il suffit de considérer la nature et l'origine du préservatif, pour se convaincre que la théorie qui le constitue tel a pu être, en tout temps, plus dangereuse que salutaire.

D'où vient cette graine de préservatif qui, comme on a voulu le dire avec autorité, exige une bonne culture et une main compétente? On va la prendre au pis d'une vache malsaine. Le cowpox, en effet, est une maladie qui, elle-même, est soupçonnée de provenir, à son tour, d'une maladie de cheval, infecte et rarement guérissable.

Les faits avancés n'ont jamais été universellement consentis. Les conclusions qu'on en a tirées, et en vertu desquelles on a imposé des préceptes de préservation, n'ont pas cessé d'être contestées depuis l'origine; en ce sens que, dans ces faits, soit d'ensemble, soit de détail, outre le mode d'observation qui les rend incomplets, il y a toujours eu matière à contradiction manifeste. En transmettant un principe morbifique d'un être vivant à un autre, on ne crée pas, pour ce dernier, un nouvel élément de santé.

Quand on discute les faits, on trouve que le nombre des insuccès est au moins égal à celui des succès affirmés. Parmi les insuccès, en voici un qui s'est produit naguère dans un grand établissement de la capitale. Un collégien de dix-sept ans, de la plus belle santé, est vacciné heureusement, c'est-à-dire avec pleine réussite, du virus pris à la vache; deux mois après, il est emporté, en quatre jours, par une petite vérole gangréneuse.

Il n'y a, contre les transmissibilités de toute sorte, qu'un moyen véritablement efficace : c'est la suppression de l'animal contaminé. Il fut un temps où l'on appliquait ce principe à l'homme même; on écartait, par la force, tout individu atteint ou simplement suspect de contamination. Aujourd'hui, de pareilles rigueurs sont remplacées par la séquestration, qui est l'isolement forcé.

On peut d'ailleurs s'imposer un isolement volontaire, que l'on pratique de la façon suivante : Imprégnez vos vêtements de vapeurs de chlore, lavez-vous chaque jour avec de l'acide phénique. Vous créerez ainsi autour de vous une atmosphère artificielle permanente, qui constitue la meilleure condition de préservation indiquée par la science et par l'expérience. On doit insister sur ces conseils, en présence de l'épidémie régnante et des invasions morbifiques dont nous pouvons être menacés à la suite des malheurs publics qui nous accablent.

Lettre de M. DE CHANCOURTOIS à M. Élie de Beaumont. — Je viens appeler votre attention sur deux coïncidences qui vous paraîtront peut-être assez curieuses pour mériter d'être signalées à propos du bombardement de Paris.

M. Léopold de Buch, dans son dernier passage à Paris, en 1852, l'année qui a précédé sa mort, vous montra le désir d'examiner quelques échantillons à l'École des mines; j'eus la bonne fortune d'être mis par vous à la disposition de l'illustre géologue, qui était alors, je crois, président de l'Académie des sciences de Berlin. M. de Buch désirait voir des gryphées arquées, envoyées récemment du Chili par notre camarade Domeyko, gryphées dont la spécification affirmait l'existence du terrain jurassique en Amérique, contrairement à l'opinion émise un peu arbitrairement par le chef prussien des géologues allemands.

Mon camarade Bayle, chargé de la paléontologie, ne se trouvant pas à l'École au moment de la visite, je dus faire les honneurs de ses tiroirs à M. de Buch, qui voulut bien m'expliquer assez longuement les raisons par lesquelles ces gryphées arquées devaient être des gryphées de la période crétacée, après quoi il me quitta pour vous rejoindre à l'Institut, cette circonstance peut faire retrouver la date précise, me laissant convaincu seulement de sa vaste érudition et de sa profonde connaissance de toutes les finesses de la langue française, mais très-flatté d'avoir entendu une dissertation spéciale de l'un des doyens de la géologie les plus hautement considérés.

C'est exactement à la place où M. de Buch examinait les fossiles dans la collection de paléontologie, qu'est venu éclater, dans le toit mansardé, le premier obus qui a frappé l'École des mines, dans la nuit du mercredi 11 au jeudi 12, à 4 heures 45 minutes du matin. Les collections les plus précieuses étaient heureusement mises à l'abri depuis longtemps.

Le second obus, tombé dans la nuit du 12 au 13, à 9 heures du soir, a pénétré dans le cabinet de M. Daubrée, professeur de minéralogie, en traversant le mur en pierre de taille de 0m,60 qui forme le jambage de la fenêtre, et est venu se poser sans éclater, debout comme une bouteille, juste sous la table du professeur, à 2m,50 de l'ouverture de pénétration.

On sait, depuis longtemps, que les aérolithes sont principalement formés de fer, et l'on y a reconnu ensuite quelques autres métaux, puis du soufre, du carbone, etc.; leur composition a donc beaucoup d'analogie avec celle des obus. N'est-il pas très-frappant de voir un de ces bolides artificiels arriver justement au siége du savant minéralogiste qui, dans ces derniers temps, s'était fait en France une sorte de spécialité de l'étude des bolides naturels?

Je dois cette remarque à M. Boutan, élève ingénieur des mines, qui nous seconde en ce moment dans nos travaux.

M. Dupont, inspecteur de l'École, présent au moment des deux chutes, me donne les dimensions suivantes des projectiles :

1er obus : diamètre de la fonte au culot : 0m,145;

2e obus : diamètre de la chape de plomb : 0m,149; longueur : 0m,31.

La séance est levée à 5 heures.

XXXIII. **Association des médecins de la Seine.** — Vu les circonstances actuelles, la commission générale, dans sa séance du 6 courant, a décidé que la réunion annuelle de l'Association des médecins du département de la Seine, qui devait avoir lieu le dimanche 29 janvier 1871, serait ajournée.

Jusqu'à ce qu'il soit pourvu à leur remplacement, les membres de la commission générale et les membres du bureau actuellement en fonctions continueront à tenir leurs séances mensuelles et distribueront les secours.

TABLEAU DU MOUVEMENT DE LA CAISSE PENDANT L'EXERCICE 1870

Recettes.

Fonds de secours 27.294 50	Rente 3 0/0	15.634 50
	Cotisations (portion du fonds de secours) et dons spéciaux	11.660 »
Fonds de réserve (1) 11.587 20	Admissions et cotisations (portion du fonds de réserve)	6.210 »
	Dons et legs	4.290 »
	Reliquat de l'année 1870	1.087 20
	Total	38.881 70

Dépenses et emploi.

Secours à sept sociétaires et à 26 veuves ou enfants de sociétaires	20.840 »
Secours à 23 personnes étrangères à l'Association	4.440 »
Recouvrement des cotisations	400 »
Frais d'impression	713 90
Port des imprimés, timbres-poste, dépenses diverses	300 40
Droits de mutation	103 50
Achat de 530 fr. de rente 3 0/0	11.435 20
Total	38.233 00

Balance.

Recettes	38.881 70
Dépenses	38 233 »
Reste	648 70

XXXIV. **Académie de médecine.** — L'Académie tient séance.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 17 janvier. — Présidence de M. WURTZ.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion relative à l'influence de l'alcoolisme sur les lésions chirurgicales.

DISCUSSION.

M. RICHET analyse d'abord les observations qui ont servi de base à l'argumentation de M. Verneuil.

OBS. I. — Il s'agit d'un cocher, âgé de 57 ans, qui, étant en état d'ivresse, tomba de son siége. M. Verneuil diagnostique : *Contusion du foie ou du rein droit, des deux peut-être.* En raison des antécédents, il porte un pronostic très-grave. Le lendemain, anurie, suffocations, et on constate un point pneumonique à gauche. Mort 50 heures après l'accident.

Autopsie. Énorme épanchement sanguin autour du rein et de la capsule surrénale; celle-ci, doublée de volume, contient un gros caillot; elle est lacérée, et un morceau flotte au milieu de l'épanchement sanguin; à la partie postérieure du rein, déchirure de 3 millimètres de longueur sur 4 à 5 de profondeur; les bords en sont écartés. Mêmes lésions au foie; en outre, foyers de contusion irréguliers et de dimension variant entre quelques millimètres et 2 ou 3 centimètres. Fissure, déchirure et foyers interstitiels remplis de caillots très-noirs; le foie, très-volumineux, a l'apparence d'un *foie gras truffé*. Point de néphrite. Dépression atrophique de la substance corticale; un grand nombre de *tubuli* remplis çà et là de granulations graisseuses.

Congestion générale du poumon gauche.

Le crâne n'est pas ouvert; il n'est pas question du cœur, ni des artères, ni de l'estomac.

M. Verneuil conclut ainsi : Contusion des viscères antérieurement

---

(1) *Article 20 des statuts.* Le fonds de réserve se compose : 1° De la portion des cotisations qui lui est affectée par l'article 17 des statuts; 2° des rétributions d'admission; 3° des dons; 4° du reliquat du fonds de dépenses annuelles et de secours resté sans emploi à la fin de l'année.

altérés et altérés, *évidemment* par l'alcool; pneumonie intercurrente, cause très-probable de la mort.

Cette observation ne paraît pas concluante à M. Richet Il faudrait d'abord, dit-il, établir autrement que par une affirmation que les organes, siége de la contagion, étaient évidemment altérés par l'action antérieure de l'alcool; puis, et cela même étant admis, on ne voit pas comment ces altérations antérieures ont pu accélérer la mort, et, par conséquent, autoriser le pronostic si grave porté *d'emblée* en raison de cette circonstance. Les faits de cet ordre ne sont pas fort rares en chirurgie; pour son compte, M. Richet ne peut voir dans cette mort si rapide et qui, en raison des lésions si graves trouvées à l'autopsie, aurait pu l'être bien davantage encore, qu'une conséquence toute naturelle d'un ébranlement aussi violent de l'organisme, auquel est venue se joindre une congestion pulmonaire, peut-être également provoquée par la chute et auquel l'état d'ivresse a pu aussi contribuer pour une certaine part

La deuxième observation de M. Verneuil est intitulée : Fracture de l'humérus droit par coup de feu ; *symptômes graves d'alcoolisme*; mort rapide sans complications locales apparentes.

M. Richet a cherché vainement dans cette observation les graves symptômes d'alcoolisme indiqués dans le titre. D'abord le malade nie énergiquement s'être adonné à la boisson; il n'était point ivre au moment de l'accident; rien dans l'examen du malade ou de la plaie qui puisse le faire soupçonner. C'est uniquement d'après des inductions tirées de la position sociale du blessé, de ses habitudes antérieures et du récit des personnes qui viennent le voir qui M. Verneuil conçoit des *soupçons* d'alcoolisme. En vertu de ce diagnostic, le pronostic le plus grave fut porté; néanmoins la résection fut pratiquée, mais le malade ne put réagir et succomba 46 heures après l'accident, 35 heures après l'opération. L'autopsie n'a pu être faite.

Ici la cause de la mort n'est pas facile à reconnaître. On a dit de ces sortes de blessés qu'ils mouraient par ébranlement, par suite d'une sorte de stupeur générale et locale. Ces cas de mort rapide ne s'expliquent pas mieux par l'alcoolisme que par la théorie de l'ébranlement. Dans le cas dont il s'agit, la preuve de l'empoisonnement par l'alcool n'existe pas. Il n'y a que des soupçons habilement déduits de circonstances antérieures; mais cela ne suffit pas. Quand il s'agit de *faire une preuve*, on a le droit d'être plus exigeant, et l'absence, d'une part, de symptômes d'alcoolisme bien établis, et, d'autre part, d'autopsie, oblige d'écarter ce fait comme le précédent.

L'observation troisième se rapporte à une fracture de l'astragale par coup de feu. Extirpation de cet os, fusées purulentes, phlegmon profond, amputation au tiers supérieur de la jambe, pyohémie, mort.

Dans cette observation il n'est pas question des antécédents du malade; on se borne à dire qu'il a 45 ans et a reçu un coup de feu en allant à la maraude à Saint-Denis. Comme symptômes de l'alcoolisme, M. Verneuil dit que le sommeil est troublé par des rêves *caractéristiques*; le malade a vu « des rats descendre du plancher et courir sur son lit; » les mains sont agitées d'un petit tremblement aussi *significatif*. Enfin le malade meurt, et, à l'autopsie, on trouve le foie et les reins assez pâles, mais sans lésions profondes. Des abcès métastatiques nombreux et déjà anciens dans les deux poumons établissent que la pyohémie s'était effectuée avant l'amputation.

Ainsi, ce qui ressort de la lecture de cette observation, c'est que, à part les rêves soi-disant *caractéristiques* (les rats qui courent sur le lit) et le tremblottement des mains qui s'explique à merveille par la pyohémie, il n'y a rien qui soit de nature à établir l'existence de l'alcoolisme, pas plus dans les antécédents que dans l'autopsie, où l'on n'a rien trouvé qui se rapporte à l'intoxication par l'alcool.

Enfin, dans l'observation quatrième, il s'agit d'une fracture du condyle huméral avec plaie; phlegmon superficiel et profond; arthrite purulente, amputation, mort.

Le malade, malgré ses dénégations, est déclaré buveur; on apprend de ses parents qu'il buvait de l'absinthe *en petite quantité*, qu'il avait des vertiges et de l'affaiblissement des membres. Malgré l'occlusion de la plaie, qui fut faite le jour même de l'accident, la suppuration diffuse dans les muscles du bras qui survint, ainsi que l'arthrite purulente du coude, forcèrent de pratiquer l'amputation du bras six ou huit jours après. Le malade succomba au bout de quatre jours, ayant présenté un hoquet intermittent (que M. Verneuil déclare caractéristique de l'intoxication alcoolique par l'absinthe, comme s'il n'existait pas également dans beaucoup d'autres cas, un délire tranquille et un affaissement progressif sans souffrances. Pas d'autopsie.

Ici encore, malgré la consommation de l'absinthe *en petite quantité*, il est impossible de trouver les preuves d'un empoisonnement alcoolique quelconque.

En résumé, la lecture attentive et réfléchie de ces quatre observations ne permet pas d'établir une relation nette entre la gravité des accidents qui ont occasionné la mort et l'empoisonnement de l'économie par l'alcool. Bien plus, si dans la première observation, il est à la rigueur permis d'admettre qu'il y avait dégénérescence graisseuse antérieure du foie et des reins par l'action lente de l'alcool, ces lésions sont tout à fait inadmissibles dans les trois autres cas. La preuve principale de l'alcoolisme y fait donc absolument défaut. Resterait à établir que, dans la première observation elle-même, cette dégénérescence graisseuse était bien le résultat de l'intoxication alcoolique, et que, si le malade était bien réellement atteint d'alcoolisme, sa mort rapide doit être attribuée à cette intoxication, ce qui est loin d'être démontré.

M. Richet est loin de nier l'influence nocive des habitudes alcooliques invétérées sur la marche, le pronostic et la terminaison des affections chirurgicales. Comme M. Verneuil il croit à cette fâcheuse influence; seulement il l'explique d'une autre façon.

M. Verneuil pense que le principe alcoolique, en s'introduisant peu à peu, progressivement, et, pour ainsi dire, quotidiennement dans le sang, empoisonne les organes les plus essentiels à la vie, tels que le foie, les reins et le système nerveux. Sur le foie et les reins, l'action de l'alcool se manifeste par une transformation ou dégénérescence graisseuse des éléments constitutifs de ces glandes, tandis que, du côté de l'encéphale, les lésions s'accusent principalement par des épaississements des méninges, des plaques laiteuses, des sécrétions exagérées dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien. Que chez un individu dont les organes sont ainsi préparés et le sang empoisonné, survienne une lésion chirurgicale, même légère et de peu d'importance, il faut s'attendre, dit-il, à voir éclater brusquement les accidents les plus graves, les plus insolites, conduisant même parfois rapidement les blessés à la mort, quoi qu'on fasse d'ailleurs pour les arrêter.

Pour que cette doctrine de M. Verneuil fût inattaquable il faudrait, suivant M. Richet, démontrer : 1° que tous les buveurs ou supposés tels qui succombent ainsi rapidement à des lésions guérissables chez d'autres ont offert à l'autopsie un ou plusieurs des caractères anatomiques signalés précédemment; 2° que le plus souvent, sinon constamment, alors qu'on a rencontré ces mêmes lésions chez des blessés, on avait observé pendant la vie les symptômes non douteux de l'alcoolisme.

Les rapports de cause à effet et réciproquement se trouvant ainsi nettement établis, la conviction naîtrait d'elle-même dans l'esprit. Or c'est là ce que l'on cherche vainement dans le travail de M. Verneuil. Dans trois de ces observations, sur quatre, les preuves anatomiques font défaut, et, dans celle où l'on trouve la dégénérescence graisseuse du foie et des reins (le crâne n'a pas été ouvert), les symptômes observés pendant la vie n'offrent rien de caractéristique et qui ne puisse être rapporté à d'aussi graves lésions survenues chez des individus non entachés d'alcoolisme.

Ce n'est pas ainsi, selon M. Richet, que s'établit chez les malheureux ouvriers qui peuplent les hôpitaux, ce qu'il appelle depuis bien longtemps la *misère* ou la *dégradation physiologique*, dénomination qui correspond à la *sénilité précoce* de M. Gosselin.

Tous les auteurs qui ont parlé de l'alcoolisme chronique ont signalé la fréquence des vomissements glaireux ou muqueux chez les buveurs; on a même donné à ce symptôme le nom de *gastrorrhée*. Ces vomissements sont produits par une sécrétion plus abondante des glandules stomacales, sécrétion qui n'est elle-même que la conséquence de l'irritation constante de la muqueuse gastrique par les liqueurs alcooliques. Cette irritation de la membrane muqueuse de l'estomac est constante chez les buveurs, et elle se traduit à l'autopsie, ainsi que le constatent tous les auteurs, par une teinte grise ardoisée de la surface, un ramollissement notable, par places, avec injection plus ou moins vive du réseau sous-muqueux; parfois même on rencontre de véritables ulcérations. L'examen micrographique a fait voir, dans ces cas, que les glandes elles-mêmes de la muqueuse étaient augmentées de volume, réellement hypertrophiées, et que leurs parois étaient infiltrées de granulations graisseuses.

En résumé il existe, chez les buveurs, une véritable gastrite chronique, variable dans son intensité et ses degrés, parfaitement établie par les nécropsies et s'accusant pendant la vie par des symptômes irrécusables: irritation factice de l'appétit, suivie bientôt de dégoût pour la nourriture, d'une véritable anorexie et plus tard d'une dyspepsie caractéristique connue généralement sous le nom de *dyspepsie des ivrognes*. Plus l'alcool est concentré, comme dans le *gin*, le *vermouth* ou l'*absinthe*, plus il produit son action délétère sur les éléments anatomiques ; et c'est surtout chez les individus qui, comme le plus grand nombre des ouvriers, prennent ces boissons à jeun, c'est-à-dire alors qu'aucun aliment ne s'oppose au contact direct de la liqueur toxique sur les parois du viscère, que s'observent les plus fâcheux effets.

Cette gastrite chronique existe chez tous les buveurs à des degrés variables, détermine des dyspepsies, et, comme conséquence, une réparation insuffisante. Si à cette cause on ajoute que, pour réveiller l'appétit, les buveurs, dans la classe du peuple, font usage des stimulants les plus énergiques, tels que le poivre, le vinaigre, le piment et le sel qui assaisonnent toujours en excès leurs mets de prédilection, la charcuterie et la salade, on comprendra combien l'économie doit souffrir d'un pareil régime.

Tout le monde sait, d'ailleurs, que l'ouvrier des grandes villes, celui de Paris en particulier, consomme en vingt-quatre ou quarante-huit heures le produit de son travail de cinq ou six jours, et que, pendant ces heures de travail souvent épuisant, il se nourrit fort mal. A ces abus de régime s'ajoutent des excès d'un autre genre qui achèvent de ruiner la constitution des ouvriers qui peuplent les hôpitaux.

Il y a lieu de se demander si c'est à l'alcool qu'il faut imputer les accidents si graves et si insolites qu'on observe souvent sur ces malheureux lorsqu'ils sont atteints de lésions chirurgicales.

Selon M. Richet, on peut et on doit admettre deux sortes d'action de l'alcool sur l'économie : 1° une action directe, immédiate sur la membrane gastrique, surtout quand il est introduit à jeun. C'est là une action *physique* et même *chimique*, analogue à celle de certains poisons, de l'arsenic, par exemple, ou de l'acide oxalique; — 2° une action indirecte, générale, résultant de l'absorption de l'alcool et de son passage dans le sang, qu'il empoisonne à la manière de l'éther, du chloroforme, etc.

L'action directe, physico-chimique, produit la gastrite et ses conséquences, les dyspepsies, l'amaigrissement, l'appauvrissement du sang, l'affaissement des forces, leur usure précoce, et, finalement, ce que l'en peut appeler la *misère* et la *dégradation physiologique*.

A l'action indirecte, c'est-à-dire à l'absorption de l'alcool, à son passage dans le sang et de là dans tous les organes, se rapporteraient plus spécialement les lésions de ces organes eux-mêmes, se produisant lentement, c'est-à-dire la stéatose du foie, des reins, du cœur, la sclérose des méninges et de l'encéphale.

L'action directe sur la muqueuse gastrique suffit à elle seule pour engendrer cet état de *dégradation physiologique*, qui peut amener comme conséquence les accidents les plus graves chez les individus blessés sous l'empire de l'alcoolisme chronique. Il n'est pas besoin pour cela que leurs organes internes, que le foie ou les reins soient stéatosés, que les méninges soient épaissies; il suffit que la muqueuse stomacale soit désorganisée dans ses éléments et ne puisse plus fonctionner. En se plaçant à ce point de vue, on s'explique un certain nombre de faits rapportés par M. Verneuil et qui, sans cela, resteraient tout à fait incompréhensibles; ce sont les observations dans lesquelles on a constaté des habitudes alcooliques invétérées et des symptômes d'alcoolisme chronique et où l'on a cependant rien trouvé de caractéristique dans les viscères. Il a été donné à M. Richet d'observer quelques cas de ce genre.

Quant à l'influence plus ou moins directe que peuvent exercer sur la marche des affections chirurgicales les dégénérescences viscérales, conséquence de l'intoxication alcoolique chronique, M. Richet avoue que depuis dix-huit mois que son attention a été spécialement attirée sur cette question, il n'a pu encore saisir aucun rapport bien net de cause à effet.

En ce qui concerne la thérapeutique chirurgicale, M. Richet, comme MM. Verneuil et Gosselin, la considère comme absolument impuissante contre les accidents graves provoqués par les lésions traumatiques chez les individus atteints d'alcoolisme. Voici, du reste, quelle est sa règle de conduite dans les cas dont il s'agit :

Partant de ce principe que la muqueuse stomacale est malade et le blessé épuisé, il cherche à relever les forces sans irriter l'estomac. Il administre l'opium en lavement ou en suppositoire, il donne pour boisson de l'infusion de café légère, et, enfin, il alimente le malade le plus qu'il le peut avec du thé de bœuf, de la viande crue et du vin de Bordeaux. Voilà pour l'état général.

Quand à l'état local, il a surtout recours aux pansements à l'alcool, rarement à l'acide phénique, et enfin, chirurgicalement, il use de larges débridements, afin d'empêcher les liquides de séjourner dans la plaie. Autant que possible il s'abstient de mutilations qui presque jamais ne réussissent, surtout quand on les pratique alors que déjà la fièvre de réaction a commencé. Dans les cas où l'hésitation sur le parti à prendre n'est pas possible, il opère dans les 24 heures qui suivent l'accident, ou bien il s'abstient jusqu'à ce que la fièvre traumatique ayant disparu on puisse, pour agir, profiter d'une éclaircie favorable.

La séance est levée à cinq heures.

17 JANVIER

XXXV. **Bombardement.** — *Nuit du 13 au 14 janvier.* — Dès huit heures du soir, le bombardement a recommencé avec une extrême vigueur, et a d'abord frappé les quartiers de la Gare et du Panthéon. Il s'est un peu ralenti lors de l'action engagée du côté d'Issy, puis il a continué toute la nuit et pendant la journée du 14. Plus de 500 obus sont tombés sur les quartiers du Val-de-Grâce, de la Sorbonne, du Jardin-des-Plantes, Necker, de l'École-Militaire, Croulebarbe et Javel. D'autres en ont également reçu, entre autres celui de Saint-Thomas-d'Aquin, qui n'avait pas été éprouvé jusqu'à présent. De deux à cinq heures du matin, les batteries ennemies tiraient 100 obus à l'heure.

Les édifices et établissements publics atteints sont : la Boulangerie centrale, rue Scipion, qui semble servir de point de mire ; la prison de Sainte-Pélagie, l'hôpital de la Pitié, l'école des sœurs, rue de Blainville, le jardin du Luxembourg, les ambulances des sœurs Bénédictines de la rue de Varennes, de la rue Blomet, des dames Augustines, la maison des religieuses de Saint-Vincent-de-Paul et le dôme des Invalides, frappé d'un éclat de projectile.

On a constaté des dégâts à 103 immeubles particuliers. Quelques incendies causés par des obus ont été éteints, grâce à la promptitude des secours.

33 victimes : enfants tués, 2; blessés, 2; femme tuée, 1; blessées, 7; hommes tués, 6, blessés, 15.

Nuit du 14 au 15.

Pendant la nuit du 14 au 15, la canonnade ennemie a été dirigée avec la plus grande vigueur tant sur nos forts que sur la ville de Paris, qui a reçu, de huit heures du soir à sept heures du matin, plus de 500 obus, dirigés sur les quartiers de l'Observatoire, du Jardin-des-Plantes, de l'École-Militaire, du Val de-Grâce, de l'Odéon, Saint-Victor, de la Gare, de Grenelle et du Point-du-Jour. Un grand nombre de projectiles sont tombés sur les rues Daguerre, Lecourbe, Mouffetard, Monge, de Poliveau. 75 immeubles ont été endommagés.

Les édifices et établissements atteints sont : le muséum du Jardin-des-Plantes; le Luxembourg, la prison de Sainte-Pélagie, l'hôpital de la Pitié, les caserne Mouffetard et de Lourcine, l'hôpital du Val-de-Grâce, les dômes du Panthéon et de la Sorbonne, le presbytère de l'église Saint-Etienne-du-Mont, le collége Henri IV, l'église Saint-Sulpice, l'hôtel des Invalides, la manufacture des Gobelins, les ambulances de Sainte-Périne et de la rue de la Gaîté, le marché Saint-Germain, l'abattoir de Grenelle. Quatre incendies se sont déclarés : rues de Poliveau, de Lourmel, de Notre-Dame-des-Champs et boulevard de l'Hôpital; ils ont pu être promptement éteints. Le bombardement a continué avec une véritable fureur pendant la journée du 15.

31 victimes : enfants tués, 4; blessés, 2; — femme tuée, 1, blessées, 6; — hommes tués, 9; blessés, 9.

Du 15 au 16.

Une canonnade très-vive a été dirigée pendant la nuit du 15 au 16 sur nos forts, ainsi que sur les 5e, 6e, 13e, 15e et 16e arrondissements, notamment sur le Point-du-Jour, la route de Versailles, le boulevard de Grenelle, les rues du Commerce et Letellier. De sept heures du soir à neuf heures du matin, on a constaté la projection de 300 obus, dont deux sont tombés sur les quartiers de l'île Saint-Louis et de la Monnaie, qui n'avaient pas encore été atteints.

Les édifices et principaux établissements qui ont reçu des projectiles sont : l'hôtel des Invalides, le collége Rollin, le couvent des religieuses, la rue de Vaugirard, le pont Notre-Dame, dont une des arches a été touchée; l'Entrepôt général des vins, la Boulangerie centrale, le Jardin-des-Plantes, la caserne de la rue Mouffetard, le dépôt des omnibus, rue d'Ulm, la compagnie des petites voitures, la gare de l'Ouest et l'usine Cail. Cinq obus sont tombés dans ce dernier établissement, sans causer ni accidents, ni dégâts importants.

21 victimes : enfant tué, 1; blessés, 2; — femme tuée, 1; blessées, 7; — hommes tués, 4; blessés, 6.

18 JANVIER

XXXVI. **Ambulances.** — Par décision ministérielle en date du 17 janvier, MM. les inspecteurs Michel Lévy, Cazalas et Lustreman sont chargés de l'inspection des hôpitaux et ambulances des dix groupes formés pour les besoins des armées de la défense nationale.

XXXVII. **Bombardement** *du 16 au 17.* — Le bombardement a été un peu moins violent pendant la nuit du 16 au 17 ; 180 obus ont éclaté sur la ville, tandis que la nuit précédente on avait com-

staté 294 projections. Les arrondissements qui ont le plus souffert sont le 5e, le 6e, et surtout le 13. Le tir de l'ennemi n'a pas subi de variation sensible, puisqu'il continue à agir dans un rayon déterminé et à frapper les mêmes quartiers du Jardin-des-Plantes, de la Salpêtrière, des Gobelins, de Necker, de Montrouge, de Grenelle et du Point-du-Jour. Cependant un projectile est tombé pour la première fois dans le quartier de l'Arsenal, près la place de la Bastille, et un autre dans le quartier Saint-Germain-des-Prés.

Malgré le ralentissement du feu, plusieurs édifices et un grand nombre d'établissements publics ont été atteints. On citera notamment : l'hôtel des Invalides, les hôpitaux de la Salpêtrière et de la Pitié, le collége Rollin, le presbitère de l'église Saint-Germain-des-Prés, les casernes de Lourcine, Dupleix et Babylone, la halle aux Cuirs, les abattoirs de Grenelle, l'usine Caïl.

35 propriétés particulières ont été endommagées, quelques-unes assez fortement. Un seul incendie s'est déclaré ; il a été promptement éteint.

14 victimes : femmes blessées, 4; — homme tué, 1; blessés, 9.

XXXVIII. **Muséum.** Malgré les difficultés considérables et chaque jour croissantes que l'administration du Muséum d'histoire naturelle éprouve pour assurer le service des subsistances nécessaires à l'entretien de sa belle ménagerie, cet établissement scientifique n'a fait jusqu'ici aucune perte grave.

Faute de légumes frais, les singes et quelques autres petits animaux des pays chauds meurent en grand nombre; quelques carnassiers, tels qu'une lionne et un jaguar ont succombé sous l'influence du régime insalubre auquel ils sont assujettis ; car, depuis l'investissement de Paris, on ne nourrit les bêtes féroces du Jardin-des-Plantes qu'avec de la viande de mauvaise qualité, déclarée impropre à la consommation publique et provenant de la voirie.

Mais les animaux les plus précieux, notamment les deux hippopotames, le rhinocéros, les deux éléphants d'Asie, l'éléphant d'Afrique et un certain nombre d'antilopes n'ont pas souffert, et, au moyen des approvisionnements spéciaux préparés avant le siége, il sera possible de pourvoir à leur nourriture pendant plusieurs mois. Les craintes exprimées par quelques journaux au sujet du sort de nos collections nationales sont par conséquent sans fondement.

Il est même à remarquer que depuis l'investissement de Paris la ménagerie du Muséum d'histoire naturelle a pu accroître considérablement ses richesses zoologiques, et s'est procuré par voie d'échange un certain nombre d'animaux précieux, parmi lesquels on peut citer en première ligne : une paire de zèbres, un antilopegnou, une paire de phascolomes à front large, et un wombat d'Australie.

Ces échanges lui ont été d'autant plus précieux qu'ils lui ont permis de se débarrasser avantageusement de plusieurs pensionnaires d'un faible intérêt zoologique et trop coûteux à nourrir à raison de la quantité de vivres qu'ils consommaient.

Les animaux qui ont été débités dans plusieurs boucheries comme viande de fantaisie, provenaient du Jardin d'acclimatation. A l'approche de l'ennemi, ils avaient dû être transportés du bois de Boulogne dans l'intérieur de Paris, et ils ont été logés provisoirement au Jardin-des-Plantes.

La ménagerie du Muséum d'histoire naturelle, qui est une propriété nationale, n'a rien vendu, et conserve précieusement ses collections scientifiques.

19 JANVIER

XXXIX. **Bombardement** *du* 17 *au* 18. — Le bombardement, qui s'était ralenti hier, a été un peu plus vif pendant la nuit du 17 au 18 janvier. Les projectiles ont continué à frapper les mêmes arrondissements, principalement les 5e, 6e, 15e et 16e. De sérieux dégats ont été constatés dans le quartier Notre-Dame-des-Champs. Cinq maisons du boulevard Montparnasse et sept de la rue de Rennes ont été atteintes; une trentaine d'autres propriétés privées ont été plus ou moins endommagées.

Plusieurs édifices et établissements publics ont reçu des obus : entre autres, les dépendances de l'hôtel des Invalides, l'Entrepôt des vins, le Jardin-des-Plantes, la Boulangerie centrale, qui paraît être un des points de mire ; les abattoirs de Grenelle et la gare d'Orléans, où trois projectiles sont tombés à peu de distance et dans un court espace de temps.

Quatre incendies causés par le bombardement se sont déclarés dans des maisons particulières; ils ont été facilement éteints. Un autre, qui a éclaté hier, vers onze heures du soir, à l'Entrepôt des vins, menaçait de prendre des proportions considérables; mais le service des sapeurs-pompiers l'a promptement maitrisé. Enfin, le 18, à une heure de l'après-midi, le feu s'est déclaré, par suite de la projection d'un obus, dans les abattoirs de Grenelle; on s'en est rendu maitre après deux heures de travail, et l'on n'a pas eu d'accident à déplorer.

20 victimes : enfant tué, 1; blessés, 2; — femme tuée, 1; blessées, 7; — hommes tués, 4; blessés, 5.

Rationnement du pain. — On doit afficher sur les murs de Paris un arrêté qui fixe le rationnement du pain à 300 grammes par tête et par jour, et à 150 grammes pour les enfants de six ans et au-dessous.

A partir d'aujourd'hui 19 janvier, les boulangers ne pourront vendre du pain qu'à leur clientèle, et leur clientèle sera déterminée dans un tableau affiché à leur porte. Des gardes nationaux et des délégués de la mairie veilleront à l'exécution de cet arrêté.

Le prix du pain est abaissé de 45 c. le kilog., à 33 c. et 1/3.

La ration des 300 grammes coûtera 10 c. et celle de 150 grammes 5 c.

M. Jules Ferry a adressé aux maires de Paris une circulaire explicative. Le rationnement était d'ailleurs en fait exécuté depuis hier.

Le Directeur : Dr E. Le Souef.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

Le journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois... 8 fr. 50 c. Six mois... 16 — Un an..... 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 2 septembre 1871.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Névralgies du nerf phrénique.

Les vacances, qui ont commencé, n'ont pas interrompu l'enseignement clinique. Suivant une très-bonne coutume, beaucoup d'agrégés qui remplacent les professeurs dans leurs services, les remplacent aussi dans leurs amphithéâtres. Par exemple, en ce moment, les élèves peuvent suivre en chirurgie M. Labbé, dont les cours se font les mardis, jeudis, samedis, dans l'amphithéâtre de M. Richet, et en médecine M. Peter, dont les conférences ont lieu les lundis, mercredis et vendredis dans l'amphithéâtre de M. Sée.

Hier, M. Peter a pris pour sujet de sa conférence une question qu'il a le mérite d'avoir le premier abordée dans un travail récent : celle des névralgies du nerf phrénique.

Le nerf phrénique, sortant du plexus cervical, doit comme les les autres branches de ce plexus, être un nerf mixte. Il doit donc, comme tout nerf mixte, être susceptible de devenir le siége de névralgies.

Dans la pleurésie diaphragmatique, M. Guéneau de Mussy et d'autres avaient signalé des points douloureux qu'ils rapportaient au nerf phrénique. Mais en faisant de ces points douloureux le symptôme d'une maladie inflammatoire déterminée, ils ne paraissent pas avoir prévu la possibilité d'une névralgie simple.

Or cette névralgie simple existe ; M. Peter en a observé plusieurs exemples.

Elle peut se produire, comme toutes les autres névralgies, soit dans le cours d'une chloranémie, et alors elle tend à siéger plutôt du côté gauche, soit à la suite d'un accès d'hystérie, et elle occupe encore généralement le même siége, soit peut-être à la suite de refroidissements ou de causes indéterminées : M. Peter n'a pas vu d'exemples de ces névralgies essentielles sans complication d'hystérie, de nervosisme ou d'anémie.

Ceci constitue un premier groupe de névralgies qui sont faciles à guérir d'une manière définitive, et qui doivent être mises à part.

A côté d'elles se trouvent d'autres groupes de douleurs du nerf phrénique, qui, cette fois, n'attirent plus l'attention pour elles-mêmes, mais pour les maladies beaucoup plus graves dont elles peuvent être l'indice.

Parmi celles-là figurent d'abord les points douloureux si bien décrits par M. Guéneau de Mussy dans la pleurésie diaphragmatique.

Ici le nerf phrénique est affecté par l'inflammation de la plèvre, sous laquelle rampe une partie de ses dernières ramifications. M. Peter fait remarquer à ce sujet que les pleurésies diaphragmatiques sont bien plus fréquentes et bien moins graves qu'on ne l'avait supposé d'abord. Rien n'est plus fréquent dans les autopsies que de trouver des adhérences intimes du poumon avec le diaphragme, adhérences qui sont la suite d'anciennes pleurésies limitées à cette partie de la cavité pleurale.

C'est à peine si, dans ce cas, la sensibilité du nerf phrénique peut être rapportée à une névralgie de pur et simple voisinage, car les extrémités du nerf plongent en plein dans les parties qui sont le siége du processus inflammatoire.

Mais dans l'angine de poitrine et dans les maladies du cœur, aucun rameau du nerf phrénique ne se trouve directement en cause ; et cependant M. Peter a rencontré en pareil cas des névralgies très-nettes, et parfois très-vives du nerf phrénique, avec tous les points douloureux caractéristiques.

Tel est le cas chez deux malades, un homme et une femme, qui se trouvent en ce moment dans le service de M. Peter, à la Charité.

La femme a 74 ans. Le cercle sénile de ses cornées, la dureté et les sinuosités des artères qu'on peut atteindre par le toucher, l'étendue de la matité suscardiaque (six centimètres d'un côté à l'autre), qui indique un élargissement de l'espace occupé par les gros vaisseaux à leur origine, c'est-à-dire une dilatation de l'aorte ascendante, le bruit de souffle, qui prouve une lésion valvulaire, probablement liée à l'athérome du système cardio-vasculaire, tout cela forme un tableau complet d'affection du cœur chez un vieillard.

Eh bien, soit que l'on vienne à toucher les attaches du diaphragme à gauche le long des côtes, soit qu'on porte la main sur le point où le nerf phrénique du même côté passe au-devant du scalène, on cause à la malade une douleur si aiguë qu'elle a peine à la supporter. Une douleur semblable existe à gauche de la partie supérieure du sternum vers l'articulation de cet os avec la troisième côte. Cette douleur, fréquente dans toutes les espèces de névralgies du nerf phrénique, est située trop bas pour tenir à l'anastomose que ce nerf reçoit du nerf sous-clavier.

Du reste, il faut dire que ces derniers points douloureux, celui de la région sternale gauche et celui du tronc du phrénique au-devant du scalène, sont l'un et l'autre beaucoup moins marqués chez le second malade que nous a montré M. Peter : un homme également atteint d'une dilatation de l'aorte avec athérome probable, et d'une affection valvulaire caractérisée par un bruit de souffle double qui se prolonge vers l'aorte.

Quand la névralgie est, comme chez ce malade, très-faible et ne s'étend pas au tronc même du nerf phrénique, on ne trouve pas de points douloureux le long des apophyses épineuses des vertèbres cervicales.

Mais, dans le cas contraire, ces points douloureux, correspondant à l'origine du plexus dont émane le nerf phrénique, viennent compléter le tableau, en ce qui touche du moins le nerf phrénique lui-même. Souvent, en effet, la névralgie se fait sentir sur d'autres rameaux, soit du plexus cervical, soit même du plexus bracchial. Ainsi les malades se plaignent de douleurs vers l'épaule ou le long du bras. Parfois le bras est affaibli.

Tous ces phénomènes ont été décrits dans les symptômes de l'angine de poitrine.

Or, justement, dans l'angine de poitrine, si du moins on doit généraliser une observation que M. Peter a faite sur plusieurs malades, la névralgie du nerf phrénique existe comme complication, assez fréquente pour être assimilée à un symptôme.

Pourquoi cela ?

M. Peter pense qu'il faut y voir une action de voisinage, et non pas une action réflexe. Le nerf phrénique gauche passe auprès du cœur et souffre quand souffre le cœur, sans qu'il soit besoin d'invoquer l'intervention des centres nerveux pour expliquer ce concensus.

J'avoue que cette théorie ne m'a pas pleinement satisfait.

En effet, lorsqu'il est le siége, soit d'une lésion valvulaire, soit d'un athérome, le cœur n'est pas dans les mêmes conditions que la plèvre diaphragmatique atteinte d'inflammation aiguë. Nous ne retrouvons plus ici un processus qui puisse s'étendre de proche en proche au voisinage. On ne voit pas pourquoi le mauvais fonctionnement d'un appareil circulatoire affecterait les tubes nerveux qui se trouvent passer non loin de lui.

Je sais bien que dire *action réflexe* est souvent se payer d'un mot auquel on ne saurait pas encore attacher de sens bien précis.

Lorsque ce mot traduit une influence qui, partant d'un nerf sensitif et se transmettant à travers un centre, vient aboutir à un nerf moteur, on comprend parfaitement ce dont il est question.

C'est là le genre d'actions réflexes que M. Claude Bernard a surtout étudiées.

Mais lorsqu'il s'agit, par exemple, de l'influence que peut avoir un nerf sensitif sur un autre nerf sensitif, de ce qu'on appelle *névralgies réflexes* ou *paralysies réflexes de la sensibilité*, on est loin de voir aussi bien comment peuvent se passer les choses.

Alors la théorie actuelle cesse d'être à un haut degré satisfaisante pour l'esprit. Elle ne représente plus les faits comme une peinture, mais simplement comme une phrase conventionnelle.

Pour ceux qui aiment à se rendre compte des formules qu'on leur présente, cette partie de la science n'a pas encore franchi la période expérimentale.

La période dogmatique, celle où l'on comprend et traduit le mécanisme des phénomènes, sinon leurs causes premières qu'on ne comprend ni ne traduit jamais, cette période vraiment scientifique, dans le sens complet de ce mot, ne va pas plus loin que l'étude des arcs sensitivo-moteurs.

Mais ce n'est pas une raison pour ne pas noter avec soin les faits qui restent inexpliqués. Bien loin de là.

Les influences du voisinage, dont nous avons parlé souvent, et sur lesquelles nous aurons sans cesse à revenir, ces influences, pour être mystérieuses dans l'état actuel de la science, comme tout ce qu'on nommait sympathies l'était autrefois, n'en sont que plus précieuses à bien mettre en lumière, car quand les détails sont bien connus, la théorie qui les embrasse finit par jaillir un beau jour.

Peu importe que M. Peter ne montre pas bien la nature du lien qui rattache aux lésions de l'appareil circulatoire les névralgies du nerf phrénique.

Il n'en est pas moins intéressant de savoir que ces névralgies doivent attirer l'attention sur le cœur et les gros vaisseaux, quand il ne s'agit pas d'une affection fébrile, sur la plèvre diaphragma-

FEUILLETON BIBLIOGRAPHIQUE

PRINCIPES DE CHIMIE BIOLOGIQUE

Par le Dr Ernest Hardy (1)

« Parlez-moi des médecins chimistes, disait Paracelse. Ceux-là du moins ne sont pas paresseux comme les autres, ils ne sont pas habillés en beau velours, en soie, ou en taffetas; ils ne portent pas de bagues d'or aux doigts, ni de gants blancs. Les médecins chimistes attendent avec patience, jour et nuit, les résultats de leurs travaux; ils ne fréquentent pas les lieux publics; ils passent leur temps dans le laboratoire; ils portent des culottes de peau, avec un tablier de peau pour s'essuyer les mains; ils sont noirs et enfumés comme des forgerons et des charbonniers, ils parlent peu..... Mais vous qui, après avoir étudié Hippocrate, Galien, Avicenne, croyez tout savoir, vous ne savez rien. La chimie nous donne la solution de tous les problèmes de la physiologie, de la pathologie et de la thérapeutique; en dehors de la chimie vous tâtonnerez dans les ténèbres. » Voilà l'exagération et les illusions d'une science encore dans l'enfance, voilà l'erreur des chimiâtres qui, voulant expliquer tous les phénomènes de la vie, ne sont arrivés qu'à une tentative infructueuse, à des essais avortés, et pendant longtemps ont discrédité, pour beaucoup de bons esprits, l'introduction des sciences physiques dans la médecine.

Aujourd'hui la chimie biologique a des visées moins hautes, mais elle ne se paie plus de mots, ni d'affirmations vagues. Elle prend pour base les lois de la chimie proprement dite; elle reçoit de la physique les résultats qui se rapportent à la conservation de la force; elle demande à la physiologie et à la médecine clinique une aide efficace et s'appuie sur les données que ces sciences lui fournissent pour arriver à connaître la composition des tissus et la transformation de la matière dans les organes vivants.

C'est là son but et sa mission : « Chimia egregia ancilla medecinæ, non alia pejor domina. » Ces paroles, que Lind prononçait il y a plus d'un siècle, sont plus vraies encore aujourd'hui que dans ces temps déjà reculés. La chimie ne peut être utile, ne peut hâter le progrès des sciences biologiques, qu'en restant dans son rôle, et ce rôle, qui se délimite tous les jours davantage, est encore assez beau, quoiqu'il ne soit pas le premier.

M. Hardy, avec juste raison, a pris pour base de son traité les principes que nous venons d'esquisser à grands traits. Il a écrit un excellent livre, essentiellement pratique, indispensable au médecin qui veut suivre le progrès des idées, connaître les nouvelles expériences et les applications qui en dérivent. Une foule de recherches ont été entreprises depuis quelques années sur la chimie physiologique; plusieurs sont des travaux de science pure, mais, chose remarquable, celles-là même sont arrivées non-seulement à donner des interprétations plus vraies de faits contestés, mais à fournir au clinicien d'utiles méthodes d'investigation. Le plus grand nombre ont des applications immédiates; nous en trouvons des exemples à toutes les pages, et nous félicitons l'auteur, moins d'avoir fait un livre savant, au courant de toutes les choses nouvelles, que d'avoir accompli une œuvre utile, où tous trouveront les indications usuelles, les moyens faciles et rapides pour résoudre de nombreuses questions de diagnostic et de traitement.

Parlons seulement de découvertes très-récentes : telle est la matière colorante des globules du sang. M. Hardy donne la manière de l'obtenir en cristaux bien définis; il expose les caractères qu'elle offre au spectroscope, cet instrument qu'Hoppe-Seyler a introduit dans l'arsenal physiologique, puis il montre que l'on peut reconnaître l'hémoglobine, ou matière colorante, dans le sang en circulation; il décrit les caractères qui permettent de prouver la présence des globules du sang dans des conditions ou le microscope est en défaut. Qui n'aperçoit pour la médecine légale la portée de pareils faits inconnus il y a quelques années à peine? Que d'incertitudes disparaissent avec des procédés si simples et si faciles pour reconnaître les taches de sang!

Arrêtons-nous un instant sur les tissus. M. Hardy en fait une très-bonne description, et de curieuses applications en dérivent. Par exemple, quel doit être le régime d'un homme appelé à donner le maximum de travail possible? Guidés par une théorie de Liebig, et

(1) 1 vol. in-8, 560 pag., avec figures et spectre. — Paris, 1871, chez Savy.

tique, quand on est en droit de soupçonner une inflammation viscérale.

Dans ces deux cas, la névralgie du nerf phrénique est un symptôme, mais un symptôme très-important.

Dans d'autres, elle peut être une unité morbide, dont M. Peter a fait connaître les caractères et l'existence.

Il y a là un travail de très-fine analyse pathologique, tel que nous devons l'attendre d'un ancien élève de Trousseau.

Dr Victor Revillout.

OPÉRATION CÉSARIENNE *POST MORTEM*

AVEC CONSERVATION DE L'ENFANT, PRATIQUÉE CHEZ UNE FEMME MORTE D'ÉCLAMPSIE PUERPÉRALE.

Par M. Molinier, interne de l'hôpital Necker.

Il serait à désirer que cette observation fût complète; mais, la malade n'étant pas dans mon service, je n'ai pu fournir que quelques renseignements. Quelque insuffisants qu'ils soient, j'ai cru devoir les livrer à la publicité.

Rosalie B..., passementière, âgée de vingt-cinq ans, entre à l'hôpital Necker, salle Sainte-Eulalie, n° 22, le 29 août 1868. Au moment de son entrée, la malade peut à peine répondre d'une manière vague aux questions qu'on lui adresse. Elle dit qu'elle est souffrante depuis dix jours seulement. Elle se plaint de douleurs dans le ventre; elle a une toux légère et une diarrhée abondante; elle n'a pas de taches sur le ventre. Elle est enceinte, et dans son neuvième mois. Depuis le commencement de sa grossesse, elle a eu plusieurs attaques de convulsions. Huit jours après son admission, elle a une attaque suivie de quatre ou cinq autres. Ces attaques, au dire de la religieuse de la salle, étaient très-violentes, et ressemblaient à de l'épilepsie; la malade était dans un état d'insensibilité complète. Elle était tombée de son lit plusieurs fois. On avait examiné souvent les urines, et on n'y avait pas trouvé d'albumine.

Le 9 septembre, la malade eut une dernière attaque et mourut une demi-heure après. L'opération devait être faite par mon collègue A. Hybord, interne de Sainte-Eulalie; comme il était absent et que j'étais de garde, elle me revenait de droit.

Quelques minutes après la mort, j'incisai l'abdomen couche par couche sur la ligne médiane, etc., arrivé à la poche des eaux, je l'incisai sur la sonde cannelée. L'enfant ne présentait aucun signe de vie. Je fis l'insufflation bouche à bouche, et la respiration artificielle pendant assez longtemps, sans succès. Nous continuons, mes collègues et moi, à faire la respiration artificielle, et nous chatouillons les narines avec les barbes d'une plume. Il nous semble que l'enfant respire; nous en avons bientôt la certitude, et enfin nous avons le bonheur de le voir pousser un cri. C'était une fille très-forte et très-bien constituée; elle continua à vivre et fut baptisée. Les sœurs voulurent lui donner mon nom et on l'appela Joséphine.

Sur l'avis de M. Delpech, on y ajouta le nom de Césarine.

Au bout de quelques jours, elle fut envoyée aux enfants assistés.

Une relation de ce cas a été publiée par le journal anglais *The Lancet* (8 mai 1869, p. 638). Elle n'a pas été, que je sache, reproduite par les journaux de Paris. Du reste, elle présente quelques inexactitudes.

TUMEUR ÉRECTILE VEINEUSE DE LA MUQUEUSE LABIALE

LIGATURE, GUÉRISON

Par M. A. Michalski (de Villers).

Alice T..., âgée de neuf mois, enfant robuste et pleine de santé, présente à la lèvre inférieure, du côté gauche, une *grosseur*, pour laquelle, ses parents, demeurant au Bourg, viennent me consulter.

Cette grosseur est une *tumeur érectile*.

A la naissance de l'enfant (16 janvier 1870), je reconnus qu'il existait deux tumeurs de cette espèce :

L'une sur la muqueuse labiale du côté gauche, *veineuse*; l'autre sur le cuir chevelu, en arrière et à gauche, *artérielle*. Celle-ci discrète, de forme aplatie, ne parut pas devoir fixer mon attention. La première, par sa *nature veineuse*, et son siége sur la muqueuse labiale, devait rendre également mon pronostic favorable.

Quoiqu'il en soit, croyant à la possibilité d'une augmentation de la tumeur, j'avertis les parents d'avoir à en surveiller la marche, les engageant à venir me trouver dans le cas où elle prendrait des proportions trop considérables.

Mes prévisions se réalisèrent; la tumeur d'abord très-petite a pris de jour en jour, un volume tel, qu'au moment de mon dernier examen (5 octobre 1870) elle offrait les dimensions suivantes :

Largeur : 12 *millimètres*; longueur : 3 *centimètres*; hauteur : 2 *centimètres*.

Elle siégeait sur toute la moitié gauche de la lèvre inférieure dont elle occupait la muqueuse et le tissu sous-muqueux, produisant, dans cette région, une tuméfaction considérable. Sur ses limites, du côté droit, des portions de muqueuse saine étaient englobées dans la tumeur et formaient de petits îlots rosés au milieu de la teinte bleue générale.

La tumeur fatiguait beaucoup l'enfant, en la forçant à tenir la bouche béante et en occasionnant un écoulement constant de salive.

Je déclarai aux parents qu'une opération était urgente; elle fut acceptée.

De nombreux procédés existent pour le traitement de ces sortes de tumeurs.

Au moment où je vaccinai l'enfant (5 avril 1870), je lui inoculai le virus sur la tumeur. Le bouton vaccinal se développa régulièrement, et je puis dire qu'il arrêta momentanément la marche de la tumeur. Cet arrêt fut de courte durée, car six mois après la tumeur nécessitait un traitement plus énergique.

De tous les procédés, je choisis celui de la *ligature*.

Une difficulté se présentait dans le mode opératoire. La tumeur n'était point pédiculée; mais ce cas étant le plus général, il fallait recourir au procédé le plus favorable. Je m'arrêtai à celui de Rigal (de Gaillac), et le mis en pratique.

Après avoir traversé les parties sous-jacentes à la tumeur, d'arrière en avant, dans le sens de son plus petit diamètre, avec trois épingles parallèles, je passai, avec une aiguille, deux fils doubles, l'un entre la 1re et la 2e épingle, l'autre entre la 2e et la 3e. J'étranglai la tumeur à sa partie moyenne, puis à ses deux extrémités, et enfin, totalement, avec les bouts restants des fils.

L'opération eut lieu le 8 octobre 1870.

La journée fut bonne. L'enfant, quoique un peu fatiguée par l'opération, ne me parût ressentir aucune suite fâcheuse. Elle prit le sein plusieurs fois, mais avec quelques difficultés.

9 *octobre*. — Un peu de fièvre s'est déclaré hier dans la soirée et continue le matin; le pouls à 122°. L'enfant est maussade, prend sans plaisir le sein que lui présente sa mère. Une érosion se produit sur le lobe moyen de la tumeur pédiculaire, et donne issue à un liquide sanguinolent dont l'écoulement n'a rien de sérieux.

10. — La nuit a été bonne; l'érosion ne laisse plus échapper de liquide. La fièvre continue, mais faible d'intensité; pouls à 122°; l'enfant refuse le sein, ce que j'attribue bien plus à la gêne dans les mouvements de succion qu'au léger malaise qui existe. J'ordonne bouillon et eau sucrée.

11. — L'enfant va mieux; la fièvre a cédé; pouls à 120°. Le caractère reste maussade; l'enfant ne refuse pas les aliments que je lui ai prescrits.

12. — Le mieux continue. La tumeur commence à se détacher le long de la ligation postérieure.

13, 14. — Rien de nouveau; la mortification continue.

15. — État général bon. La tumeur, à demi détachée de sa base, laisse voir une plaie de bonne nature.

16, 17, 18. — La tumeur continue à se détacher et ne présente rien de particulier.

19. — La tumeur détachée laisse à nu une plaie qui suppure abondamment; cautérisation avec l'azotate d'argent, pour hâter le développement des bourgeons charnus.

20. — La lèvre inférieure offre une perte de substance peu considérable, à concavité supérieure.

Une portion de tumeur, grosse comme la moitié d'un petit pois, qui n'avait pu être saisie par les fils, est visible sur la muqueuse labiale, à la face postérieure.

L'enfant reprend dans la journée le sein qu'elle avait obstinément refusé depuis le 10.

21, 22, 23. — La plaie est cautérisée tous les jours; la suppuration est peu abondante. Les bourgeons charnus se développent normalement et donnent à la plaie un aspect de bonne nature.

Depuis le 24 *octobre* jusqu'au 15 *novembre*, époque de la guérison, je fis cinq nouvelles cicatrisations; la plaie se combla de plus en plus et l'enfant continua à se maintenir dans un état parfait de santé.

Vers la fin de *février* 1871, la portion de tumeur qui n'avait pu être saisie, continuant à augmenter, les parents, encouragés par un premier succès, vinrent me revoir.

Je fis la ligature, le 28 février, en modifiant le premier procédé. Deux épingles furent passées en croix sous la tumeur et un fil serré circulairement au-dessous d'elles. La tumeur se détacha cinq jours après; je fis une seule cautérisation au nitrate d'argent; la cicatrisation marcha rapidement.

La guérison s'est maintenue jusqu'à ce jour (31 août 1871), et rien ne fait craindre une rechute.

Je n'ai pas l'intention de faire un traité des *tumeurs érectiles*; mon but est d'esquisser les faits principaux qui se rattachent à celle qui fait l'objet de mon observation.

J'avais établi comme diagnostic : *tumeur érectile veineuse*. De toutes les classifications qu'on a faites des tumeurs érectiles, celle que j'adopte, la croyant la plus simple et la plus exacte, consiste à distinguer :

A : les *tumeurs érectiles veineuses;*

B : les *tumeurs erectiles artérielles.*

Les tumeurs érectiles *mixtes* ou *intermédiaires*, formées par une dilatation des capillaires proprement dits, semblent appartenir plutôt au domaine de la théorie qu'à celui de la clinique. Quelques auteurs les admettent. Cruveilhier, entre autres, bien plus exclusif, ne reconnaît que cette espèce; toutes les tumeurs érectiles, pour ce savant professeur, débutent constamment par le capillaires proprement dits. Mais quel caractère précis, tranché, qui leur soit propre, offrent-elles à notre diagnostic?

Les *tumeurs érectiles veineuses* se différencient au contraire aisément de celles qui sont *artérielles.*

Les veineuses, en effet, sont d'un bleu plus ou moins foncé, et pleines de sang veineux; les artérielles sont rouges ou rosées et pleines de sang artériel. Et cette différence se manifeste, dès le principe, sur les tumeurs les plus petites.

La tumeur qui siége sur le cuir chevelu de notre enfant, Alice T..., de *couleur rosée*, est donc bien de *nature artérielle*, tandis que celle que j'ai opérée était une *tumeur érectile veineuse*, facile à diagnostiquer par son teint bleu foncé, spécial, comme je l'ai dit plus haut, aux tumeurs de cette espèce.

La sœur de la petite Alice T.... présente une tumeur, ou, pour mieux dire, une *tache érectile*, de *nature artérielle*, placée sur le devant de la poitrine, sur le grand pectoral du côté gauche. Cette tache, analogue à celle du cuir chevelu de l'enfant qui fait l'objet de notre observation, s'affaiblit de plus en plus.

Je n'aurais pas mentionné son existence, si ce fait qui, de prime abord, peut paraître insignifiant, ne me conduisait à parler de l'*hérédité*, comme condition d'évolution de ces tumeurs. Or, l'hérédité, dans cette affection, n'est pas admise généralement, et le cas qui nous occupe vient appuyer cette opinion. La mère, qui a une nombreuse famille (11 frères ou sœurs), le père, n'ont jamais eu de pareilles tumeurs, et cependant les deux sœurs en présentent. Aussi ne faut-il voir, dans le fait, qu'une simple coïncidence, sans chercher à y trouver aucune influence, de quelque nature qu'elle soit (santé, hérédité, sexe, etc.).

La *nature* de la tumeur qui nous occupe, son *siége*, son *accroissement* considérable, au point de nécessiter l'intervention chirurgicale, en rendent l'étude intéressante à plus d'un titre.

Tous les auteurs, en effet, s'accordent généralement, à dire que les tumeurs érectiles des muqueuses (qui sont le plus ordinairement veineuses) :

1° Sont plutôt acquises que congénitales;

2° Qu'elles restent, le plus souvent, stationnaires jusqu'à la mort;

3° Enfin, qu'elles sont communes chez les adultes et surtout les vieillards, rares, au contraire, dans l'enfance et le jeune âge.

Or, dans le cas actuel, la tumeur érectile de la muqueuse labiale existait au moment de la naissance, c'est-à-dire était congénitale, fait que je puis attester, ayant présidé moi-même à l'accouchement de la mère.

convaincus que la puissance musculaire provient tout entière de la chaleur développée par la combustion des matières albuminoïdes préalablement assimilées et converties en fibres contractiles, les hygiénistes conclurent longtemps qu'il fallait à tout prix rendre à l'économie les éléments nécessaires à la réparation des pertes incessantes occasionnées par la contraction musculaire. Dès lors, l'unique but devait être de faire prédominer de plus en plus les substances azotées, la chair musculaire, dans la nourriture des populations ouvrières. Or, l'observation clinique d'abord, les expériences psychologiques ensuite, ont montré que ce fait, vrai dans une certaine limite, a été de beaucoup exagéré. La théorie de Liebig, qui avait sanctionné ces opinions, est fausse, comme l'a clairement prouvé l'expérience suivante de Fick et Wislicenus. Ces savants ont reconnu, en effet, que le pouvoir des muscles ne provient pas exclusivement de l'oxydation de leur substance. Ils firent ces déterminations en Suisse, à la fin d'août 1865. Ils partirent du lac de Brienz et montèrent à pied, pendant cinq heures et demie, pour arriver au sommet du Faulhorn, élevé au-dessus de la mer de 1,956 mètres. Un jour avant leur ascension, ils s'étaient soumis à un régime complètement exempt d'azote. Ils recueillirent leur urine pendant le trajet et six heures après, et dosèrent la quantité d'urée qu'elle contenait. En supposant toute l'urée produite par la combustion des muscles, on arrive à ne représenter que les 53 centièmes du travail effectué par Fick, et les 46 centièmes du travail effectué par Wislicenus. Ce n'est donc pas le tissu musculaire qui a été brûlé. Les muscles ne sont que des machines destinées à transformer l'énergie potentielle en mouvements mécaniques. Par conséquent, les principales substances employées à produire le pouvoir musculaire sont non azotées. Il ne faut, pour l'alimentation normale de l'homme, qu'une quantité de substances albuminoïdes suffisantes pour le renouvellement de la fibre musculaire; le reste des matières nutritives nécessaires au jeu régulier des fonctions et à l'entretien de la vie peut aussi bien être cherché dans les matières ternaires non azotées (sucre et matières grasses) que parmi les matières quaternaires (albumine, viandes, etc.).

Laissons ces questions d'hygiène. Deux savants de Munich, Pettenhofer et Voit, à l'aide de magnifiques appareils, comme les universités allemandes savent seules en mettre à la disposition des expérimentateurs, reprirent l'étude des phénomènes chimiques de la respiration. Ils constatèrent que les tissus emmagasinent une grande quantité d'oxygène pendant la nuit; que c'est là une des principales raisons physiologiques du sommeil, et que cet oxygène sert dans la journée pour les combustions musculaires. Dans le diabète, il y a moins d'oxygène absorbé; dans la leucocythémie, d'autres changements se produisent, etc. Nous ne pouvons insister, renvoyant à l'ouvrage lui même, tout en faisant remarquer qu'il y a là des faits qui méritent l'attention de tous ceux qui s'intéressent aux progrès de la thérapeutique.

L'auteur termine son ouvrage par l'étude des excrétions. Il décrit complétement l'urine : propriétés, dosage des éléments à l'aide de moyens faciles qui permettent de reconnaître rapidement, au lit du malade, la glucose, l'albumine, les matières colorantes ou les acides de la bile, etc., avec des détails assez circonstanciés pour éviter toute erreur. Enfin, les dernières pages sont consacrées à quelques produits qui se rattachent à la fonction de reproduction (œuf, lait).

Répétons, avant de finir, que ce livre est très-complet et essentiellement pratique. Quoique traitant quelquefois des questions ardues, la lecture en est agréable; le style en est clair et précis. On reconnaît une main rompue aux recherches du laboratoire qui ne traite que ce qu'il faut et l'expose lentement. Ce traité de chirurgie biologique remplit un vide dans la littérature scientifique actuelle, il sera utile à chacun. Nous sommes sûrs que ce jugement sera confirmé par tous les lecteurs.

Dr Passant,
Médecin en chef, adjoint du Dispensaire de salubrité.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Les spectres d'absorption du sang, par le docteur Victor Fumouze. In-4° de 150 pages, avec 3 planches coloriées. — Prix : 4 fr. 50.

Revue photographique des hôpitaux de Paris, par les docteurs De Montméja et Bourneville. 3e année : les nos 1-2 (janvier-février), et 2-3 (mars-avril), avec photographies, sont en vente. — Prix de chaque livraison : 4 francs.

Elle se trouvait sur une enfant, et loin de rester stationnaire, la tumeur avait pris, en *neuf mois* (de janvier à octobre), un accroissement énorme, de manière à présenter le volume d'une très-grosse olive, dont elle avait à peu près la forme. C'est, à mon avis, un des cas rares que la science enregistre et je suis heureux d'avoir à le mentionner.

DOCUMENTS

POUR SERVIR A L'HISTOIRE DU MOUVEMENT SCIENTIFIQUE PENDANT LE SIÉGE DE PARIS (1).

XL. **Hygiène publique.** — Nous reproduisons d'après la *Revue des cours scientifiques* la conférence suivante :

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. BOUCHARDAT.

Nos ressources alimentaires pendant le siége.

I

POMME DE TERRE

Après vous avoir entretenu du pain, je vais vous parler du précieux tubercule qu'on accepte volontiers pour le remplacer.

Le prix énorme auquel s'est élevée la pomme de terre (plus de 100 fr. l'hectolitre), quand celui du pain est resté modéré, prouve assez qu'elle remplit dans l'alimentation un rôle spécial. C'est bien comme légume excellent, remplaçant tous les autres, que la pomme de terre apparaît aujourd'hui sur les tables privilégiées. Nous en avons peu, je devrais donc me taire pour ne point exciter des regrets; mais il faut penser à l'avenir, aux jours où nous serons délivrés. Quels services alors ne devons-nous pas attendre du précieux tubercule qui, sous l'inspiration de Parmentier, a épargné les horreurs de la famine à la France républicaine de 1793 ?

La pomme de terre, comme vous le savez, est un tubercule qui se développe sur les tiges souterraines du *Solanum tuberosum*, plante de la famille des Solanées, qui renferme un si grand nombre de poisons. Les fruits de la pomme de terre contiennent des traces d'une substance très-active, la solanine, mais son précieux tubercule en est exempt.

C'est avec le quinquina les deux végétaux les plus utiles que nous devions à l'Amérique.

Je donne, dans le tableau suivant, la composition comparée de la pomme de terre et de l'*igname de Chine*, qui serait son plus précieux succédané si sa culture ne présentait pas de trop sérieuses difficultés pour nous autres européens, qui ne connaissons pas dans tous les détails les habiles pratiques maraîchères des Chinois.

Analyse de la pomme de terre et de l'igname.

	Pomme de terre.	Igname.
Eau	74,00	82,6
Fécule	20.00	15,0
Sucre	1,09	»
Matières grasses, essence	0,11	0,2
Cellulose	1,64	0,4
Matières protéiques	1,60	2,4
Pectates, citrates, phosphates, silicates, chlorures de potassium, sodium, calcium, magnésium	1,56	1,4
	100,00	100,0

En étudiant le tableau qui précède, on voit que la pomme de terre renferme une grande proportion d'eau, c'est presque la quantité que l'on trouve dans le lait; elle contient une très grande quantité de fécule, c'est une richesse exagérée du principe qui représente la lactine du lait; par contre, la graisse fait presque défaut.

Les matériaux protéiques de l'ordre de l'albumine végétale y sont en très-faibles quantités, d'où la nécessité d'ingérer une grande masse alimentaire quand la pomme de terre forme la base du régime.

Comme chez les céréales, les bases qui se trouvent dans la pomme de terre sont : la potasse, qui y domine, la chaux, la magnésie, la soude, le fer et le manganèse. Mais si, comme dans le blé, ces bases sont unies aux acides phosphorique et silicique, au chlore, ce n'est que pour une faible partie ; la plus grande est combinée avec un acide organique (acide citique, Vauquelin). De cette différence ressortent de remarquables propriétés.

L'homme nourri de pain composé de graines céréales excrète des urines acides, car les phosphates qui se trouvent dans ces graines ne sont pas décomposés ; quand, au contraire, il s'alimente exclusivement de pommes de terre, ses urines deviennent alcalines, parce que l'acide citrique combiné avec la potasse est détruit dans le sang; la potasse est transformée en bicarbonate alcalin. Ce bicarbonate de potasse se prête beaucoup mieux que le phosphate de potasse du grain aux transformations qui donnent naissance au chlorure de potassium nécessaire à la constitution des muscles; il facilite aussi l'excrétion de la bile. Voilà quelques-unes des raisons qui rendent si nécessaire l'usage de la pomme de terre ou des légumes frais, quand on est nourri exclusivement de pain ou de biscuit et de viandes salées.

Les variétés les plus exposées aux ravages du *Botrytis infestans* ont disparu et ont été remplacées par des variétés douées de beaucoup plus de résistance, comme je l'exposerai en parlant des mucédinées parasites dans leurs rapports avec nos plantes utiles. La maladie des pommes de terre ne sévira plus, tout nous porte à le croire, avec la désolante intensité de la grande invasion. Cependant je crois qu'il faut limiter la culture de la pomme de terre à ses plus utiles applications, que voici :

1° Légume des plus précieux, qui peut intervenir chaque jour sur nos tables avec autant d'agrément que de profit; le siége nous l'a bien fait apprécier.

2° *Base de l'alimentation du porc.* — Il faut, au printemps prochain, planter le plus possible de pommes de terre dans les bonnes terres qui n'ont pu être ensemencées en blé; importer de jeunes porcs en grand nombre. Voilà un des moyens les plus sûrs de préserver notre pays des horreurs de la famine.

3° *Préparation de la fécule.* — Si nous avions de la fécule, on pourrait en mêler 75 pour 100 avec le blé, et préparer avec ce mélange un pain de bonne apparence, comme nous l'avons expérimenté, M. le duc de Luynes et moi, en ayant soin de faire moudre la fécule avec le blé, car sans cette mouture en commun, la panification n'est pas possible. Il serait indispensable, en usant pendant un certain temps d'un tel pain, de l'associer avec une alimentation azotée riche, de la viande, du fromage ou des œufs.

Comme pour nos céréales, les principes immédiats qui constituent la pomme de terre sont en général digérés sans trouble aucun de l'appareil digestif. Voilà une des raisons qui assignent au précieux tubercule un rang si utile dans notre alimentation.

On avait fondé de grandes espérances sur la culture intensive de la pomme de terre pour prévenir le retour des disettes. La grande quantité d'aliment qu'elle peut fournir sur un espace limité, quand elle réussit, avait séduit plusieurs bons esprits. On avait trop oublié que, dans une contrée rurale limitée, la population s'accroît en raison directe de la production des vivres. Or, comme la pomme de terre n'est pas un aliment complet pour l'homme, la population qui en forme la portion presque exclusive de sa nourriture ne peut avoir la vigueur d'une population nourrie avec du pain, de la viande. Puis, si la récolte vient à manquer, la famine devient imminente.

Voilà précisement ce qui est arrivé en Irlande et dans le nord de l'Europe, en 1847, lors de la grande invasion de la maladie des pommes de terre.

Quoi qu'il en soit, la culture de la solanée parmentière peut nous rendre, en la dirigeant bien, d'immenses services.

Le meilleur mode d'utilisation de la pomme de terre, c'est de la manger, au lieu de pain, avec de la viande grasse. On forme ainsi, sans aucune addition que du sel, une alimentation complète pour l'homme. C'est une pratique généralement adoptée en Angleterre.

Les pommes de terre gelées, quand on en a de grandes quantités, ne peuvent servir qu'à préparer de la fécule. Pour les petites provisions, on peut les laisser congelées tant que la température est longtemps, comme cette année, au-dessous de zero, pour les employer ainsi au fur et à mesure du besoin. Au dégel, il faut les faire cuire immédiatement, enlever la pellicule, et dessécher complétement la pulpe, qui pourra se conserver ainsi très-longtemps.

GRAINES DES LÉGUMINEUSES : — HARICOTS — POIS — LENTILLES — FÈVES FÉVEROLLES — VESCES, ETC.

Les graines des légumineuses jouent un rôle important dans l'alimentation depuis les temps les plus reculés. Esaü vendit son droit d'aînesse pour un plat de lentilles ; je crois que beaucoup d'entre nous en feraient autant aujourd'hui.

En Chine, comme dans notre Europe, et peut-être plus encore, on cultive un grand nombre de variétés de haricots, de pois; presque tous les peuples mangent les semences alimentaires des légumineuses : elles jouent un rôle très-important dans l'alimentation des habitants des campagnes. Leur composition, comme on peut le voir dans le tableau suivant :

Analyse de semences de légumineuses.

	Haricots.	Pois.	Fèves.	Féverolles.	Lentilles.
Amidon, dextrine et sucre	55,7	58,7	51,50	48,3	56,0
Légumine (substances azotées)	25,5	21,8	24,40	30,8	25,2
Matières grasses	2,8	2,1	1,50	3,0	2,6
Cellulose	2,9	3,5	3,00	1,9	2,6
Sels (phosphates, chlorures, etc.)	3,2	2,1	3 50	3,5	2,4
Eau	9,0	9,8	16,00	12,5	11,5

les rapproche beaucoup de l'aliment complet. Une preuve expérimentale de cette vérité, c'est que les pigeons peuvent se nourrir presque exclusivement d'eau, avec quelque peu de sel et de *vesces*.

Nous leur disputons aujourd'hui cette graine, qui, après sa décortication, peut parfaitement être utilisée par l'homme; elle se rapproche plus, par sa saveur, des haricots que des pois.

En consultant le tableau précédent, indiquant la composition des graines de nos principales légumineuses alimentaires, on voit qu'elles contiennent de 40 à 50 pour 100 de fécule, et de 12 à 25 pour 100 de matières azotées; sous ce rapport, elles l'emportent sur nos meilleures céréales. En intervenant dans l'alimentation, elles relèvent le niveau des matières azotées indispensables pour réparer les pertes. Voilà pourquoi elles rendent de si grands services aux trappistes, qui ne mangent aucun aliment animal, ainsi qu'à nos villageois, qui en ont trop peu.

Il est nécessaire, quand on ne mange que du pain et des graines de légumineuses, de compléter le régime par l'addition de sel marin, de corps gras, et de boire une eau contenant des sels de chaux.

Les matières azotées des graines des légumineuses diffèrent, à certains égards importants, de celles de nos céréales. On les a désignées sous les noms de *légumine*, *caséine végétale*, *albumine végétale*, etc. Ces matières azotées se combinent facilement avec la chaux, voilà pourquoi ces graines durcissent quand on les fait cuire dans des eaux fortement calcaires. Elles présentent les caractères principaux de la caséine du lait; elles ne se prêtent point à la panification. On peut tout au plus ajouter quelques centièmes de farine de féveroles à la boulange.

Comme dans les céréales, les sels minéraux des graines des légumineuses sont presque exclusivement constitués par des phosphates de potasse, de chaux, de magnésie, etc. Il en résulte que lorsqu'on s'alimente exclusivement avec du pain et des graines de légumineuses, les urines ont une réaction acide.

La pellicule de la plupart des graines des légumineuses est rebelle à la digestion. C'est pour cela que, pour plusieurs individualités, elles doivent être décortiquées. Quelques-unes de ces pellicules et les graines elles-mêmes contiennent, comme beaucoup de végétaux de leur famille, un principe astringent.

Il est surtout développé dans un haricot de l'Ile de France dont j'ai extrait, avec Vauquelin, de l'acide ellagique.

Une preuve que les graines des légumineuses sont plus difficiles à digérer que celles des céréales, c'est que plusieurs d'entre elles purgent certaines personnes et causent d'incommodes flatuosités, qui sont un indice de fermentations anomales.

Quoi qu'il en soit, les haricots, les pois, les lentilles seraient pour nous des ressources infiniment précieuses. Contentons-nous des vesces décortiquées !

GRAINES OLÉAGINEUSES.

Les graines oléagineuses jouent un rôle secondaire dans l'alimentation de l'homme, malgré la richesse de leur composition au point de vue alimentaire; elles contiennent, sous une forme condensée, les matériaux plastiques et les principes immédiats de la calorification les plus précieux. Les causes de l'infériorité des graines oléagineuses comparées aux céréales tiennent à la cherté de leur culture, à leur fécondité bornée, au mauvais mode de leur emploi, qui ne permet pas à l'appareil digestif de l'homme d'utiliser tout ce qu'elles renferment de bon; les oiseaux qui, comme le pigeon, ont un pancréas produisant un suc très-énergique, digèrent à merveille les graines de chènevis, qui les nourrissent très-bien sous un petit volume alimentaire. Je suppose qu'on doit en donner à nos chers voyageurs, ils en sont très-friands.

Les végétaux qui fournissent les semences oléagineuses en général réussissent mieux dans le Midi que dans le Nord; ces plantes emmagasinent dans leurs graines la chaleur que leur fournit la radiation solaire. Ces précieuses graines oléagineuses et leurs produits sont beaucoup plus utiles dans le Nord que dans les contrées chaudes, où ils se développent si bien ; aussi la navigation à vapeur nous apportera de plus en plus ces beurres de coco, de Galam, ces huiles de palme, ces graines de sésame, qui nous rendent de si bons services.

Plusieurs familles végétales nous fournissent les graines oléagineuses, je vais citer les principales :

La famille des *rosacées* nous donne les amandes, celle des *urticées* le chènevis. Le cacao est produit par la famille des *théobromées*, la faîne et la noisette par les *cupulifères*, la noix par les *juglandées*, le colza et la navette par les *crucifères*, et enfin la graine d'œillette par les *papavéracées*. Voici le tableau donnant la composition des principales graines oléagineuses et d'un gemme du même ordre, le *souchet comestible*.

Graines oléagineuses. — Gemme oléagineux.

			Amandes douces (Boullay).	Cacao.	Chènevis (Buchotz).	Souchet comestibles (Luna).
Matériaux de calorification.	Huile ou beurre		54	51	19,1	28,06
	De l'ordre de la lactine.	Sucre	6	?	?	14,07
		Gomme ou dextrine	3	»	10,6	»
		Fécule	»	9	»	29
		Cellulose, fib. pellicul.	9	2	43,3	14,01
Matériaux plastiques.		Matières azotées, caséine, amandine…	24	20	24,7	0,87
Théobromine			»	2	»	»
Résine, mat. colorantes, odorantes.			»	2	1,6	»
Eau			4	10	»	44
Sels, mat. minérales				4		

La composition des graines oléagineuses usuelles est des plus remarquables ; elle est comparable, comme je l'ai déjà dit, au lait des femelles des carnivores. Elles renferment, en effet, en faisant abstraction de l'eau qu'il est facile d'y ajouter, 20 pour 100 de matières protéiques de l'ordre de l'albumine, qui ont reçu le nom d'*amandine*, de *caséine vegétale*; elles se rapprochent de la caséine du lait par d'importants caractères.

Comme dans le lait des carnivores, les matériaux de calorification y sont représentés par une masse considérable de corps gras (20 à 50 pour 100 et plus), tandis que les principes immédiats qui représentent la lactine du lait n'y figurent que pour 6 à 10 pour 100. Comme dans les céréales, les sels qui dominent dans les graines oléagineuses sont les phosphates de potasse, de chaux, de magnésie.

Amandes douces. — Ces graines seraient des plus précieuses pour l'alimentation si elles n'étaient pas trop compactes: par cette propriété, elles sont plus difficilement attaquées par les sucs digestifs; mais quand elles ont été très-finement broyées dans un mortier ou mieux sur la pierre à chocolat, elles interviennent alors utilement dans la préparation de beaucoup de mets.

On prépare avec elles une *émulsion* qui, lorsqu'elle est convenablement concentrée, s'identifie, pour ainsi dire, et pour la nature des principes immédiats, et pour les proportions avec le lait des carnivores.

On peut avec les céréales (blé, riz, seigle), qui représentent le lait des solides, et les amandes, qui s'identifient avec le lait des carnivores, former des associations qui représentent assez exactement les matériaux fixes du lait de la femme et constituent ainsi un aliment complet. Ces associations nous ont fourni de précieuses ressources pendant la période de privations dont nous ne sommes pas encore quittes.

Les *amandes amères* diffèrent des amandes douces parce qu'elles contiennent de l'amygdaline, qui, sous l'influence d'une des matières azotées des amandes et de l'eau, se dédouble à la température ordinaire, en glycose, en hydrure de benzoïle et en acide cyanhydrique.

L'amygdaline, qui n'est pas vénéneuse, fournit ainsi, à la température ordinaire et en très peu de temps, un poison redoutable, l'acide cyanhydrique.

Les *graines de chènevis* présentent l'utile propriété d'être moins compactes que la plupart des graines oléagineuses, elles seraient donc plus facilement digérées; malheureusement elles se prêtent mal à la décortication : il y a des efforts à tenter de ce côté. Avec de l'eau, ces graines constituent un aliment complet pour beaucoup d'oiseaux, ce qui prouve l'excellence de leur composition.

Elles sont très-riches en huile, et, par cet aliment de calorification, elles remplacent la chaleur de son pays natal pour le perroquet, qui a bien vite, dans nos régions tempérées, adopté ces graines qui le préservent de la phthisie.

(*A suivre.*)

(1) Suite. — Voir l'avant-dernier numéro.

ADMINISTRATION DES POSTES.

Le public est prévenu qu'à partir du 1er septembre, et en exécution de la loi du 24 août 1871, les nouvelles taxes postales seront perçues d'après les indications données dans les tableaux ci-après :

Tarif n° 1.

Taxe des lettres de bureau de poste à bureau de poste, y compris les bureaux situés en Corse et en Algérie (Article 1er de la loi du 24 août 1871).

LETTRES AFFRANCHIES.

Au-dessous de 10 grammes jusqu'à 10 grammes inclusivement	» 25
Au-dessus de 10 grammes jusqu'à 20 grammes inclusivement	» 40
Au-dessus de 20 grammes jusqu'à 50 grammes inclusivement	» 70
Au-dessus de 50 grammes jusqu'à 100 grammes	1 20

Et ainsi de suite, en ajoutant 50 centimes par chaque 50 grammes ou fraction de 50 grammes excédant.

LETTRES NON AFFRANCHIES.

Au-dessous de 10 grammes jusqu'à 10 grammes inclusivement	» 40
Au-dessus de 10 grammes jusqu'à 20 grammes inclusivement	» 60
Au-dessus de 20 grammes jusqu'à 50 grammes inclusivement	1 »
Au-dessus de 50 grammes jusqu'à 100 grammes	1 70

Et ainsi de suite, en ajoutant 75 centimes par chaque 50 grammes ou fraction de 50 grammes excédant.

Tarif n° 2.

Taxe des lettres nées et distribuables dans la circonscription postale du même bureau (Paris excepté). (Article 2 de la loi du 24 août 1871).

LETTRES AFFRANCHIES

Au-dessous de 10 grammes jusqu'à 10 grammes inclusivement	» 15
Au-dessus de 10 gr. jusqu'à 20 gr. inclusivement	» 25
Au dessus de 20 gr. jusqu'à 50 gr. inclusivement	» 40
Au dessus de 50 gr. jusqu'à 100 gr. inclusivement	» 65

Et ainsi de suite, en ajoutant 25 centimes par chaque 50 grammes ou fraction de 50 grammes excédant.

LETTRES NON AFFRANCHIES

Au-dessous de 10 gr. jusqu'à 10 gr. inclusivement	» 25
Au dessus de 10 gr. jusqu'à 20 gr. inclusivement	» 40
Au-dessus de 20 gr. jusqu'à 50 gr. inclusivement	» 60
Au-dessus de 50 gr. jusqu'à 100 gr. inclusivement	1 »

Et ainsi de suite, en ajoutant 40 centimes par chaque 50 grammes ou fraction de 50 grammes excédant.

Tarif n° 3.

Taxe des lettres de Paris pour Paris (l'enceinte des fortifications en marque les limites). (Article 3 de la loi du 24 août 1871.)

LETTRES AFFRANCHIES

Jusqu'à 15 grammes inclusivement	» 15
De 15 grammes à 30 grammes inclusivement	» 30
De 30 grammes à 60 grammes inclusivement	» 45

Et ainsi de suite, en ajoutant 15 centimes par chaque 30 grammes ou fraction de 30 grammes excédant.

LETTRES NON AFFRANCHIES

Jusqu'à 15 grammes inclusivement	» 25
De 15 grammes à 30 grammes inclusivement	» 50
De 30 grammes à 60 grammes inclusivement	» 75

Et ainsi de suite, en ajoutant 25 centimes par chaque 30 grammes ou fraction de 30 grammes excédant.

En cas d'insuffisance d'affranchissement, la taxe est calculée comme si la lettre n'avait pas été affranchie ; mais il est fait déduction de la valeur des timbres-poste employés. (Art. 4 de la loi du 24 août 1871.)

AVIS

Nos souscripteurs dont l'abonnement est expiré sont instamment priés d'envoyer le prix de leur renouvellement en un mandat-poste à l'ordre du directeur, *avant le* 10 *septembre*.

Ils s'épargneront ainsi le désagrément de payer les frais de recouvrement nécessités par la traite que nous serions contraints de tirer sur eux, frais de recouvrement qui leur sont complétement à charge, sans que nous ayons intérêt à les leur faire supporter.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois. . . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 4 septembre 1871.

L'UNIVERSITÉ ET LES FACULTÉS AUTONOMES

Nous avons dit précédemment qui étaient ceux qui condamnaient le monopole universitaire; ce sont les chefs de l'Université comme ses gloires. En face de nos désastres, ils ont eux-mêmes proclamé devant l'Institut que ces catastrophes étaient le résultat forcé d'une décadence scientifique, amenée par l'*État* enseignant.

Et pourquoi donc ce monopole de l'université nous aurait-il conduits à une ignorance absolue, comme l'a dit M. Henri Sainte-Claire Deville?

Pourquoi le nombre des compétiteurs aux positions de professeurs dans les Facultés de médecine diminuait-il de plus en plus ainsi que le nombre de ceux qui s'occupaient des hautes études, comme l'a reconnu M. Gavarret?

Pourquoi, suivant ses expressions, *le vide se faisait-il autour des établissements de haut enseignement?*

Pourquoi? Parce que le monopole exclut la concurrence, parce que les carrières scientifiques ont cessé de paraître ouvertes à la loyale émulation des travailleurs.

A tort ou à raison, on croit au népotisme, et cette idée du népotisme engourdit les âmes, émousse les intelligences et abaisse les caractères.

Cette idée, il faut bien l'avouer, est devenue tout à fait générale. Voici comment elle est exprimée dans une lettre que vient de publier l'*Union médicale*, et qui est adressée à M. Amédée Latour :

« Nous sommes envahis par le plus effronté népotisme. Aux yeux du grand nombre, les fonctions publiques sont bien moins des charges exigeant des conditions de capacité, imposant des devoirs, du dévouement, des fatigues et du travail, que des prébendes assurant des prérogatives, du pouvoir et des droits aux revenus de l'État; nous poursuivons les faveurs ministérielles comme autrefois nos pères, les titres, les commandements et les bénéfices, au bon plaisir du roi. Seulement, le roi, intéressé à voir l'État bien servi dans sa personne, ne dédaignait pas de rechercher les gens de mérite, tandis que, chez nous, l'égoïsme universel a remplacé l'intérêt de l'État, et les chefs de service ne s'étudient guère qu'à se faire une clientèle d'amis ou d'obligés par le moyen des récompenses dont ils disposent directement par leur signature, ou indirectement par leurs propositions. Tel est le grand mal, le mal peut-être incurable dont souffre notre malheureux pays. Pour ne parler que de ce qui concerne les affaires médicales auxquelles je me suis trouvé mêlé, je dirai que j'ai vu des choses désespérantes.

. . . .

« Je connais des gens dont tout le mérite consiste à savoir cultiver l'amitié des hommes influents, qui ont passé leur vie entière, non pas dans les hôpitaux, les amphithéâtres ou les laboratoires de recherches, mais dans les salons, exhibant leurs cravates blanches ou leurs uniformes; ils connaissent les moments favorables, les avantages d'un poste bien en vue; ils savent prévoir de loin les circonstances qui motiveront des propositions d'avancement ou de décoration, et se montrent à propos les jours de bataille ou les jours d'inspection. Ils ont des protecteurs haut placés qui se chargent de raconter leurs services, et qui leur prêtent volontiers des actions d'éclat, ce qui ne les empêche pas de se prôner de leur propre bouche ou de rédiger de leurs propres mains leur panégyrique pour peu qu'on leur prête attention. J'en ai vu, de ceux-là, comblés de faveurs, itérativement promus et décorés, tandis que les ouvriers de la première et de la dernière heure, attristés et découragés, les voyaient passer par-dessus leur tête.

« Aucune objection ne déconcerte leurs patrons; s'ils n'ont rien fait, s'ils n'ont rien produit, ce n'est pas qu'ils manquent ni d'activité ni de capacité, c'est qu'ils sont en train de mûrir; il faut les mettre en mesure de tenir tout ce qu'ils promettent; récompenser des services rendus, rien n'est plus vulgaire, mais prévoir les services et les récompenser d'avance, afin de les provoquer, voilà l'idéal de la justice distributive. J'ai vu des savants très-estimables devenir ainsi les avocats de certains fils de famille très-bien vêtus, mais complétement incapables. De vieilles camaraderies joyeusement invoquées et d'excellents dîners adroitement offerts ont suffi pour transformer un mollusque innommé en génie méconnu. . . . .

« Si nous voulons nous reconstituer et nous relever, il faut absolument que nous apprenions tous à sacrifier à l'intérêt public nos intérêts, nos amitiés et nos parentés; il faut nous résoudre, en toutes circonstances, à donner loyalement aux plus capables et aux plus honnêtes l'appui chaleureux de notre influence. »

Combien n'avons-nous pas vu d'hommes qui partagent les convictions de ce correspondant de l'*Union médicale*, et qui, bien que médecins, bien que jeunes encore, dans une position et dans un âge qui sembleraient exclure tout honteux compromis, voulant être nommés aux places officielles et réussir dans les concours, sont constamment préoccupés de ne pas acquérir une réputation qui ferait ombrage à leurs juges, ou refroidirait leurs protecteurs?

Ainsi des hommes intelligents sont à peu près perdus pour la science, car ils ont peur que leurs travaux ne dépassent une moyenne qui devient chaque jour un peu moins élevée.

Ils ont surtout peur qu'on ne parle d'eux; ils ont peur de paraître exister par eux-mêmes, trop heureux s'ils parviennent à servir de reflet à l'homme en place qui les pousse, s'il voit en eux d'anciens élèves, toujours élèves, dont le nom devra disparaître à côté du sien.

Ces gens arrivent, et leur exemple en pervertit d'autres. Et le jour où tous absolument imiteront leur conduite, la science sera morte en France, et les prévisions de M. Deville seront pleinement réalisées.

Pour faire disparaître la race de ces dangereux intrigants, il faut supprimer les monopoles.

Qui dit monopole dit népotisme. Cette règle souffre peut-être des exceptions, mais le public ne croit jamais à ces exceptions.

Or, en ce qui touche le népotisme, la conviction de son existence a presque autant d'inconvénients que son existence elle-même.

Venons-en donc le plus tôt possible à suivre l'avis de M. Dumas, à posséder des facultés libres, autonomes, faisant concurrence aux facultés officielles, si l'on veut, et même aux écoles secondaires qui voudront rester officielles, car nous ne demandons pas la suppression actuelle des écoles secondaires, comme le fait M. Dechambre dans un récent article dont le passage suivant peut indiquer l'esprit :

« Enfin, si la suppression des établissements secondaires, en tant qu'écoles du gouvernement, paraît être dès à présent commandée par l'état des institutions médicales, surtout de celles dont nous souhaitons l'avancement, ne va-t-elle pas devenir absolument inévitable *si le grand principe de la liberté d'enseignement est enfin proclamé?* Conçoit-on plus de vingt écoles officielles, sans compter les Facultés, disputant *au grand assaut de l'enseignement libre* le peu de vie qu'il leur a été donné d'acquérir dans la paix du monopole? C'est là peut-être la considération qui doit le plus les toucher; car, en leur montrant de loin leur perte, elle leur ouvre en même temps la perspective d'une rénovation. »

Oui certes, elles ont tout à gagner à une transformation rapide.

Que les départements, les villes, les particuliers viennent à leur aide, et qu'il se crée des facultés libres partout où des grands hôpitaux peuvent suffire à l'enseignement pratique.

M. Pasteur, membre de l'Institut, a rappelé quel magnifique essor les sciences avaient pris dans ces facultés autonomes qui précédèrent chez nous la création du monopole universitaire :

« Des esprits superficiels, dit-il, ou qu'abuse la passion politique font hommage à l'idée républicaine de toutes les grandes choses accomplies par la Convention et le Comité de salut public. L'histoire condamne absolument cette opinion. Le salut de la France a été la conséquence exclusive de sa supériorité scientifique. Aussi qu'elle est douloureuse la comparaison des services que la science a rendus à la patrie pendant la Révolution et pendant la guerre qui vient de finir! Combien l'impression en est encore aggravée, quand on songe qu'en 1870, les rôles ont été intervertis au profit de notre orgueilleux adversaire!

. . . .

« Pourrais-je mieux appuyer l'exposé des considérations qui précèdent qu'en mettant en regard les résultats pratiques nés de la grandeur scientifique de la France au XVIIIe siècle et de sa déchéance relative au XIXe?

« Nos désastres de 1870 sont présents à tous les esprits. Il n'y aurait aucune utilité à les rappeler. Il est malheureusement trop notoire que les hommes supérieurs ont manqué pour mettre en œuvre les immenses ressources de la nation. Grâce aux progrès des sciences dans les cinquante années qui précédèrent la Révolution, la France de 1792 multiplia au contraire ses forces par le génie de l'invention et vit surgir à point nommé, pour sa défense, des hommes dont on a pu dire qu'ils surent organiser la victoire.

« La Convention, dit Arago, avait décrété la levée en masse « de 900,000 hommes. Il ne fallait rien moins pour tenir tête « à l'ouragan qui de tous les points de l'horizon allait fondre sur « la France. Bientôt un cri de détresse se fait entendre et porte « le découragement dans les esprits les plus fermes. Les arsenaux sont presque vides. On n'y trouverait pas la dixième « partie des armes et des munitions que la guerre exigera. Suppléer à ce manque de prévoyance, d'autres disent à cette trahison calculée de l'ancien gouvernement, semble au-dessus « des forces humaines. »

« La poudre?

« Depuis longtemps elle a en France pour principale base le salpêtre tiré de l'Inde, et l'on ne doit plus compter sur cette ressource.

« Les canons de campagne?

« Le cuivre entre pour les 0,91 dans l'alliage dont ils sont formés : or, les mines de France ne produisent du cuivre que dans des proportions insignifiantes, et la Suède, l'Angleterre, la Russie, l'Inde, dont nous tirions ce métal, nous sont fermées.

« L'acier?

« Il nous venait de l'étranger; l'art de le faire est ignoré dans « nos forges, dans nos usines, dans nos ateliers...

« Dans la première réunion des savants d'élite qui avaient été « convoqués, la question de la fabrication de la poudre, la pre- « mière de toutes par son importance et par sa difficulté, assombrit les esprits. Les membres expérimentés de la régie ne la « croyaient pas soluble. Où trouver le salpêtre? disaient-ils avec « désespoir. « Sur notre propre sol, répondit Monge, sans hésiter; les écuries, les caves, les lieux bas en contiennent beaucoup plus que vous ne croyez. » Ce fut alors qu'appréciant « avec hardiesse les ressources infinies que le génie possède « quand il s'allie à un ardent patriotisme, Monge s'écria : « On « nous donnera de la terre salpêtrée, et trois jours après nous « en chargerons les canons! »

« Nous aussi, depuis le 4 septembre, nous avons eu de ces exclamations sublimes; mais comme elles touchèrent vite au ridicule! Celle de Monge, ainsi que le remarque Arago, resta sublime :

« Des instructions méthodiques et simples furent répandues à « profusion sur tous les points de la République, et chaque « citoyen se trouva en mesure d'exercer un art qui jusque-là « avait été réputé très-difficile.

« La France devint une manufacture de poudre.

« Le métal des cloches est un alliage de cuivre et d'étain, « mais dans des proportions qui ne conviendraient pas aux armes de guerre. La chimie trouva des méthodes nouvelles « pour séparer ces deux métaux.

« L'art de faire l'acier est ignoré, on le crée. Le sabre, « l'épée, la baïonnette, la lance, la batterie de fusil, se fabriqueront désormais avec de l'acier français.

« La préparation des cuirs destinés à la chaussure exigeait « des mois entiers de travail; d'aussi longs délais ne sauraient « se concilier avec les besoins de nos soldats, et l'art du tanneur « reçoit des perfectionnements inespérés; désormais des jours y « remplaceront des mois.

« Les ballons n'avaient été, jusqu'en 1794, qu'un simple « objet de curiosité; à la bataille de Fleurus, un ballon portera « le général Morlot dans la région des nuages; de là les moindres manœuvres de l'ennemi seront aperçues, signalées à « l'instant, et une invention toute française procurera à nos « armes un éclatant triomphe.

« Les premières idées du télégraphe aérien, dues également « à un Français, sont perfectionnées, étendues, appliquées, et, « dès ce moment, les ordres arrivent aux armées en quelques « minutes. »

« Telles sont les merveilles que le génie de la science et le patriotisme ont enfantées pendant la révolution française.

« Deux membres de l'Institut, Monge et Carnot, aidés par d'éminents collègues, Fourcroy, Guyton-Morveau, Berthollet..., furent l'âme de cet immortel ensemble de travaux.

« O ma patrie! toi qui as tenu pendant si longtemps le sceptre de la pensée, pourquoi t'être désintéressée de tes plus nobles créations? Elles sont le flambeau divin qui illumine le monde, la source vive de tous les grands sentiments, le contrepoids à l'entraînement vers les jouissances matérielles.

« La barbarie native et le farouche orgueil de tes ennemis

en ont fait un instrument de haine, de dévastation, de carnage. Entre tes mains elles eussent été la lumière de l'humanité, et, au moment du péril suprême, tu aurais vu apparaître, sous leur inspiration, des organisateurs comme Carnot et des capitaines plus habiles encore que les lieutenants de Bonaparte ! »

A l'œuvre donc ! que l'ardeur scientifique, le désir de se faire un nom par des recherches originales et par des progrès accomplis, de parvenir au premier rang par la science et par ses travaux, que cette noble et féconde passion vienne animer nos jeunes hommes !

Que leur émulation soit saine et vigoureuse, sans arrière-pensées, sans calculs de vieillard.

Que cette émulation s'étende jusqu'au professeur dans sa chaire, dans son laboratoire, dans son amphithéâtre, jusqu'à la Faculté entière, dans ses jurys de concours et dans ses nouveaux choix.

L'autonomie de Facultés qui se disputeront les hommes de valeur fera bientôt poindre ces hommes : et la France sera sauvée.

Dr Victor Révillout.

HOTEL-DIEU. — M. Noel Guéneau de Mussy.

Étude sur le vertige (1).

§ III. — Vertige nerveux.

Certaines formes du vertige nerveux peuvent aussi avoir pour condition pathogénique un état anémique du cerveau. Mais de même que nous avons rattaché au vertige anémique, des vertiges dont une congestion locale ou relative peut être la cause immédiate, parce que cette disposition congestive, alors même qu'elle serait démontrée, serait subordonnée à la chlorose, et que celle-ci fournit les indications dominantes pour le traitement, de même nous comprendrons sous le nom de vertiges nerveux, tous ceux dont un trouble nerveux nous paraît être la condition initiale. Nous n'affirmons donc pas que, dans les autres variétés de vertiges, que nous allons examiner, un trouble circulatoire de l'encéphale, congestif ou anémique, ne puisse être la cause prochaine, la raison physiologique du phénomène ; mais impuissants à en atteindre et surtout à en démontrer les conditions intimes, nous sommes forcés de nous arrêter aux causes plus éloignées que nous pouvons saisir, et de les prendre pour fondement de nos divisions. Elles commandent d'ailleurs le plus souvent les indications thérapeuthiques.

Ainsi nous appellerons vertige nerveux, celui qui se développe sous l'influence de causes qui agissent directement sur les fonctions nerveuses, celui encore qui est symptomatique des névroses et celui que provoquent des émotions morales ou certaines impressions sensorielles.

Ainsi certaines personnes éprouvent du vertige à la vue d'un précipice, d'un corps en rotation, quand elles regardent à travers des grillages ou des barreaux, quand elles regardent de haut en bas, surtout d'un lieu élevé, ou de bas en haut, la tête renversée en arrière. Pour quelques-uns la perspective du vide le fait naître instantanément.

J'ai connu un malade qui, pour vaincre cette disposition, essaya de se faire conduire, appuyé sur un bras et fermant les yeux, au milieu du Champ de Mars, et après avoir renvoyé la personne qui l'y avait conduit, il essaya de revenir seul ; cela lui fut tout-à-fait impossible.

J'ai connu plusieurs personnes qui avaient le vertige toutes les fois qu'elles se trouvaient en face d'une porte ouverte, obligées de s'appuyer sur ses battants; et les mêmes personnes après avoir éprouvé cette sensation en entrant dans une salle de bal, peuvent quelquefois passer la nuit à valser impunément. J'en ai vu plusieurs qui ne pouvaient passer sur un pont sans vertige, d'autres qui étaient obligées de descendre les escaliers à reculons ; d'autres enfin en sont affectées quand elles se promènent en bateau ou qu'elles sont en voiture le dos tourné en avant. Certaines modifications de la lumière ambiante par des vitraux de couleur suffisent quelquefois pour produire le vertige. J'ai connu deux personnes qui ne pouvaient monter un certain escalier éclairé par des vitraux bleus d'un ton faux sans être prises de vertiges.

Un bruit très-aigu l'a quelquefois provoqué. Pour d'autres, le nerf olfactif est le point de départ des troubles nerveux qui aboutissent au vertige. Non-seulement les odeurs vireuses, mais les odeurs les plus inoffensives, les plus faibles, suffisent pour le provoquer.

Il faut dire que cette délicatesse anomale des sens, pour les impressions qu'ils reçoivent, ne constitue pas un phénomène isolé; elle est presque toujours, sinon toujours, symptomatique d'un état morbide déterminé comme l'hystérie, l'hypocondrie, la dyspepsie arthritique.

Nous sommes conduits à examiner le vertige dans les grandes névroses. Nous ne parlerons du vertige épileptique que pour le séparer profondément de ceux que nous étudions ici. Il n'a guère que le nom de commun avec eux. Le vertige épileptique ou petit mal est à la fois un accident vésanique et convulsif ; pendant ces obnubilations de la conscience et des facultés sensorielles qui le constituent, on observe souvent des hallucinations de l'ouïe, quelquefois un clignotement rapide des paupières ou des mouvements de machonnement, de légers spasmes cloniques d'un côté de la face avec déviation de la bouche, parfois même une inclinaison latérale de la tête. Le visage se montre alternativement pâle et empourpré. A l'accès succèdent quelquefois des éructations ou du hoquet. Voilà bien des caractères qui distinguent le petit mal du vertige proprement dit.

(1) Suite. — Voir l'avant-dernier numéro.

Le vertige des hystériques, au contraire, est un vrai vertige : la sensation d'oscillation ou de tournoiement, quelquefois de chute imminente, est nettement perçue ; il peut être accompagné de troubles de la vue, quelquefois de mouvements spasmodiques, d'interruption passagère de la parole ; mais la conscience persiste. Il ressemble beaucoup au vertige chlorotique, qui manque rarement dans la chlorose confirmée. De même l'hystérie confirmée est presque toujours accompagnée de vertige ; si on n'appelle pas l'attention des malades sur ce point, il peut passer inaperçu au milieu des symptômes plus saillants que présente cette affection.

C'est un trait de plus à ajouter aux affinités pathologiques de ces deux affections, affinités telles que la chlorose existe rarement à un certain degré sans hystéricisme, et que dans les formes les plus accentuées de l'hystérie une complication chlorotique est presque constante. On peut se demander, en conséquence, si l'anémie ne joue pas un rôle dans la pathogénie du vertige hystérique ?

Chez les hypocondriaques, on observe fréquemment le vertige, mais là aussi intervient souvent un autre élément causal dont il faut tenir compte : la dyspepsie, si commune dans l'hypocondrie.

On rencontre encore le vertige dans certains états de névropathie constitutionnelle qui ne sont ni l'hystérie, ni l'hypocondrie, et qui constituent une variété diathésique ; la diathèse névropathique se rencontre surtout dans les races goutteuses et me paraît être une des dérivations de l'arthritisme.

Le vertige nerveux offre des variétés symptomatiques nombreuses : quelquefois extrêmement fugace, fulgurant, caractérisé par une sensation presque instantanée de tournoiement et de faiblesse nauséeuse ; d'autres fois il dure plusieurs minutes ; dans quelques cas, l'état vertigineux se prolonge pendant plusieurs jours. Plus souvent, la disposition au vertige s'exprime par des sensations morbides de courte durée, mais qui tendent à se renouveler pendant des mois et des années ; quelquefois sans cause apparente, dans le plus grand nombre des cas, sous l'influence d'émotions, de troubles fonctionnels, d'impressions sensorielles anomales; la crainte même du vertige peut suffire pour le provoquer. Chez les femmes, le vertige nerveux n'est pas rare vers l'âge critique. La ménopause, qui peut produire des accidents congestifs, amène souvent aussi des troubles nerveux hystériformes dont le vertige peut être une des manifestations.

Dans le vertige nerveux, comme dans l'espèce précédente, en général la face est pâle ; le malade reste immobile, les sourcils froncés, les yeux demi-fermés ; il craint le bruit et la lumière ; il cherche un point d'appui, et si le vertige se prolonge, il prend la position horizontale.

Le pouls est alors faible et défaillant. Le malade se plaint quelquefois de sentir un cercle de fer, qui étreint sa tête; d'autres éprouvent dans les membres des engourdissements, des fourmillements qui peuvent être limités à une moitié du corps. Des bâillements fréquents, des pandiculations accompagnent quelquefois la fin de l'accès.

Le vertige nerveux est souvent fugace, passager; il ne laisse pas ordinairement alors dans l'esprit des malades cette impression de terreur et de mélancolie qu'on observe dans d'autres formes de vertige (1).

(*A suivre.*)

THÉRAPEUTIQUE DE L'ANGINE COUENNEUSE

AU MOYEN DES DOUCHES DE COALTAR SAPONINÉ

Par M. Bouchut.

La pratique emploie dans l'angine couenneuse des moyens locaux qui n'ont pas tous une égale importance et qui, avec des avantages réels, offrent souvent de graves inconvénients.

J'ai mis en usage tour à tour les cautérisations, les insufflations pulvérulentes, les badigeonnages, les gargarismes, et j'en suis arrivé à me servir presque exclusivement des douches liquides dans le pharynx malade.

(1) Observation IXe. — Une dame de forte constitution, mais dont toute la race présente des manifestations arthritiques : migraines, névralgies, hypocondrie, dyspepsie, rhumatismes musculaires et articulaires, perdit prématurément ses règles à l'âge de 40 ans sous l'influence d'une vive émotion. Depuis lors, de nouveaux et graves chagrins vinrent l'assaillir, et elle commença à éprouver des vertiges, qui survenaient surtout à la suite de quelque nouvelle secousse morale. Ce vertige était accompagné d'une indicible terreur; elle s'étendait sur son lit, redoutant le moindre mouvement, fuyant le bruit et la lumière. En même temps qu'elle éprouvait une sensation vertigineuse des plus pénibles, elle accusait un engourdissement et des fourmillements dans les deux membres du côté droit. Pendant ces crises, le pouls était faible, presque défaillant. M. Andral, consulté à l'occasion de ces accidents, essaya d'abord quelques applications de sangsues ; puis en ayant constaté l'inefficacité, il lui conseilla des vésicatoires, qui n'eurent aucune action favorable.

Éclairé par ces essais, et trouvant dans la prolongation de cet état morbide, sans aucune manifestation nouvelle, une preuve de son innocuité, il déclara à la malade que son affection était toute nerveuse et qu'elle eût à s'abstenir de toute médication active. Depuis près de 25 ans j'ai été appelé à diriger la santé de cette dame ; voilà plus de 30 ans qu'elle éprouve des vertiges, qui reviennent à des intervalles plus ou moins éloignés sans être moins intenses. A part ces accidents, elle jouit d'une excellente santé et supporte avec une vigueur remarquable le poids des années, exempte des infirmités de la vieillesse, malgré son âge avancé.

Ces douches remplacent avantageusement les gargarismes, surtout chez les enfants, qui ne savent pas se gargariser d'une façon utile. Elles lavent et nettoient bien les parties. Par leur force de projection elles enlèvent les détritus membraneux ou purulents, qui seraient peut-être avalés par les malades, et par leur composition elles agissent comme des agents topiques très-utiles. On peut les composer avec de l'eau de chaux, avec de l'alcool camphré dans l'eau avec l'acide phénique en solution au 500e, ou avec la teinture de coaltar saponiné au 40e.

La composition de la douche a son importance, mais je ne parle en ce moment que de son action mécanique détersive.

L'emploi de ce moyen chez les enfants n'a rien de difficile, et ceux qui suivent ma clinique ont pu voir la religieuse de la salle administrer ces douches sans difficulté et sans accident. Pour y arriver, on place l'enfant assis sur son lit, la tête un peu penchée en avant, la bouche ouverte et une cuvette sous le menton. Il faut se servir d'une seringue ordinaire, d'une contenance de *cent* grammes environ, de façon à pousser vigoureusement le jet de liquide dans le pharynx. Par cette projection, le liquide frappe sur les amygdales, détache les lambeaux flottants et rebondit au dehors, comme s'il avait été lancé au fond d'un verre et sans pénétrer dans les voies aériennes. Si l'on ne poussait pas vigoureusement le liquide, l'accident pourrait peut-être avoir lieu, mais il ne m'est encore jamais arrivé depuis plusieurs années que j'emploie ce moyen.

La première douche doit être donnée avec de l'eau sucrée, pour habituer les enfants et pour leur faire voir que le traitement n'a rien de douloureux ni de bien pénible. Cela fait, on commence les douches médicamenteuses et on les répète toutes les heures.

Par ce moyen, j'évite de barbouiller le fond de la gorge avec un pinceau chargé de nitrate d'argent, de glycérine, de jus de citron, d'eau de chaux, etc., barbouillage bien plus désagréable, bien plus irritant qu'une douche. Je puis recommencer bien plus souvent l'opération que celle de l'introduction du pinceau, et la douche entraîne au dehors beaucoup de débris, qu'un simple barbouillage du pharynx avec le pinceau n'entraîne pas. Sous tous ces rapports, comme traitement topique de l'angine couenneuse, je préfère de beaucoup les douches pharyngées aux applications directes et répétées d'un pinceau dans le pharynx.

Reste maintenant à déterminer la nature du liquide à employer dans ces douches. Je me suis servi de l'eau-de-vie camphrée, de l'eau de chaux, de la solution phéniquée au 500e ; mais ce qui m'a donné les meilleurs résultats jusqu'ici, c'est l'injection d'une solution de coaltar saponiné de Lebeuf. Il y a sept ans que je n'emploie que ce topique, non-seulement dans l'angine couenneuse, mais encore dans la diphtérite cutanée et dans les plaies gangréneuses de toute espèce qui se rencontrent à l'hôpital. Je m'en tiens donc au coaltar saponiné, et on pourra constater tous ses avantages en étudiant les deux dernières observations recueillies dans mon service par mon interne, M. Callandreau.

Angine diphthéritique. Injections au coaltar saponiné. Guérison. — Paralysie du voile du palais, puis paralysie générale. Électricité. Guérison.

Eugénie H..., âgée de 6 ans, entrée à l'hôpital des enfants malades le 30 mars 1871, sortie le 9 juillet suivant.

Cette enfant n'a jamais été malade antérieurement. La santé de ses ascendants paraît satisfaisante. Il y a un an, elle a perdu une jeune sœur atteinte d'angine diphthéritique et consécutivement de croup, auquel elle succomba salle Sainte-Geneviève. Son frère, âgé de 15 mois, est entré le jour précédent à l'hôpital Necker, pour y être soigné d'une angine de même nature, à laquelle il a succombé quelques jours plus tard. Elle habite un rez-de-chaussée humide.

A notre premier examen, la petite malade accuse un mal de gorge survenu depuis 3 jours, sans cause appréciable. Les ganglions parotidiens sont légèrement tuméfiés et douloureux. Sur les amygdales existent des fausses membranes blanchâtres, se détachant difficilement, laissant voir au-dessous d'elles la muqueuse ulcérée et saignante.

La respiration se fait librement, la voix est presque éteinte. Il existe un léger mouvement fébrile. L'essai des urines y révèle une petite quantité d'albumine.

Badigeonnage avec solution de chlorate de potasse.

Régime tonique.

Dans les premiers jours d'avril les fausses membranes, d'abord assez bien limitées sur les amygdales pour qu'on ait pu songer à l'extirpation de ces organes, envahissent les piliers du voile du palais et la luette. Le sommet de l'épiglotte est, en quelque sorte, coiffé d'une petite plaque diphthéritique. On observe des plaques analogues à la base et sur les bords de la langue, jusqu'à son tiers antérieur. Elles font corps avec la muqueuse et présentent l'aspect lardacé. La fièvre persiste; les ganglions sont très-gonflés; la proportion d'albumine dans les urines s'est considérablement accrue.

Injections, toutes les demi-heures dans la journée, toutes les heures la nuit, de la solution de coaltar saponiné au 30e.

Sirop de quinquina, *cent* grammes.

Après 3 jours, modification manifeste des fausses membranes. Celles qui existent sur la langue deviennent jaunâtres, molles, et s'effacent. Au 15 avril, celles qui recouvrent l'isthme du gosier subissent les mêmes modifications et ont complétement disparu le 20. Il n'y a plus d'albumine dans les urines.

Les injections sont continuées pendant quelques jours encore, mais à intervalles plus considérables.

Aux premiers jours de mai, l'enfant, qui paraissait complétement guérie, présente quelques troubles, de la déglutition. Elle vomit quelquefois, avale avec difficulté et rejette presque toutes ses bois-

sons par le nez. La luette ne présente pas de déviation; elle peut être titillée sans que la malade en ait conscience. La voix est nasonnée; la sensibilité générale est diminuée, l'activité musculaire considérablement affaiblie. L'enfant, qui jouait les jours précédents, ne marche plus qu'avec précaution, tête baissée, et ne peut se retourner sans prendre autour d'elle un point d'appui. Ces désordres vont s'accusant. La marche est devenue complétement impossible. Paradisation des muscles et du voile du palais.

Le 20 mai, les phénomènes se sont assez amendés pour que la petite malade puisse de nouveau se lever. Elle ne marche qu'à l'aide d'un soutien et en prenant un point d'appui sur les meubles à sa portée; la phonation est à peu près normale.

Le 15 juin, tout phénomène de paralysie a complétement disparu, et l'enfant sort de l'hôpital le 9 juillet.

Résumé de l'observation. — Une fille de 6 ans, dont le frère affecté d'angine couenneuse devait mourir au bout de quelques jours, arrive à l'hôpital le 30 mars, avec une angine couenneuse qui, le 2 avril, avait gagné tout le pharynx, le voile du palais, la luette et partie de la bouche, en produisant de l'albuminurie et un état général grave.

Le 20 avril, sous l'influence des injections de coaltar saponiné au 30e, toutes les fausses membranes ont disparu et l'albuminurie a cessé. L'enfant semblait guérie.

Quinze jours après, le 6 mai, un commencement de paralysie générale et un commencement de paralysie du voile du palais se montrent. Elle est combattue par les toniques et par l'électrisation. On la guérit en 6 semaines, et l'enfant sort de l'hôpital en bon état.

Angine diphthéritique. — Injections au coaltar et à l'eau de chaux. Guérison.

Elise B..., âgée de 4 ans, entrée à l'hôpital des Enfants-Malades le 7 juillet 1871.

Cette enfant n'a jamais été malade; elle n'a été en contact avec aucune personne atteinte d'affections angineuses ou diphthéritiques. Depuis trois jours elle éprouve des picotements à la gorge et une grande difficulté pour avaler même les liquides. La respiration un peu gênée se fait entendre à une distance de plusieurs mètres. La voix est presque éteinte, nasonnée.

Il existe un léger mouvement fébrile continu.

Pas d'albumine dans les urines.

L'examen de la gorge révèle, sur toutes les parties de l'isthme du gosier, une couche à peu près continue de fausses membranes, épaisses, jaunâtres, très-adhérentes. La luette est comme enveloppée d'un doigt de gant. Les amygdales sont complétement enveloppées.

A la périphérie, la muqueuse est rouge-foncé, saignante, sur la limite des fausses membranes.

Vomitif avec tartre stibié, *cinq* centigrammes dans un demi-verre d'eau. Injections toutes les heures avec la solution au 30e de coaltar saponiné.

Le 10 juin, les fausses membranes persistent, mais se sont évidemment limitées et présentent, particulièrement au niveau de la luette, une coloration jaune-brun; l'haleine est infecte. Toujours pas d'albuminurie.

Les injections sont continuées et renouvelées, le jour, toutes les demi-heures : l'eau simple de la solution de coaltar est remplacée par de l'eau de chaux.

A partir de ce jour, des modifications rapides se produisent du côté des fausses membranes, qui disparaissent d'abord sur les piliers du voile du palais, puis sur les amygdales, et du côté de la muqueuse qui se déterge et revient à sa coloration normale. L'état général reste bon et il n'y a pas d'albuminurie.

Le 14, il n'existe plus qu'une plaque jaunâtre de quelques millimètres de diamètre sur l'amygdale droite.

Le 15, l'enfant peut être considérée comme absolument guérie de son angine couenneuse.

Le 17, elle présente des ganglions parotidiens volumineux, douloureux; il existe de la fièvre. Le lendemain 18, éruption scarlatiniforme légère, qui a complétement disparu le 20, et l'enfant sort quelques jours après de l'hôpital, sans avoir offert de desquammation.

Résumé. Cette petite fille a eu, depuis le 4 juillet, une angine couenneuse, qui se présenta lors de son entrée comme une affection locale, sans albuminurie, et caractérisée par des fausses membranes très-épaisses, très-adhérentes et fort étendues. Ces fausses membranes grisâtres, lardacées, dures, enveloppaient les amygdales, tapissaient le pharynx et environnaient la luette. Elles avaient une odeur infecte, et elles se rapprochaient tellement de l'ouverture du larinx, qu'il y avait de l'enrouement et une aphonie capables de faire craindre le croup.

Un vomitif fit disparaître les symptômes du croup, et les injections du gosier avec le coaltar saponiné et l'eau de chaux firent le reste.

Quand on réfléchit sur la signification des deux faits qui précèdent, il est facile de voir dans leur évolution et dans la méthode de traitement qui a été suivie à leur égard, une question de doctrine, et une question de pratique.

La question de doctrine est celle de la nature locale ou générale de l'angine couenneuse.

Pour quelques médecins, l'angine diphtéritique est une maladie générale, tandis que pour moi, c'est toujours une maladie primitivement locale, devenant parfois une maladie générale.

De même qu'on voit la plaie utérine de l'accouchement, une maladie locale, servir de point de départ à un empoisonnement général, et un grand traumatisme, plaie locale, devenir l'origine d'accidents généraux de résorption, de même l'angine couenneuse est selon les hasards de la résorption une maladie locale ou une maladie générale. Elle n'est jamais une affection générale que consécutivement à la lésion primitive et à l'érosion des tissus sur lesquels a lieu la résorption. C'est l'histoire de la pustule maligne amenant le charbon.

Il y a longtemps que je m'applique à fournir par la clinique et par les autopsies la preuve de ce fait encore controversé, mais les infarctus pulmonaires, hépathiques, et les abcès métastatiques que j'ai observés sur les sujets morts d'affections diphtéritiques l'établissent d'une façon incontestable.

Chez la malade qui est l'objet de la seconde observation, l'angine couenneuse, bien que très-étendue, est restée entièrement locale. Il n'y a pas eu de phénomènes généraux, pas d'albuminurie, et l'enfant ayant très-bonne apparence pendant tcute la durée de son séjour à l'hôpital, a guéri sans conserver la moindre trace de son angine.

Chez l'autre, au contraire, après quelques jours de durée, il y a eu un abattement et une fièvre considérables, de l'albuminurie et un engorgement prononcé des ganglions du cou. Puis, lorsque, après avoir traversé cette période grave de la maladie, l'enfant arrive à guérison, voilà qu'une paralysie du voile du palais et des membres se prononce, l'empêche de parler et de marcher. L'accident pouvait devenir fort grave; mais grâce aux toniques et à l'électrisation, il n'eut pas de suites sérieuses et disparut en un mois.

Au point de vue pratique, ces faits ont également leur importance. Ils appellent l'attention des médecins sur le procédé des douches pharyngées médicamenteuses pouvant remplacer les insufflations, les cautérisations, les attouchements répétés et les gargarismes du pharynx.

L'angine couenneuse étant d'abord une affection locale, le traitement local peut suffire. A ce titre, les douches du pharynx valent les autres moyens topiques employés dans le pharynx. Sont-elles préférables? Je le crois, car elles sont moins irritantes. Il y a sept ans que je les emploie, et je leur trouve assez d'avantages pour les signaler à l'attention de mes confrères.

J'ai dit plus haut comment il fallait les employer. Je n'y reviendrai pas. L'enfant doit être assis, la tête portée en avant et la bouche ouverte; puis, avec une seringue ordinaire, on pousse vivement au fond du gosier le liquide qui ressort tout entier sans pénétrer dans les voies aériennes.

Ce liquide doit être médicamenteux, dissolvant de la mucine des fausses membranes, comme l'eau de chaux, ou antiseptique comme la solution de coaltar saponiné au 40e ou au 30e. J'emploie l'un et l'autre de ces liquides, comme on le voit dans l'observation deuxième; mais, en général, j'ai recours au second. C'est celui auquel j'ai donné la préférence en raison des succès déjà bien nombreux qu'il m'a procurés.

POLYDACTYLIE

DOIGTS SURNUMÉRAIRES DU BORD CUBITAL DES DEUX MAINS. — ABLATION. GUÉRISON.

Par M. A. MICHALSKI (de Villiers).

Le 13 mars 1871, le sieur M..., demeurant au Boury, vint me prier d'aller voir son enfant qui, disait-il, était né, la veille, avec six doigts à chaque main.

L'accouchement s'étant fait naturellement, la mère n'eut pas recours à mon assistance.

Arrivé chez mon client, je me fis présenter l'enfant, du sexe masculin; mon examen me révéla les faits suivants:

Sur le bord cubital des deux mains, en des points similaires, à peu près au niveau de l'articulation de la première avec la deuxième phalange, je constate la présence d'un petit pédicule cylindrique de *quatre millimètres* de longueur sur *un et demi* de diamètre. A ce pédicule est suspendue une tumeur violacée, molle, quoique résistante, de la grosseur d'une petite noisette. Chacune de ces tumeurs a l'aspect de la peau, et offre sur la face dorsale, un ongle rudimentaire.

C'était bien un doigt surnuméraire réduit à sa dernière phalange, et implanté sur l'auriculaire de chaque main.

Je fis immédiatement l'excision à l'aide de ciseaux, en ayant d'abord fait une ligature sur le pédicule, à son insertion sur le bord cubital de la main.

Un liquide sanguinolent s'écoula de chacune des tumeurs, et la surface d'excision présenta nettement l'orifice de vaisseaux sanguins. Chaque tumeur pesait *vingt centigrammes*.

Ayant incisé les tumeurs, j'aperçus, plongé au milieu d'un tissu cellulaire et graisseux, un petit noyau de *trois millimètres* de longueur, plus large à la base qu'au sommet, ressemblant assez à la dernière phalange, dur, nacré, qui me parut formé de tissu cartilagineux.

Je regrette de n'avoir pas poussé plus loin mon examen, en recourant au microscope; mais, quoi qu'il en soit, j'ai cru le cas assez intéressant pour en avoir fait l'objet de mon observation. Elle ira grossir le nombre de cas pareils observés et consignés dans la science.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 3 mai 1871. — Présidence de M. DOLBEAU (vice-président)

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

La *Gazette des Hôpitaux* ;

— L'*Union médicale*;

— La *Gazette hebdomadaire* ;

— Le *Bulletin général de thérapeutique*, numéro du 30 avril.

— Une lettre de M. Houel, qui demande un congé.

COMMUNICATION

De l'élévation brusque de la température comme prodrome de l'érysipèle traumatique. — M. VERNEUIL. La variabilité et l'inconstance des prodromes rendent parfois difficile le diagnostic de l'érysipèle à son début. Il y a donc intérêt à signaler tous les indices capables d'annoncer l'invasion prochaine de la maladie en question.

Dans trois cas récemment observés, l'élévation brusque de la température a précédé de 24 heures au moins l'apparition de l'exanthème. Ce phénomène s'est montré d'une manière si nette que, malgré le petit nombre des faits que je rapporte, j'appelle sans hésiter l'attention sur un signe précurseur à coup sûr important.

L. B..., 17 ans, serrurier, entré à l'hôpital Lariboisière, salle Saint-Louis, 24, le 21 mars dernier pour un bubon inguinal à droite. La suppuration étant survenue, une ouverture fut pratiquée, qui prit bientôt l'aspect chancreux. Des pansements à l'iodoforme modifièrent la plaie, qui était presque guérie dans les premiers jours d'avril. Le malade se levait et se promenait dans le jardin, buvant, mangeant et dormant bien, lorsque dans la nuit du 6 au 7 avril, il fut pris d'un frisson très-violent, qui dura de deux à quatre heures du matin. A la visite, à neuf heures : face vultueuse, céphalalgie, soif vive, anorexie, pouls plein et rapide, chaleur intense de la peau, température 40,2.

Du côté de la plaie, peu de changement appréciable, sauf la suppression de quelques gouttes de pus qu'elle fournissait encore la veille.

Le diagnostic était incertain : le début était bien soudain et la réaction bien vive pour une fièvre synoque. On ne retrouvait aucun des prodromes ordinaires des fièvres éruptives; j'avais bien observé vers la fin de janvier une pyohémie à la suite d'un chancre inguinal, mais le frisson avait été précédé d'un malaise de deux jours et d'un changement fâcheux dans l'aspect de la plaie, le tout amené probablement par un écart de régime et un refroidissement. Nous n'avions ici aucun antécédent semblable, aucun excès, aucun changement brusque de température, aucune septicémie antérieure; d'ailleurs le frisson n'avait pas été suivi de sueurs et les traits n'offraient point cette altération si fréquente dans la pyohémie commençante. J'écartai donc absolument cette hypothèse et suspendis mon diagnostic.

Le malade fut tenu à la diète et aux boissons délayantes. Le lendemain matin, une rougeur avec douleur et léger gonflement au pourtour de la plaie annonça le développement d'un érysipèle.

La température resta élevée pendant deux jours; elle fléchit le troisième (39°,5); mais remonta le lendemain à 40 à cause de l'apparition sur la face antérieure du scrotum d'une plaque de sphacèle.

Six jours après le début de l'érsyipèle, le thermomètre oscillait autour de 38, pour revenir à 37, puis à 36,5, où il resta pendant la convalescence.

La moyenne semble chez ce sujet être de 37°; l'ascension initiale de l'érysipèle avait donc été au moins de 3 degrés.

IIe OBSERVATION. — Mme X..., 67 ans, de haute taille, de forte constitution, entre à Lariboisière pour une fracture du col du fémur gauche.

Elle fut placée dans la gouttière Bonnet et s'en trouva bien; elle se plaignait seulement de douleurs erratiques dans tout le corps, et surtout dans le membre blessé, et d'une insomnie continuelle. Le bromure de potassium à la dose de *deux* grammes fit rapidement justice de ces symptômes, et tout se passa bien jusque dans les derniers jours d'avril.

A cette époque, la malade se plaignit de douleurs et de cuissons vers la région du siége. Je reconnus, en effet, que les bords de l'échéance de la gouttière s'étaient durcis et avaient provoqué quelques excoriations très-superficielles. Comme la hanche était indolente et que la consolidation devait être avancée, je consentis à replacer avec précaution la malade dans son lit. Les parties malades furent soigneusement abstergées et saupoudrées deux fois par jour avec la poudre d'amidon.

Le soulagement fut immédiat. Ainsi Mme X..., qui était d'un caractère doux et aimable, me déclara trois ou quatre jours après qu'elle se sentait très-bien et comptait sur une prochaine guérison. L'état général était à la vérité aussi bon que possible, et toutes les fonctions s'accomplissaient régulièrement.

Les choses changèrent brusquement; dans la nuit suivante éclatèrent des troubles fort alarmants : suffocation, lividité de la face, embarras de la parole, résolution des membres, puis état comateux petitesse extrême du pouls, etc. L'interne de garde porta le pronostic le plus grave et prescrivit des sinapismes.

A la visite, légère amélioration; la connaissance est un peu revenue, mais la parole est encore confuse, l'œil à demi clos ne s'ouvre qu'avec peine, les deux membres supérieurs sont fléchis et contracturés; la malade ne peut me donner la main. Il n'y a point de déviation des traits, point d'hémiplégie; la peau est à peine chaude, le pouls ne bat pas plus de 80 fois; la respiration est plutôt lente; point de nausées, ni de toux, ni de rétention, ni d'incontinence d'urine. Au reste, pas de souffrances accusées; dès qu'on cesse d'interroger la malade, elle retombe dans une sorte de coma.

J'applique par hasard le thermomètre : à ma surprise, il accuse 40° dans l'aisselle, 40,4 dans le vagin. La région sacrée est examinée, il n'y a ni rougeurs ni gonflement; les petites excoriations sont recouvertes par une minime croûte. Avec une fracture du col du fémur, il n'y avait guère à songer à une embolie. La respiration, l'état du pouls ne permettaient guère d'admettre une phlegmasie soudaine des poumons.

Je pensai donc, en raison d'ailleurs des symptômes cérébraux si marqués, à une complication encéphalique. Mais là encore l'embarras était grand; l'absence d'hémiplégie ne plaidait pas pour l'apoplexie, la contracture aurait indiqué plutôt un ramollissement ou une hémorrhagie méningée; mais, information prise, ces lésions à leur début n'étaient guères capables de provoquer une élévation aussi grande et aussi rapide de la température.

Je ne puis m'empêcher d'émettre l'hypothèse d'un érysipèle éminent, en me rappelant le sujet de la première observation, et malgré l'absence de toute rougeur dans la région du siége.

Je prescrivis de nouveaux sinapismes, une potion cordiale et un lavement purgatif.

Dès le lendemain, l'érysipèle faisait son apparition à la région sacrée. Il gagna rapidement tout le dos et arriva jusqu'à la nuque. L'état adynamique se prononça de plus en plus pendant les jours suivants : sécheresse de la langue, constipation, ballonnement du ventre ; urines rares, soif vive, température oscillant entre 40 et 50, etc. Cependant, sous l'influence de la potion de Todd, l'état s'améliora sensiblement ; je pus même croire à la guérison, lorsque, dans la nuit du 3 mai, Mme X... succomba rapidement sans accident particulier.

J'avais appris incidemment par le fils de la malade que les facultés intellectuelles avaient notablement baissé depuis quelques mois, et qu'à plusieurs reprises s'étaient montrés des phénomènes cérébraux analogues à ceux que j'ai décrits plus haut. L'invasion de l'érysipèle n'avait donc fait que les susciter de nouveau. L'autopsie montra : l'intégrité absolue des poumons et du cœur. Sang fluide très-noir, poisseux, sans coagulum ; foie petit, normal ; rate un peu gonflée et diffluente ; rein très-congestionné ; intestin distendu par des gaz.

Fracture intra-capsulaire, sans trace de consolidation osseuse ; les fragments sont en rapport, le déplacement est très-minime. Aucun vestige de suppuration dans le foyer de la fracture.

Le cerveau, de volume ordinaire, semble normal au premier abord ; point d'injection marquée des méninges, ni de la substance grise. Les artères sont athéromateuses au plus haut degré ; la plupart sont ouvertes et n'offrent pas d'embolie. Les phénomènes cérébraux s'expliquent toutefois par l'existence dans les deux couches optiques de foyers de ramollissement remarquablement symétriques comme siége et comme étendue ; ils paraissent remonter à une époque assez éloignée. Le reste des parties centrales et périphériques de l'encéphale paraît tout à fait sain.

Il est donc évident que l'érysipèle, en ce cas, a manqué tout à fait des prodromes ordinaires, et que l'élévation de la température m'a seule conduit à soupçonner sa prochaine invasion.

Dans le dernier cas, le signe en question n'a pas fait défaut, mais il n'a pas été remarqué, et c'est seulement après la constatation de l'érysipèle que l'on a reconnu l'ascension brusque de la température. Si je n'ai pas profité de cet indice, le fait, au point de vue théorique, n'en est pas moins concluant.

(Sera continué.)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

M. Lannelongue, troisième prosecteur à la Faculté de médecine de Paris, est nommé premier prosecteur à la même Faculté en remplacement de M. Le Dentu, dont la délégation est expirée.

M. Terrier, aide d'anatomie à la Faculté de Paris, est nommé deuxième prosecteur à la même Faculté, en remplacement de M. Gilette, dont la délégation est expirée.

M. de Lens, aide d'anatomie à la Faculté de médecine de Paris, est nommé troisième prosecteur à la même Faculté, en remplacement de M. Lannelongue.

Le présent arrêté aura son effet à dater du 1er avril 1871.

— Le Bulletin hebdomadaire des causes de décès pour Paris, du 26 août au 2 septembre 1871, donne les chiffres suivants :

Variole, 2. — Scarlatine, 4. — Rougeole, 8. — Fièvre typhoïde, 22. Typhus, ». — Érysipèle, 2. — Bronchite, 32. — Pneumonie, 29. — Diarrhée, 91. — Dysenterie, 35. — Cholérine, 36. — Choléra, 4. — Angine couenneuse, 4. — Croup, 4. — Affections puerpérales, 3. — Autres causes, 570. — Total : 846.

Celui de Londres donne les chiffres suivants, du 20 au 26 août 1871 :

Variole, 82. — Scarlatine, 24. — Rougeole, 20. — Fièvre typhoïde, 11. — Typhus, 4. — Érysipèle, 5. — Bronchite, 53. — Pneumonie, 30. — Diarrhée, 487. — Dysenterie, 1. — Cholérine, ». — Choléra, 28. — Angine couenneuse, 6. — Croup, 7. — Affections puerpérales, 11. — Autres causes, 913. — Total : 1,682.

Les chiffres portés sur ce tableau demandent quelques observations.

D'abord, à Paris, on peut voir que le nombre des décès causés par les affections des voies digestives, diarrhée, dysenterie, cholérine, choléra, s'élèvent au chiffre de 166, chiffre considérable.

A Londres, elles atteignsnt celui de 516, et, si les journaux de médecine anglais se bornaient à cette indication, il y aurait tout lieu de croire que Londres serait actuellement en plein choléra épidémique.

Mais à Londres, il paraît certain qu'il s'agit surtout d'autre chose. Il ne meurt presque que des enfants. 450 de ceux qui sont portés dans le tableau comme diarrhéiques n'avaient pas atteint l'âge de deux ans. Tous les cholériques, moins 3, étaient aussi dans la première enfance. Resteraient donc en tout 30 adultes, dont 21 étaient des vieillards. On voit qu'il ne s'agit plus là du vrai choléra asiatique.

Du reste, la diarrhée enfantile sévit sur toute l'Angleterre. Selon le *British médical times*, elle cause par semaine, à Sheffield, une mortalité de 18 pour 1,000, eu égard au total de la population. Cette mortalité est énorme, car la même proportion, à Londres, serait représentée par 56,000 morts.

V. R.

— *Maison de santé* à vendre par suite de décès. Écrire à Me Collin, notaire à Nancy.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 5 septembre 1871.

HOTEL-DIEU. — M. NOEL GUÉNEAU DE MUSSY.

Étude sur le vertige (1).

§ IV. — VERTIGE SYMPTOMATIQUE.

Une des espèces les plus communes du vertige symptomatique est celui qui accompagne la dyspepsie. Le vertige dyspeptique a de grandes affinités avec le vertige nerveux.

Comme les névropathies vertigineuses, la dyspepsie compliquée de vertiges, paraît être, dans le plus grand nombre des cas, au moins une manifestation ou une dérivation de l'arthritisme (2).

Les troubles des fonctions gastro-intestinales ont été signalés par tous les auteurs comme une cause fréquente de vertige; il n'est pas rare, en effet, de voir le vertige précéder les vomissements de l'indigestion, et d'une autre part, le vertige est souvent compliqué de nausées; cette connexion fréquente témoigne d'un rapport sympathique entre le trouble des fonctions gastriques et l'état cérébral, qui s'exprime par le vertige; on l'observe fréquemment dans la dyspepsie.

Le vertige dyspeptique se dénonce par ses rapports avec l'acte digestif. Dans beaucoup de cas il se manifestera après l'ingestion des aliments. Chez les dyspeptiques anémiques, au contraire, il surviendra souvent avant les repas et manifestera le besoin de réparation. Dans ce cas, l'affaiblissement de l'organisme semble en être la cause immédiate. Le malade peut éprouver, en même temps que la sensation vertigineuse, de la céphalée, des nausées, de la gastralgie, des bâillements, de la courbature, des éructations insipides, acides ou nidoreuses qui pourront disparaître après l'ingestion des aliments ou d'une boisson cordiale. Quelques-uns accusent du trouble de la vue ou de l'ouïe, des mouches volantes, de la paracousie; quelques-uns même ont des hallucinations dont ils jugent le caractère. Trousseau a cité la curieuse observation d'un malade qui croyait voir un gouffre entr'ouvert devant lui (3).

D'autrefois le vertige n'a pas de rapport apparent avec les fonctions digestives; il surviendra irrégulièrement, sans connexion appréciable avec l'exercice de ces fonctions; mais des douleurs gastralgiques, de la flatulence, une simple pesanteur ou un malaise épigastrique après les repas trahiront le trouble de l'appareil gastro-intestinal et pourront faire soupçonner l'origine du vertige.

L'élément dyspeptique peut être encore moins accentué : un peu de lourdeur de tête, de somnolence ou de céphalalgie, de la faiblesse des jambes pendant les digestions en pourront être les seuls indices, si faibles quelquefois, si effacés que les malades ne les aperçoivent pas et se refusent même à en reconnaître la signification quand on y attire leur attention.

Dans ces circonstances, la curation indique la nature du mal, lorsque les moyens destinés à relever l'action de l'estomac, à modifier ses sécrétions, à favoriser la dissolution des aliments qu'il renferme, font cesser le vertige. Bien que l'état de la langue puisse rester normal dans la dyspepsie, le plus souvent il fournira des signes au diagnostic de cette affection. La langue, chez les dyspeptiques, est ordinairement pâteuse, couverte parfois d'un enduit épais, blanc, jaunâtre ou noirâtre au milieu. D'autrefois elle est rouge, fendillée, creusée de scissures profondes; presque toujours, selon la remarque de Chomel, deux lignes blanches spumeuses bordent de chaque côté sa face supérieure et accusent une modification dans les sécrétions buccales. Chez quelques malades, elle est comme dentelée; toutes les papilles sont comme érigées, turgescentes. Elle est parfois rouge, framboisée et semble dépouillée de son épithélium; celui-ci se détache quelquefois par lambeaux bizarrement découpés en cartes de géographie, sorte de dartre squameuse du tégument lingual.

Les troubles dyspeptiques peuvent avoir leur point de départ au-dessous de l'estomac; celui-ci parfois ne paraît pas troublé dans ses fonctions; mais celles de l'intestin s'accomplissent d'une manière irrégulière. Quelques malades ont des douleurs intestinales, des borborygmes, du météorisme; d'autres accusent de la constipation ou de la diarrhée qui peuvent alterner. Les selles sont parfois fétides, pultacées, glaireuses, verdâtres ou peu colorées; d'autrefois dures, ovillées ou en scybales, enveloppées quelquefois de filaments ou de tubes membraniformes (1).

Chez la plupart des dyspeptiques affectés de vertiges, outre les antécédents héréditaires, des douleurs rhumatoïdes, des névralgies, des migraines, des affections chroniques de la peau, des sédiments uriques dans les urines, la flatulence, une disposition plus ou moins prononcée à l'hypochondrie, quelquefois alternant ou coïncidant avec les troubles gastro-intestinaux, donnent la note arthritique et en indiquent l'origine.

D'autres états morbides peuvent être accompagnés de vertige. On l'observe dans la glycosurie, dans l'albuminurie, dans l'urémie, dans la plupart des affections de l'encéphale. Dans plusieurs cas de tumeurs de la base du crâne, je l'ai constaté avec cette circonstance qu'il survenait immédiatement dès que les malades renversaient la tête en arrière.

Si certaines impressions sensorielles peuvent le provoquer, les maladies des organes des sens le causeront bien plus souvent encore; il est commun dans certaines affections de l'oreille interne (1), des yeux, des nerfs sensitifs.

Trousseau a beaucoup insisté sur la fréquence du vertige dans les affections auriculaires, et il en fait une espèce à part sous le titre de *vertigo ab aure læsâ.*

Le vertige peut apparaître dans les prodromes d'un grand nombre d'affections aiguës fébriles. Nous avons parlé de sa fréquence au début de la fièvre typhoïde, où il devient un signe important pour le diagnostic.

Enfin, il n'est pas rare d'observer le vertige dans certaines évolutions physiologiques, comme la grossesse, la puberté, la ménopause.

§ V. — VERTIGE TOXIQUE.

Un grand nombre de substances toxiques produisent le vertige; ainsi il est à peu près constant dans une certaine période de l'intoxication alcoolique. La plupart des narcotiques peuvent le provoquer, plus ou moins facilement suivant les dispositions individuelles. Ces dispositions peuvent même varier dans le même individu avec l'âge, avec les conditions de la santé.

J'ai entendu Trousseau faire, au sujet du tabac, une remarque dont j'ai plusieurs fois vérifié l'exactitude: c'est que la tolérance acquise par l'habitude du poison nicotique peut cesser avec les années. Il connaissait, disait-il, un homme de 45 ans, grand fumeur pendant sa jeunesse, qui avait pu jusque-là satisfaire sa passion sans inconvénients appréciables, et qui, depuis quelque temps, ne pouvait aspirer quelques bouffées de tabac sans éprouver de violents vertiges. Trousseau lui ordonna d'y renoncer absolument. J'ai eu l'occasion de donner le même conseil dans les mêmes circonstances.

On conçoit aisément qu'avec les années le mouvement nutritif se ralentissant, l'élimination des poisons soit moins active. L'organisme répare moins facilement les désastres produits par les impressions anormales qu'il a subies; il revient moins facilement à ses conditions d'équilibre; le ressort de la vie est moins élastique, si je puis me servir d'une métaphore. Quoi donc d'étonnant si, dans la vieillesse, cet organisme supporte moins bien une action qui lui est hostile.

Les substances toxiques agissent quelquefois à des doses impondérables : un botaniste très-distingué m'a dit avoir éprouvé pendant plusieurs jours des malaises et des vertiges qu'il avait fait instantanément cesser en retirant d'un tiroir de sa commode des racines de mandragore qu'il y avait déposées.

L'oxide de carbone en très-petite quantité dans l'atmosphère produit immédiatement le vertige chez quelques personnes. Il en est de même du miasme palustre, dont l'impression morbifique sur l'économie est quelquefois accompagnée de vertiges.

J'ai rencontré des personnes qui ne pouvaient prendre la plus petite quantité de boissons alcooliques sans éprouver du vertige; chez d'autres, les eaux gazeuses produisent le même effet.

J'ai observé deux fois le vertige développé sous l'influence d'émanations de fosses d'aisances dans des conditions que je crois utile de faire connaître. (Voir obs. XIII.)

Ces émanations pénétraient par des fissures sous le parquet des chambres à coucher contiguës aux latrines, et, sans être très-abondantes, y répandaient cependant une odeur appréciable.

Ces deux malades étaient des hypocondriaques, arthritiques, disposés aux vertiges. Tous deux éprouvèrent en même temps des troubles dyspeptiques. Des recherches furent faites; on constata l'existence des fissures, et les accidents disparurent avec la cause qui les avait produits.

Ne pourrait-on pas rapprocher de ces faits les vertiges qui accompagnent quelquefois la constipation, ou d'autres troubles des fonctions intestinales? Ne pourrait-il pas y avoir dans ces conditions un développement de gaz toxiques qui pénétreraient dans la voie d'absorption ?

Telle que soit la valeur de cette hypothèse, la constipation chez certains hypocondriaques favorise le développement du vertige et doit être combattue (2).

---

(1) Suite. — Voir les numéros des 6 et 11 juillet 1871

(2) L'arthritisme est une maladie à mode fluxionnaire, dont le système nerveux en général, et spécialement le système nerveux ganglionnaire, pourrait être le principal foyer; un très-grand nombre de névroses sont de racine goutteuse.

Le vertige est très-commun chez les goutteux et dans les races arthritiques. Lorry avait trouvé un magnifique titre pour une grande œuvre pathologique : *De mutationibus et conversionibus morborum.* Il l'a tentée avec les données insuffisantes de la science de son temps.

Nous sommes loin de posséder encore tous les éléments nécessaires à la solution de ce grand problème; mais cependant la question des diathèses a fait de considérables progrès. Les recherches entreprises dans cette voie permettent d'affirmer les affinités pathogéniques de certains états morbides regardés comme des genres distincts; mais ce ne sont encore que des aperçus et comme des jalons qui marquent la route à suivre. Provisoirement, les nosologistes sont obligés de décrire comme des affections distinctes celles dont une observation rigoureuse n'a pas démontré l'identité générique.

(3) Notre première observation est un type de vertige arthritique chez un dyspeptique; en voici une autre :

OBSERVATION Xe. — Je fus consulté il y a cinq ou six ans par une dame de 55 ans, hypochondriaque; l'année précédente elle avait souffert pendant plusieurs mois d'un rhumatisme musculaire dans le bras gauche, développé à l'occasion d'un effort, et qui avait cédé à l'usage d'un liniment que je lui avais conseillé. Depuis six à sept mois, cette dame avait eu trois accès de vertige tellement violents qu'elle tombait à terre. (*Vertigo caduca.*) Elle ne perdait plus connaissance, mais il lui semblait au moment de sa chute, que le sol se dérobait sous ses pieds. A peine avait-elle touché le sol, qu'elle pouvait rire et causer avec ceux qui l'entouraient; en même temps elle perdait l'appétit, la langue était pâteuse, épaisse. Je lui conseillai des amers, des eaux digestives, de la pepsine, un mélange de gouttes de Beaumé et de solution de Fowler, et depuis lors, ces accidents ne se sont pas répétés. Le fils de cette dame est hypocondriaque.

(1) OBSERVATION XIe. Le 2 août 1869, je fus consulté par un homme de 58 ans, très-bien conservé. Dans sa jeunesse, il a été sujet aux gastralgies, et ses urines sont quelquefois sédimenteuses. Depuis 12 ans il éprouve des accidents hystériformes très-caractérisés et regardés comme tels par le professeur Andral. En outre, il ressent des douleurs névralgiques violentes le long du rachis, dans le ventre, dans la vessie. Il y a un an, il a eu un eczéma de la tête qui a duré 3 mois; pendant ce temps, toutes les névralgies avaient disparu.

Habituellement constipé, il reste 3 à 4 jours sans selles. Il a quelquefois alors des débâcles suivies d'un état demi-syncopal avec affaissement, prostration durant de 4 à 18 heures.

Ces selles sont précédées de douleurs le plus souvent localisées dans la région de l'S iliaque et quelquefois au niveau du colon transverse. Les matières sont enveloppées d'une toile membraneuse, et il rend en outre des rubans de mucus membraniforme. C'est surtout après les selles de cette nature qu'il éprouve les défaillances dont nous avons parlé plus haut.

Depuis quelque temps, les névralgies du tronc ont diminué, mais, depuis leur apaisement, il a des vertiges tels qu'il est obligé de prendre un point d'appui pour ne pas tomber, sans jamais perdre connaissance. Ces vertiges paraissent augmenter pendant le travail de la digestion. Il est tourmenté par de la flatulence et de la soif. Soumises à l'analyse chimique, ses urines ne renferment ni glycose ni albumine.

Je lui conseille : 1° de faire tous les matins, à l'aide de gants de crin anglais, des frictions sur toute la périphérie cutanée, suivies de lotions rapides avec de l'eau alcalinisée;

2° De boire deux fois par jour, avant les repas, une tasse de décoction de colombo et de prendre en même temps un paquet des poudres :

Magnésie.	trente centigrammes.
Craie et bicarbonate sodique.....	ââ vingt centigrammes.
Noix vomique.	trois centigrammes.
Poudre de racine de belladone..	deux centigrammes.

3° De combattre la constipation par des lavements avec de la décoction de guimauve additionnée de glycérine.

Nous avons vu dans le vertige nerveux, dans le vertige dyspeptique, dans le vertige congestif, l'arthritisme apparaître souvent, sinon comme la cause immédiate, au moins comme la condition pathogénique fondamentale de ce phénomène morbide. On peut se demander si l'intervention de cette diathèse dans l'étiologie du vertige n'est pas plus directe qu'on ne le suppose, et si les causes auxquelles on l'attribue ne sont pas alors simplement additonnelles et secondaires.

La fréquence du vertige, dans l'urémie, qui est considérée comme une altération, comme une sorte d'intoxication du sang par le trouble des fonctions éliminatrices, ne peut-elle pas être rapprochée de sa fréquence dans l'uricémie arthritique? Là aussi il y a une altération du sang produite par un trouble de nutrition qui n'est pas la cause de la goutte, comme on l'a prétendu, mais qui en est une des manifestations primordiales, souvent la caractéristique, et qui s'exprime par une production anomale d'acide urique. La dyscrasie, qui en est la conséquence, serait-elle pour quelque chose dans la production du vertige qui l'accompagne si souvent?

(1) OBSERVATION XIIe. — Un jeune homme dyspeptique, affecté en outre d'otite chronique, avec suppuration de la caisse du tympan, avait des vertiges si pénibles qu'il n'osait traverser la rue devant une voiture. S'il allait au bal, à la porte de la salle de danse, il ne pouvait parfois regarder ses pieds sans être pris d'étourdissements, et il pouvait ensuite valser impunément. Il se trouvait même mieux après cet exercice.—Chez ce malades deux conditions morbides pouvaient intervenir dans la pathogénie du vertige : l'otite chronique et la dyspepsie.

(2) L'accumulation des matières dans le gros intestin y gêne le mouvement circulatoire, et à ce point de vue la constipation prendrait place parmi les causes de vertige que nous avons signalées plus haut, en disant qu'il pouvait être provoqué par les troubles de la circulation abdominale.

Chez d'autres malades, le vertige peut accompagner la diarrhée. J'ai connu un hypocondriaque, de race arthritique, qui, à la suite d'une attaque de choléra, était tourmenté depuis trois ou quatre années par une diarrhée revenant plusieurs fois par semaine, et qu'il arrêtait avec le sous-nitrate de bismuth. Il avait plusieurs fois remarqué qu'au moment où les coliques et les évacuations cessaient après l'ingestion du médicamen, il éprouvait des vertiges. Là encore on peut se demander si les gaz putrides développés et retenus dans l'intestin n'étaient pas pour quelque chose dans ce phénomène? Chaque fait, quelque minime qu'il soit, soulève une foule de problèmes dont nous ne pouvons donner la solution; indiquons-les, étudions-les : l'avenir les résoudra.

On ne s'est pas contenté de constater le rapport pathogénique du vertige et d'autres troubles cérébraux avec certains agents toxiques; on a voulu déterminer leur mode d'action, et, sacrifiant à la mode physiologique actuelle, on a tenté d'expliquer par l'action vaso-motrice toutes ces manifestations morbides; ainsi l'atropine, la quinine, la nicotine, produiraient le vertige anémique en faisant contracter les vaisseaux du cerveau et y diminuant l'abord du sang. J'ai eu l'occasion de dire ailleurs ce que je pensais de ces hypothèses, et je n'y reviendrai pas.

On a comparé aux phénomènes d'intoxication les troubles fonctionnels produits par certaines altérations du sang, comme celles qui accompagnent l'urémie, les maladies pestilentielles : ce rapprochement me semble très-légitime; si nous avons rangé parmi les poisons le miasme qui fait naître la fièvre intermittente, la modification produite dans la crase du sang par la suspension de l'élimination rénale peut être considérée comme une action toxique; mais nous en avons parlé à l'occasion du vertige symptomatique.

Pronostic. — Le pronostic du vertige est subordonné à la notion de sa cause et de son mode pathogénique. Évidemment le vertige qui dépend d'une affection organique ou d'une dyscrasie, est incomparablement plus grave que le vertige nerveux. Il faut cependant, en présence de celui-ci, se rappeler que ce phénomène accuse une modalité morbide de l'encéphale, qui peut y devenir l'occasion d'une fluxion congestive si le malade y est prédisposé. Il faut se rappeler que chez les arthritiques, si sujets à cette espèce de vertige, les vaisseaux sont souvent athéromateux, surtout quand ils avancent en âge; que l'arthritisme produit souvent le vertige congestif, et que celui-ci peut succéder au vertige nerveux. De là résulte la nécessité chez ces malades de surveiller attentivement ce vertige, d'épier les changements qui peuvent survenir dans l'état constitutionnel des malades, d'interroger les artères, et d'éviter tout ce qui pourrait favoriser une congestion vers l'encéphale.

Par les motifs que nous venons d'indiquer, le vertige est moins grave chez les jeunes gens que chez les vieillards, et surtout chez les sujets dont les organes circulatoires sont sains que chez ceux qui présentent des lésions cardio-artérielles. Cette dernière condition est, dans mon opinion, un des points les plus importants pour le pronostic, surtout dans le vertige congestif. Celui-ci sera en général beaucoup plus fâcheux que le vertige anémique; mais quand le raptus congestif est modéré, des vaisseaux sains en supporteront l'effort, tandis que le moindre excès de tension pourra amener la rupture de vaisseaux dégénérés, stéatosés, rigides, anévrysmatiques. Dans ce cas, le degré de résistance des vaisseaux de l'encéphale mesure en quelque sorte la résistance vitale.

Cependant, si la violence du mouvement congestif est excessive, elle pourra amener la rupture de vaisseaux qui étaient inaltérés. L'intensité de la congestion est donc aussi un élément important de pronostic.

En parlant de l'innocuité relative du vertige anémique, je n'ai pas en vue celui qui résulte d'une ischémie cérébrale consécutive à une altération des vaisseaux. Celui-ci peut être le prélude d'un ramollissement de l'encéphale.

Je n'ai pas parlé non plus des anémies toxiques comme celles qui succéderaient, par exemple, à l'action de la belladone ou de la nicotine, car celles-ci peuvent être suivies d'un mouvement réactionnel, qui est la loi des actions organiques, et la congestion peut succéder à l'anémie.

Le vertige dyspeptique, comme le vertige nerveux, s'ils ne présentent en eux-mêmes que peu de gravité, en acquièrent quelquefois par leur durée et leur résistance aux moyens thérapeutiques. J'ai vu ce vertige persister pendant plusieurs années avec une intensité très-pénible et très-incommode pour le malade, qu'il empêche de vaquer librement aux devoirs de la vie. C'est surtout chez les hypocondriaques qu'il présente cette opiniâtreté; manifestation de l'hypocondrie, il l'aggrave par la terreur qu'il cause à ceux qui en sont atteints.

D'après Juncker, la guérison du vertige est difficile après l'âge critique chez les hystériques et les hypocondriaques.

(Sera continué.)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 3 mai 1871 (1). — Présidence de M. Dolbeau, vice-président.

IIIe Observation. D. D..., 35 ans, employé, de petite taille, mais robuste et bien portant, vient à l'hôpital pour se faire débarrasser d'un adénome de la parotide gauche.

Après les préparations convenables, l'opération fut pratiquée le 13 avril. Le thermomètre, interrogé préalablement plusieurs jours de suite, donna une moyenne basse de 36,2.

L'extirpation fut facile. La plaie fut remplie de charpie, fréquemment arrosée d'alcool.

Le 14 et le 15, température 37. Une complication de névralgie faciale, si commune dans les opérations de ce genre, fut rapidement dissipée par le sulfate de quinine, et disparut en trois jours sans avoir du reste modifié la courbe thermométrique.

A partir du 18, on revint à 36 avec ou sans fractions. On peut donc dire que la fièvre traumatique fut nulle ou du moins fort minime.

L'état général était si bon et la cicatrisation marchait si régulièrement, que le malade, à partir de ce jour, commença à se lever et à se promener dans les salles. Peut-être commit-il quelque imprudence; toujours est-il qu'à la visite du 24 il se plaignit d'un léger malaise, qu'il attribuait à la constipation.

Rien d'appréciable à la plaie, qui mesure à peine 1 centimètre de profondeur, et dont les bords sont presque en contact. Un léger purgatif est prescrit. Le malade reste levé une grande partie du jour. Le lendemain 25, la plaie est sèche, les bords sont douloureux, tuméfiés et rouges.

La nuit a été très-agitée; le malaise s'est accru, un érysipèle s'est déclaré, envahissant successivement l'oreille, la nuque, la racine des cheveux, toute la moitié gauche et une partie de la moitié droite de la face. Il a été assez grave et ne s'est éteint qu'au bout de huit jours.

Lorsque l'enanthème a été évident, le 25, j'ai consulté le tracé thermométrique, recueilli soigneusement soir et matin par M. Trève, élève du service, et voici ce que j'ai constaté :

22.	Matin	36
	Soir	36
23.	Matin	36
	Soir	36,2
24.	Matin	39
	Soir	39,1
25.	Matin	39,4
	Soir	39,4

Donc, le 23 au soir, la température était à 36,2, et le 24 au matin elle atteignait 39, faisant ainsi un écart subit de près de 3 degrés.

Cette ascension, si je l'avais connue, m'aurait mis sur la voie, et avec d'autant plus d'avantage qu'en l'absence de tout prodrome alarmant et de tout symptôme caractéristique, je n'avais vu dans le malaise qu'un effet peu significatif de la constipation.

Je ferai remarquer que dans les observations qui précèdent, les prodromes de l'érysipèle ont été très-différents, et n'ont présenté rien de caractéristique. Frisson violent dans le premier cas; phénomènes cérébraux dans le second; malaise presque insignifiant chez le troisième, à ce point qu'on aurait pu croire chez ce dernier à un début soudain de l'énanthème.

L'élévation brusque de la température a été le seul signe commun à ces trois cas; seul il m'a fait porter chez la femme à la fracture un diagnostic en apparence très-hasardé.

Je n'entends pas dire que dans tous les cas d'érysipèle il en sera de même, et que l'ascension rapide de la colonne thermométrique est pathognomonique de la maladie en question, car je trouverais dans mes propres observations de quoi contredire une assertion trop absolue.

Il est évident, d'abord, que si un érysipèle se déclare dans le cours d'une fièvre traumatique, qui déjà a élevé la température à 38 ou 39 degrés, l'augmentation d'un degré n'aura rien de caractéristique. De plus, d'autres affections que l'érysipèle, survenant chez un malade apyrétique, peuvent subitement faire monter le thermomètre. En voici un exemple frappant :

Un jeune homme de la province entra dans mon service pour une affection très-ancienne du tibia. Une ostéo-périostite, datant de sa jeunesse, avait laissé de nombreuses cicatrices, et trois trajets fistuleux conduisaient le stylet jusqu'à des sequestres parcellaires. Je résolus d'enlever ces débris. Le jour pris et le malade ayant subi le traitement préparatoire : bains, purgatif salin, etc., je constatai, dans un dernier examen et avant de conduire le patient à l'amphithéâtre d'opération, un changement dans l'état général, qui, la veille encore, était excellent. Peau chaude, teint animé, face vultueuse, pouls large et plein, langue un peu blanche, etc. Malgré tout, le jeune homme se sentait assez bien et attribuait l'appareil fébrile à l'insomnie de la nuit précédente, insomnie d'ailleurs imputable à un certain souci de l'opération.

Le thermomètre marquait 39,5. Comme je n'admets guère que les seules émotions morales puissent produire une telle élévation de température, je soupçonnai quelque complication latente, et dans le doute je m'abstins naturellement. Au bout de deux jours, l'apparition d'une varioloïde nous donna l'explication du mouvement fébrile.

Depuis cette époque je ne pratique guère d'opération sans consulter le thermomètre, à plusieurs reprises même, à moins qu'il n'y ait urgence. Cette précaution a deux avantages : elle indique d'abord la moyenne de la température individuelle, assez variable comme on le sait, et ce qui permet de constater l'époque d'apparition et l'intensité de la fièvre traumatique; en second lieu, elle pourrait révéler l'existence d'un état général mal accusé, et susceptible, en conséquence, de passer inaperçu. Je citerai à ce propos un fait qui m'a beaucoup impressionné.

Un homme de 50 ans environ vint me trouver pour être débarrassé d'un épithélioma de la grosseur d'une noisette, situé sur le bord droit de la langue. Mon ordre du jour opératoire étant assez chargé pour le moment, le malade, qui désirait séjourner le moins possible à l'hôpital, me demanda à sortir quelques jours et à ne rentrer que la veille de l'opération. J'y consentis.

N'ayant découvert, lors de mon premier examen, aucune contre-indication, je n'en soupçonnai pas de récente, et comme le cas était d'ailleurs très-simple, que le patient était très-résolu, très-courageux et n'avait aucun malaise, je procédai à l'extirpation de la tumeur par l'écrasement linéaire.

L'acte opératoire en lui-même n'offrait rien d'insolite. Cependant, contrairement à la coutume, je fus obligé de lier à la surface de la plaie une artère assez volumineuse, bien que, suivant mon habitude, j'aie procédé avec toute la lenteur nécessaire.

La journée fut assez mauvaise; dans l'après-midi survint une hémorrhagie qu'on arrêta avec de la glace et des attouchements avec le perchlorure de fer. Le lendemain matin, fièvre vive, grande difficulté pour dégluter, douleurs inaccoutumées dans la partie correspondante de la face et du cou. La nuit avait été agitée. Je fis les prescriptions convenables; mais dans la soirée la respiration s'embarrassa et la mort survint, 36 heures environ après l'extirpation.

Une terminaison pareille et aussi prompte, d'une opération en général fort bénigne, me surprit infiniment; mais l'autopsie expliqua tout, en nous montrant du côté droit une pneumonie très-étendue et parvenue même au troisième degré dans le lobe inférieur; comme il n'est guère possible d'admettre qu'une telle affection se soit développée en la saison tempérée où l'on était, dans l'espace de 36 heures, je rentrai convaincu qu'elle préexistait à l'opération et que, contre toutes les règles, et bien involontairement, j'avais opéré un pneumonique.

Je reconnais, sans hésitation, avoir commis une faute en ne répétant pas l'examen organique complet avant d'instrumenter; car, si j'avais interrogé le thermomètre, j'aurais été pour le moins averti sommairement d'un danger dont il eut été facile ensuite de découvrir la source.

Il n'y a rien de neuf dans tout ce que j'ai dit sur l'élévation subite de la température au début de l'érysipèle traumatique. Pour plus ample information on pourra consulter le récent article de Wolkmann (1), et y voir de nombreux tracés thermométriques. J'ai seulement voulu vulgariser cette donnée intéressante, et saisir une occasion pour recommander avec instance à tous mes confrères l'emploi d'un moyen simple et commode, qui rend journellement au lit du malade les plus signalés services dans le diagnostic et le pronostic des affections chirurgicales à forme fébrile.

M. Marjolin. Je demanderai à M. Verneuil si les malades dont il vient de nous communiquer les observations ne présentaient pas, indépendamment des signes révélés par le thermomètre, quelques autres phénomènes initiaux de l'érysipèle, et en particulier un état saburral et des vomissements.

M. Verneuil. Chez l'un de mes malades il y eut un frisson; chez un autre il se manifesta un état cérébral assez singulier; chez un troisième je n'observai rien de particulier. En somme, aucun de ces trois malades ne présenta les phénomènes qui précèdent habituellement l'apparition de l'érysipèle, et qui sont familiers à tous les chirurgiens.

Jamais je n'aurais prévu chez ces malades la naissance d'un érysipèle si je n'avais eu recours à la thermométrie; les services qu'elle m'a rendus ont surtout été frappants chez la femme dont j'ai rapporté l'observation, car chez elle aucun autre signe n'avait annoncé une maladie imminente.

Peu de maladies font monter le thermomètre aussi haut que l'érysipèle; il faut cependant en excepter la variole, ainsi que je l'ai constaté plusieurs fois, et en particulier chez un jeune homme atteint de nécrose du tibia avec sequestre; le jour où je devais l'opérer je lui trouvai, à ma visite, la figure animée. Le malade attribuait son malaise à l'émotion, mais le thermomètre marquait chez lui 39° 1/2. J'ajournai l'opération et bien m'en prit, car trois jours après le malade avait une irruption de variole.

Chez les vieillards, les oscillations thermométriques sont souvent très-grandes, ainsi que nous l'a appris M. Chariot; mais il n'en est plus de même chez les adultes, à moins d'imminence de maladie grave.

M. Marjolin. Je ne veux pas contester l'importance des renseignements que peut fournir le thermomètre; mais il n'en reste pas moins vrai que très-habituellement l'apparition d'un érysipèle est précédée par un état saburral bien marqué, qui s'accompagne souvent de vomissements.

Le frisson qui survient chez un adulte peut mettre aussi le chirurgien sur ses gardes; mais ce phénomène est difficile à observer chez les enfants, qui rendent mal compte de ce qu'ils ont éprouvé, tandis que l'état saburral est facile à savoir : les enfants, pour me servir d'une locution bien connue, boudent devant la nourriture. L'haleine a une odeur désagréable; la langue est blanche; bientôt surviennent des vomissements. Quand on observe ce cortége de symptômes, il faut surveiller toutes les places, regarder autour des oreilles et des narines, autour des boutons et des croûtes qu'on trouve si souvent chez les enfants. L'érysipèle n'est pas encore né, mais il est probable qu'il apparaîtra le lendemain.

M. Verneuil. C'est avec raison que M. Marjolin accorde une grande importance aux phénomènes saburraux; mais dans les services de chirurgie on observe assez souvent des érysipèles brusques, qui naissent sans prodromes; c'est ainsi que vingt-quatre heures après une opération légère, telle que l'ablation d'un petit sequestre, le cathétérisme d'un trajet fistuleux, ou même après un simple pansement, on trouve souvent une rougeur érysipélateuse autour de la plaie; il est vrai de dire que presque toujours cette rougeur est diffuse, et que son contour est moins accusé, moins coloré que dans l'érysipèle vrai.

M. Marjolin. Je ferai remarquer à M. Verneuil que dans ses trois observations il s'agissait précisément d'érysipèles spontanés, et non pas d'une rougeur érysipélateuse consécutive à une petite opération.

M. Despres. Je pense, comme M. Marjolin, que l'érysipèle est toujours précédé, pendant un jour ou deux, par des malaises, de la fièvre, un état saburral et quelquefois par des vomissements; si ces symptômes ne sont pas réunis en groupes, ils se montrent du moins isolément et suffisent encore pour faire prévoir un érysipèle; je ne les ai jamais vus manquer tous dans les nombreuses observations d'érysipèles que j'ai autrefois recueillies avec le plus grand soin; ils peuvent cependant être masqués, si l'érysipèle débute pendant le cours d'une autre maladie fébrile.

Quant aux rougeurs de forme érysipélateuse qui succèdent à une exploration de trajet fistuleux ou autre opération légère, il ne faut pas les considérer comme des érysipèles vrais; elles sont, à mon avis, uniquement produites par une angioleucite consécutive à la

---

(1) Suite. — Voir le dernier numéro.

(1) *In* Pitha et Billroth, t. Ier, 2e partie, 1er fascicule, p. 163 et suivantes.

déchirure de quelques vaisseaux lymphatiques : aussi elles sont accompagnées par l'engorgement des ganglions lymphatiques. On m'objectera sans doute que l'érysipèle est lui-même précédé et accompagné par cet engorgement des ganglions lymphatiques, que c'est là une coïncidence que personne ne met en doute depuis que Blandin a attiré sur elle l'attention des chirurgiens; mais je n'hésite pas à déclarer, malgré l'autorité de ce savant maître, que cette adénite est aussi commune dans l'angioleucite qu'elle est rare dans l'érysipèle vrai.

Cela dit, je n'accepterai qu'avec une certaine restriction les renseignements que le thermomètre fournit pour le diagnostic de l'érysipèle; en effet, une élévation énorme de température n'est pas spéciale à l'érysipèle, elle se rencontre dans un assez grand nombre de maladies, et en particulier dans la scarlatine.

De plus, l'érysipèle lui même présente de nombreuses variétés, et, quand il s'agit d'un érysipèle bénin, comme celui qu'on observe si souvent aux ailes du nez, je pense que l'élévation de la température n'est pas aussi considérable que celle qui a été relevée par M. Verneuil.

M. VERNEUIL. Je ne partage pas l'opinion de M. Desprès sur la manière dont il faut interpréter l'engorgement des ganglions lymphatiques; mais il convient, je crois, de laisser ce point de pathologie en dehors de la discussion actuelle.

L'augmentation de la température, dit encore M. Després, ne doit pas être considérable dans l'érysipèle bénin et dans l'angioleucite. Mais son opinion reste à l'état de simple assertion, parce qu'elle ne s'appuie sur aucune observation précise; je puis donc la regarder comme non avenue. D'ailleurs, il n'est pas facile d'établir une ligne de démarcation précise entre un érysipèle grave et un érysipèle bénin; une petite plaque érysipélateuse suffit quelquefois pour jeter les malades dans un état alarmant; tel est assez souvent l'érysipèle qui sort par les narines, après avoir débuté par le pharynx.

En résumé, il ne faut négliger aucun des signes prodromiques qui peuvent faire diagnostiquer un érysipèle; mais les observations que j'ai rapportées démontrent qu'il peut être très-utile d'y ajouter les renseignements fournis par la thermométrie.

M. DESPRÉS. L'état fébrile qui accompagne l'érysipèle qui sort par les narines s'explique par la coexistence d'un coryza grave; mais quand l'érysipèle se produit au nez, autour d'un bouton d'acné, par exemple, la fièvre est souvent peu intense et les phénomènes initiaux sont légers. Je doute fort qu'il y ait alors une augmentation notable de la température.

Dans l'érysipèle comme dans l'angioleucite, la fièvre et les prodromes sont variables suivant les cas; il ne faut pas généraliser, et la thermométrie, qui sera utile quelquefois, sera infidèle d'autres fois.

M. LIÉGEOIS. M. Verneuil a signalé chez l'un de ses malades un état cérébral assez singulier. Ces troubles du système nerveux me paraissent difficiles à expliquer; c'est ainsi que chez la malade opérée d'une tumeur adénoïde du sein que j'ai montrée ici il y a quelques jours, j'ai observé successivement la paralysie de l'une et l'autre jambe, de la gêne dans les mouvements de la langue, puis une incontinence d'urine. Cette malade est aujourd'hui parfaitement guérie; mais je déclare qu'il m'a été impossible de trouver une explication satisfaisante des troubles nerveux qu'elle avait présentés.

(A suivre.)

DOCUMENTS

POUR SERVIR A L'HISTOIRE DU MOUVEMENT SCIENTIFIQUE PENDANT LE SIÉGE DE PARIS (1).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. BOUCHARDAT.

Nos ressources alimentaires pendant le siége.

(Suite)

GRAINES OLÉAGINEUSES.

Cacao, chocolat. — Le cacao vient au premier rang des graines oléagineuses alimentaires; il forme la base du chocolat. Il est fourni par le cacaoyer (*Theobroma cacao* L.). C'est un arbre originaire du Mexique. Il a été importé dans nos colonies vers le milieu du XVIIe siècle. Il s'élève à la hauteur de 10 mètres. Son fruit est gros, ovoïde, allongé, marqué de cinq à dix côtes longitudinales; il contient de cinq à quarante semences brunes. Chaque cacaoyer peut produire de 2 à 3 kilogrammes de graines.

La récolte du cacao se fait de la manière suivante : A mesure que les fruits sont mûrs, on les abat avec de petites gaules, on coupe les capsules en deux (ces capsules portent le nom de *cabosses*), et l'on en retire la pulpe et les semences que l'on dépose dans des auges en bois, couvertes de feuilles. Après vingt-quatre heures, la pulpe entre en fermentation et se liquéfie. On la remue tous les jours pendant quatre jours, ou jusqu'à ce que l'épiderme, de blanc qu'il était, soit devenu rouge, et que le germe soit mort. Vers le cinquième jour, on sépare les semences de la pulpe et on les fait sécher au soleil, sur des nattes de jonc. Dans quelques contrées, et principalement dans la province de Caraccas, on fait subir aux semences de cacao une autre préparation qui consiste à les enfouir pendant quelques jours dans la terre, afin de leur donner un goût moins âpre et moins désagréable. On les fait sécher de nouveau avant de les livrer au commerce.

On distingue dans le commerce un grand nombre de sortes de cacaos :

Le *cacao caraque* est le plus estimé; sa saveur est plus douce et son parfum plus agréable; il est terré. Le *cacao des Iles* vient des Antilles, des îles de la Réunion et Maurice. Ses graines sont plus grosses, plus butyreuses. Avant l'arrivée des Européens en Amérique, les indigènes préparaient un aliment avec du cacao broyé, délayé dans de l'eau chaude, de la farine de maïs et du piment; ils lui donnaient le nom de *chocolat*. Les Espagnols modifièrent la préparation, mais conservèrent le nom.

(1) Suite. — Voir le dernier numéro.

La boisson obtenue avec le cacao était très-estimée, comme l'indique le nom *theobroma*, nourriture des dieux.

En consultant le tableau de l'analyse du cacao que nous avons donné, on voit que cette semence est très-riche en matériaux de calorification; elle contient environ la moitié de son poids d'une substance grasse solide, d'une odeur et d'une saveur agréables, qui se conserve assez longtemps sans rancir, à laquelle on a donné le nom de *beurre de cacao;* elle renferme, en outre, de 5 à 10 pour 100 de fécule. La matière azotée y intervient pour 20 pour 100. Ce qui distingue surtout le cacao des autres graines oléagineuses, c'est la présence de la *théobromine;* elle en renferme 2 pour 100. C'est un alcaloïde très-voisin de la caféine. Il paraît avoir des propriétés physiologiques analogues, et, sous ce rapport, le cacao se rapproche du café, du thé, aliments que nous rangeons parmi les *modificateurs du système nerveux;* mais, par l'ensemble des propriétés de ses principaux constituants, la préparation principale dont le cacao est la base, le chocolat, est surtout un aliment de calorification.

La préparation du *chocolat* comprend deux opérations principales : 1° la torréfaction du cacao; 2° son broyage et son mélange avec le sucre et divers aromates.

La *torréfaction* du cacao a pour but de modifier la saveur de la graine en opérant des transformations variées qui ne nous sont pas encore bien connues, et qui doivent porter surtout sur la théobromine et sur une matière voisine de l'ordre des tannins. La fécule est également modifiée, le beurre est à peine altéré.

Après la torréfaction, on trie les graines, on sépare les coques et les germes.

Les coques peuvent être employées en infusion. On a ainsi une boisson salutaire, qui pourrait être utilement usitée quand le café fait défaut et que les eaux potables qu'on a à sa disposition sont ou de mauvaise qualité ou suspectes. Cette boisson serait surtout bienfaisante dans les contrées chaudes, dans les prisons pendant l'été. Les coques de cacao peuvent intervenir pour une part dans l'alimentation des vaches et des chevaux.

Après la torréfaction du cacao, on opère son broyage et son mélange avec le sucre et les aromates. On commençait autrefois à piler les graines et le sucre dans un mortier chauffé, et l'on achevait la division sur la pierre à chocolat. Aujourd'hui ce sont d'ingénieuses machines mues à la vapeur qui sont substituées au bras de l'homme. Ce broyage du cacao est une opération excellente; toutes les parties utiles de la graine peuvent être plus facilement attaquées par les sucs digestifs, les gros fragments de cacao passeraient indigérés. Les aromates qu'on ajoute au chocolat sont la vanille ou la poudre de cannelle de Ceylan : ces additions conviennent à tous les titres. Leurs parfums s'associent bien à celui du cacao, et il existe, dans ces deux aromates, des principes immédiats qui exercent une préservation relative de rancidité sur le beurre de cacao.

Il se fabrique un grand nombre de qualités différentes de chocolats qui comportent des associations faites avec plus ou moins d'intelligence.

Pour les sortes supérieures, on choisit les graines saines de caraque et de maragnan à parties égales; on sépare les germes et tout ce qui offre des traces d'altération. Après avoir été convenablement torréfiées, on les associe à cinq parties de sucre raffiné pour six de cacao, sans autre mélange que la poudre de cannelle de Ceylan ou la vanille. Pour les sortes communes, on prend les graines sans choix, sans séparation de germes; la puissante broyeuse se charge facilement de tout réduire en pâte impalpable. Comme le sucre coûte moins que le cacao, on en force la dose. On emploie plusieurs substances pour tenir la place des graines de cacao; les plus honnêtes ajoutent des amandes douces. On m'a assuré que les chocolatiers consommaient aujourd'hui beaucoup plus d'amandes que les dragistes. Les graisses, les huiles comestibles les plus diverses sont ajoutées aux chocolats trop pauvres en beurre de cacao pour avoir la consistance convenable; ce cas se présente surtout quand on ajoute de notables proportions de farine que les chocolatiers de bas étage épargnent peu. Quoique le cacao contienne de la fécule, comme ses graines n'ont pas les mêmes dimensions que celles de l'amidon du blé, le microscope permet de déceler l'addition, qui est frauduleuse quand elle n'est pas annoncée sur l'étiquette. Les chocolats additionnés de graisse se rancissent plus facilement que ceux qui sont loyalement préparés. Quand ils sont anciens, ils se reconnaissent à cette odeur et à cette saveur de graisse rance.

On a proposé d'ajouter au chocolat pour en accroître les propriétés alimentaires, telles que celles du sagou, de l'arrow-root, du tapioca, du lichen : toutes ces additions sont mal conçues. Dans le cacao, les matériaux alimentaires de calorification dominent, l'addition du sucre dans la fabrication du chocolat les augmente encore ; à quoi bon alors ajouter des principes immédiats de même ordre ? Pour rapprocher le chocolat de l'aliment complet, il convient beaucoup de l'associer au gluten, et mieux au gluten panifié de Durand, dans la proportion de 20 pour 100, comme je l'ai exposé avec tous les détails convenables dans le tome X du *Répertoire de pharmacie*.

Cacao en poudre. — En Angleterre et en Hollande, on emploie beaucoup le cacao réduit en poudre après lui avoir enlevé une portion de son beurre. Cette préparation est commode; elle peut être utile quand on emploie de bonnes matières premières, comme je l'ai vérifié sur un échantillon provenant d'Amsterdam; mais quand on y mêle de l'ocre, de la farine, etc., c'est un aliment qu'on doit condamner.

DES HUILES ET DES GRAISSES.

Par le froid et les privations que nous endurons, je crois utile, après vous avoir parlé des graines oléagineuses, de vous entretenir des corps gras.

On se défend du froid par des habitations bien closes, par de bons vêtements, par le chauffage, par la réunion d'un nombre convenable d'hommes dans un espace limité, mais surtout par la chaleur qu'on produit. Celle-ci est d'autant plus durable que l'alimentation est mieux choisie.

Les graisses, les huiles, sont les aliments qui, à poids égal, donnent le plus de chaleur; c'est grâce à elles que les habitants de l'extrême Nord peuvent résister aux rigueurs des hivers. Le froid que nous éprouvons est aujourd'hui comparable à celui qu'ils endurent; imitons-les pour mieux le supporter.

Toutes les huiles, toutes les graisses peuvent nous rendre les mêmes services; si elles diffèrent considérablement par le prix, ce n'est qu'affaire de goût et d'habitude.

Les excellentes graisses de bœuf, qui étaient si fort négligées pour l'alimentation lorsqu'on les vendait sous le nom de suif, sont aujourd'hui appréciées de tous, depuis qu'après avoir été purifiées et légèrement aromatisées ou colorées, on les débite sous les noms de *graisse de bouche, beurre de Paris*. Il existe de ces corps gras en quantité suffisante pour pourvoir à tous les besoins. La graisse et l'huile de cheval constituent une précieuse ressource.

Si les prix des huiles d'olive, d'œillette, d'amandes, se sont beaucoup élevés par suite de l'abaissement des provisions, par contre, la valeur de l'*huile de colza vierge* ne s'est point accrue. Une compagnie puissante en possède, nous assure-t-on, des quantités suffisantes pour pourvoir à la consommation la plus large et la plus longue.

L'habitant d'un grand nombre de nos campagnes prépare la soupe, qui forme la base de son alimentation, avec l'*huile de navette, qui, hygiéniquement, est identique avec l'huile de colza vierge,* qu'il ne faut pas confondre avec l'huile de colza préparée pour l'éclairage.

Deux fois chaque jour, depuis l'investissement, je mange, avec ma famille, de la soupe à l'huile d'olive; l'huile de colza vierge lui a été substituée sans qu'on s'aperçût du changement. C'est donc une ressource considérable que nous avons et qu'il faut savoir utiliser.

Quand la réparation alimentaire en graisses ou en huiles est suffisante (50 grammes dans les vingt-quatre heures), un exercice énergique est le moyen le plus sûr de résister aux funestes effets du froid. Abordons maintenant l'étude physiologique et hygiénique des corps gras.

Définition. — On étudie en hygiène, sous le nom de *corps gras*, des produits solides ou liquides d'une consistance onctueuse, tachant le papier, solubles dans l'éther, le sulfure de carbone, les essences; imparfaitement solubles dans l'acool, insolubles dans l'eau; brûlant avec flamme, ayant généralement une saveur douce. Ce groupe comprend les huiles et graisses végétales ou animales, le suif, le beurre, etc.

Les corps gras sont constitués par un grand nombre de principes immédiats dont l'histoire a été faite en grande partie par M. Chevreul. Nous ne mentionnerons ici que quatre des plus importants : l'oléine, la margarine, la stéarine et la butyrine, qui, d'après les travaux synthétiques de M. Berthelot, doivent être considérées comme des oléate, margarate, stéarate, butyrate de glycérine, ainsi que M. Chevreul l'avait déjà pressenti.

La *butyrine* est le corps gras spécial qui se produit particulièrement dans l'économie des femelles d'animaux mammifères qui allaitent; mais il est probable qu'elle peut se former dans d'autres conditions, comme nous le verrons plus tard. Nous reviendrons sur son étude en traitant du beurre.

La *stéarine* est la partie la moins fusible du suif; elle est soluble dans l'éther à chaud; elle se présente, après le refroidissement, sous forme de cristaux blancs fusibles à 62 degrés.

La *margarine* se rencontre dans la graisse humaine, dans l'huile d'olive; on l'obtient en la dissolvant dans l'éther; elle est fusible à 47 degrés, selon M. Lecanu.

L'*oléine* est la partie liquide des graisses; elle est soluble dans l'alcool et dans l'éther à froid.

De la digestion et de l'utilisation des corps gras — L'étude de la digestion et de l'utilisation des corps gras est liée de la manière la plus intime à la théorie générale de la digestion; elle a été le point de départ le plus net des expériences que nous avons poursuivies, Sandras et moi, pendant plus de dix années. C'est une tendance des plus ordinaires de l'esprit humain, disons-nous, lorsque quelques vérités saillantes ont été mises en lumière sur une question obscure, de rattacher à ces faits tous ceux qui s'en rapprochent, sans examiner sévèrement si l'expérience et l'observation légitimeront ces rapprochements.

Dans la question qui va nous occuper, nous allons trouver une nouvelle confirmation de cette remarque.

La découverte qui a eu le plus d'importance pour établir la théorie de la digestion a été sans contredit celle de la production du chyle. C'était une de ces observations capitales qui frappent les yeux, qui commandent l'attention.

Aussi bientôt, en observant le cours du chyle, en examinant ses propriétés physiques, en étudiant superficiellement sa composition chimique, on pensa tenir la clef de toute la théorie de la digestion; on crut pouvoir suivre la circulation de la matière alimentaire, comme Harvey avait suivi le cours du sang.

En effet, on tient une substance ressemblant beaucoup pour ses propriétés physiques, sa composition chimique, à l'aliment normal, le lait; on voit cette substance puisée dans l'appareil digestif, et de là transportée par des vaisseaux spéciaux dans l'appareil circulatoire De l'observation de ces faits incontestables, il n'y avait qu'un pas à faire pour arriver à cette conséquence: les aliments sont d'abord transformés en une sorte de bouillie, le *chyme*; puis ce chyme se sépare en deux parties, les *fèces*, qui sont rejetées au dehors, et le *chyle*, qui, versé dans le sang, va continuellement réparer le liquide nourricier.

Cette théorie de la digestion, généralement admise avant nos premières expériences, paraît vraie et très-simple au premier abord; mais, en examinant avec attention les faits de détail sur lesquels elle s'appuie, on rencontre bientôt d'insurmontables difficultés.

Nous avons établi, par une suite de recherches qui s'enchaînent les unes aux autres, que la digestion de tous les aliments ne s'opère point par un mode uniforme; qu'il existe plusieurs digestions, différentes suivant les aliments que l'on ingère; que la digestion des substances protéiques et gélatineuses (fibrine, albumine, caséum, gluten, gélatine. etc.) s'effectue *principalement* dans l'estomac; que ces aliments dissous sont immédiatement absorbés dans cet organe, et de là transportés dans le sang : c'est la *digestion stomacale*: que les matières grasses, liquéfiées par la température du corps de l'animal, émulsionnées, sont puisées dans les intestins par les chylifères : c'est la *digestion intestinale*; que la dissolution des matières féculentes, s'opérant à l'aide d'un principe agissant comme la diastase, *sécrété principalement par le pancréas*, commence dans l'estomac, mais s'accomplit surtout dans les intestins, et que le

liquide qui en résulte est absorbé non par les chylifères, mais en partie par les vaisseaux de l'estomac, et en plus grande partie par les plus fines ramifications de la veine porte: c'est la *digestion mixte.*

Expériences hygiéniques. — Les expériences hygiéniques les plus intéressantes sur le rôle des corps gras, employés comme aliments exclusifs, sont dues à une commission de l'Académie des sciences, dont Magendie fut le rapporteur. Nous allons en donner ici une rapide analyse, en la faisant suivre de quelques remarques critiques.

Quinze chiens adultes furent les sujets de ces expériences; les matières grasses employées furent le beurre, l'axonge et la graisse de cœur de bœuf non privée de tissu cellulaire.

Quatre chiens furent mis en expérience, ayant pour aliment exclusif du beurre à la dose de 300 grammes par jour. Ils l'acceptèrent d'abord volontiers; mais, après trois jours de ce régime, trois d'entre eux le refusèrent obstinément. Un seul en mangea irrégulièrement pendant soixante-huit jours; après ce temps il mourut inanitié, mais avec cette particularité qu'il était chargé d'embonpoint. Il exhalait une odeur prononcée d'acide butyrique; son poil était gras au toucher, sa peau recouverte d'une couche graisseuse. A l'autopsie, on trouva tous les tissus, tous les organes infiltrés de graisse; le foie avait subi cette modification particulière qui le fait désigner sous le nom de *foie gras*. On y a trouvé une grande quantité de stéarine et de margarine, et peu ou point d'oléine. Il s'était fait, dit Magendie, dans cet organe une sorte de filtration du beurre.

Graisse de porc. — Je vais continuer à citer textuellement le rapport de la commission.

« L'alimentation avec l'axonge pure eut des résultats semblables; plusieurs animaux refusèrent d'en manger après l'avoir acceptée les premiers jours avec plaisir. Un autre mourut le dix-huitième jour, en prenant 250 grammes certains jours, et refusant le plus souvent d'y toucher. Un autre enfin vécut jusqu'au cinquante-sixième jour, en consommant habituellement 120 grammes d'axonge par vingt-quatre heures; encore se passa-t-il plus d'une journée où l'animal préféra l'abstinence à l'axonge qui lui était offerte.

« Son autopsie nous montra, comme pour l'animal mort en mangeant du beurre, une atrophie générale des organes, mais une grande abondance de graisse, particulièrement sous la peau, où elle formait une couche de plus d'un centimètre d'épaisseur.

(*Revue scientifique.*)

(*A suivre.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté du Président de la République française, en date du 2 septembre 1871, rendu sur le rapport du ministre de la guerre, ont été promus ou nommés dans l'ordre national de la Légion d'honneur les militaires dont les noms suivent, savoir :

Au grade d'officier. — Rizet (Louis-Pierre-Félix), médecin-major de 1re classe à l'hôpital militaire de Versailles. Chevalier du 13 août 1865; 29 ans de services, 6 campagnes.

Lagarde (Louis-Joseph-Marie-Théophile-Édouard), médecin-major de 1re classe au 18e régiment provisoire d'infanterie. Chevalier du 30 décembre 1862; 31 ans de services, 10 campagnes.

Goldscheider (Emmanuel), pharmacien de 1re classe, attaché à l'École d'application de médecine et de pharmacie militaires. Chevalier du 10 août 1853; 38 ans de services, 6 campagnes.

Au grade de chevalier. — Martin (Jean-Louis-Victorin), médecin-major de 2e classe de la marine, détaché au 6e régiment provisoire d'infanterie; 11 ans de services, 11 campagnes.

Flammarion (Alfred), médecin aide-major de 2e classe (au titre auxiliaire) au 67e rég. d'infanterie.

Augarde (Pierre-Samuel-Achille), médecin aide-major de 1re classe au 58e rég. de marche d'infanterie; 11 ans de services, 6 campagnes.

Riegert (Albert), médecin aide-major de 2e classe au 119e rég. d'infanterie; 7 ans de services, 2 campagnes.

— La Faculté de médecine de Moscou en est venue à cette conviction, qu'il serait d'un intérêt essentiel qu'on procurât aux femmes la facilité d'acquérir des connaissances fondamentales en médecine dans les cours de l'enseignement supérieur, connaissances qu'elles pourront ensuite utiliser dans la pratique médicale. Il est impossible de faire des cours particuliers qui ne seraient destinés qu'aux étudiants de l'autre sexe; la Faculté est donc d'avis d'accorder aux femmes le droit d'assister aux cours et aux leçons des facultés de médecine; en un mot, de suivre tous les travaux de l'Académie médico-chirurgicale. Les exigences pour le degré de capacité seront absolument les mêmes que celles qu'on impose aux étudiants. Le conseil de l'Université de Moscou a complétement approuvé les vues de la Faculté de médecine, et il a adressé dans ce sens un mémoire au curateur du district universitaire de Moscou.

AVIS

Nos souscripteurs dont l'abonnement est expiré sont instamment priés d'envoyer le prix de leur renouvellement en un mandat-poste à l'ordre du directeur, *avant le* **10** *septembre.*

Ils s'épargneront ainsi le désagrément de payer les frais de recouvrement nécessités par la traite que nous serions contraints de tirer sur eux, frais de recouvrement qui leur sont complétement à charge, sans que nous ayons intérêt à les leur faire supporter.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois. . . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 6 septembre 1871.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

L'Académie de médecine a repris hier la suite de la discussion sur l'infection purulente. M. J. Guérin a occupé la tribune pendant la plus grande partie de la séance, sans avoir eu le temps de terminer son argumentation, dont il reprendra la suite dans la séance prochaine.

Avant la reprise de la discussion, l'Académie a eu à procéder à l'élection d'un membre correspondant national. Les candidats portés sur la liste étaient : M. Henri Gintrac, de Bordeaux, porté en première ligne; MM. Henri Guéneau de Mussy, Hirtz, de Strasbourg, et Raimbert, de Châteaudun, portés *ex æquo* en deuxième ligne. M. Henri Gintrac a été élu par une majorité de 41 voix sur 47 votants. — Notre honorable confrère de Bordeaux avait sa place marquée à l'Académie, à côté de celle qu'y occupe si honorablement et depuis longtemps, à titre d'associé national, son vénérable père.

Dr BROCHIN.

HOTEL-DIEU. — M. NOEL GUÉNEAU DE MUSSY.

Étude sur le vertige (1).

Traitement.—En exposant le traitement qui doit être opposé au vertige, je ne m'occuperai pas du vertige épileptique, ni de celui qui est symptomatique de lésions organiques ; je laisserai également de côté celui qui se rattache aux dyscrasies urémiques, glycosuriques, etc.

Pour le vertige toxique, le traitement repose essentiellement sur l'axiôme : *Sublatâ causâ tollitur et effectus.* Il nous restera donc à discuter les indications thérapeutiques des vertiges congestifs et anémiques, nerveux et symptomatiques de la dyspepsie; le mode pathogénique et la cause de ce phénomène morbide nous fourniront les principales.

Quand le vertige congestif succède à la suppression d'hémorrhagies habituelles, il faut s'efforcer de rappeler celles qui doivent être et qui peuvent être rappelées ; et, dans le cas où les autres moyens auraient échoué, arriver rapidement à une application de sangsues au-dessous du foyer habituel de la congestion hémorrhagique.

On les appliquera en petit nombre d'abord, et on les répétera suffisamment pour suppléer l'évacuation supprimée, si cette saignée dérivative ne réussit pas à en provoquer le retour.

Quand, au contraire, l'habitude hémorrhagique, qui s'est interrompue, ne peut pas ou ne doit pas être rétablie, il faut pratiquer la saignée révulsive à l'aide de ventouses ou de sangsues placées dans une région éloignée du foyer congestif, et de préférence dans la région des vaisseaux hémorroïdaux, où pourrait s'établir une habitude congestive inoffensive, qui détournerait et préviendrait efficacement la première.

Il en est ainsi du vertige qui succède à la ménopause ou de celui qui survient après la cessation d'épistaxis habituelles (2).

Je suppose, bien entendu, que les ressources de l'organisme permettent cette médication spoliative. Elle est encore plus impérieusement commandée, quand existe ce défaut d'équilibre circulatoire auquel on a donné le nom de pléthore.

Dans l'un et l'autre cas, le régime, l'exercice, doivent intervenir ensuite pour modérer le travail d'hématose et régulariser la dépense des éléments nutritifs. Les eaux minérales purgatives de Niederbrunn, Hombourg, Kissingen, pourront être employées avec avantage.

Le vertige congestif n'est pas nécessairement lié à un état pléthorique, très-souvent il en est indépendant, il peut même se montrer dans l'anémie; dans ce cas une médication spoliative serait presque toujours inopportune. Cependant, quand l'anémie n'est pas très-prononcée, si l'état des vaisseaux, si la suppression d'une hémorrhagie antérieure, aggravaient le danger d'une congestion encéphalique, dans ce cas quelques sangsues, appliquées en très-petit nombre, le plus souvent une à une et successivement, dans le voisinage de l'organe sur lequel on veut dériver la congestion, pourraient être indiquées ; on proportionnerait cette application aux forces du malade et à l'intensité des accidents, et on arrêterait l'écoulement du sang peu de temps après la chute des sangsues.

Dans l'immense majorité des cas c'est à une dérivation non spoliative qu'il faudra recourir pour changer la direction de cette tendance congestive, quand on ne peut pas la supprimer : les ventouses sèches, les sinapismes seront souvent employés avec avantage.

L'observation nous apprend que le tube digestif et surtout la partie inférieure du gros intestin offrent un lieu d'élection favorable à cette action révulsive.

Aussi les purgatifs salins ou même les drastiques, si l'état des voies digestives ne les repousse pas, pourront-ils être prescrits avec avantage, si on veut une révulsion diffuse, énergique, immédiate ; les lavements purgatifs pourront être employés préalablement, surtout s'il y a de la constipation.

Si, au contraire, on veut agir plus lentement mais obtenir une action plus durable, si on veut appeler dans une autre direction une habitude congestive qu'on ne peut faire disparaître immédiatement, on préférera les purgatifs qui s'adressent surtout au gros intestin, comme l'aloès et la rhubarbe. On les prescrira à petites doses, fréquemment et longtemps répétées. Ils seront surtout indiqués s'il y a eu antérieurement des manifestations hémorrhoïdales ; dans ce cas on peut agir plus directement encore en introduisant dans le rectum des suppositoires aloétiques, ou bien, à l'exemple de Trousseau, des suppositoires renfermant *un* centigramme de tartre stibié (voy. note 3, obs. II).

J'emploie assez souvent la formule suivante :

Beurre de cacao. . . . . *deux* grammes.
Fleurs de souffre. . . } ââ. *vingt* centigrammes,
Aloès. . . . . }

pour un suppositoire.

Dans le vertige anémique ou même dans le vertige à mode congestif, mais dont l'anémie serait la condition pathogénique, tout en tenant compte, dans ce dernier cas, de cet élément secondaire, on tirera de l'anémie les indications dominantes.

Il faut ranimer et régulariser le travail nutritif par le régime alimentaire, par le choix d'un milieu salubre où le malade respire un air pur, reçoive l'impression vivifiante de la lumière solaire, et par les substances pharmaceutiques qui ont la propriété de stimuler la formation des cellules sanguines.

L'hydrothérapie occupe le premier rang parmi les reconstituants; dans les cas où on soupçonnerait une tendance congestive coïncidant avec l'anémie, on peut, en en modifiant le mode d'application, obtenir en même temps une action tonique et une action révulsive. Une douche en jet, dirigée sur les membres inférieurs, remplit cette dernière indication, pendant qu'une pluie fine, tombant sur la tête, protégée par une alèze mouillée ou une toile imperméable, y produit une réfrigération modérée. Cette douche en pluie sur la tête, prudemment administrée, et durant à peine le quart du temps consacré à la douche générale, est ordinairement un auxiliaire utile de celle-ci ; cependant, chez certains sujets, malgré ces précautions, elle est suivie d'une réaction qui augmente ou provoque l'état fluxionnaire qu'on veut combattre, tandis que chez d'autres elle suffit pour l'éloigner.

La température, la durée, la force de projection de la douche, doivent être prises en considération dans les tâtonnements qu'exige l'emploi de ce moyen. Je suis entré dans ces détails parce que, pour beaucoup de malades et pour quelques médecins, l'hydrothérapie consiste essentiellement dans des appareils hydrauliques plus ou moins ingénieusement combinés, et ils ne se doutent pas de la puissance avec laquelle ce moyen, mal administré, peut nuire, par cela même qu'il a une immense puissance pour être utile quand il est bien dirigé (1).

Le traitement du vertige nerveux varie suivant les circonstances dans lesquelles il se produit.

Dans le vertige hystérique, les antispasmodiques semblent spécialement indiqués ; il faut se rappeler que ce vertige peut être accompagné de spasmes qui frisent le mal comitial. Dans ce cas il faut être d'autant plus réservé dans le pronostic, que l'épilepsie peut compliquer l'hystérie, et le traitement doit tenir compte de la possibilité de cette complication.

OBS. XIV. — Une jeune fille, de 14 ans environ, élevée avec une jeune épileptique, fut prise de vertiges accompagnés de difficulté dans la parole et de faiblesse dans les membres ; en même temps des mouvements convulsifs sans écume, sans morsure de la langue, agitaient les muscles de la face.

Ces accidents se répétaient un grand nombre de fois chaque jour. Dans l'intervalle elle éprouvait la plus grande difficulté à marcher; pendant les crises elle affirmait ne pas perdre connaissance, bien qu'elle ne pût pas exprimer ses sensations. La faiblesse persistante des membres et d'autres phénomènes, qui me parurent imputables à l'hystérie, me donnèrent l'espérance qu'il s'agissait de manifestations hystériques, modifiées dans leur expression par l'exemple que cette jeune fille avait sous les yeux.

Je lui fis prendre à la fois du bromure de potassium et des pillules d'extrait de valériane et de belladone. Je lui prescrivis un régime tonique, et je la fis éloigner de la jeune malade avec laquelle elle vivait; elle guérit complétement en quelques semaines. Ces accidents avaient persisté plusieurs mois.

J'ai eu l'occasion de suivre cette jeune fille, et depuis 8 à 10 ans sa guérison ne s'est pas démentie.

Dans le cas suivant, le valérianate d'ammoniaque a eu l'honneur de la guérison :

OBS. XV. — Une dame d'une constitution délicate, sèche, nerveuse, et qui jusque-là avait joui d'une bonne santé, fut prise, vers l'âge de 45 ans, d'accès de vertige nerveux, qui lui causaient une vive inquiétude. Ces accès se répétaient tous les 8 à 10 jours, duraient de quelques minutes à plusieurs heures; pendant leur durée elle était habituellement pâle, quelquefois la figure s'injectait par intervalles; le pouls était faible et défaillant. La malade, de race arthritique et tuberculeuse, s'était depuis quelques années surexcitée par une étude immodérée de la musique, qu'elle avait entreprise à un âge avancé.

L'audition d'un concert la plongeait dans une sorte d'extase hystérique voluptueuse, pendant laquelle sa figure s'empourprait; la sueur perlait sur son front; et elle tombait ensuite dans un état de fatigue et d'épuisement qui durait plusieurs heures.

Cette dépense nerveuse me parut avoir une part considérable dans la production de ces accidents vertigineux; mais je ne pus jamais obtenir de la malade qu'elle modérât ses excès mélomaniaques.

Comme les vertiges étaient compliqués de dyspepsie et d'anémie, je passai en revue les toniques digestifs, les antispasmodiques, les ferrugineux; souvent les accidents furent contenus pendant quelque temps, mais ils revenaient opiniâtrement.

Après 4 ou 5 ans de durée, ces vertiges se montrèrent avec une telle violence qu'elle tomba deux ou trois fois par terre sans connaissance, tandis que jusque-là elle n'avait jamais, pendant ces crises, perdu la conscience du moi.

Le professeur Bouillaud, qui voulut bien me prêter son concours, conseilla à la malade de prendre deux à trois fois par jour une cuillerée à café d'une solution de valérianate d'ammoniaque; c'était un des rares antispasmodiques qu'elle n'eut pas essayés, dans l'odyssée thérapeutique qu'elle avait parcourue; il insista avec moi sur la nécessité de modérer les exercices musicaux, et, effrayée du caractère des dernières crises, la malade observa mieux ce conseil qu'elle ne l'avait fait jusque-là.

A partir du jour où elle commença ce traitement, cette dame n'eût plus de vertiges, et elle n'en a pas été tourmentée depuis cette époque.

Voici une autre observation de vertige chez une jeune fille chloro-hystérique, avec des symptômes très-caractérisés de congestion vers la tête.

OBS. XVI. — Une jeune fille de 16 ans, de race arthritique, chlorotique, régulièrement mais faiblement réglée, ayant présenté quelques symptômes d'hystéricisme, fut prise vers la fin de l'hiver de 1867 de vertiges revenant assez régulièrement, vers le milieu de la journée, et pendant plusieurs heures; ils étaient accompagnés d'une sensation de chaleur insupportable dans la tête, et d'une rougeur écarlate scarlatiniforme du visage et du cou, d'autant plus remarquable qu'elle avait le teint habituellement très-pâle. Ses pieds étaient constamment froids, et son sommeil était agité.

Après m'être assuré que les fonctions digestives n'étaient pas responsables de ces accidents, frappé de leur périodicité, je conseillai le valérianate de quinine, qui fut complètement inefficace ; l'alcoolature d'aconit eut un succès passager; je le remplaçai par le bromure de potassium. Cette médication procura une amélioration immédiate, qui se développa sous l'emploi continué du médicament et fut complétée par l'hydrothérapie.

Depuis lors cette jeune fille n'a plus ressenti ces vertiges; sa constitution s'est heureusement modifiée; elle a pu se marier l'année suivante, et depuis lors sa santé n'a pas été ébranlée.

Nous voyons ici avec le bromure intervenir l'hydrothérapie, qui trouvera souvent sa place dans le traitement du vertige ner-

(1) Suite. — Voir les numéros des 6, 11 et 13 juillet 1871.

(2) L'épistaxis indique une fluxion vers la tête qu'il n'est pas bon d'entretenir; il vaut mieux révulser la congestion et l'appeler plus loin de l'encéphale. Cependant, si cette congestion était très-intense, menaçante, tout en remplissant l'indication de la révulsion, on pourrait, comme l'a conseillé Cruveilhier, provoquer une épistaxis artificielle en incisant la membrane de Schneider. Ce vénéré maître avait fait fabriquer pour cette opération un petit couteau caché, analogue au lithotome.

(1) Voyez le beau *Traité du docteur Fleury sur l'hydrothérapie rationnelle.*

veux, d'autant plus que la chlorose n'en est pas une complication rare.

Dans le vertige nerveux, il est important d'éviter tout ce qui peut troubler ou épuiser l'action nerveuse: les excès intellectuels, les fatigues de tout genre.

Il faut diriger et régulariser les fonctions nutritives, dont les irrégularités retentissent si souvent sur l'innervation, surveiller l'ordre et l'harmonie des fonctions, assurer le sommeil, dont l'absence peut être une cause occasionnelle de vertige. Il faut rassurer le malade, souvent disposé à voir un danger imminent dans un accident sans gravité, mais qui augmente par la préoccupation qu'il inspire; le ramener dans le courant habituel de la vie, dont il s'éloigne quelquefois, persuadé qu'il est sous la menace d'une mort prochaine.

Les distractions douces, les voyages, les exercices modérés suffiront quelquefois pour prévenir le retour de ce vertige; il ne faudra pas négliger ces moyens.

En un mot, l'hygiène est une des premières conditions de la guérison, et souvent elle suffira pour l'assurer dans le vertige nerveux.

On entretiendra la régularité des fonctions intestinales.

Des frictions sèches faites, le matin, sur toutes la périphérie cutanée, avec des gants de crin anglais, et suivies de lotions très-rapides avec une grosse éponge imbibée d'eau froide, si aucune contre-indication ne s'y oppose, seront très-souvent utiles.

Dans les cas fréquemment observés, où le vertige coïncide avec le froid des extrémités inférieures, ces frictions seront énergiquement dirigées sur les pieds et les jambes. Je conseille en même temps aux malades de mettre dans leurs bas, tous les matins, une pincée des poudres :

Sel gris. . . . . *cent* grammes.
Chlorhydrate d'ammoniaque. } ãã *vingt-cinq* grammes.
Farine de moutarde. . . . . }

(*A suivre.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 5 septembre 1871. — Présidence de M. BARTH.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet un rapport de M. Dutoya, médecin vétérinaire à Montluçon, sur une épizootie de fièvre aphtheuse dans la commune de Marsilliat (Allier). (Comm. des épidémies.)

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

Elle comprend : 1° Une note sur le traitement du choléra, par M. le docteur Guibert ; — 2° Une lettre par laquelle M. Laffargues, pharmacien à Gondrin (Gers), fait savoir, qu'ayant été vacciné peu de jours après sa naissance, il a eu, à l'âge de 70 ans, une légère varioloïde, dont il attribue l'extrême bénignité à la longue durée de l'influence préservatrice du vaccin. (Comm. de vaccine.)

PRÉSENTATION.

M. LARREY dépose sur le bureau une note additionnelle de M. le docteur Ehrmann (de Mulhouse) sur la staphylorapbie sur les enfants de l'âge tendre (renvoyé à la commission du prix Barbier).

M. BOULEY présente de la part de M. le docteur Joulin, une brochure intitulée : *Les Caravanes d'un chirurgien d'ambulance.*

ÉLECTIONS

L'Académie procède ensuite à l'élection d'un membre correspondant national.

La liste de présentation portait en première ligne : M. Henri Gintrac (de Bordeaux).

En deuxième ligne *ex æquo* et par ordre alphabétique :

MM. Henri Guéneau de Mussy;
Hirtz (de Strasbourg);
Raimbert (de Châteaudun).

Au premier tour de scrutin, sur 47 votants, majorité 24, M. Gintrac obtient 41 suffrages, M. Raimbert, 5, et M. Guéneau de Mussy, 1.

En conséquence M. Gintrac est élu membre correspondant national de l'Académie.

Suite de la discussion sur l'infection purulente.

M. J. GUÉRIN, après avoir rappelé en quelques mots les principaux points de la discussion, explique les raisons qui l'ont amené à présenter le résultat des études qu'il a pu faire sur ce sujet depuis le commencement de sa carrière.

Deux doctrines, dit-il, se trouvent en présence; l'une vitaliste, émise par M. Chauffard, l'autre allemande, exposée par M. Verneuil. Chez ces deux orateurs tout diffère; on ne saurait trouver une opposition plus complète. La doctrine vitaliste, que M. Chauffard a rajeunie par des observations et des études contemporaines, nous la connaissons tous. Quant à la doctrine allemande, c'est, selon M. Guérin, un assemblage peu cohérent d'idées appartenant à l'humorisme, au mécanicisme, etc. Une troisième doctrine a été présentée par M. Gosselin, doctrine qui se rapproche le plus de celle que veut exposer M. Guérin, et qu'il appelle la doctrine étiologique expérimentale. Ce que M. Gosselin n'a fait qu'ébaucher, M. Guérin cherche à le développer et à l'opposer au vitalisme, tout en combattant, chemin faisant, les erreurs qu'il rencontre dans les théories allemandes. Mais avant d'entrer plus avant dans l'étude de cette doctrine, M. Guérin passe en revue les différents points de la théorie vitaliste de M. Chauffard.

Il s'attache à examiner les trois principes dont se compose cette théorie, l'autonomie, le concensus, la spontanéité. Quant à l'autonomie et au concensus, à cet ensemble de parties harmonisées, dont on ne s'est pas toujours rendu compte jusqu'ici, il appartient à la science moderne de l'approfondir et de le mieux connaître.

Qu'est-ce que la spontanéité? Quand l'organisme est en fonctions, il fait des produits, qu'il peut continuer à engendrer même lorsqu'il est altéré. Quand une fonction est troublée, en effet, elle continue à vivre ou elle s'arrête; elle s'arrête si le dommage causé est trop grand; or la spontanéité est la continuité de la fonction troublée dans l'organisme. Tout le monde sait ce que c'est qu'une luxation spontanée, congénitale; le sujet qui en est atteint n'en marche pas moins. Que s'est-il passé? la tête du fémur a perforé la capsule, il se forme un exsudat, lequel détermine un bourrelet autour du point central. On trouve ainsi une cavité articulaire parfaitement conformée.....

Après un examen rapide des principes généraux de la doctrine vitaliste, M. Guérin aborde la question de l'intoxication purulente. Qu'est-ce que l'intoxication purulente, selon M. Chauffard? C'est une maladie caractérisée, précise, invariable, et que l'on peut regarder comme une espèce. Ici M. Guérin cite plusieurs passages de l'argumentation de M. Chauffard qu'il réfute à mesure. C'est donc, dit-il, selon notre collègue, une unité absolue dont le pronostic est une fatale terminaison.

La doctrine étiologique que vient présenter M. Guérin, a pour but de montrer que l'infection purulente commence à zéro pour finir à son extrême limite fatale. On peut réduire cette théorie à un certain nombre de faits auxquels M. Guérin donne le nom de série étiologique. Il rappelle qu'il a montré précédemment que presque toujours l'intoxication purulente présente une période qu'il a appelée période prémonitoire. On peut dire, selon M. Guérin, que toute espèce de maladie virulente est l'expression de certaines doses de poison; à cette occasion il rappelle ce qu'il a dit lors de la discussion sur la morve. Toutes les affections virulentes peuvent avoir deux sources, l'une dans l'organisme même, l'autre dans des causes extérieures indépendantes de l'organisme.

L'orateur aborde ensuite la question de la fièvre traumatique. L'explication qu'en donne M. Chauffard ne le satisfait point du tout. A ses yeux, elle n'explique rien. M. Chauffard dit que le traumatisme est un choc reçu par une partie de l'organisme, et dont cette partie seule atteinte peut souffrir. Ce n'est pas la manière de voir de M. Guérin. Lorsqu'une voiture est accrochée par une autre, dit-il, ce n'est pas seulement la partie de la voiture qui a été atteinte qui est endommagée.

Quant à la fièvre traumatique, c'est, selon M. Chauffard, une réaction vitale, ou, autrement dit, le résultat d'un effort de la vie pour chasser la mort. M. Guérin ne pense pas ainsi, et regarde la fièvre traumatique comme un simple symptôme.

Pour la doctrine allemande, au contraire, l'infection purulente est toujours un symptôme d'empoisonnement. La fièvre traumatique, selon M. Guérin, se compose de deux éléments, de deux ordres de faits et présente deux périodes, une première purement dynamique et la seconde dans laquelle survient une complication.... M. Guérin cherche à prouver à M. Chauffard qu'il se met plusieurs fois en contradiction avec lui-même; tantôt en effet il considère la fièvre traumatique comme un travail réparateur, salutaire, tantôt, au contraire, il la considère comme inutile et même nuisible. Ici M. Chauffard invoque la spontanéité, là d'autres causes, telles que l'encombrement, la mauvaise constitution, la mauvaise nourriture, en un mot toutes les causes débilitantes. A cette occasion, M. Guérin apprend qu'il a pratiqué à l'hôpital des Enfants, sur des enfants, par conséquent se trouvant dans toutes les conditions alléguées par M. Chauffard, un grand nombre d'opérations sous-cutanées sans avoir jamais eu le moindre accident.

. . . .

Les discussions ont leurs surprises, dit M. Chauffard, et c'est aussi l'avis de M. Guérin, qui est très-étonné de voir que, pour expliquer l'intoxication purulente survenant à la suite d'une fracture, on aille chercher d'autre cause que le passage de l'air dans le trou fait simplement par un trocart; et la preuve, c'est que si vous supprimez cette cause vous n'avez plus d'accidents.

Pour M. Chauffard, la suppuration est un acte non nuisible; pour nous, dit M. Guérin, c'est une lésion de l'organisme anormale, nuisible. M. Chauffard sait que l'on peut aujourd'hui supprimer aussi la cause de la suppuration. Tout le monde, en effet, connaît le traitement des plaies exfoliées par l'occlusion pneumatique.

M. GUÉRIN empêché par l'heure avancée est obligé de s'interrompre et de remettre la suite de son argumentation à la séance prochaine.

La séance est levée à cinq heures.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 3 mai 1871 (1). — Présidence de M. DOLBEAU, vice-président.

Pathologie herniaire. — M. TRÉLAT. Messieurs, je viens encore vous entretenir d'un fait relatif à la pathologie des hernies. En voici d'abord l'observation :

Hernie crurale étranglée. — Phénomènes singuliers de cyanose. — Mort rapide. — (Observation recueillie par M. Thaom, interne). — Le nommé D..., âgé de 46 ans, est transporté à la Pitié, le 26 avril, dans le service de Trélat.

Cet homme fait le récit suivant : Il porte une hernie depuis quelques années; la hernie n'a jamais été maintenue par un bandage; elle rentre entièrement lorsque le malade est couché.

La veille, 25 avril au matin, il est pris subitement de coliques et de vomissements; sa hernie, sans cause connue, sort plus grosse que jamais. Rentré chez lui, le malade garde le lit toute la journée, sans recourir à un chirurgien.

Le 26 avril, on constate l'existence d'une hernie crurale droite, de la grosseur d'une noix, douloureuse au toucher, à peine sonore à la percussion, sans gargouillement. L'état général du malade est bon, le ventre est normal, les selles sont suspendues depuis la veille, des vomissements verdâtres se sont montrés deux fois. Taxis infructueux pendant 10 minutes; application de glace sur la tumeur. Repos absolu.

27 avril. L'état général n'a pas changé, les selles ne sont pas revenues, les vomissements persistent et sont plus fréquents; le ventre est modérément sensible à la pression. Anesthésie par le chloroforme, taxis prolongé (12 à 15 minutes) sans résultat; application d'une bande de caoutchouc.

Pendant le sommeil chloroformique on avait remarqué des phénomènes accusés de cyanose. A son réveil le malade était revenu à son état normal.

Deux heures après, l'interne de garde constate que la cyanose était revenue ; en même temps le ventre était ballonné et les vomissements redoublaient. La bande de caoutchouc est retirée; la tumeur semble un peu diminuée de volume. On administre un lavement purgatif et on prescrit des révulsifs aux jambes.

Mais la cyanose persiste, et le malade meurt une heure après (4 heures du jour), couvert d'une sueur visqueuse, le corps et la face violets, la peau remarquablement froide.

M. Leroy des Barres, interne de garde, immédiatement appelé, est frappé par ces phénomènes.

AUTOPSIE. — *Abdomen.* — Péritonite généralisée; un demi-litre de liquide séro-purulent dans le petit bassin, vascularisation interne du péritoine et des viscères, fausses membranes minces et molles, agglutinant quelques anses intestinales. La péritonite ne semble pas remonter à plus de 48 à 60 heures. C'est le terme qu'il semble le plus rationnel de fixer.

Fossettes crurales très-accusées des deux côtés. Au niveau de la fossette droite, orifice circulaire de 8 millimètres de diamètre, avec un bord résistant fibreux, formé par les plis du péritoine (stigmates).

De cet orifice on introduit un stylet dans un canal plus étroit encore, qui aboutit à un sac situé dans le canal crural, en dedans de la veine fémorale. La cavité du sac est vide, ses parois sont épaissies par des couches de tissus graisseux. L'intestin hernié est rentré dans l'abdomen; on aperçoit à 15 centimètres environ du cœur une sorte d'élévation, n'intéressant qu'une paroi du conduit; son aspect noirâtre témoigne de la constriction au niveau de l'orifice crural : donc pincement de l'intestin par le collet d'un sac inhabité.

Cavité thoracique. — Emphysème des deux poumons, vésicules largement dilatées sur les bords de ces organes. Cavités droites du cœur dilatées; fibre musculaire cardiaque normale.

Encéphale. — Liquide sous-arachnoïdien légèrement plus considérable.

Système veineux rempli de sang veineux, pris en gelée. Aucun caillot embolique.

Comment expliquer une mort, sinon subite, du moins aussi rapide? Fallait-il invoquer une asphixie lente, comme il s'en produit quelquefois après la chloroformisation? Je ne le pense pas, car cet homme avait été réveillé facilement; il avait respiré largement; d'ailleurs, dans cette hypothèse, la mort aurait été plus rapprochée du moment de la chloroformisation.

Fallait-il songer à une réduction en masse de la hernie avec persistance de l'étranglement, ou bien encore à une rupture de l'intestin? Toutes ces suppositions n'expliquaient pas une mort survenue aussi vite.

L'autopsie nous montre une hernie épiploïque non réduite. L'intestin avait été hernié, puis réduit; il avait été forcé sur une petite étendue, qu'on reconnaissait facilement à un aspect particulier; l'altération des tuniques intestinales y était assez avancée pour rendre une perforation imminente; mais nous avons pu nous assurer qu'elle ne s'était pas encore produite.

Nous trouvâmes en outre une péritonite étendue, avec production de fausses membranes et de pus.

Il n'existait aucune lésion, ni dans les gros vaisseaux ni dans les poumous. Quelques vésicules pulmonaires m'ont cependant paru distendues outre mesure.

Une péritonite aussi avancée que celle dont je parle ne s'était pas déclarée depuis le taxis; elle n'aurait pas eu le temps de se développer en 5 ou 6 heures; il faut donc admettre qu'elle avait débuté avec l'étranglement, qu'elle remontait par conséquent à trois jours.

C'est par cette péritonite, qui était restée latente pendant la vie, qu'on doit, selon moi, expliquer la mort de mon malade. Je fonde cette explication sur les lésions révélées par la nécropsie et sur le refroidissement rapide du cadavre. Cet abaissement de température commence avant la mort, il est rapide; il a pu faire comparer l'état des malades qui en sont atteints à celui des cholériques; de là le nom de choléra herniaire, qui lui a été donné, quoiqu'il puisse se montrer dans des affections autres que la péritonite herniaire.

M. Broca, auquel j'ai exposé les faits que je viens de vous communiquer, accepte l'explication que j'en donne; il aurait vu deux faits analogues à celui dont je viens d'être le témoin.

M. VERNEUIL. La dénomination de choléra herniaire est loin d'être irréprochable, puisque la diarrhée est l'un des signes principaux du choléra, tandis que la constipation est opiniâtre dans les hernies.

J'ai vu, comme M. Trélat, un malade atteint de hernie mourir très-rapidement, subitement même, au moment où il sortait d'un bain; mais chez mon malade on trouva à l'autopsie les signes d'une congestion pulmonaire sans aucune trace de péritonite.

M. GUÉNIOT. La mort subite, chez les individus atteints de péritonite, est sans doute un fait extrêmement rare et dont il est difficile de donner une explication satisfaisante. J'ai eu cependant l'occasion d'en observer un exemple, en 1861, pendant mon internat à la Maternité.

Ce cas me paraît devoir être rapproché de celui de M. Trélat, quoique la malade qui en fait l'objet ne fût pas affectée de hernie.

Il s'agit d'une femme accouchée heureusement depuis 4 ou 5 jours, et qui paraissait se trouver dans les conditions de santé les plus satisfaisantes. Elle n'accusait aucune douleur et n'offrait aucun symptôme notable de maladie quelconque. Cependant, après

(1) Fin. — Voir les numéros des 11 et 13 juillet 1871.

avoir pris un potage à l'heure accoutumée, elle succomba tout à coup en quelques minutes.

Cette mort si imprévue me fit penser à l'existence de quelque lésion vasculaire ou cardiaque, à une embolie, par exemple. Or, il n'en était absolument rien. L'autopsie, que je pratiquai de concert avec mon collègue Ball, ne nous révéla pas autre chose qu'une péritonite généralisée avec liquide et pseudo-membranes. Cette péritonite, comme dans le fait de M. Trélat, n'avait donc pas été soupçonnée pendant la vie, et elle paraît avoir été la cause d'une mort très-rapide, sinon même subite.

M. DUPLAY. Il me semble que M. Trélat, en attribuant exclusivement la mort de sa malade à la péritonite, fait trop bon marché de l'étranglement, qui peut tuer les malades sans complication de péritonite. J'ai vu des cas de mort de ce genre et je serais disposé à expliquer la mort du malade de M. Trélat, non-seulement par la péritonite, mais encore par l'étranglement.

M. TRÉLAT. Dans l'étranglement proprement dit, la mort n'est jamais très-rapide; elle survient après 3, 4, 5, 6, 7 jours; jamais elle ne se produit en quelques heures. Cette rapidité insolite demandait une explication, et je l'ai attribuée à la péritonite. On trouverait certainement des observations du même genre en compulsant les mémoires écrits sur la pathologie des hernies.

Il m'a paru important d'appeler l'attention de mes collègues sur un cas de péritonite qui avait débuté en même temps que l'étranglement, parce que c'est là une complication redoutable dont il faut tenir compte dans le pronostic. Je suppose en effet que j'aie opéré mon malade, on aurait certainement attribué sa mort à l'opération, sans songer à la cause réelle, c'est-à-dire à la péritonite préexistante.

M. DUPLAY. L'étranglement, indépendamment de toute péritonite, peut tuer un malade en 24 heures et même plus rapidement encore. Je crois qu'une mort très-rapide peut s'expliquer aussi bien par l'étranglement que par une péritonite.

M. DEPAUL. Je n'ai jamais vu de péritonite produire une mort subite, et je suis disposé à croire que la malade dont M. Guénot vient de raconter brièvement l'observation, présentait avant sa mort des signes de péritonite qui ont été méconnus.

L'explication donnée par M. Trélat ne me satisfait fait pas complétement; il a d'ailleurs donné peu de renseignements sur l'état de son malade entre le moment de chloroformisation et le moment de sa mort. Je le prie de combler cette lacune.

M. TRÉLAT. Immédiatement après la chloroformisation, le malade fut réveillé sans aucune difficulté; il était mal à son aise, mais il ne présentait aucun symptôme de congestion. Le ventre était dur, tendu, ballonné; le malade faisait des efforts.

M. DEPAUL. Les renseignements que vient de nous fournir M. Trélat augmentent mes doutes : son malade faisait quelques efforts, et, d'autre part, nous savons qu'à l'autopsie on trouve quelques vésicules pulmonaires dilatées outre mesure. Ne pourrait-on pas se demander si, sous l'influence du chloroforme et des efforts, ce malade n'aurait été pris subitement d'emphysème interlobulaire? J'ai publié autrefois un travail sur un cas de mort rapide causée par cette espèce d'emphysème. Il s'agissait d'une femme en travail d'accouchement; après une heure et demie d'efforts elle fut prise subitement d'un étouffement si menaçant, que je dus terminer artificiellement l'accouchement par une application de forceps. La malade mourut quelques instants plus tard, et je constatai à l'autopsie que la mort avait été produite par un amphysème.

Une autre fois, un emphysème rapidement mortel s'est produit après les efforts provoqués par l'administration d'un vomitif.

En rapprochant les faits analogues, j'ai pu en réunir une dizaine, que j'ai cités dans mon mémoire.

M. TRÉLAT fait remarquer, en terminant cette discussion, que les malades atteints d'emphysème interlobulaire meurent par asphyxie, sans présenter d'algidité, tandis qu'elle est très-marquée dans le choléra herniaire. C'est parce que toute autre explication lui paraissait insuffisante ou incomplète, que M. Trélat a cru trouver dans la péritonite la cause de la mort rapide de son malade.

Ponction intestinale. — M. DEPAUL. Messieurs, M. Dolbeau nous a communiqué, il y a peu de temps, un cas fort intéressant de ponction de l'intestin chez un malade atteint d'étranglement herniaire. Plusieurs de nos collègues ont cité, à ce propos, des observations de ponctions intestinales faites chez des malades atteints de tympanites de causes différentes.

L'innocuité de cette opération m'a enhardi, et il y a huit ou dix jours, j'ai pratiqué cette ponction chez une femme atteinte de péritonite. Cette femme, âgée de 22 ans, était accouchée depuis trois ou quatre jours, quand elle fut prise de douleurs du bas-ventre. Je diagnostiquai une métrite, et je prescrivis : sangsues, cataplasmes, onguent napolitain. Le troisième jour après le début des accidents, il survint de la tympanite, avec vomissements et tout le cortége des symptômes qui annoncent une péritonite grave. La dyspnée était très-grande et causée en partie par la gêne mécanique qui résultait de la distention du ventre.

Je fis une ponction avec le petit trocart explorateur de nos trousses; immédiatement du gaz s'échappa en produisant un petit sifflement. Au bout d'une minute, cet écoulement de gaz s'arrêtait, et une goutte de liquide stercoral arrivait à l'extrémité du trocart. L'instrument fut retiré.

Le ventre s'était considérablement affaissé, et la malade se trouvait très-soulagée.

Le lendemain, je trouvai que le ballonnement était encore considérable à la partie inférieure du ventre. Je fis une nouvelle ponction, qui produisit, comme la première, un écoulement de gaz. Comme la première fois, le ventre s'affaissait immédiatement, et le soulagement de la malade était très-marqué.

Cette malade était dans un état désespéré quand je fis la ponction; aujourd'hui, je pense qu'elle guérira. La ponction a soulagé cette malade; elle a empêché la gêne mécanique de la respiration par l'accumulation de gaz dans l'intestin; elle a rendu, en un mot, la guérison possible là où la mort était imminente.

Sans accorder à ce succès plus d'importance qu'il n'en mérite, il est propre à m'encourager à recourir au même moyen dans des cas analogues.

M. TRÉLAT. Il y a quelques années déjà, j'ai pratiqué deux fois la ponction de l'intestin dans des cas de péritonite, analogues à celui qui nous est signalé par M. Depaul. Dans mes deux observations, j'ai observé un soulagement immédiat avec disparition momentanée de la dyspnée; néanmoins, les deux malades succombèrent aux progrès ultérieurs de la péritonite. — La ponction de l'intestin, faite dans ces circonstances, soulage les malades, comme je l'ai observé; elle rend même la guérison possible, comme dans l'observation de M. Depaul; elle me paraît, d'ailleurs, exempte de tout danger quand elle est faite avec un trocart fin.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, TARNIER.

DOCUMENTS

POUR SERVIR A L'HISTOIRE DU MOUVEMENT SCIENTIFIQUE PENDANT LE SIÉGE DE PARIS (1).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. BOUCHARDAT.

Nos ressources alimentaires pendant le siége.

DES HUILES ET DES GRAISSES.

« *Graisse de cœur de bœuf.* — Nous eûmes encore des résultats fort analogues en expérimentant avec la graisse qui environne le cœur du bœuf. Cette graisse est encore enveloppée dans son tissu cellulaire, et des parcelles de fibre musculaire y sont attachées çà et là.

« Quatre chiens furent soumis à l'usage de cette substance. Ils la mangèrent d'abord avec avidité; mais tous quatre, au bout de sept jours, la refusèrent. Ils en disséquaient, pour ainsi dire, minutieusement les morceaux, s'emparant des moindres parcelles de fibre musculaire et des lames qu'ils parvenaient à détacher du tissu cellulaire. Tous succombèrent: le premier au dix-neuvième jour, le deuxième au vingt-quatrième jour, le troisième au vingt-huitième jour, le quatrième au trente-cinquième jour. Des ulcérations s'étaient montrées sur la cornée transparente.

« A l'autopsie, tous les organes étaient à la fois atrophiés, mais infiltrés de graisse; le foie était *gras*.

« A l'opposé des animaux dont nous venons de rapporter l'histoire, un petit chien adulte vécut en parfaite santé pendant un an, en mangeant tous les jours 125 grammes de graisse de cœur de bœuf.

« Un autre chien, qui avait pour tout aliment, chaque jour, 190 grammes de graisse de cœur de bœuf, vécut pendant six mois en santé parfaite; seulement il exhalait une odeur insupportable de graisse. Il aurait sans doute vécu plus long temps, si l'on eût continué l'expérience.

« Malgré cette diversité de résultats dans les six expériences sur la graisse de bœuf, puisque deux animaux en ont été nourris complétement pendant un laps de temps considérable, et que quatre sont morts en la mangeant, il est évident que, sous cette forme, la graisse a un avantage marqué sur la graisse pure ou isolée. »

Nous allons voir que les expériences que nous venons de faire connaître ne s'accordent pas complétement avec celles qui ont été exécutées par deux observateurs belges, MM. Kluge et Thiernewe; mais toutes contradictions apparentes disparaîtront, j'en ai l'espérance, par l'interprétation légitime des faits, et il résultera de cette discussion des enseignements pratiques importants.

« Quand on administre à des animaux des corps gras, de l'huile d'olive ou de l'huile de poisson, à dose élevée ou progressive, au bout de peu de jours les animaux perdent l'appétit, ils maigrissent, toussent, éprouvent beaucoup de dyspnée, et finissent par présenter tous les symptômes d'une violente pneumonie, à laquelle les chiens succombent dans l'espace d'environ un mois, et les lapins beaucoup plus tôt.

« Les lésions trouvées aux autopsies sont: l'hépatisation totale ou partielle des poumons, l'accumulation d'un fluide graisseux dans le parenchyme de ces organes, et en outre un dépôt de la même matière grasse dans le foie, les reins et le sang. L'hépatisation est toujours, quant à l'étendue, en rapport avec la quantité d'huile introduite dans l'économie par les voies digestives. »

J'ai vérifié l'exactitude des faits annoncés par MM. Kluge et Thiernewe. Je n'ai jamais pu conserver plus de vingt-cinq jours des chiens, et plus de quinze jours des lapins, auxquels nous administrions chaque jour, à l'aide d'une sonde œsophagienne, un excès d'huile d'olive pour aliment unique. Si l'on dépasse la dose qui peut être absorbée par les chylifères, les corps gras en excès sont rejetés avec les excréments, ils agissent comme purgatifs. Si l'on se limite aux proportions qui peuvent être absorbées par les chylifères sans purger, pendant quelques jours tout va bien; puis surviennent des phénomènes de dyspnée, qui apparaissent quand les corps gras sont trop abondants pour être enveloppés dans des vésicules et déposés dans le tissu cellulaire, comme cela se passe à l'état normal; la graisse s'épanche alors dans les viscères, le foie, les reins, les poumons; elle en entrave les fonctions, d'où une mort accidentelle, le plus souvent par asphyxie.

Les corps gras à dose égale sont loin de se comporter de même sous le triple rapport de leur action purgative, qui dépend de la facilité d'absorption par les chylifères, de leur disposition à être enveloppés d'une vésicule protéique et isolés dans l'économie, de leur aptitude à être détruits dans l'économie. On comprend sans peine comment, dans certaines conditions, pour des usages hygiéniques ou thérapeutiques, ils ne peuvent pas indifféremment être substitués les uns aux autres.

Dans les expérience de Magendie, on n'a point introduit par force les corps gras dans le canal alimentaire des animaux soumis à l'expérimentation, leur instinct ne les a conduits à prendre que ce qu'ils pouvaient normalement utiliser; aussi n'a-t-on pas observé ces morts accidentelles résultant de la transsudation des corps gras dans les organes essentiels à la vie.

On comprendrait difficilement que toutes les pertes de l'organisme pussent être, sinon réparées, au moins assez faibles pour être supportées pendant soixante-huit jours lorsqu'il s'agit du beurre, cinquante-six jours de l'axonge, et plus d'un an lorsque l'animal était nourri avec de la graisse de cœur de bœuf, si l'on n'admettait pas que par l'eau, la terre, leurs urines, quelques débris de paille, ou d'autres matériaux organisés, ces pertes continuelles effectuées par les reins, par la peau, etc., étaient atténuées. Chez les animaux qui ont vécu plus d'un an, observons qu'ils étaient adultes, et que le tissu cellulaire qu'ils triaient avec un si admirable instinct comblait le vide le plus apparent de leur alimentation.

Quoi qu'il en soit, il n'en ressort pas moins très-nettement que les corps gras jouent dans l'organisme vivant un rôle de la plus grande importance; qu'ils sont, à poids égal, les agents les plus efficaces et les plus durables de la résistance au froid extérieur; qu'à eux presque seuls ils peuvent, chez les carnivores, au moins suffire pour maintenir cette température constante qui est la première condition d'existence pour les animaux à sang chaud.

Il ressort de cette discussion que les corps gras, pour être utilisés, doivent être bien choisis, pris avec mesure et dépensés par un bon exercice et de larges inspirations.

Du rôle hygiénique des corps gras. — La formation des corps gras dans l'organisme animal, aux dépens des féculents ou de leurs dérivés, glycose et sucre, paraît parfaitement démontrée par les expériences d'Hubert, de M. Boussingault et de M. Persoz, que nous avons précédemment rapportées. On peut même comprendre comment cette transformation s'effectue depuis que M. Gelis nous a montré que l'acide butyrique est un des produits de la fermentation lactique du sucre, et que M. Pasteur nous a signalé l'existence si inattendue de la glycérine parmi les produits de la fermentation alcoolique du sucre. Voilà les deux éléments de la butyrine qui se produisent dans les fermentations où le sucre se modifie Quoi qu'il en soit de cette formation des corps gras dans l'organisation des animaux, par suite de la transformation des sucres ou principes immédiats congénères, toujours est-il que la nécessité de l'intervention des corps gras dans l'alimentation est indispensable, surtout dans certaines conditions que nous allons déterminer.

Dans les régions septentrionales et même dans nos contrées tempérées, les corps gras doivent former un des éléments constants de l'aliment complet. Dans les pays intertropicaux, les corps gras ne sont pas aussi nécessaires à l'alimentation de l'homme, et ils s'y produisent en plus grande abondance. Aussi devons-nous regarder comme un progrès hygiénique d'une grande importance ces importations chaque jour croissantes des graisses végétales produites par les *cocotiers*, les autres *palmiers*, les *illipes*, les huiles de *sésame*, d'*arachide*, etc. Dans ces contrées chaudes, ces aliments de la chaleur de la vie se produisent en grande abondance au profit des pays froids qui les utiliseront.

Une des plus constantes préoccupations de l'habitant des campagnes est celle de se procurer des corps gras pour son alimentation de chaque jour. Les plus grossiers interviennent chaque jour dans son alimentation: l'huile de navette, le lard rance, etc.; le riche recherche les corps gras plus savoureux, l'huile d'olive, le beurre parfumé, etc.

De l'influence de la température moyenne extérieure sur la consommation des corps gras. — Voici la loi de la consommation des corps gras, eu égard à la température extérieure. On peut la pressentir par tout ce que j'ai exposé, je la formule ainsi: « La consommation des corps gras par l'homme est d'autant plus considérable que la température moyenne est moins élevée, et réciproquement. »

Je vais rappeler quelques exemples qui serviront à mettre cette loi en évidence. Les Hottentots ne se réchauffent que par l'exercice et ne résistent à l'âpreté de leurs hivers qu'en ingérant de l'huile de poisson à pleins verres. Dans ces jours de funeste mémoire où la France était envahie, j'ai vu, bien jeune enfant, les Cosaques du Nord rechercher avec avidité nos chandelles pour en enrichir leurs soupes.

Passons maintenant au milieu de nos Arabes du désert du Sahara: nous admirons leur merveilleuse sobriété en les voyant se contenter, pour entretenir leur vie, de dattes ou de quelques morceaux de gomme qui ne renferment que des traces de matières grasses.

Moïse, Mahomet, qui ont si bien étudié l'hygiène des peuples méridionaux, ont prohibé avec raison l'usage des aliments de calorification les plus riches, le lard, la viande grasse du porc, les alcooliques, etc.

On se rend un compte facile de ces usages en appliquant la loi que nous avons formulée. Plus la température extérieure est basse, plus, pour résister au froid, il est nécessaire que l'organisme produise de la chaleur; aucun aliment n'en fournit davantage, à poids égal, que les corps gras.

Quand la température est basse, l'air est plus condensé; il renferme davantage d'oxygène pour effectuer la transformation ultime des corps gras en eau et acide carbonique.

Si j'aborde une question se rapportant à l'influence du sexe sur la consommation des corps gras, je trouve que les nourrices recherchent souvent avec insistance le beurre et les aliments gras, qu'on a grande raison de leur prescrire quand elles l'utilisent. Je me suis souvent très-bien trouvé de leur conseiller l'usage de l'huile de foie de morue quand elles étaient épuisées par un allaitement trop long ou au-dessus de leurs forces, surtout pendant l'hiver.

Parmi les imminences morbides, je citerai en première ligne les glycosuriques qui, n'utilisant pas les féculents, doivent recourir aux corps gras, en ayant soin de les utiliser par un énergique exercice.

Inconvénients des corps gras pris en excès. — Quand les corps gras sont pris en quantité plus élevée qu'il ne peut en être émulsionné et absorbé par les chylifères, il en résulte une purgation qui ne présenterait aucun inconvénient si elle se bornait à enlever le corps gras en excès; mais, comme dans bien des cas des aliments non digérés sont éliminés avec ces corps, il en résulte une insuffisance d'alimentation avec fatigue des organes.

Un inconvénient beaucoup plus grave de l'abus des corps gras absorbés en trop forte proportion, et non mis en réserve sous forme de tissu adipeux ou éliminés avec la bile, c'est la transsudation dans le tissu des organes, dans les reins, le foie, les poumons. Cette transsudation peut être l'origine de graves désordres, comme nous l'avons précédemment exposé.

(1) Suite. — Voir le dernier numéro.

Pour l'homme en pleine santé, le rapport des corps gras avec le poids total doit être de 5 pour 100 environ.

La règle hygiénique se rapportant aux corps gras peut s'énoncer de la manière la plus simple et la plus exacte en disant: l'utilisation des corps doit être aussi élevée que possible; ajoutons à cela que l'ingestion doit être modérée, graduée, en rapport avec la dépense, qui doit être activée par un exercice énergique, par une respiration large: pendant la saison chaude, la dépense doit être favorisée par des bains de mer ou par l'emploi régulier des procédés divers mis en pratique dans l'hydrothérapie.

Rancidité des corps gras. — Plusieurs importantes autorités attribuent aux corps gras rances une action nuisible. Ainsi, Lind considère l'usage des puddings rances comme une cause prédisposante au scorbut. On a vu, à bien des reprises, des saucisses, des pâtés, des boudins contenant des graisses rances, déterminer des accidents. Dans certaines conditions, qui n'ont pas été convenablement précisées, on a vu le cidre qui avait subi la fermentation butyrique déterminer des accidents. Je suis persuadé que l'action nuisible de ces divers aliments ne doit point être attribuée aux acides gras volatils, mais aux algues ou mucédinées microscopiques qui contribuent à leur développement. C'est une question que je traite avec détail en parlant de l'action nuisible de certaines moisissures.

(*Revue scientifique.*)

(*A suivre*).

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1870.

271. Challier de Grandchamps. Étude sur les causes de la mort subite après l'accouchement.
272. Lamau (Pierre). De la phthisie et de son traitement.
273. Béhier (Augustin). Du bruit de pot fêlé dans les affections non organiques de la plèvre et du poumon.
274. Le Courtois (E.). Essai sur l'anatomie de la voûte du crâne pendant les périodes embryonnaire, fœtale et infantile.
275. Nepveu (Gustave). Des gangrènes dans les fractures.
276. Ballue (Gaston). Des erreurs possibles dans le diagnostic des hernies.
277. Claverie (Denis). De l'hématome du pavillon de l'oreille.
278. Chopard (Émile). De la fistule anale et de son traitement.
279. Millet-Lacombe (Georges). De la vératrine dans la pneumonie.
280. Garrigue (Marcelin). De l'influence des maladies aiguës sur les diathèses.
281. Déchery (P.). Quelques formes d'atrophie et de paralysie glosso-laryngées d'origine bulbaire.

— *Maison de santé* à vendre par suite de décès. Écrire à Me Collin notaire à Nancy.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments ou autres objets).

—

Angines aiguës ou graves. Origine, nature, traitement, par le docteur Moura. Broch. grand in-8° de 68 pages. — Prix: 3 francs.

L'acte de la déglutition, son mécanisme, par le docteur Moura, avec planches et gravures dans le texte. Br. in-4° de 60 pages. — Prix; 3 fr.

Principes de chimie biologique, par le docteur E. Hardy, préparateur de pharmacologie à la Faculté de médecine de Paris, 1 volume in-18 de 500 pages avec figures dans le texte et une planche chromolithographiée représentant l'analyse spectrale du sang. — Prix: 7 francs.

Les spectres d'absorption du sang, par le docteur Victor Fumouze. In-4° de 150 pages, avec 3 planches coloriées. — Prix: 4 fr. 50.

Revue photographique des hôpitaux de Paris, par les docteurs De Montméja et Bourneville. 3e année: les nos 1-2 (janvier-février), et 2-3 (mars-avril), avec photographies, sont en vente. — Prix de chaque livraison: 4 francs.

Traité pratique de laryngoscopie et de rhinoscopie, suivi d'observations, par le docteur Moura. Ouvrage orné de planches explicatives. 2e tirage. 1 vol. gr. in-8° de 200 pages. — Prix: 4 fr.

Origine nouvelle du choléra asiatique, ou début et développement en Europe d'une grande épidémie cholérique, par le docteur Tholozan. In-8° de 92 pages. — Prix: 2 fr.

Note sur certains cas curieux de boulimie et de polydipsie d'origine syphilitique, par le docteur Alfred Fournier, médecin de l'hôpital de Lourcine, professeur agrégé de la Faculté. In-8° de 28 pages. — Prix: 1 fr. 25.

Capvern. Ses eaux minérales. Applications thérapeutiques par le docteur Michel Ticier, médecin inspecteur des eaux de Capvern, ancien interne des hôpitaux de Toulouse, etc. 1 vol. in-8° de 300 pages. — Prix: 2 fr. 50 c.

Le Directeur: Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois... 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 — Un an..... 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 7 septembre 1871.

HOTEL-DIEU. — M. NOEL GUÉNEAU DE MUSSY.

Étude sur le vertige (1).

Nous avons déjà indiqué quelques-uns des agents pharmaceutiques qu'on peut mettre en usage dans le vertige nerveux. Pendant les accès, l'éther, les infusions aromatiques seront souvent utiles. Les alcoolatures d'aconit et d'arnica ont paru, dans quelques cas, agir favorablement. Mais, dans les névroses, l'imagination du malade peut avoir tout le mérite de l'action qu'il attribue au médicament. Cependant il ne faut pas rejeter avec trop de dédain les opinions populaires, qui sont habituellement l'écho des anciennes traditions médicales; c'est un héritage qu'il n'est pas sage de répudier *à priori*, mais qu'il ne faut accepter que sous bénéfice d'inventaire, c'est-à-dire en soumettant au contrôle d'une expérimentation méthodique les opinions trop facilement acceptées par l'enthousiasme crédule de nos pères.

Dans ces derniers temps, on a préconisé la caféine dans le vertige nerveux. Je ne l'ai vu employer qu'une fois sans résultat.

Quand, comme cela a lieu très-souvent, le vertige nerveux est imputable à l'arthritisme, on peut lui opposer les médications qui ont été recommandées dans les névropathies arthritiques.

Je cite le fait suivant, sans en tirer aucune conclusion, comme une simple expérimentation d'un moyen empirique qui avait, à défaut d'autre mérite, celui de l'innocuité.

Un homme de 50 ans, arthritique, sans avoir eu d'accès de goutte articulaire franche, très-hypocondriaque, était tourmenté depuis quatre ou cinq ans par un vertige qui revenait sans cesse l'obséder et faire naître dans son imagination tous les fantômes nosomaniaques qu'évoque l'hypocondrie. Dès qu'il marchait, qu'il se levait, quelquefois même, mais plus rarement, quand il restait couché immobile, il lui semblait qu'il était agité par un violent mouvement de roulis. Il vivait le plus souvent renfermé, dans une demi-obscurité, évitant toutes les occupations, toutes les distractions, tous les plaisirs, et vivant presque en étranger pour les siens, plongé dans la contemplation de son mal, qu'il augmentait par cette préoccupation constante. Dans ses antécédents, une vie trop sédentaire, l'abus du tabac, étaient les seules circonstances qui, ajoutées à une disposition arthritique, m'aient paru pouvoir jouer un rôle dans l'étiologie de cette indisposition, devenue grave par sa continuité.

Riche et oisif, cet homme avait nécessairement essayé, pendant quatre ans, tout un formulaire de remèdes antispasmodiques, toniques, etc. Comme cela arrive presque toujours chez ces malades, tout nouveau remède produisait une amélioration de quelques jours, après lesquels il tombait dans une disgrâce méritée par la persistance des accidents.

Ceux-ci étaient devenus presque continuels à la fin de 1869, et le jetaient dans une mélancolie inquiétante. Autant pour donner une pâture à son imagination qu'avec une grande confiance dans l'efficacité du moyen, je lui conseillai un remède populaire, et *avec lequel*, sinon à cause duquel, j'avais vu se modifier des névralgies arthritiques chez plusieurs de mes clients, qui avaient obtenu de moi la permission d'en faire usage : c'est la macération du café vert.

Je l'engageai à boire tous les matins un verre d'eau, dans lequel il aurait fait macérer pendant quinze à seize heures une grande cuillerée de grains de café non torréfié. Les raffinés mélangent plusieurs espèces de café; mais je simplifiai la formule. Chez quelques malades, ce remède a eu l'avantage réel de régulariser les fonctions de l'intestin. Quant à son action sur les manifestations arthritiques, j'ai vu des malades s'en louer et un plus grand nombre avouer son inefficacité, que je crois très-vraisemblable. Mais chez les hypocondriaques, dans la situation morale où se trouvait celui-ci, il n'était pas seulement légitime, il était de devoir d'essayer ou de paraître essayer quelque chose, et d'agir par impression morale sur le trouble des fonctions nerveuses.

Il était convenu que, dès que la saison le permettrait, ce malade serait soumis à un traitement hydrothérapique prudemment dirigé. Une amélioration considérable coïncida avec l'emploi de ce moyen; le vertige devint beaucoup moins intense, ses accès devinrent moins fréquents, et ce mieux se maintint pendant quatre mois consécutifs environ, pendant lesquels ce malade fut soumis à mon observation. Il quitta la France à cette époque pour retourner en Asie-Mineure, où il était né.

J'ai raconté ce fait pour faire ressortir la nécessité de ne pas dédaigner, dans les névroses, les moyens inoffensifs, parce qu'on doute de leur efficacité, et surtout de ne pas négliger les modificateurs psychologiques, qui suffisent quelquefois pour soulager ou même guérir les malades, et qui, dans tous les cas, sont pour les autres médications les auxiliaires les plus utiles.

Pour instituer le traitement du vertige dyspeptipe, il faut étudier les causes et les formes de la dyspepsie, les conditions constitutionnelles qui peuvent la produire, les erreurs d'hygiène qui l'occasionnent ou l'entretiennent, les phénomènes anomaux qui accompagnent l'acte digestif, les caractères des produits excrétés. La dyspepsie anémique appellera une nourriture substantielle, les stimulants des fonctions gastriques, les toniques, les ferrugineux; la dyspepsie gastralgique demande une nourriture facilement assimilable, les narcotiques à petites doses pris avant les repas, les révulsifs sur le tégument externe, les bains minéraux adaptés à l'état constitutionnel.

La dyspepsie qui dépend de la fatigue ou de l'inertie des organes digestifs réclamera, avec un régime méthodique, les amers, les stimulants, les toniques généraux.

Dans presque toutes les formes de vertige dyspeptique, l'hydrothérapie sera prescrite avec avantage chez les sujets qui ne sont pas trop âgés, qui n'ont pas de lésions graves de l'appareil circulatoire, ni d'accès de goutte légitime revenant périodiquement et qu'on pourrait craindre de faire dévier par un traitement perturbateur; les eaux minérales, dans certains cas, alterneront avantageusement avec l'hydrothérapie, ou même lui seront quelquefois préférées.

J'ai vu des malades heureusement modifiés par les eaux de Plombières, Luxeuil, Pougues, Vichy. Ces deux dernières seront surtout indiquées chez les malades qui excrètent des quantités notables d'acide urique, qui ont des éructations acides ou des évacuations fétides d'une odeur aigre. Quand des douleurs gastriques ou intestinales, une grande sensibilité aux impressions atmosphériques, des myalgies intercurrentes donnent la note rhumatismale, on préférera Luxeuil ou Plombières. Ces eaux conviendront encore quelquefois dans certaines dyspepsies vertigineuses alternant avec des névralgies ou des affections cutanées. Cette forme dyspeptique réclame le plus souvent les eaux sulfureuses ou les eaux arsenicales.

Dans des leçons sur la diarrhée chronique, j'ai cité l'observation d'un malade qui pendant plusieurs années eut des vertiges violents, de la dyspepsie et de la diarrhée. Je l'envoyai aux eaux de Cautrets, qui dans une affection dyspeptique avaient réussi à une de ses tantes. Il en revint, délivré de tous ces accidents, qui avaient profondément ébranlé sa constitution et l'avaient jeté dans un état de mélancolie hypocondriaque; mais en même temps qu'ils disparaissaient, une éruption abondante d'eczema impétiginodes s'était développée sur l'abdomen et sur les bourses; elle persista pendant un temps assez long, fut combattue extérieurement par des topiques calmants, et intérieurement par de petites doses d'arsenic; depuis lors, les vertiges n'ont pas reparu.

Dans la dyspepsie vertigineuse atonique, la macération de quassia amara, à laquelle on ajoutera de la rhubarbe s'il y a tendance à la constipation, les décoctions de colombo ou de gentiane, la macération de quinquina, le sirop d'écorces d'oranges amères, les infusions de germandrée, de petite centaurée, de feuilles d'oranger ou de camomille, pris avant les repas, stimuleront utilement l'action de l'estomac; dans beaucoup de cas il sera utile d'ajouter à ces infusions quelques gouttes amères de beaumé ou de la teinture de noix vomique. Les préparations de noix vomique ou de fève de Saint-Ignace conviendront encore dans le cas où la dyspepsie vertigineuse sera compliquée de flatulence; au lieu de les administrer sous forme liquide, on pourra les mêler à des poudres absorbantes et carminatives de charbon, de craie, de bismuth et d'anis.

Les infusions, les teintures ou les huiles essentielles de menthe ou d'anis seront indiquées dans les accès de vertige lié à la dyspepsie flatulente.

Chez les malades qui ont des éructations acides, comme chez ceux dont les excrétions présentent une acidité anomale, les eaux alcalines seront prescrites; dans ces diverses circonstances, j'ai souvent employé le mélange, conseillé par Trousseau, de magnésie, de craie et de bi-carbonate sodique, y ajoutant parfois de la poudre de noix vomique, et remplaçant la magnésie par le sous-azotate de bismuth, quand il y avait de la tendance à la diarrhée.

Pour stimuler et aider l'action de l'estomac, on pourra combiner avec ces moyens l'emploi de la pepsine et l'usage des eaux digestives, dont quelques malades cependant redoutent l'acide carbonique, qui quelquefois, surtout quand il est mêlé au vin, provoque ou rappelle le vertige.

Les préparations arsenicales ont réussi dans un grand nombre de névropathies arthritiques; elles sont spécialement indiquées quand le trouble gastro-intestinal coïncide ou alterne avec des affections herpétoïdes de la peau.

Dans le vertige dyspeptique, comme dans le vertige nerveux, comme dans toutes les affections chroniques, l'hygiène doit aider et quelquefois dominer la thérapeutique. Il faut diriger le régime, le choix des aliments, la distribution des repas, en laissant entre eux un intervalle proportionné à l'activité de l'estomac et au besoin de réparation, prescrire une mastication suffisante des matières ingérées, régler les exercices physiques et intellectuels, le sommeil, l'habitation, quand on peut le faire. Le séjour dans un air pur et stimulant, l'éloignement des émotions, des excès, des mauvaises habitudes hygiéniques, sont souvent les meilleurs des digestifs. Le tabac, presque toujours nuisible chez les dyspeptiques, doit être absolument interdit à ceux qui éprouvent des vertiges.

(1) Fin. — Voir les numéros des 6, 11, 13 et 15 juillet 1871.

DES COMPLICATIONS CARDIAQUES DANS LA VARIOLE
ET NOTAMMENT DE LA MYOCARDITE VARIOLEUSE

Par MM. L. DESNOS, médecin de l'Hôpital Lariboisière, et Henry HUCHARD, interne des hôpitaux.

Conclusions. — 1° Les modifications imprimées à l'organisme par le virus varioleux peuvent déterminer des lésions inflammatoires du cœur.

2° Les complications cardiaques sont fréquentes dans les varioles *confluentes* et dans les *discrètes en corymbes* (varioles cohérentes ou confluentes bénignes de Borsieri). Elles sont exceptionnelles dans les discrètes dont les pustules sont peu abondantes : nous ne les avons jamais observées dans les varioloïdes.

3° Les principaux éléments anatomiques du cœur peuvent être atteints isolément ou simultanément. Tantôt l'inflammation porte exclusivement sur les séreuses, sur l'endocarde (*endocardite varioleuse*), sur le péricarde (*péricardite varioleuse*), ou en même temps sur l'endocarde et sur le péricarde (*endo-péricardite*); d'autres fois elle borne son action au tissu musculaire du cœur (*myocardite varioleuse*). La myocardite, qui existe souvent seule, peut se combiner avec l'endo-péricardite.

4° Les inflammations des séreuses en général, et des séreuses du cœur en particulier, ne sont pas pustuleuses. L'éruption varioleuse avec les modifications que comporte la structure des tissus ne s'observe que sur la muqueuse de la bouche, du voile du palais, de l'arrière-gorge, du pharynx dans sa partie respiratoire, sur celle du larynx, de la trachée et des bronches, où les pustules développées jusqu'en leurs dernières ramifications peuvent devenir une cause de mort par asphyxie.

5° D'une façon générale, le cœur, au même titre que les autres muscles de l'économie qui sont frappés d'inflammation dès les premiers jours de la variole, peut être altéré dans son élément contractile, mais plus fréquemment et à un plus haut degré dans les varioles confluentes que dans les autres formes de cette maladie.

Dans les varioles cohérentes ou discrètes en corymbes, ce sont surtout les endocardites et les péricardites que nous avons constatées.

6° L'inflammation aiguë du muscle cardiaque présente cliniquement deux périodes distinctes qui correspondent à deux degrés différents de lésions anatomiques : 1° hypérémie avec état granuleux, multiplication de cellules musculaires; 2° dégénérescence graisseuse.

La première période, qui est transitoire et le plus souvent de peu de durée et qui, pour cette raison, peut échapper à l'observateur, consiste dans une véritable excitation du cœur se traduisant par une énergique impulsion cardiaque, des battements tumultueux à la région précordiale, un pouls fort et vibrant. Nous n'avons pas observé au début de la myocardite certains symptômes signalés par la plupart des auteurs; ainsi, les malades n'ont jamais présenté cette douleur aiguë, atroce, ressemblant par son intensité et ses irradiations à celle de l'angine de poitrine. Le plus souvent, c'est une douleur sourde, profonde, pongitive avec anxiété précordiale, c'est aussi une dyspnée plus ou moins accentuée qui marquent le début de la complication.

7° A la période d'excitation, à laquelle correspond l'hypérémie musculaire, succède assez promptement celle d'affaiblissement du cœur, qui se lie à la dégénérescence graisseuse aiguë.

8° A cette période, les bruits deviennent sourds, surtout à la pointe, où le premier bruit est atténué; le choc précordial, peu perceptible au doigt, est remplacé souvent par une légère ondulation; les battements du cœur deviennent irréguliers, intermittents; le pouls est faible, irrégulier, inégal ou dicrote. Le dicrotisme peut être multiple et donner lieu au *pouls oscillatoire, polycrote* de la myocardite.

9° Un caractère que nous avons quelquefois remarqué, c'est le désaccord entre la force, la fréquence des battements du cœur et celles des pulsations artérielles. A la précipitation, en apparence énergique des battements cardiaques, ne correspond pas toujours

alors la fréquence du pouls; c'est que, dans ce cas, l'organe central de la circulation est trop faible pour que tous ses mouvements puissent retentir sur les pulsations artérielles.

10° Au début de la période d'affaiblissement, il se produit au cœur un bruit de souffle qui fait rarement défaut et qui, par ses caractères, doit être regardé comme propre à la myocardite. Il s'entend à la pointe, est doux, profond, diffus, transitoire, migrateur.

11° Le bruit de souffle myocardiaque peut être distingué des bruits endocardiaques et péricardiaques; il ne doit pas être confondu avec le murmure fébrile qui se produit quelquefois au cœur dans les pyrexies.

12° Le souffle myocardiaque est dû à la dégénérescence des muscles papillaires qui, trop faibles pour tendre les valvules auriculo-ventriculaires, ferment incomplétement ces orifices et donnent ainsi lieu à une insuffisance valvulaire. Il peut survenir aussi en l'absence des lésions profondes des muscles tenseurs des valvules, quand la pointe du cœur, considérée comme leur surface d'insertion, est gravement atteinte par la dégénérescence graisseuse.

13° A la dernière période de l'adynamie cardiaque les souffles mitral et tricuspide cessent d'être perçus en même temps que surviennent tous les signes de la dilatation du cœur et de l'asystolie.

14° Sous l'influence de la parésie cardiaque, les circulations pulmonaire et encéphalique sont notablement entravées; on observe alors les signes de la congestion pulmonaire et de l'anémie cérébrale (délire, convulsions).

15° Au milieu des symptômes de l'affaiblissement du cœur, nous avons vu apparaître des palpitations passagères dues, selon nous, à une ischémie bulbaire et à un défaut d'action des nerfs pneumo-gastriques. Opposées aux palpitations irritatives du début de la myocardite, celles de la période ultime doivent être considérées comme paralytiques.

16° La myocardite est une des principales causes de la mort subite dans la variole. Le plus ordinairement, les malades succombent rapidement, en proie à tous les symptômes cardiaques, pulmonaires et cérébraux, qui constituent *la triade symptomatique de la myocardite.*

17° La médication comprend deux indications : 1° modérer l'activité exagérée du cœur à la première période de la myocardite; 2° exciter les fibres musculaires dégénérées dans la deuxième période.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 10 mai 1871. — Présidence de M. Dolbeau, vice-président.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

— La *Gazette des hôpitaux;*

— La *Gazette hebdomadaire;*

— L'*Union médicale.*

— Une lettre de M. de Saint-Germain qui, retenu à l'hôpital d'Ivry, s'excuse de ne pas pouvoir assister à la séance.

DISCUSSION

M. GIRALDÈS. Messieurs, dans la dernière séance, à propos de la mort rapide de certains malades, M. Depaul a soutenu que cette mort pouvait être expliquée par l'apparition brusque d'un emphysème interlobulaire, développé à la suite d'un effort ou de la chloroformisation. — Je partage complétement cette dernière manière de voir; et déjà, en 1848, j'ai communiqué à la Société une note sur la mort subite par rupture des vésicules pulmonaires à la suite des inhalations de chloroforme. Je crois utile de rappeler sommairement les faits sur lesquels je m'appuyais : un blessé, que j'opérai à l'hôpital de cliniques, mourut rapidement après avoir été chloroformisé. Il en fut de même pour un autre malade de la Pitié, où je remplaçais momentanément Auguste Bérard.

A la même époque, le professeur Roux observa un accident semblable chez un tétanique qu'il avait chloroformisé.

Tous les malades se réveillèrent bien du sommeil anesthésique, puis ils succombèrent quelques heures plus tard. Chez tous on trouva, à l'autopsie, des bulles d'air mélangées en grande abondance au sang contenu dans le cœur, dans les veines caves et jusque dans les veines fémorales. La veine cave inférieure, en particulier, était distendue, aussi grosse que l'intestin grêle, remplie de sang spumeux. Enfin, chez tous on constata l'existence d'un emphysème avec rupture d'un assez grand nombre de vésicules pulmonaires.

M. VERNEUIL. Dans la dernière séance, M. Trélat nous a communiqué l'observation d'un malade atteint de hernie étranglée, chez lequel la mort survint rapidement, précédée toutefois par une grande algidité. L'autopsie faite, M. Trélat crut devoir expliquer la mort par une péritonite qui avait vraisemblablement débuté avec l'étranglement. Plusieurs de nos collègues pensèrent que la péritonite ne produisait pas une mort aussi rapide, et que celle-ci devait être rapportée à l'étranglement.

Pour moi, j'ai observé bon nombre de faits du genre de celui qui a été rapporté par M. Trélat, et je suis convaincu que souvent la mort doit être attribuée en grande partie à l'alcoolisme ou à quelque lésion viscérale préexistante.

Un de mes élèves, M. le docteur Charles Péronné, a publié dans sa thèse plusieurs faits de ce genre; j'en citerai quelques-uns.

Un homme de cinquante environ, en levant un fardeau, sentit sortir une hernie. Le lendemain de cet accident, il entrait dans mon service; je fis le taxis, qui amena une réduction incomplète de la tumeur herniaire, mais comme je craignais la persistance de l'étranglement, je pratiquai la kelotomie. L'intestin avait été réduit entièrement et la tumeur ne contenait plus que de l'épiploon. Le malade se sentait très-soulagé, mais à quatre heures du soir il fut pris de *delirium tremens* et il mourut dans la nuit. Le succès avait donc été chez lui à peu près de la même durée que chez le malade de M. Trélat.

A l'autopsie je trouvai une perforation intestinale qui devait avoir été imminente pendant la vie, mais qui s'était probablement complétée après la mort, peut-être même au moment de l'autopsie. Le péritoine était partout poisseux, mais il existait une péritonite perihépatique très-accusée qui avait certainement débuté avant l'étranglement herniaire. Les deux poumons étaient fortement congestionnés. J'ai rapproché ce fait de beaucoup d'autres et je pense que l'alcoolisme expose aux inflammations diffuses.

Voici une autre observation inédite de mort avec algidité : il s'agit d'une femme de 75 ans, d'une très-robuste constitution; elle portait une hernie crurale maintenue par un mauvais bandage. Cette malade fut prise d'accidents d'étranglement, qu'un médecin de la ville essaya d'arrêter en pratiquant le taxis; ces tentatives ayant été infructueuses, la malade fut apportée à l'hôpital quatre ou cinq jours après le début des accidents. Le lendemain matin, je la trouvai dans un état grave, les extrémités étaient froides, cyanosées; le pouls était petit. Je pratiquai l'opération qui fut des plus simples, ainsi que la réduction de l'intestin.

La journée se passe bien mal, la respiration s'embarrasse pendant la nuit et la mort survient à deux heures du matin.

A l'autopsie je trouvai une congestion des deux poumons; une cirrhose très-avancéee. Les deux reins étaient volumineux. Du côté de la hernie, il n'y avait ni péritonite, ni perforation intestinale.

Le matin, il mourait dans mon service un homme atteint de hernie étranglée depuis deux jours et demi. La mort survint avant que j'eusse eu le temps de faire l'opération. Le malade exerçait la profession de charretier, et je suis convaincu qu'il était atteint d'alcoolisme et que cette complication a joué un grand rôle dans la rapidité de sa mort.

Un autre fait : La semaine dernière, entre un homme de 60 ans, grand, en état de stupeur. Je vois une hernie grosse comme une tête d'enfant avec ballonnement du ventre. Tout rentre facilement pour ressortir ensuite; il n'y avait pas étranglement. Le malade avait eu quelques vomissements avec frissons au commencement de la semaine. — Douleurs à la région rénale; — dépôt albumineux dans l'urine; cylindres au microscope. Je diagnostique une néphrite double.

Le malade mourut : maladie de Bright. De plus l'intestin était malade. L'intestin renfermé dans le sac était livide, congestionné, hypertrophié, sans étranglement. Pourquoi cette hernie s'était terminée par la mort avec *algidité marquée*, car elle existait? A mon avis, l'algidité appartenait à la lésion intestinale; pas une partie de la responsabilité ne pèse sur les reins.

M. TRÉLAT. En soutenant qu'une mort rapide, comme celle que j'avais observée chez mon malade, pouvait s'expliquer par la péritonite, j'étais persuadé que des faits analogues devaient avoir été publiés en assez grand nombre. J'ai donc fait quelques recherches bibliographiques, et, bien qu'elles so ent très-insuffisantes, elles m'ont appris qu'il existe, en effet, de nombreuses observations de péritonites terminées par une mort rapide. Ces faits sont épars çà et là, disséminés sous des noms divers, parce que la péritonite rapidement mortelle est d'origine variable; souvent aussi, il y a eu erreur de diagnostic, parce que la péritonite est rarement une maladie d'emblée, et que la maladie primitive absorbe l'attention des chirurgiens. Quand la péritonite suit sa marche régulière, elle est facile à reconnaître; mais il n'en est plus de même quand elle est excessivement rapide : j'en excepte les peritonites puerpérales, dont les caractères sont habituellement très-bien accusés.

Dans une thèse qui a pour titre : *Des pseudo-étranglements qui peuvent être rapportés à la paralysie de l'intestin*, le docteur Henrot rapporte un assez grand nombre d'observations dans lesquelles la péritonite a été méconnue; l'auteur y décrit les accidents péritoniques qui peuvent compliquer des maladies très-diverses, telles que les calculs biliaires, les calculs rénaux, la perforation intestinale, etc.; il y joint aussi quelques cas de péritonite spontanée. Dans un grand nombre de ces faits, le diagnostic a été incertain, et les chirurgiens ont souvent cru à un étranglement herniaire qui n'existait pas, et quelquefois cette erreur les a conduits à entreprendre l'opération de la hernie étranglée chez des malades qui n'en étaient pas atteints. C'est ainsi qu'un malade, admis à la Pitié dans le service de M. Marotte, avec quelques symptômes d'étranglement herniaire, fut opéré par M. Gosselin, qui ne put trouver de hernie; celle-ci n'existait pas, ainsi que le démontra l'autopsie.

Dans une autre thèse qui a pour titre : *De la mort subite*, par J. J. Bouin, 1861, n° 120, l'auteur, malgré environ quarante cas de mort rapide ou subite, en conclut que les causes de cette espèce de mort sont variables, qu'elle est peut-être exceptionnellement due à la péritonite, que dans un quart des cas elle est produite par une congestion pulmonaire. Les maladies cérébrales n'y figurent, au contraire, qu'en assez petit nombre, et leur fréquence, si je m'en rapporte à ce travail, serait moins grande qu'on se l'imagine. Ce que je puis assurer, c'est que mon malade ne présentait ni congestion pulmonaire, ni emphysème pulmonaire.

M. Duplay, en m'entendant expliquer la mort de mon malade par la péritonite, m'a reproché de n'avoir pas tenu un assez grand compte du pincement de l'intestin. Sa critique serait vraie, très-vraie, je le reconnais, si elle s'appliquait à la généralité des hernies étranglées, mais je répète encore que la mort due à l'étranglement est lente. J'en ai trouvé une nouvelle preuve dans plusieurs des faits rapportés dans la thèse du docteur Henrot.

Un jeune chirurgien, le docteur Nicaise, dans une excellente thèse, digne de l'attention de tous les chirurgiens, a étudié les désordres anatomiques de l'intestin étranglé; il démontre que les tuniques muqueuse, celluleuse, musculaire, et enfin péritonéale, y sont successivement altérées, et que ces altérations, même après un pincement médiocrement serré, empêchent le rétablissement des fonctions physiologiques de l'intestin, qui reste paralysé; mais quand il y a paralysie intestinale, la mort est lente.

Ce qu'il y a d'important dans l'observation que j'ai communiquée, c'est que le malade avait une péritonite qui devait être fatalement mortelle en plus ou moins de temps, et que la mort a été précédée par une très-grande algidité; aussi Malgaigne professait-il qu'il ne faut pas opérer les malades atteints de hernie étranglée quand ils présentent cette algidité. Ce précepte est, je crois, trop absolu; ainsi j'ai opéré autrefois, dans le service même de Malgaigne et sous ses yeux, un malade atteint de hernie étranglée avec algidité; mais je dois dire que le pronostic du maître se vérifia, et que le malade mourut.

M. VERNEUIL. Le précepte donné par Malgaigne était certainement trop absolu, et je pourrais communiquer à la Société de chirurgie l'observation d'un malade atteint de hernie étranglée avec algidité, que j'opérai avec un succès complet.

J'ajouterai que la congestion pulmonaire n'entraîne pas toujours une terminaison subite, qu'elle dure quelquefois vingt-quatre heures, même quand elle doit être mortelle.

M. DEPAUL, après avoir donné des nouvelles de la malade à laquelle il a pratiqué la ponction de l'intestin, et annoncé que cette femme est aujourd'hui guérie, qu'elle se lève et qu'elle mange deux portions, fait ses réserves sur plusieurs points scientifiques de la discussion actuellement pendante devant la Société : sur la mort rapide par péritonite, sans aucune complication; sur l'absence du pus dans les péritonites rapides, et sa formation dans les péritonites de plus longue durée; sur l'ébranlement nerveux et le refroidissement qui accompagnent les affections intestinales; sur le danger qu'il y a à chloroformiser les malades atteints de péritonite.

La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire : Tarnier.

Séance du 17 mai 1871. — Présidence de M. Dolbeau, vice-président.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

Une lettre de M. de Saint-Germain qui demande un congé.

DISCUSSION

M. VERNEUIL. J'ai pu faire l'autopsie du malade dont j'ai annoncé la mort dans la dernière séance. Cet homme, on se le rappelle, était atteint de hernie étranglée. Il présentait une algidité effroyable, et sa mort fut des plus rapides. Elle survint avant toute opération. A l'autopsie, je trouvai une hernie entéro-épiploïque médiocrement serrée. L'intestin était vasculaire autour du point hernié. Le péritoine était moins brillant qu'à l'état normal, mais il n'était ni dépoli ni poisseux; aucune exsudation n'avait eu lieu. En somme, cette homme n'avait pas eu de péritonite.

Il existait une congestion considérable des deux poumons avec apoplexie dans les bords supérieurs de ces organes. L'un des lobes supérieurs présentait aussi un noyau apoplectique. Les bords antérieurs étaient à peu près sains.

Les autres viscères n offraient aucune altération.

M. DEPAUL. Dans le fait qui nous a été communiqué par M. Trélat, et qui a servi de point de départ à cette discussion, il s'agissait d'un homme atteint de hernie étranglée qui mourut quelques heures après avoir été chloroformisé. A l'autopsie, on trouva une péritonite et une lésion pulmonaire.

M. Trélat explique cette mort simple par la péritonite. Je soutiens au contraire que la lésion pulmonaire avait dû jouer un rôle prépondérant. A l'appui de ma manière de voir, je puis citer deux autres exemples de mort rapide par congestion pulmonaire chez deux femmes en couches qui moururent dans mon service l'année dernière.

L'une d'elle fut rapportée à l'hôpital dans un coma profond accompagné de dyspnée considérable. Je pense que ces accidents étaient consécutifs à une attaque d'éclampsie; mais une enquête ultérieure m'apprit qu'il n'y avait pas eu d'éclampsie. L'autopsie fit reconnaître une congestion pulmonaire considérable.

Une autre femme atteinte d'une déviation considérable de la colonne vertébrale fut prise de dyspnée; je la fis saigner, mais elle mourut néanmoins avec tous les signes d'une violente congestion pulmonaire, qui fut d'ailleurs constatée à l'autopsie.

Toutes les femmes, dont la colonne vertébrale est considérablement déformée, sont exposées à des accidents de tous les signes d'une violente congestion pulmonaire, qui fut d'ailleurs constatée à l'autopsie.

Cette observation ne constitue pas une exception rare, car toutes les femmes dont la colonne vertébrale est considérablement déformée sont exposées à des accidents semblables, quand elles deviennent enceintes. On le comprend facilement, car chez elles le thorax est étroit, déformé, et quand le diaphragme est refoulé par le développement de l'utérus, la dyspnée éclate.

Le chloroforme congestionne le cerveau et les poumons, et cette congestion est si évidente que je redoute de donner du chloroforme aux femmes atteintes d'éclampsie.

Pour en revenir au malade de M. Trélat, je suis convaincu que le chloroforme a marqué la terminaison en produisant de l'emphysème chez un homme dont la vie était déjà compromise par la péritonite; mais j'accorderai volontiers à mon contradicteur que, sans la péritonite, le chloroforme aurait peut-être été supporté sans inconvénient.

M. DUPLAY. M. Verneuil vient de nous citer un cas de mort par étranglement herniaire. L'algidité de son malade avait été extrême, et à l'autopsie on ne trouva aucune trace de péritonite. J'ai vu quelques faits semblables que je puis citer succinctement.

Une femme avait depuis trois jours une hernie crurale étranglée; elle mourut rapidement. A l'autopsie, je ne trouvai pas de péritonite, et je dus expliquer la mort par l'étranglement lui-même, par épuisement nerveux.

Une autre fois, j'opérais dans le service de M. Cusco une femme atteinte de hernie étranglée. Cette malade me paraissait être dans de bonnes conditions pour la guérison, mais elle s'affaissa rapidement et mourut. A l'autopsie, on ne trouva pas de péritonite.

Le choléra herniaire, bien décrit par Malgaigne, amène aussi quelquefois une mort rapide. Les selles deviennent abondantes, incoer-

cibles. Le pouls est petit; les malades se refroidissent et sont cyanosés; les urines sont supprimées.

J'ai vu plusieurs cas de choléra herniaire emporter le malade après la kélotomie. Il y a deux ans, pendant que je remplaçais M. Broca, j'ai précisément observé l'un de ces faits, et, à l'autopsie, on ne trouva aucune trace de péritonite.

Dans l'observation rapportée par M. Trélat, il n'y a pas eu mort subite, mais mort rapide. Je ne veux pas nier l'importance de la péritonite que présentait ce malade, mais je persiste à croire que la rapidité de la mort s'explique mieux par l'étranglement même que par la péritonite. On a cité dans cette discussion de nombreux faits qui confirment mon opinion.

M. TRÉLAT se félicite d'avoir soulevé une discussion qui a donné à plusieurs de ses collègues l'occasion de rapporter des faits très-instructifs.

M. Trélat précise de nouveau les points principaux de l'observation de son malade, qu'on peut résumer ainsi : étranglement herniaire, chloroformisation; mort après quelques heures. A l'autopsie, on trouva une péritonite bien accentuée et de l'emphysème pulmonaire avec congestion.

Pour expliquer une mort aussi rapide, les avis ont été partagés. M. Trélat faisait jouer le plus grand rôle à la péritonite. Il a trouvé un contradicteur, M. Depaul, qui croit au contraire que les accidents pulmonaires ont été la cause principale de la mort, et M. Giraldès a partagé cet avis. M. Duplay a soutenu que l'étranglement pouvait à lui seul expliquer une terminaison aussi rapide. Enfin, M. Verneuil, en montrant plusieurs faits importants, a insisté à dire qu'elle était pour lui la cause principale de la mort.

Au milieu d'opinions aussi divergentes, personne ne méconnaît l'importance de la péritonite, et M. Trélat termine en faisant remarquer que les lésions multiples présentées par son malade ont peut-être contribué toutes à produire une mort rapide qu'il serait difficile d'expliquer par l'une d'elles seulement.

M. DESPRÉS. J'ai vu quelques faits de mort rapide par étranglement herniaire; l'un d'eux observé en 1860, dans le service de M. Nélaton, a même été publié. Je pense que l'explication la plus plausible de la rapidité de la mort dans ces cas a été donnée par Bretonneau (de Tours) : quand il y a étranglement herniaire, les tuniques intestinales laissent transsuder le liquide stercoral qui s'introduit dans le péritoine où il est promptement absorbé, et la mort est aussi rapide qu'après une perforation intestinale.

Je crois me rappeler qu'un fait de ce genre, recueilli dans le service de M. Trélat, a été publié dans le *Bulletin de la Société anatomique*.

Dans la péritonite, on meurt, non-seulement par le fait de l'inflammation, mais par celui de l'absorption des liquides épanchés; aussi les péritonites sont plus rapidement mortelles chez les jeunes gens que chez les vieillards, parce que chez ces derniers l'absorption péritonéale est moins active.

Il me paraît possible et même probable que, pour le malade dont l'histoire nous a été racontée par M. Trélat, il y ait eu transsudation des liquides stercoraux dans le péritoine, absorption rapide de ces liquides et mort rapide à la suite de cette intoxication.

M. GUÉRIN. Je crois comme MM. Depaul et Giraldès que le chloroforme doit être accusé en grande partie de la mort du malade de M. Trélat.

Au début d'un étranglement herniaire, on peut sans aucun doute administrer du chloroforme pour rendre le taxis plus facile; mais après un jour ou deux il y a de l'algidité, de la cyanose, la vie semble prête à s'éteindre, et dans ces conditions je repousse l'emploi du chloroforme, d'une part, parce que les phénomènes généraux que je viens de signaler le contre-indiquent, et d'autre part, parce que l'opération de la kélotomie est plus douloureuse.

L'étranglement herniaire, la péritonite produisent dans l'organisme des troubles considérables qui menacent directement la vie: le pouls devient faible, la langue est fétide, on observe de l'algidité et de la cyanose; il s'y joint même quelquefois de l'anesthésie à un certain degré comme dans la dernière période du croup. Tous ces symptômes indiquent un abaissement de vitalité qui doit faire proscrire le chloroforme.

La même proscription doit être observée dans tous les grands troubles de la circulation et de la respiration, et je n'admettrai jamais le chloroforme après une hémorrhagie abondante, après un grand traumatisme avec affaiblissement de forces du malade, de même que je ne l'administre jamais à un malade atteint d'étranglement herniaire avec algidité et cyanose.

M. VERNEUIL. La discussion actuelle, en prenant une direction nouvelle, n'en devient que plus intéressante. C'est avec raison que M. Després a appelé notre attention sur l'intoxication par absorption des liquides épanchés dans le péritoine; j'ai vu quelques faits qu'on peut citer à l'appui de cette manière de voir : une femme tombe, l'intestin se déchire et la mort survient en cinq ou six heures. Une autre fois, après une ponction dans un kyste de l'ovaire, la poche s'enflamme et fournit une suppuration fétide, et le malade meurt rapidement.

Je pense comme M. Després que l'absorption des liquides joue un rôle important et qu'elle peut produire une mort rapide.

Je crois avec M. Guérin que l'emploi du chloroforme est formellement contre-indiqué toutes les fois que la vie est menacée par des troubles généraux; mais il ne faut pas tomber dans l'excès contraire et craindre de l'employer au début, alors qu'il peut assurer le succès du taxis, et je n'hésite pas à déclarer que j'aurais employé le chloroforme pour le malade de M. Trélat, ainsi que l'a fait notre collègue.

M. GIRALDÈS. Malgré une discussion longue et approfondie, nous devons avouer que la cause réelle de la mort rapide du malade de M. Trélat n'est pas rigoureusement démontrée, et qu'il est difficile de dire quelle part il faut accorder à l'étranglement intestinale, à la péritonite, à la congestion et à l'emphysème pulmonaire.

M. DEPAUL. J'admets avec M. Giraldès qu'il reste quelque incertitude sur la cause de la mort du malade de M. Trélat, mais il me paraît démontré que le chloroforme a eu une influence fâcheuse en produisant de la congestion pulmonaire et de l'emphysème interlobulaire.

Cette remarque est à mon avis importante, parce qu'elle doit engager les chirurgiens à être très-prudents dans l'emploi du chloroforme, toutes les fois que les symptômes généraux graves indiquent que la vie est prochainement menacée.

M. MARJOLIN. L'explication du mécanisme de la mort est souvent difficile; mon père citait toujours dans ses cours l'observation d'un garçon de bain qui s'était préparé un bain trop chaud, dans lequel il mourut sans lésions anatomiques appréciables. Il en est un peu de même dans un érysipèle étendu qui entraîne la mort sans laisser de lésions profondes sur le cadavre.

Une péritonite généralisée, comme l'érysipèle, peut produire rapidement la mort sans laisser après elle des altérations anatomiques avancées.

M. TRÉLAT. Le fait dont M. Després a gardé le souvenir, et qui a été publié dans le *Bulletin de la Société anatomique*, après avoir été recueilli dans mon service, n'est pas semblable à ceux qui sont aujourd'hui en discussion. Je me crois obligé de le rectifier : un conducteur d'omnibus reçoit sur le creux épigastrique une tape; il monte sur le marche-pied de sa voiture et continue sa route; quelques minutes après ce léger accident, il éprouve une douleur très-vive et il est obligé de se faire transporter à l'hôpital Saint-Louis où il meurt en sept ou huit heures. A l'autopsie je trouve une très-petite perforation de l'intestin.

On trouve dans la science plusieurs faits analogues; ils sont tous très-étonnants et très-curieux, parce que pour tous on est très-embarrassé pour donner une explication satisfaisante de la perforation de l'intestin.

Je crois avec MM. Guérin et Verneuil qu'il ne faut pas administrer le chloroforme à un malade menacé par des phénomènes généraux graves et présentant de l'algidité ou de l'anesthésie; mais quand la hernie est récente, on peut non-seulement donner du chloroforme, mais je crois qu'il faut y soumettre les malades pour rendre le taxis plus utile et augmenter la chance de réussite.

La séance est levée à cinq heures un quart.

Le secrétaire : TARNIER.

DOCUMENTS

POUR SERVIR A L'HISTOIRE DU MOUVEMENT SCIENTIFIQUE PENDANT LE SIÉGE DE PARIS (1).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. BOUCHARDAT.

Nos ressources alimentaires pendant le siége.

(Suite et fin.)

DES GRAISSES ET DES HUILES.

Moyens de diminuer les odeurs et saveurs naturelles ou acquises de certaines graisses ou huiles. — Plusieurs huiles ou graisses possèdent des odeurs et des saveurs spéciales, agréables ou désagréables, comme l'huile d'olive, l'huile de navette, le suif, etc. Ces odeurs et ces saveurs sont dues, pour la plupart, ou à des acides gras volatils, ou à des principes immédiats qui entrent en ébullition à des degrés inférieurs à ceux où bouillent la stéarine ou les oléines.

Les corps gras rances doivent leurs saveurs, ordinairement si désagréables, à des acides gras volatils qui s'y développent par dédoublement, soit sous l'influence de ferments spéciaux, soit sous celle de l'oxygène.

Que ces odeurs et saveurs spéciales soient naturelles ou acquises, elles disparaissent en grande partie en portant les corps gras qui les possèdent à une température voisine de celle de leur ébullition, en y projetant des matières végétales ou animales imprégnées d'eau, comme cela se pratique dans l'opération si connue de la friture, et en répétant plusieurs fois cette opération. La vapeur d'eau se produisant dans la graisse surchauffée entraîne les matières volatiles odorantes, comme l'a si justement dit M. Dubrunfaut, et les graisses ont perdu leurs odeurs ou saveurs spéciales désagréables.

Les aptitudes très-différentes des corps gras, pour certaines préparations culinaires, dérivent de l'influence de la chaleur sur ces corps gras à la températures voisine de leur ébullition; plusieurs prennent ou répandent des odeurs tout à fait spéciales qui sont bien connues par une longue observation: ainsi, certaines huiles, comme celle d'olive, sont préférables employées à froid; d'autres, comme celles de colza, demandent à être chauffées avec des matières contenant de l'eau; la graisse de porc convient surtout pour les fritures, le beurre pour les ragoûts, etc.

M. Castelhaz a indiqué le moyen suivant pour remédier à la rancidité de plusieurs graisses ou huiles (suif, beurre de coco, huile de palme, beurre rance), etc.

« Le premier traitement se fait ainsi: Prendre 100 parties de suif brut, 100 parties d'eau à l'ébullition, de manière à obtenir la liquéfaction du suif; verser 4 parties de carbonate de soude cristallisé dissous dans 20 parties d'eau; opérer à une température supérieure au point de fusion du suif; agiter jusqu'à émulsion complète; porter à l'ébullition. On ajoute 400 parties d'eau en continuant l'agitation. On laisse déposer; on siphonne les eaux qui se trouvent à la partie inférieure du vase; on recueille les corps gras qui surnagent. Comme ils contiennent encore du carbonate sodique, on ajoute 100 parties d'eau; on les émulsionne de nouveau, et on les relave avec 400 parties d'eau à l'ébullition. Les meilleurs suifs doivent être traités ainsi deux fois au moins, et la plupart des suifs du commerce trois fois.

« Pour les seconds traitements, les proportions du carbonate de soude employé varient de 4 à 2 pour 100; pour les troisièmes, elles sont moindres et varient de 2 à 3 pour 100.

« L'opération se continue, soit par un simple lavage à l'eau, soit par un lavage avec de l'eau contenant 1 pour 100 d'acide chlorhydrique, et un nouveau lavage pour enlever les dernières traces de sel sodique ou d'acide.

« Tous les lavages doivent être faits à l'eau chaude, et les liquides maintenus à l'ébullition pendant un quart d'heure ou une demi-heure. Cette ébullition est utile pour entraîner certains produits volatils acides, salins ou basiques. Les eaux du premier traitement entraînent la majeure partie des acides étrangers, des acides sulfogras et gras: il est facile de s'en convaincre en saturant le sel sodique par quelques gouttes d'acide sulfurique; il se dégage une odeur très-désagréable d'acide hircique, de graisses rances, tout à fait caractéristique.

« L'application industrielle de ce procédé est très-simple; des cuves de bois munies d'agitateurs mécaniques, et chauffées par un barbotage de vapeur, suffisent pour ces traitements. Les précautions à prendre sont les suivantes:

« Pour éviter les sels gras calcaires, il vaut mieux employer de l'eau distillée provenant des générateurs ou des vapeurs perdues; à défaut, des eaux dont on a précipité les sels de chaux par le carbonate de soude.

« Il faut réunir les eaux de réaction des cristaux de soude sur les suifs, les saturer par l'acide chlorhydrique ou sulfurique, et recueillir ainsi les acides gras dissous ou les corps gras entraînés. Ces produits peuvent servir, soit pour la savonnerie, soit pour la fabrication de l'acide stéarique. »

Nous allons maintenant faire une histoire rapide des huiles ou graisses les plus usuelles.

HUILE D'OLIVE. — Elle est extraite du péricarpe et de l'amande de l'*Olea europæa* (famille des oléacées); elle est composée d'oléine, de margarine, de matières colorantes jaune verdâtre et de matières aromatiques. Elle est liquide en été, mais le mélange des corps gras qui la constituent prend une consistance de graisse à + 6°. On nomme *huile vierge*, celle qui provient de l'expression des olives portées au moulin aussitôt après la cueillette; c'est la plus estimée. *L'huile ordinaire* s'obtient de la manière suivante: On récolte les olives à la main ou en les abattant avec des gaules; on les amoncelle pendant quelque temps sous des abris, puis on les porte au moulin et on les soumet à une plus rude pression. En Espagne, on prolonge la fermentation des olives, et l'on extrait l'huile des marcs ou des tourteaux à l'aide de l'eau bouillante; ces huiles, principalement destinées à la savonnerie, ont reçu les noms d'*huile fermentée, huile d'enfer*.

A. Richard a fait la remarque intéressante, que notre huile d'olive résultait du mélange de quatre huiles différentes: 1° celle de la pellicule renfermée dans des vésicules globuleuses; 2° celle de la chair, qui est la plus abondante, contenue dans des utricules irréguliers; 3° celle de l'endocarpe, qui ne forme qu'une faible partie de celle contenue dans l'olive; 4° enfin celle de l'amande, qui est légèrement âcre et d'une nature spéciale.

Ce qui distingue l'huile d'olive vierge et l'ordinaire des huiles fermentées et des autres huiles comestibles, c'est une odeur spéciale et une saveur agréable. Ces qualités légitiment leur prix plus élevé, quoique hygiéniquement elles se ressemblent beaucoup.

Disons cependant que l'huile d'olive possède plusieurs avantages précieux: elle n'est pas siccative, elle rancit très-lentement et s'acidifie peu. On ne peut l'administrer à aussi haute dose que l'huile de foie de morue; elle devient bientôt purgative quand on en prend trop. Dans l'économie, elle paraît moins facilement utilisée et envésiculée pour la réserve que plusieurs autres corps gras, qu'à ce point de vue hygiénique elle ne peut remplacer.

Falsification. — Comme l'huile d'olive est d'un prix plus élevé que toutes les autres huiles comestibles, il n'a pas manqué de fraudeurs qui l'ont frelatée avec des huiles d'œillette, de sésame, d'arachide, de faine, de noix.

Son odeur, sa saveur, sa consistance butyreuse à la température + 6°, permettent déjà de la distinguer. Sa densité, qu'on apprécie à l'aide d'aréomètres très-sensibles, nommés oléomètres de M. Lefebvre et de Gobley, permet à un homme exercé de reconnaître ces falsifications. L'huile d'olive pèse 0,917; celle d'œillette, 0,925; celle de sésame, 0,923 celle d'arachide, 0,917 celle de colza, 0,914. Ce sont seulement les deux derniers chiffres qui sont inscrits sur les oléomètres.

Pour reconnaître les falsifications de l'huile d'olive, M. Poutet emploie le nitrate de mercure, M. Boudet l'acide nitreux. J'ai décrit ces procédés dans mon ouvrage de *Matière médicale*, j'y renvoie.

HUILE D'ŒILLETTE (*oliette*, petite huile; *huile blanche*). — Huile extraite des semences du pavot somnifère. Ces graines, qui ne sont nullement somnifères mais comestibles, renferment de trente à soixante-cinq fois leur poids d'une huile d'une couleur jaune clair, d'une densité de 0,9253°, se congelant à — 10°. L'épicier la vend sous le nom d'*huile à manger*, et la mêle souvent avec l'huile d'olive, dont elle n'a ni l'odeur ni la saveur; mais c'est un corps gras dont beaucoup de ménagères se contentent avec raison pour les salades et les fritures.

HUILE DE LIN. — Elle est extraite des graines du *Linum usitatissimum*, qui en fournit environ le cinquième de son poids. La graine de lin servait à Lacédémone de nourriture aux ilotes; nos soldats en mangèrent pendant la retraite de Russie. On peut la prendre contre la constipation, comme la graine de moutarde blanche. L'huile de lin est siccative; elle le devient davantage quand on l'a chauffée avec la litharge pour son emploi dans la peinture, qui est son usage presque exclusif. Tournefort dit qu'elle est employée comme comestible en Arménie; Gesner assure que l'huile bue fraîche est efficace dans la pleurésie. Faute de mieux, vous pouvez l'employer pour faire des fritures, mais gardez-vous de l'employer quand elle a été lithargyrée.

HUILE OU BEURRE DE COCO. — Retirée du cocotier commun (*Cocos nucifera*, L.). Elle est liquide et incolore au moment où on l'obtient; chez nous, elle se présente sous forme de masse blanche.

A Taïti et aux îles du Pacifique, selon Lesson, les naturels s'en oignent le corps, et l'emploient comme graisse alimentaire. On en fait aujourd'hui un grand commerce; elle nous arrive des côtes de Guinée, où les noirs s'en servent comme pommade et en onction. Chez nous, elle sert à préparer des savons. Il en existe à Paris de grandes quantités. Malheureusement cette huile rancit vite et prend une odeur spéciale, qui ne plaît pas généralement; on l'en débarrasse par les procédés que nous avons indiqués en parlant de la purification des huiles. Elle peut servir à faire des crêpes, des fritures. Si elle n'est

(1) Suite. — Voir le dernier numéro.

pas agréable au goût de tous, elle est au moins très-salubre, et dans ce temps elle peut rendre de très-bons services comme graisse alimentaire.

Beurre. — C'est le corps gras le plus agréable et le plus employé à Paris. La Normandie en fournit d'excellent: plusieurs contrées du Nord, et particulièrement le Danemark, en donnent de très-bon. On le prépare par le battage de la crème dans des barattes ou plusieurs autres appareils perfectionnés; le sérum acide se sépare et le beurre se réunit en masse. Les beurres du commerce offrent une grande variété de qualité et de prix; ces différences sont dues à des matières aromatiques dissoutes ou interposées. Les différences d'alimentation, la nature des pâturages, les soins de préparation et de conservation, voilà les principales causes des différences de qualité. Le beurre d'Isigny est, à juste titre, le plus estimé.

La *coloration* du beurre varie du jaune orange au blanc teinté; il ne doit point avoir de *réaction* acide trop prononcée, ni aucune *odeur* désagréable; la *saveur* est douce, agréable, délicate, très-légèrement parfumée.

M. Chevreul a extrait du beurre cinq principes immédiats: margarine, 68; butyro-oléine, 30; butyrine, caprine, oléine, 2. M. Bromeis admet pour le beurre la composition immédiate suivante: stéarine, palmitine, capryline, myristicine.

Le beurre, comme chacun sait, s'altère spontanément, et acquiert ainsi avec le temps une odeur et une saveur détestables. Les moteurs de ces altérations sont des ferments spéciaux interposés dans sa masse avec de l'eau; la présence de l'oxygène de l'air favorise ces décompositions, qui marchent d'autant plus vite, que la température est plus rapprochée des degrés où s'accomplissent plus énergiquement les principaux phénomènes de la vie.

Les divers *procédés de conservation* du beurre que l'expérience a consacrés établissent la légitimité de ces interprétations.

On conserve plusieurs jours le beurre dans la cave en le recouvrant d'eau; la température de la cave est généralement plus basse que celle des garde-manger, l'interposition de l'eau entrave l'action de l'air. M. Bréon a montré qu'avec de l'eau légèrement acidulée la conservation était plus assurée. Cette eau acidulée nuit au développement ou à la vitalité de certains ferments.

On ajoute au beurre, pour le conserver, soit du *sel*, soit du *sucre*; on élimine ainsi l'eau, et l'on nuit à l'action des ferments.

Le meilleur moyen de conserver le beurre est le procédé de la fusion. On élimine ainsi l'eau et les ferments, ces grands moteurs de son altération.

On falsifie le beurre, surtout celui qui est en grosses mottes, en introduisant dans l'intérieur de la masse, soit du beurre rance ou de qualité inférieure, soit des graisses à vil prix. Quelques marchands de bas étage y ont introduit des pommes de terre râpées. Ces fraudes ont rendu nécessaire l'emploi d'une sonde spéciale, qui ramène à l'extérieur les parties falsifiées dissimulées à l'intérieur de la masse.

On colore, dans quelques localités de Normandie, les beurres avec des fleurs de souci. A Paris, les beurres blancs et diversement teintés sont remaniés, légèrement salés, et ramenés à une nuance uniforme à laquelle on est habitué, en les colorant avec un mélange gras constitué par de l'huile d'olive, du curcuma, du rocou et une laque verte. Le marchand de beurre achetait ce mélange coloré sans en connaître la composition; et ce qu'il y a de plus extraordinaire, le fabricant du mélange coloré ne savait pas ce que contenait la laque verte qu'il achetait chez un marchand de couleurs. Je me suis assuré qu'elle était à base de graines d'Avignon et qu'elle contenait de l'amidon et de l'alumine, toutes substances inoffensives. Mais, il faut le dire, les marchands ne s'étaient nullement préoccupés de cette innocuité. Celui qui la mêlait à son beurre n'était pas éloigné de penser qu'elle renfermait du chromate de plomb; heureusement qu'il n'en était rien.

Le beurre est un corps gras excellent, il est mieux absorbé que les huiles végétales, il est fecilement décomposé et mis en réserve dans l'économie vivante; c'est un des meilleurs succédanés de l'huile de foie de morue. Quelques personnes ont une répugnance extrême pour le beurre, j'en ai connu une qui ne pouvait le supporter dans aucun mets.

Si l'on voulait faire une graisse pour remplacer le beurre: de la graisse de rognon de bœuf fondue au bain-marie, associée avec un cinquième d'huile d'amandes douces et quelque peu de beurre légèrement odorant, colorée avec le mélange que nous venons d'indiquer, pourrait satisfaire, en temps de siége, les personnes qui ressentent trop vivement la privation du beurre. — Bouchardat.

(*Revue scientifique.*)

Maison de santé à vendre par suite de décès. Écrire à Me Collin, notaire à Nancy.

AVIS

Nos souscripteurs dont l'abonnement est expiré sont instamment priés d'envoyer le prix de leur renouvellement en un mandat-poste à l'ordre du directeur, *avant le 10 septembre.*

Ils s'épargneront ainsi le désagrément de payer les frais de recouvrement nécessités par la traite que nous serions contraints de tirer sur eux, frais de recouvrement qui leur sont complétement à charge, sans que nous ayons intérêt à les leur faire supporter.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois.. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 8 septembre 1871.

HOTEL-DIEU. — M. CONSTANTIN PAUL.

De la thoracentèse comme méthode de traitement de la pleurésie aiguë.

Depuis Hippocrate jusqu'à Laennec, la thoracentèse n'était appliquée qu'au traitement de l'empyème, et encore fallait-il que l'empyème fût bien évident, car l'exploration de la poitrine se bornait à l'examen des changements de forme du thorax et de la dyspnée.

Quand Laennec nous eut donné le moyen de fouiller, pour ainsi dire, dans la poitrine et qu'en outre il nous eut assurés de l'innocuité de la thoracentèse, il devenait probable qu'on tenterait la même opération sur les épanchements non purulents de la plèvre.

Trousseau marcha dans cette voie et traita bientôt de la même manière les grands épanchements séreux. Tous ceux qui l'ont connu savent avec quelle modestie il parlait de ses succès en pareil cas.

Trousseau ne partageait pas du reste les opinions de Louis sur le peu de gravité de la pleurésie. Dès 1850 il faisait connaître à la Société des hôpitaux ses craintes à cet égard : il avait vu mourir subitement des malades atteints de pleurésie et il lui en coûtait de n'employer qu'une médecine peu active en face d'un pareil danger. Il savait déjà que la mort subite pouvait tenir à l'abondance de l'épanchement, et ses premières thoracentèses furent faites sur des cas d'épanchements considérables.

« Je n'ai pas la prétention, dit-il, d'avoir inventé la thoracentèse, je n'ai inventé aucun instrument spécial pour faciliter cette opération, je n'ai conseillé aucun procédé opératoire qui ne fût parfaitement connu auparavant; mais je crois avoir, sinon le premier, du moins l'un des premiers et en même temps que plusieurs praticiens étrangers à notre pays, formulé nettement *la nécessité de la paracentèse dans la pleurésie avec épanchements excessifs*; j'en ai établi avec précision, peut-être avec plus de précision que cela n'avait été fait avant moi, les indications; je crois enfin avoir popularisé une méthode qui, maintenant, est à peu près généralement adoptée et, à ce titre, je pense avoir fait faire quelques progrès à la thérapeutique de la pleurésie. » (Trousseau, *Clinique*, t. I, p. 657, 3e édit.).

Après avoir accompli ce progrès, Trousseau s'aperçut que la mort subite n'existe pas que dans la pleurésie avec épanchement excessif, et que le danger est peut-être plus grand encore dans la pleurésie latente; de là il conclut qu'on ferait bien de ne pas attendre, pour ponctionner, que l'épanchement vînt distendre la poitrine, et, puisque le grand nombre de thoracentèses pratiquées tant par lui que par ses élèves démontrait l'innocuité de cette opération, qu'il fallait évacuer le liquide beaucoup plus tôt.

C'est ainsi que la thoracentèse, utilisée d'abord uniquement pour les épanchements purulents, puis pour les épanchements séreux considérables, devint une médication des pleurésies à épanchements moyens, parce que plus tard ces épanchements moyens pouvaient s'éterniser, devenir purulents, contribuer au développement ultérieur de la tuberculose, etc.

Depuis les travaux de Trousseau et sous son impulsion, la pratique de la thoracentèse s'est considérablement répandue, et quelques-uns de nos collègues des hôpitaux n'hésitent pas à pratiquer la thoracentèse le dixième jour, à titre non plus de palliatif, mais bien de traitement curatif. Telle est également l'opinion à laquelle l'enseignement de mon maître Trousseau et mon expérience personnelle m'ont amené.

Tel est donc le nouveau jour sous lequel se présente maintenant la thoracentèse : elle est devenue une méthode de traitement de la pleurésie ordinaire qu'on peut comparer aux autres méthodes de traitement, alors même qu'on a affaire à un épanchement moyen. Il est utile, en outre, à mon avis, qu'on insiste de plus en plus sur l'innocuité parfaite de l'opération, pour que cette opération reste pas limitée à la pratique des médecins d'hôpital, mais qu'elle ne devienne usuelle dans la pratique de la ville. Cette opération n'est certainement pas plus difficile que la saignée, et je crois qu'elle est destinée à se répandre de plus en plus, maintenant que les méthodes d'exploration de la poitrine mettent tous les praticiens à même de se fixer sur la quantité des épanchements pleurétiques. C'est dans ce but que je viens publier aujourd'hui huit nouvelles observations de thoracentèses pratiquées pour guérir des pleurésies, et suivies de succès.

OBS. I. — *Pleurésie; thoracentèse; évacuation de 3100 centimètres cubes de sérosité; pas de reproduction du liquide; guérison en quinze jours.* — B... (Pierre), âgé de 50 ans, marbrier, entre à la clinique de l'hôpital de la Charité, salle Saint-Jean-de-Dieu, n° 10, le 18 octobre 1869.

Il se plaint d'oppression depuis deux mois et demi, mais il n'y a pas fait attention, dit-il, parce qu'il souffre d'un point de côté depuis quatre ans. S'il se décide à entrer à l'hôpital, c'est parce que, depuis deux jours, il a de la fièvre et plus de difficulté à respirer.

Le lendemain, à la visite, la dyspnée est intense, la respiration diaphragmatique est insuffisante, elle est complétée par une élévation des côtes supérieures pendant l'inspiration. L'expiration est sifflante et convulsive.

La percussion donne en avant, du côté gauche, de la matité jusqu'à la clavicule, et à droite de la sonorité exagérée. En arrière, du côté gauche, la matité existe de bas en haut, et à droite la sonorité est normale dans le bas, mais exagérée à la partie supérieure. Les vibrations thoraciques, pendant que le malade parle, existent au côté droit, mais manquent absolument du côté malade.

L'auscultation du côté malade fait entendre une inspiration aphone, une expiration soufflante et prolongée et de la voix broncho-égophonique mal caractérisée.

La rate n'est pas sensiblement abaissée, mais le cœur est refoulé à droite et les bruits de la pointe s'entendent sous le sternum.

Du côté droit de la poitrine, on n'entend que quelques râles sous-crépitants dans l'inspiration, qui est courte. L'expiration est prolongée, avec des râles sibilants aigus, à la fin.

Il y a par minute 40 respirations et 124 pulsations.

Je pratique la ponction immédiatement, dans le septième espace intercostal, sur le prolongement d'une ligne verticale partant de l'aisselle. Le liquide met vingt minutes à s'écouler et je retire 3100 centimètres cubes d'une sérosité poisseuse, et un peu sanguinolente à la fin.

Aussitôt après l'opération, la dyspnée a disparu. La matité n'existe plus sous la clavicule, et en arrière la sonorité descend presque jusqu'en bas. A l'auscultation, on ne trouve plus de souffle, la voix est naturelle dans les deux tiers supérieurs, et le retentissement broncho-égophonique de la voix ne s'entend que dans le tiers inférieur.

Le liquide ne se reproduit pas, et quinze jours après le malade sort guéri.

OBS. II. — Une femme, âgée de 37 ans, entre dans mon service à peu près à la même époque, salle Sainte-Madeleine, n° 4, à l'hôpital de la Charité. Cette malade, de bonne constitution, a toujours joui d'une bonne santé. Le début de la pleurésie remonte à quinze jours, époque à laquelle elle eut un violent point de côté et des frissons.

Deux jours avant son entrée à l'hôpital, elle se plaint d'étouffer.

La pleurésie siége à gauche; la percussion fait constater une matité qui, en avant, s'élève presque jusqu'à la clavicule, et en arrière se montre dans toute la hauteur. On entend dans toute l'étendue un souffle doux et voilé, il n'y a de bruit respiratoire normal qu'au sommet. Les vibrations thoraciques de la voix sont abolies.

Le cœur est déplacé, les battements se montrent à droite du sternum.

Le côté droit est sain et ne présente qu'un peu d'exagération du bruit respiratoire.

Je pratique la thoracentèse dans le septième espace intercostal. Le liquide met vingt-cinq minutes à s'écouler, et je recueille 1,640 centimètres cubes d'une sérosité citrine qui se coagule très-rapidement et forme un caillot de la forme du vase.

Il n'y a eu pendant l'opération qu'un peu de toux passagère.

Aussitôt après l'opération la dyspnée disparaît, et la sonorité ainsi que le bruit respiratoire reparaissent jusque dans le sixième espace intercostal.

Le liquide ne s'est pas reproduit et la malade, guérie, a quitté l'hôpital trois semaines après.

OBS. III. — Largy (Jean), soldat au 15e bataillon de chasseurs à pied, est entré à l'ambulance du duc de Cambacérès, le 19 octobre 1870, atteint d'une pleurésie datant de huit jours. L'épanchement occupait le côté gauche et s'élevait jusqu'aux deux tiers de la poitrine. Le cœur était refoulé et la pointe battait au bord gauche du sternum. Je fis la ponction le 23 octobre et je retirai 1,500 grammes environ de sérosité citrine poisseuse, qui commença presque aussitôt à se coaguler dans la cuvette. Deux jours après, la fièvre était tombée et le malade commençait à manger.

Le liquide ne s'est pas reproduit et le malade, complétement guéri, a quitté l'ambulance le 28 novembre.

OBS. IV. D... (Célestine), âgée de 25 ans, entre dans mon service à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Anne, n° 5.

Elle est atteinte d'une pleurésie du côté gauche, datant de trois semaines.

Le 6 février 1871, je fais la ponction dans le cinquième espace intercostal, en arrière de la ligne mammaire. J'en retire 2 litres et demi d'une sérosité citrine poisseuse. Le liquide, très-coagulable, a formé un caillot volumineux; à la fin de l'opération, les dernières cuillerées de liquide ont été rosées.

Le liquide s'est un peu reproduit quelques jours après, mais a été bientôt résorbé, et la malade a quitté l'hôpital le 15 mars, complétement guérie.

OBS. V. — B... (Armand-Joseph), âgé de 35 ans, entre, le 3 avril 1871, à l'hôtel-Dieu, salle Saint-Julien, n° 7.

Il est atteint depuis ving-cinq jours d'une pleurésie du côté gauche.

L'examen du malade montre un épanchement considérable qui monte jusqu'en haut de la poitrine et déplace le cœur. Le malade a peine à respirer, il a même de l'orthopnée. Je fais la ponction le jour même, dans le quatrième espace intercostal, un peu en arrière de la ligne mammaire, et je retire 4,665 centimètres cubes de liquide. La sérosité est transparente, citrine, sans coloration sanguine; après vingt-quatre heures de repos, il se forme au sein de la masse un coagulum volumineux qui gagne le fond du vase. Le malade a été immédiatement soulagé. Le liquide ne s'est pas reproduit et le malade a quitté l'hôpital complétement guéri, quarante jours après, le 13 mai.

OBS. VI. — H..., (Catherine), âgée de 21 ans, entre dans mon service, salle Saint-Anne, n° 6, à l'Hôtel-Dieu, pour un état rhumatismal qui s'est produit à la suite d'un accouchement récent. La malade est anémiée, ses jambes sont œdématiées. Il n'y a pas d'œdème dans les membres supérieurs. Un point de côté s'est montré il y a une quinzaine de jours et je constate, au côté gauche, un épanchement pleurétique qui remonte presque jusqu'en haut de la poitrine.

Le 30 avril 1871, je fais la ponction dans le sixième espace intercostal, et je retire 2,900 grammes d'un liquide citrin et transparent.

A la fin de l'opération, il y a eu une quinte de toux assez violente, et les dernières cuillerées de liquide renferment des stries sanguinolentes.

Le liquide a commencé à se coaguler aussitôt après et, le lendemain, j'ai trouvé un caillot volumineux qui nageait dans la masse du liquide. A la partie inférieure du bocal, on retrouve les traces de la petite quantité de sang qui s'est montrée à la fin de la ponction.

La malade a été immédiatement soulagée et le liquide, qui ne s'est reproduit qu'en petite quantité, a été bientôt résorbé.

La malade a eu quelque peine ensuite pour se remettre de son anémie, en raison de la pauvre alimentation de l'hôpital, mais elle a pu guérir complétement peu à peu et a quitté l'hôpital le 6 juillet.

OBS. VII. — L..., (Jean-François), âgé de 56 ans, couché à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Madeleine, n° 5, est atteint d'une pleurésie du côté gauche, de moyenne intensité.

Le 13 mai 1871, je pratique la thoracentèse dans le sixème espace intercostal, à 2 centimètres en dehors de la ligne mammaire, et je recueille 1 lit. 6 de liquide pesant 1 kil. 700.

Le liquide, citrin et poisseux, ne renferme pas trace de sang; il commence à se coaguler quelques instants après la ponction et, vingt-quatre heures après, il est complétement coagulé et pris en masse. En renversant le bocal, on obtient une masse demi-solide qui conserve la forme du vase.

Le liquide ne s'est pas reproduit et le malade a quitté l'hôpital quinze jours après.

OBS. VIII. — Blanche R..., âgée de 43 ans, entre à l'Hôtel-Dieu pour une pleurésie datant de quinze jours et siégeant au côté gauche.

L'épanchement monte presque jusqu'à la clavicule et la malade a de la dyspnée et de l'oppression. Je propose à la malade de lui faire la ponction, mais elle s'en effraye et refuse. Je prescris un vésicatoire de 20 centimètres sur 15. Il y a une amélioration pendant deux ou trois jours, puis le liquide se reproduit et la malade se décide à subir l'opération. Je pratique la thoracentèse le vingtième jour de la maladie, dans le sixième espace intercostal, à 2 centimètres en dehors de la ligne mammaire.

Il n'y a pas de toux pendant l'opération et le liquide, citrin et transparent, se colore en rose dans les dernières cuillerées.

Je recueille ainsi 2 kilos 300 grammes de sérosité poisseuse qui se coagule dans le récipient et même dans la baudruche. Le lendemain, je trouve le liquide pris en masse.

L'amélioration et le soulagement se sont manifestés aussitôt après la ponction. Six jours après, un peu de liquide s'est montré à la base, mais il a disparu deux ou trois jours après, et, dix jours après l'opération, la malade était complétement guérie.

Cette malade avait eu, quatre années auparavant, une pleurésie dans le côté opposé. Elle était entrée dans le service de M. Guéneau de Mussy et avait refusé de se laisser pratiquer la thoracentèse; elle n'avait guéri qu'au bout de deux mois.

(*A suivre.*)

PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR L'INOCULATION DE LA TUBERCULOSE

Par M. E. PAPILLON, médecin-major de 1re classe, et MM. NICOL et A. LAVERAN, médecins-aide-majors à l'hôpital militaire St-Martin.

EXPÉRIENCE I. — Six lapins, âgés de cinq mois environ, et provenant d'une même portée, sont mis en expérience le 19 avril 1870. Le 23 avril, un de ces animaux meurt; aucun de ses organes ne présente de traces de tubercules. Le 5 mai, trois des lapins survivants sont inoculés avec de la matière tuberculeuse, provenant des poumons d'un phthisique, mort depuis vingt-huit heures. Ces poumons sont farcis de tubercules depuis la base jusqu'au sommet; au sommet, on rencontre de petites cavernes. Des fragments de tubercule cru sont insérés sous la peau, à la base des oreilles des trois lapins (suivant la méthode de M. Villemin).

Lapin n° 1. Inoculé le 5 mai, avec de la matière tuberculeuse. — 10 mai : la plaie d'inoculation est fermée par une petite croûte. 18 mai : petit noyau induré, à la base de l'oreille, correspondant au point où l'on a inséré du tubercule; le lapin se porte, du reste, parfaitement bien. 2 juin : la petite tumeur a un peu grossi; on constate au cou, du côté correspondant, un ganglion volumineux et mobile. Le lapin est sacrifié. Autopsie : La petite tumeur, développée au point où l'on a pratiqué l'inoculation, se compose de matière blanchâtre, caséeuse; au-dessous, les ganglions du cou sont volumineux, caséeux, blanchâtres; le plus gros (celui que l'on sentait sous la peau) est fortement ramolli; en le comprimant, on en fait sortir une bouillie laiteuse. Les poumons, les plèvres, ne renferment pas trace de tubercules; dans la rate, on rencontre deux petits foyers d'infarctus en voie de régression. Le foie, les reins, le péritoine sont parfaitement sains.

Lapin n° 2. Inoculé le 5 mai, avec du tubercule. — 18 mai : Petite tumeur d'inoculation; état général très-bon. 10 juillet : le lapin est très-fort, il a beaucoup engraissé, son poil est brillant et bien fourni; il est sacrifié. Autopsie : les glanglions du cou, du côté correspondant à l'inoculation, sont volumineux, caséeux. A l'endroit même où a été inséré un fragment de matière tuberculeuse, on ne trouve pas de tubercules miliaires. Les plèvres sont intactes. Les poumons renferment un certain nombre de petites tumeurs grisâtres de la grosseur de grains de millet. Ces petites tumeurs, distribuées principalement le long des bords antérieurs et postérieurs des poumons, sont surtout appréciables au palper. Sur la coupe, ces noyaux sont grisâtres, avec des points jaunâtres; au centre leur structure histologique est analogue à celle du tubercule. Dans l'intervalle de ces granulations, le parenchyme pulmonaire est tout à fait sain; le péritoine, la rate, les reins sont normaux; le foie présente à sa surface quatre petits points blanchâtres qui ne ressemblent en rien à des tubercules.

Lapine n° 3. Inoculée le 5 mai avec du tubercule. Le 8 juin, nouvelle inoculation avec un fragment de péritoine couvert de granulations grises. — 15 juin : Induration de nature inflammatoire au lieu de l'inoculation. La lapine perd son poil; elle met bas deux petits (21 juin). L'un d'eux est trouvé mort le 22; il n'est pas tuberculeux, mais le sac pleural gauche renferme un peu de liquide et des fausses membranes. Le deuxième petit est trouvé mort le 5 juillet; il n'est pas tuberculeux. Le 17 juillet, la lapine est sacrifiée. Autopsie : A l'endroit de l'inoculation, petites masses blanchâtres, caséeuses, agglomérées; au cou, du côté correspondant, un ganglion caséeux. Les deux poumons présentent un grand nombre de tubercules grisâtres, qui font une légère saillie à la surface des plèvres; les plus gros ont le volume de graines de chènevis; ils sont blanchâtres au centre, ce qui indique un commencement de dégénérescence graisseuse. Pas de traces d'inflammation du côté des plèvres. Dans le foie, on trouve quelques petits amas de matière blanche, caséeuse, qui ne ressemblent en rien à des tubercules. Pas de tubercules sur le péritoine, dans la rate, ni dans les reins.

Lapin n° 4. Non inoculé, tué par accident le 29 mai. Non tuberculeux.

Lapin n° 5. Inoculé le 8 juin avec un fragment de péritoine couvert de granulations grises. — 17 juillet ; le lapin est fort, son poil est brillant. Au point de l'inoculation, il s'est produit une tumeur de la grosseur d'un grain de raisin. Nous sacrifions l'animal afin d'examiner cette tumeur. Elle est formée par une masse caséeuse, d'un blanc jaunâtre; il n'y a pas traces de tubercules miliaires dans le voisinage. Pas de tubercules dans les différents organes, ce qui n'est pas étonnant, vu le peu de temps écoulé depuis le jour de l'inoculation.

EXPÉRIENCE II. — Le 5 juin, à deux cobayes, on inocule des crachats provenant d'un sujet phthisique (signes évidents de cavernes; symptômes généraux non douteux; hémoptysies répétées). L'inoculation est pratiquée suivant la méthode employée par W. Marcet : une mèche à séton est imbibée de crachats, puis introduite dans un pli de la peau du cou; la mèche est retirée, après avoir été laissée en place quelques instants. Le 18 juillet, les animaux sont sacrifiés.

1er cobaye. Autopsie : le trajet du séton au cou est induré. En incisant à ce niveau, on trouve un peu de matière caséeuse dans le tissu cellulaire; pas de granulations miliaires. Les ganglions cervicaux sont très-volumineux, caséeux. Les plèvres sont saines; les ganglions bronchiques très-volumineux, fortement indurés, caséeux. Dans les poumons, granulations grises disséminées en assez grand nombre. Péritoine sain. Dans la rate, granulations blanchâtres qui s'énucléent assez facilement. Le foie présente quelques petits points blancs qui ne ressemblent en rien à des tubercules; au-dessous du foie existe un glanglion très-volumineux, caséeux au centre. Reins normaux.

2e cobaye. La région du cou, où l'on a passé le séton, est indurée; on y trouve une matière lardacée, caséeuse sur plusieurs points. Les ganglions cervicaux sont hypertrophiés, caséeux au centre. Rien dans les plèvres. Dans les poumons, granulations grises, disséminées en assez grand nombre; ganglions bronchiques hypertrophiés, caséeux au centre. Le péritoine est sain; le foie présente quelques petits points rouges hyperémiés; la rate est criblée de granulations d'un blanc jaunâtre; les reins sont sains.

EXPÉRIENCE III. — Le 5 juin, deux cobayes sont inoculés avec du pus non tuberculeux, par le même procédé que dans l'expérience précédente; seulement, les mèches à séton sont laissées en place.

22 juin. — Les animaux se portent bien, grandissent, ne paraissent nullement souffrir de l'opération qui leur a été pratiquée. Le trajet des sétons est induré; nous enlevons les mèches.

Le 18 juillet, les animaux sont sacrifiés.

Autopsie du 1er cobaye : Le trajet du séton appliqué au cou est induré. On y trouve de la matière caséeuse; pas de granulations miliaires. Les ganglions du cou sont hypertrophiés, caséeux. Les plèvres sont saines. Dans les poumons, on trouve çà et là de petites granulations grises, dures au toucher, de la grosseur de têtes d'épingle. Les ganglions bronchiques sont hypertrophiés, caséeux au centre. Le péritoine est intact. La rate renferme des granulations blanches en assez grand nombre, de la grosseur de grains de chènevis; les granulations superficielles font une légère saillie à la surface de la rate; elles s'énucléent facilement.

Autopsie du 2e cobaye : Le trajet du séton au cou est encore parfaitement reconnaissable. Les parois indurées sont constituées par une paroi lardacée, caséeuse sur certains points; les ganglions du cou, extrêmement volumineux, sont remplis d'une bouillie laiteuse. Les poumons renferment de petits noyaux grisâtres, durs au toucher, en assez petit nombre; les ganglions bronchiques sont hypertrophiés et caséeux. Le péritoine est sain. Le foie renferme des granulations blanchâtres assez nombreuses, qui ressemblent tout à fait à des tubercules. La rate est criblée de granulations blanches, tranchant fortement sur la coloration du parenchyme splénique, et ayant tout à fait l'aspect des tubercules de la rate chez l'homme.

Les lésions observées dans cette expérience avaient absolument les mêmes caractères que dans l'expérience II, où l'inoculation avait été faite avec de la matière tuberculeuse.

EXPÉRIENCE IV. — Le 5 juin 1870, nous plaçons à deux cobayes de petits sétons de drap dans la région cervicale postérieure. Les sétons sont laissés en place. — 22 juin : Le trajet des sétons est induré; les animaux se portent très-bien. Dans les derniers jours de juin, les sétons se détachent et tombent.

Les animaux sont sacrifiés le 18 juillet 1870.

Autopsie du 1er cobaye : Il reste dans la plaie du cou un fragment de drap entouré de matière dure, caséeuse; pas de tubercules dans le tissu cellulaire avoisinant. Les ganglions du cou sont très-volumineux, caséeux. Les plèves sont saines. Dans les poumons, nous trouvons de petites granulations grises disséminées. Rien dans le foie, dans le péritoine, ni dans les reins. La rate renferme cinq noyaux blancs qui ont tout à fait l'aspect de tubercules.

Autopsie du 2e cobaye : Au cou, induration très-forte sur le trajet du séton, qui est tombé; matière caséeuse. Plèvres saines. Dans les poumons, petites granulations grises disséminées; ganglions bronchiques volumineux, caséeux au centre. Le péritoine est sain. La rate est farcie de tubercules d'un blanc grisâtre, qui s'énucléent assez facilement. Le foie, les reins ne renferment pas de tubercules.

Les lésions trouvées dans ces deux derniers cas présentaient absolument le même aspect que dans les expériences II et III. Les autopsies de ces animaux furent faites le même jour : il était impossible de distinguer les poumons ou la rate des animaux inoculés avec de la matière tuberculeuse, de ceux des animaux qui n'avaient reçu que des sétons irritants. La maladie a marché chez ces animaux avec une grande rapidité : au bout de quarante-trois jours, tous présentaient les lésions caractéristiques de la tuberculose.

EXPÉRIENCE V. — Un lapin de cinq à six mois est inoculé, le 17 avril 1870, avec un fragment de poumons atteints de pneumonie caséeuse (sans tubercules). La matière caséeuse est insérée sous la peau, à la base d'une oreille. — 20 avril : Il survient un phlégmon de l'oreille. 28 avril : L'oreille est toujours tuméfiée, très-chaude, pendante. 14 mai : L'oreille diminue de volume ; au dessous du point d'inoculation, on constate une petite tumeur globuleuse de la grosseur d'un pois. 26 mai : La tumeur de la base de l'oreille a un peu grossi. 15 juin : Le lapin se porte très-bien. 17 juillet : Le lapin est gros et fort. Il est sacrifié.

Autopsie : A l'endroit de l'inoculation, on trouve une petite masse de matière caséeuse très-molle. Les poumons renferment quelques petits noyaux grisâtres, indurés, élastiques, de la grosseur de graines de chènevis. Les plèvres sont intactes. Aucun organe de l'abdomen ne présente de tubercules.

Ces expériences démontrent qu'on réussit facilement à développer chez les lapins et les cochons d'Inde une maladie analogue à la tuberculose, en leur inoculant des produits tuberculeux (granulations grises, matière caséeuse, crachats de phthisiques), mais que le même effet peut être produit par l'inoculation de produits pathologiques non tuberculeux, ou ou par l'application de sétons irritants. Quatre fois sur quatre, nous avons réussi à développer la tuberculose chez des cochons d'Inde, à l'aide de sétons enduits de pus non tuberculeux, et de simples sétons de drap; la tuberculose, dans ce cas, ne différait en rien de celle produite chez d'autres cobayes inoculés avec du tubercule. Ces résultats, conformes à ceux annoncés par Colin, Vulpian, Clark, Lebert, Cohnheim, Frankel, Empix, Fox, Sanderson, Waldenburg, sont évidemment en complète contradiction avec l'idée de spécificité, de virulence de la tuberculose, défendue avec tant de talent par M. le professeur Villemin. Pourquoi, comment les animaux se tuberculisent-ils, quand on leur inocule des produits pathologiques tuberculeux ou non tuberculeux, quand on leur applique des sétons irritants? L'explication la plus probable, celle qui nous paraît ressortir des faits expérimentaux, est la suivante : on crée des foyers de matière caséeuse à l'endroit de l'inoculation ou de l'application des sétons, puis dans les ganglions voisins; c'est la matière caséeuse ainsi formée qui donne lieu à l'envahissement de tous les organes par le tubercule.

Cette explication est conforme de tout point à la théorie de Niemeyer, sur le développement de la tuberculose chez l'homme. D'après Niemeyer, rien ne prédispose davantage à la tuberculose que la présence d'un foyer caséeux dans une des parties du corps (poumons, ganglions, articulations, os); si le poumon devient si souvent tuberculeux, c'est que là, plus souvent que partout ailleurs, il se forme de la matière caséeuse. Bühl a été plus loin que Niemeyer, il a prétendu que la tuberculose était toujours due à l'infection du sang par un foyer caséeux; comme le fait remarquer Niemeyer, il y a des cas de tuberculose aiguë (chez l'homme) où, à l'autopsie, il est impossible de découvrir le moindre foyer caséeux. La loi de Bühl nous paraît exacte en ce qui a trait à la tuberculose artificielle que l'on développe chez les animaux.

Reste à dire comment un foyer caséeux peut devenir le point de départ d'une tuberculose. Bühl admet qu'il y a intoxication du sang par la matière caséeuse; il range la tuberculose parmi les maladies infectieuses. Niemeyer, Colin (au moins pour la tuberculose artificielle développée chez les animaux), croient à une généralisation de proche en proche du tubercule par les lymphatiques. D'après MM. Lebert et Béhier, la tuberculose expérimentale serait due à des embolies capillaires.

La matière caséeuse peut s'étendre par la voie des lymphatiques; dans nos expériences, nous avons toujours vu les ganglions lymphatiques voisins du point inoculé subir tout d'abord la transformation caséeuse; mais nous pensons aussi que certains éléments de la matière caséeuse peuvent pénétrer dans le torrent circulatoire, et donner lieu aux tubercules des parenchymes. Il est à remarquer que dans nos expériences nous n'avons jamais réussi à tuberculiser les séreuses.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 31 mai 1871. — Présidence de M. DOLBEAU (vice-président.)

La Société de chirurgie n'a pas tenu de séance le 24 mai 1871 à cause du combat engagé dans les rues de Paris entre l'armée et les partisans de la commune.

Le procès-verbal de la précédente séance (17 mai 1871) est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance comprend,

— L'*Union médicale ;*

— La *Gazette hebdomadaire.*

— M. Verneuil offre à la Société la collection des communications faites à l'Académie de médecine sur *la gravité des lésions traumatiques et des opérations chirurgicales chez les alcooliques.*

M. le président remercie M. Vernenil au nom de la Société.

M. DOLBEAU, *président.* Messieurs, j'ai la douleur de vous faire part de la mort de notre collègue M. Liégeois, qui a été frappé d'apoplexie foudroyante. Un événement aussi cruel et aussi inattendu a surpris tout le monde, aussi n'en avons-nous été prévenus que bien tardivement. Néanmoins, la plupart des membres de la Société de chirurgie et des chirurgiens des hôpitaux ont pu accompagner le convoi de notre regretté collègue jusqu'à sa tombe, sur laquelle M. Trélat, notre secrétaire général, a improvisé, au nom de la Société de chirurgie, un discours dans lequel il a su habilement tracer les traits principaux de la vie de Liégeois, ses labeurs, les travaux qu'il avait menés à bonne fin, ceux même qu'il laissait inachevés : M. Trélat a pu dire avec équité que la mort de Liégeois était un deuil pour tous ses amis et une perte pour la science qu'il servait de toutes ses forces et avec un zèle que nous admirions tous.

Je propose qu'en signe de deuil la séance soit immédiatement levée.

La séance est levée à quatre heures et demie.

Le secrétaire annuel : TARNIER.

Séance du 7 juin 1871. — Présidence de M. DOLBEAU, vice-président.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

— La *Gazette des hôpitaux.*

— L'*Union médicale.*

— La *Gazette hebdomadaire.*

— Le *Marseille médical* (nos du 20 mars, du 20 avril et du 20 mai).

— Une lettre de M. Houel, qui demande un congé.

— Des lettres de MM. Depaul et de Saint-Germain, qui s'excusent de ne pas pouvoir assister à la séance.

PRÉSENTATION DE MALADES

M. TARNIER. Messieurs, j'ai l'honneur de vous présenter un enfant né le 17 mai 1871. Au moment de sa naissance, on s'aperçut qu'il portait, à la partie inférieure de la région lombaire un spina bifida. La tumeur était grosse comme la moitié d'une mandarine; à sa base, elle était recouverte par un bourrelet de peau qui se prolongeait sur elle, comme la peau d'une nouveau-né se prolonge sur le cordon ombilical; à son sommet se trouvait une plaque de la largeur d'une pièce de 1 franc; elle était opaque, blanchâtre, humide. Entre la base, qui était recouverte de peau, comme je l'ai dit, et la plaque blanchâtre, qui occupait le sommet, se trouvait une zone intermédiaire où l'enveloppe de la tumeur était parfaite-

ment transparente, et laissait voir profondément des cordons blancs qui ressemblaient aux cordons de la moelle épinière.

Je pensai que cet enfant était voué à une mort certaine, comme tous ceux que j'ai vus jusqu'ici atteints de la même maladie. La tumeur fut recouverte par une calotte de caoutchouc, pour la protéger contre tout frottement et toute compression; quelques jours plus tard, je fis appliquer un pansement simple, composé de linge cératé et de charpie.

Aujourd'hui, l'état de cet enfant s'est notablement amélioré : un travail inflammatoire s'est emparé de la plaque blanchâtre qui occupait le sommet de la tumeur, et du tissu cutané s'y est organisé. La membrane transparente s'est épaissie, des îlots de peau s'y sont formés et se sont soudés avec la peau de la base et du sommet de la tumeur. Çà et là, on voit encore quelques points où la tumeur est restée transparente; mais ces points sont parcourus par des vaisseaux sanguins. Il y a, en un mot, un travail qui tend à transformer toute l'enveloppe de la tumeur en tissu cutané. C'est un effort spontané vers la guérison. J'ignore quelle sera la marche ultérieure du spina bifida; malheureusement, on doit avoir des craintes sur l'issue définitive de la maladie, parce que l'enfant présente une certaine faiblesse dans les mouvement des membres inférieurs, dont la forme est cependant irréprochable. De plus, la tête est mal conformée; elle est aplatie, allongée; les sutures sont très-larges; le périoste épicrânien a été soulevé en deux points par du liquide qui disparaît par la compression. Le spina bifida est donc compliqué par l'hydrocéphalie.

Je n'ai pratiqué aucune opération et mon intention est de conserver le rôle de simple observateur. — La science possède un assez grand nombre de faits de guérison de spina bifida; néanmoins, ces guérisons sont rares et je vous présente ce petit malade parce que c'est le seul chez lequel j'ai observé une tendance vers une heureuse terminaison.

M. MARJOLIN. Souvent les enfants, atteints du spina bifida, vivent plusieurs mois, puis la tumeur s'enflamme, se vide, et les enfants succombent presque toujours. La guérison est exceptionnelle.

Dans des cas semblables, un chirurgien de l'Illinois, M. de Chicago, a préconisé la ponction de la tumeur, au moyen de laquelle il aurait obtenu plusieurs cas de guérison. Mais je dois prévenir M. Tarnier, s'il était tenté de suivre cet exemple, que la ponction a été essayée plusieurs fois par M. Giraldès et que, toujours, elle a été infructueuse entre ses mains. Parmi nous, notre ancien collègue Debout est le seul, je crois, qui ait obtenu un cas de guérison par la ponction.

M. GIRALDÈS. L'enfant qui nous est présenté par M. Tarnier est atteint de spina bifida et d'hydrocéphalie; cette dernière complication fait mal augurer de l'avenir, car, si le spina bifida diminue, l'hydrocéphalie augmentera; j'ai, du moins, toujours observé ce balancement. — Ce n'est pas à dire que le spina bifida soit incurable, puisque tout le monde sait que des enfants, qui en ont été atteints, ont pu arriver à l'âge adulte. Plusieurs d'entre vous ont connu, à l'hôpital Cochin, un infirmier qu'on peut citer comme un exemple de ce genre. J'ai souvent vu, dans mon service à l'hôpital des enfants malades, des enfants de quatre à cinq ans qui étaient nés avec un spina bifida. — Quand la guérison s'opère, la peau qui enveloppe la tumeur s'épaissit, se double de tissu cellulo-graisseux et la poche kystique diminue.

Quant à la ponction, elle peut être utile quand la tumeur est formée uniquement par les enveloppes de la moelle épinière sans qu'il y ait hernie de la moelle ou des branches nerveuses; dans le cas contraire, la ponction est dangereuse et peut être suivie de paralysie ou de tétanos. — Il faut savoir, en outre, que le spina bifida guérit d'autant plus facilement qu'il siége sur un point plus élevé de la colonne vertébrale. — D'autre part, la forme de la tumeur doit faire varier le pronostic qui est plus grave quand la tumeur offre une large base, moins grave si la tumeur s'allonge en forme de doigt de gant ou si elle s'implante par un pédicule étroit.

La guérison du spina bifida peut se faire pendant la vie intra-utérine, et les enfants naissent avec les traces de la maladie; d'autres fois, la guérison se fait spontanément après la naissance; enfin, quelques enfants ont guéri après avoir été opérés; mais quand on contrôle sévèrement les observations, quand on précise les cas particuliers en tenant compte du siége et de la forme de la tumeur, on arrive presque toujours à douter de l'utilité réelle des procédés opératoires auxquels on attribue quelques succès.

M. DESPRÉS. M. Dubourg (de Marmande) a publié deux cas de guérison de spina bifida opérés par excision et suture, mais il s'agissait de spina bifida de la région dorsale.

J'ai vu, avec M. Manec, un jeune homme de 22 ans qui avait un spina bifida de la région dorsale; la tumeur était complétement recouverte par la peau; elle communiquait encore avec le canal rachidien.

Je me rappelle enfin avoir vu, avec M. Dolbeau, un petit enfant qui présentait à la région sacrée une cicatrice qui semblait provenir d'un spina bifida guéri pendant la vie intra-utérine.

PRÉSENTATION DE PIÈCES ANATOMIQUES

M. VERNEUIL. Vous savez, messieurs, par plusieurs communications que je vous ai faites, que je cherche depuis quelque temps s'il ne conviendrait pas de modifier le manuel opératoire des amputations en faisant la ligature préalable des artères ou en liant ces vaisseaux à mesure qu'on les découvre. La modification consisterait à ne faire la section des grosses artères qu'après avoir fait leur ligature. L'un des avantages de cette modification opératoire serait de débarrasser le chirurgien du souci de faire faire la compression de l'artère pendant qu'il opère et de soustraire les malades aux dangers qui peuvent résulter de cette compression, qui porte aussi bien sur les veines que sur les artères, car il peut en résulter une phlébite mortelle.

La pièce anatomique que je présente aujourd'hui est, je crois, un fait confirmatif de phlébite inguinale consécutive à la compression faite au pli de l'aine, pendant l'amputation du membre inférieur.

Une femme âgée de plus de 50 ans, adonnée probablement à l'alcoolisme, eut le bas de la jambe broyé par un éclat d'obus; elle entra dans mon service le 23 mai, et le lendemain je pratiquai l'amputation de la jambe au lieu d'élection en suivant le manuel opératoire ordinaire. La compression de l'artère fut faite au pli de l'aine par l'un de nos internes.

La malade alla bien pendant plusieurs jours, mais elle fut prise tardivement de frissons et elle succomba avec des abcès métastatiques.

Immédiatement au-dessus de l'amputation, la veine contient des caillots noirâtres, ramollis, de date ancienne, altérés à un haut degré; mais cette altération n'occupe la veine que dans la zone voisine du point amputé, là où la veine baignait pour ainsi dire dans le pus.

Dans une deuxième zone étendue du creux poplité au triangle de Scarpa, sur une très-grande longueur par conséquent, la veine paraît saine, ses parois ne sont pas indurées, elle doit contenir des caillots de date récente sans aucune altération. Nous vérifierons tout à l'heure le fait en ouvrant le vaisseau.

Vient ensuite une troisième zone, celle du pli de l'aine, celle qui a été le siége de la compression. Or il est facile de voir qu'ici la veine est profondément altérée, ses parois étaient épaissies, indurées, et l'inflammation s'était propagée au tissu cellulaire périphérique. A l'intérieur, les caillots sont ramollis et le rein est rempli par une boue de couleur lie de vin qui contient évidemment du pus.

En poursuivant la dissection des veines plus haut, j'ai pu m'assurer qu'elles étaient saines.

Si je cherche à interpréter ce fait, il me semble qu'il prouve que l'inflammation de la veine n'a pas pu se propager du point amputé jusqu'au pli de l'aine, puisqu'une zone intermédiaire, très-étendue, est restée saine.

L'inflammation de la veine fémorale au pli de l'aine s'expliquerait au contraire très-facilement, par le frottement opéré pendant la compression de l'artère de cette région au moment de l'amputation.

Après avoir donné ces explications, M. Verneuil fend la veine dans toute sa longueur; les lésions précédemment indiquées existent en effet et forment trois zones distinctes; mais au lieu de la zone intermédiaire, il existe un point dans lequel les caillots sont altérés et ramollis; aussi plusieurs membres de la Société pensent que la pièce anatomique présentée par M. Verneuil n'est pas complétement démonstrative.

M. MARJOLIN. La compression faite brutalement peut être fâcheuse et produire une phlébite; mais quand elle est bien faite, elle est moins dangereuse, je crois, que ne le pense M. Verneuil.

C'est à dessein, sans aucun doute, que notre collègue avait à dire que sa malade avait des habitudes d'alcoolisme, dont il redoute avec raison l'effet pour ses blessés; mais ici encore il ne faut rien exagérer. Dans certains pays, dans la Normandie, dans le département du Nord, les habitants boivent beaucoup d'eau-de-vie; l'alcoolisme y est fréquent, et cependant les opérations y réussissent merveilleusement entre les mains des chirurgiens du pays, qui n'ont souvent que des aides peu habiles. Le lieu d'habitation fait plus que l'habileté du chirurgien pour le succès d'une amputation; aussi les opérés meurent-ils en grand nombre dans les grandes villes, tandis qu'ils guérissent plus sûrement à la campagne.

M. DESPRÉS. Je partage l'avis de M. Verneuil et je crois, comme lui, que la compression faite pendant une amputation peut produire une phlébite grave. J'ai vu, à l'hôpital Saint-Antoine, un fait de ce genre chez une femme, dont le moignon devint œdémateux, et présentait un cordon dur au niveau de la veine. La phlébite, qui n'était pas douteuse, me parut avoir été produite par la compression.

Une autre fois, j'ai observé la même complication à l'hôpital de la Pitié.

Dans ces derniers temps, j'ai fait deux amputations : l'une à la cuisse, l'autre à la jambe, sans faire comprimer l'artère fémorale. Je liais les artères principales dès que je les avais coupées. Mes deux opérés n'ont pas eu de phlébite.

M. GIRALDÈS. La phlébite causée par la compression faite pendant une amputation est exceptionnelle; pour qu'elle se produise dans ces circonstances, il faut que le malade soit enclin à une cause prédisposante, comme l'alcoolisme ou une débilitation extrême par mauvaise nourriture.

M. DEPAUL. Pour bien comprimer, il faut comprimer modérément; on sait depuis longtemps qu'une compression mal faite, trop violente, peut être dangereuse; mais il ne faut pas renoncer pour cela à la compression, qui rend de grands services, surtout chez les malades anémiques. Les faits de M. Verneuil nous serviront d'enseignement pour nous engager à veiller avec le plus grand soin à ce que la compression soit bien faite, sans aucune violence.

M. VERNEUIL. La difficulté est de bien comprimer; mes internes sont aussi habiles que ceux de mes collègues, et cependant je vois, sous leurs doigts, la compression produire une phlébite dont je trouve de nombreux cas, parce que je la recherche avec soin.

Je puis affirmer qu'une amputation sans compression préalable est fatale; le procédé opératoire est des plus simples. J'ai fait, dans ces derniers temps, un assez grand nombre d'amputations sans compression de l'artère, et je puis dire par expérience que c'est là une simplification du manuel opératoire ordinaire. Il n'y a qu'une exception pour l'amputation de la jambe, dans laquelle les ligatures sont toujours difficiles par tous les procédés possibles. Le jour où je décrirai cette réforme opératoire, j'entrerai dans de plus amples détails, et on pourra les juger en connaissance de cause.

M. TRÉLAT. Je laisse de côté le procédé d'hémostase employé par M. Verneuil. Je puis dire en passant qu'il me paraît rationnel et qu'il mérite d'autant mieux d'être pris en considération, que la compression est souvent insuffisante, inefficace, pour une raison ou pour une autre, et qu'en l'employant, on n'est pas aussi sûr qu'on pourrait le croire d'atteindre le but qu'on se propose, celui d'empêcher l'hémorrhagie.

La compression peut produire une phlébite, mais celle-ci peut naître aussi sans compression. La pièce anatomique présentée par M. Verneuil n'est pas probante, elle n'entraîne pas ma conviction. La constatation est insuffisante, et je crois que nous n'avons pas encore les éléments suffisants pour poser des conclusions certaines.

La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire annuel : TARNIER.

DOCUMENTS

POUR SERVIR A L'HISTOIRE DU MOUVEMENT SCIENTIFIQUE PENDANT LE SIÉGE DE PARIS (1).

20 JANVIER.

XLI. **Bombardement.** — *Du 19 au 20.* — La canonnade ennemie dirigée sur Paris a subi depuis hier de notables variations. Très-faible pendant la soirée du 19, elle s'est accentuée à partir de minuit, a continué assez vive ce matin, puis s'est de nouveau ralentie cette après-midi. Les projectiles, dont un grand nombre n'ont pas éclaté, ont frappé comme d'ordinaire les quartiers de la rive gauche, et ils sont tombés, à peu d'exceptions près, dans la plupart des rues et sur les édifices ou établissements déjà atteints, entre autres : l'Entrepôt des vins, l'École polytechnique, la Pitié, l'hospice des Incurables, le chemin de fer de l'Ouest (rive gauche), la caserne Babylone, le Luxembourg et le Jardin des Plantes. Ce dernier a reçu dix-huit obus, et l'un d'eux a causé des dégâts assez sérieux dans les galeries du Musée zoologique.

Quarante-quatre propriétés particulières ont été endommagées. On ne signale depuis hier qu'un incendie causé par la projection d'un obus qui, en pénétrant dans une cave, a fait éclater trois tonneaux de pétrole. On n'a pas eu d'accidents à déplorer, et le feu a été éteint au bout de quelques heures.

9 victimes : femmes blessées, 2; hommes blessés, 7.

21 JANVIER.

XLII. AMBULANCE DE M. LE DOCTEUR BELIN. — La *Gazette médicale* n'a cessé de professer, avec tous les vrais hygiénistes, que les petites ambulances sont à tous égards préférables aux grandes. C'est donc un devoir pour nous, dans nos visites et les comptes rendus que nous en faisons, de ne pas négliger les premières au profit des secondes. L'ambulance de notre honorable et excellent confrère, M. Belin, peut servir de modèle à toutes celles que l'initiative privée a ouvertes à nos malades et à nos blessés. Située, 51, rue Saint-André-des-Arts, au rez-de-chaussée, au milieu d'un pâté de maisons assez élevées, elle pourrait, au premier abord, paraître ne réaliser que des conditions hygiéniques peu satisfaisantes. Mais l'appartement de notre confrère se trouve entre une cour et un jardin, où l'air circule librement et où les malades, nous voulons dire les convalescents (car c'est avant tout une ambulance de convalescents), peuvent se livrer à un exercice salutaire. Le salon de M. Belin, qui sert de dortoir, contient sept lits; il ouvre sur le jardin. Les malades prennent leurs repas dans une salle voisine. Outre les rations que lui envoie l'Hôtel-Dieu, M. Belin s'était muni de provisions, de manière à pouvoir donner à ses hôtes l'alimentation la plus réparatrice que puisse permettre l'état de siége. D'un autre côté, les soins affectueux de Mme Belin et de sa mère donnent aux malades la conscience que, s'ils ont une famille ailleurs, ils en ont une seconde à Paris, chez le docteur même qui surveille leur convalescence. Si l'on pouvait employer pour ces braves jeunes gens la méthode des pesées que MM. Blache fils et Odier ont recommandée pour les nourrissons, on constaterait en quelque sorte mathématiquement ce que peut, sur nos soldats exténués, cette vie de famille, qu'ils ne peuvent rencontrer au même degré que dans les ambulances privées. Ajoutons que la présence permanente d'un médecin ne leur permet pas de s'oublier, de s'amollir dans cette douce existence. Aussi quand ils sortent de chez M. Belin, ils sont forts, vigoureux, et dans d'excellentes conditions pour supporter toutes les fatigues des troupes en campagne.

AMBULANCE DU CHEMIN DE FER DU NORD. — Notre excellent confrère M. Léon Gros, médecin en chef de la compagnie du chemin de fer du Nord, a organisé une ambulance dans la gare de cette ligne. C'est la salle des bagages qui a été tranformée en salle de blessés. Elle est divisée en deux compartiments destinés, l'un aux soldats, l'autre aux officiers. Elle contient de quarante à cinquante lits. Dans un autre local, on a installé une quinzaine de lits pour recevoir des fiévreux confiés aux soins de M. Leven.

L'ambulance du chemin de fer du Nord présente tous les inconvénients des grandes salles où un nombre considérable de blessés sont rassemblés. Elle ne reçoit de l'air que d'un côté, ce qui rend la ventilation assez difficile. Ces inconvénients sont atténués par la hauteur de la salle, hauteur même que, pour rendre le chauffage praticable, on a dû diminuer en improvisant au-dessous du toit vitré un plafond en toile. Somme toute, un cubage suffisant d'air est réservé à chaque blessé, et en entrant dans la salle on n'est impressionné par aucune odeur désagréable. Ajoutons que la température y est maintenue à un degré convenable, et que le matériel nous a paru parfaitement adapté à l'usage auquel il est destiné.

En l'absence de notre confrère, nous n'avons pu avoir de renseignements bien exacts sur les blessés qu'il a eus à traiter. Nous avons su par un élève qu'il n'a pas eu, d'une manière générale, des cas bien graves, et que lui ou son collègue, M. Giraldès, n'ont dû pratiquer qu'un petit nombre de grandes opérations. Grâce à cette circonstance et aussi aux bons soins dont les blessés sont l'objet, les accidents infectieux ont été très-rares. On nous a montré un blessé chez lequel la phalange d'un doigt, presque entièrement détachée, ne tenant plus que par un petit lambeau de peau, s'est promptement recollée. De pareils faits ne sont pas rares et montrent que la chirurgie conservatrice ne saurait pousser trop loin ses tentatives, quand il s'agit de blessures des extrémités. — Dr de Ranse.

22 JANVIER

XLIII. **Protestations.** — Nous, directeur, médecins soussignés de l'asile Sainte-Anne, sommes à notre tour dans le devoir de joindre notre voix à la voix indignée de nos collègues des hôpitaux et hospices de Paris, contre le bombardement dont notre établissement est victime.

Depuis vingt-quatre heures nous sommes en butte à l'égarement systématique et calculé des bombes prussiennes. Plus de trente

(1) Suite. — Voir le dernier numéro.

obus sont tombés dans les cours intérieures, sur les bâtiments occupés par six cents malades, ainsi que sur l'ambulance ouverte aux blessés militaires français ou prussiens.

Sur ces bâtiments, déjà couverts de ruines, flotte inutilement comme une dérision le pavillon de la convention de Genève.

Bayeux, directeur; Prosper Lucas, Dagonet, médecins en chef; Magnan, Bouchereau, médecins répartiteurs; de Cesti, chirurgien.

XLIV. **Bombardement.** — *Du* 20 *au* 21. — Pendant la nuit du 20 au 21, plus de 200 obus, partant presque exclusivement des batteries de Châtillon, ont été lancés sur la ville, et le matin le bombardement a encore redoublé d'intensité, frappant surtout les régions qui touchent aux remparts. Il a été constaté qu'un grand nombre de projectiles tombaient sans éclater; toutefois, 73 immeubles ont été atteints, ainsi que la plupart des établissements publics signalés les jours précédents. Les quartiers les plus éprouvés ont été ceux de Montparnasse et de Plaisance; quant aux autres circonscriptions de la rive gauche, elles ont moins souffert qu'à l'ordinaire.

On n'avait signalé depuis la veille qu'un seul incendie, rue Masseran (7e arrondissement); il a été presque aussitôt éteint.

Du 21 au 22.

Comme la veille, le bombardement a subi des intermittences assez marquées pendant la nuit du 21 au 22, et il s'est sensiblement ralenti à partir de cinq heures du matin; mais il a repris hier avec violence, et le 16e arrondissement particulièrement a reçu un grand nombre d'obus. Les projectiles, lancés des batteries de Châtillon, Bagneux et Meudon, sont venus frapper les quartiers de Montrouge, de Grenelle, de Vaugirard, du Jardin-des-Plantes, du Panthéon, du Luxembourg, de Saint-Germain et du Val-de-Grâce; ce dernier surtout a beaucoup souffert. Il est aussi tombé une certaine quantité d'obus dans les quartiers d'Auteuil et de la Muette; la plupart atteignaient le viaduc du Point-du-Jour, la gare d'Auteuil, les abords de Sainte-Périne, et l'un d'eux est arrivé pour la première fois dans la rue du Ranelagh.

Il n'y a eu dans cette nuit que deux commencements d'incendie promptement éteints.

(*A suivre*).

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1870.

282. Polaczek. Combat de Villejuif. Relations chirurgicales.
283. Estachy (Louis). Considérations étiologiques sur le goître dans les Hautes-Alpes.
284. Durand (Arthur). De la phlébite du cordon inguinal.
285. Goyard (Gustave). Plaies pénétrantes de l'abdomen et procédé de suture nouvelle pour la guérison des anus contre nature.
286. Desplats (Henri). De la nature de l'endocardite ulcéreuse.
287. Hubert-Valleroux (Léon). Des altérations de la sensibilité cutanée dans la sciatique.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments ou autres objets).

—

Angines aiguës ou graves. Origine, nature, traitement, par le docteur Moura. Broch. grand in-8° de 68 pages. — Prix : 3 francs.

L'acte de la déglutition, son mécanisme, par le docteur Moura, avec planches et gravures dans le texte. Br. in-4° de 60 pages. — Prix : 3 fr.

Principes de chimie biologique, par le docteur E. Hardy, préparateur de pharmacologie à la Faculté de médecine de Paris, 1 volume in-18 de 500 pages avec figures dans le texte et une planche chromolithographiée représentant l'analyse spectrale du sang. — Prix : 7 francs.

Les spectres d'absorption du sang, par le docteur Victor Fumouze. In-4° de 150 pages, avec 3 planches coloriées. — Prix : 4 fr. 50.

Revue photographique des hôpitaux de Paris, par les docteurs De Montméja et Bourneville. 3e année : les nos 1-2 (janvier-février), et 2-3 (mars-avril), avec photographies, sont en vente.— Prix de chaque livraison : 4 francs.

Traité pratique de laryngoscopie et de rhinoscopie, suivi d'observations, par le docteur Moura. Ouvrage orné de planches explicatives. 2e tirage. 1 vol. gr. in-8° de 200 pages. — Prix : 4 fr.

Note sur certains cas curieux de boulimie et de polydipsie d'origine syphilitique, par le docteur Alfred Fournier, médecin de l'hôpital de Lourcine, professeur agrégé de la Faculté. In-8° de 28 pages. — Prix : 1 fr. 25.

Capvern. Ses eaux minérales. Applications thérapeutiques par le docteur Michel Ticier, médecin inspecteur des eaux de Capvern, ancien interne des hôpitaux de Toulouse, etc. 1 vol. in-8° de 300 pages.— Prix : 2 fr. 50 c.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois. . . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 9 septembre 1871.

HOTEL-DIEU. — M. CONSTANTIN PAUL.

De la thoracentèse comme méthode de traitement de la pleurésie aiguë (1).

Comparons maintenant ce traitement à ceux qu'on emploie d'ordinaire, et il nous sera facile de montrer ses avantages.

Je n'ai pas besoin de prouver que la thoracentèse est une opération inoffensive. C'est un fait acquis. On pouvait, en 1835, lors de la discussion de l'Académie de médecine, avoir des doutes à cet égard ; mais la discussion qui eut lieu à la Société médicale des hôpitaux, en 1864, a fait voir par l'expérience que cette opération, pratiquée avec les précautions convenables, n'offre aucun danger.

Que d'objections n'avait-on pas faites !

On devait redouter la syncope pendant l'opération, et c'est le contraire qu'on a vu : la dyspnée disparaît à mesure que le liquide s'écoule. On craignait qu'on ne blessât le poumon, et l'expérience a montré que, quand on enfonce le trocart graduellement et sans précipitation, on sent très-bien quand on traverse la paroi thoracique et même souvent on peut juger de la résistance de la fausse membrane pariétale. Quant au poumon, il n'est pas blessé et il n'y a pas d'hémoptysie consécutive.

On avait craint la pénétration de l'air dans la poitrine et même dans les veines, et l'on sait très-bien aujourd'hui qu'avec la canule de Reybard, non-seulement il ne pénètre pas d'air dans la plèvre, mais que, s'il y a des gaz dans le sac de baudruche, ils ne rentrent pas dans la poitrine, attendu que la partie de la baudruche qui couvre l'orifice extérieur de la canule fait soupape dans l'inspiration.

On craignait que le liquide ne se reproduisît davantage, et l'expérience a prouvé le contraire. Si plus tard l'épanchement devenait purulent, on l'attribuait à la ponction ; mais aujourd'hui on le sait, et M. Moutard-Martin l'a démontré, on peut savoir quelles seront les pleurésies ponctionnées qui deviendront purulentes, parce que dès la première ponction on peut voir au fond du vase les globules purulents qui indiquent que ce travail a déjà commencé.

La thoracentèse est aujourd'hui une opération réglée, et les moins expérimentés peuvent trouver dans les leçons de nos maîtres tous les incidents de l'opération prévus et le moyen d'y remédier.

Le trocart pique-t-il une côte, on n'a qu'à glisser le trocart en élevant la pointe pour arriver dans l'espace intercostal ; en allant ainsi vers l'espace intercostal situé au-dessus, on n'a nullement à craindre de blesser l'artère intercostale.

Si la fausse membrane est épaisse et résistante et le trocart mal aiguisé, on risque de ne pas pénétrer dans la cavité pleurale ; mais il suffit de retirer un peu le trocart de la canule, et en l'enfonçant de nouveau, on sent très-bien la fausse membrane qui cède.

En procédant avec lenteur, graduellement, sans précipitation, comme je l'ai dit, on sent très-bien quand on est dans le liquide et on ne craint pas de blesser le poumon.

Si le liquide sort en très-petite quantité d'abord, on n'a qu'à faire respirer le malade un peu plus amplement et peu à peu le liquide s'écoule.

Si par hasard on avait affaire à une pleurésie à fausses membranes épaisses, on n'aurait qu'à chercher à rompre les cloisons en faisant un peu manœuvrer la canule et en ayant bien soin de ne pas introduire de stylet. Mais ces cas sont rares et l'on n'a presque jamais occasion de les rencontrer.

Quant aux quintes de toux, elles sont rares et sans inconvénient, et la petite quantité de sang qui s'écoule à un moment donné indique que l'opération est terminée.

Pour rassurer complétement ceux qui n'ont pas encore l'habitude de cette opération, je dirai qu'en général le liquide s'écoule facilement et qu'il n'est nullement nécessaire d'en aider la sortie en faisant faire des efforts aux malades.

Il n'est pas non plus nécessaire de chercher à extraire absolument tout le liquide, et lorsqu'il n'en sort plus à chaque expiration qu'une quantité très-minime, le mieux est de s'arrêter.

Enfin, je ne dirai plus qu'un mot d'une précaution qu'on prenait autrefois pour éviter le parallélisme de la plaie et qui consistait à élever la peau avant de faire la ponction. L'expérience a montré qu'en introduisant la canule horizontalement, sans changer le rapport des parties, on voit, à mesure que le liquide s'écoule, les côtes s'abaisser et le pavillon de la canule s'incliner en bas ; si bien que le canal traversé par la canule, qui était horizontal au début de l'opération, devient oblique, et que, quand on retire la canule, le parallélisme s'est ainsi détruit de lui-même et l'introduction de l'air n'est pas à craindre. On a soin seulement, pour y aider, de presser sur la peau au-dessus de la canule quand on la retire, et l'on est ainsi à l'abri de l'entrée de l'air dans la poitrine.

Enfin j'indiquerai un dernier caractère sur lequel il est bon d'insister au point de vue du pronostic, c'est que, quand le liquide se coagule promptement après sa sortie, on peut être à peu près certain que le liquide ne se reproduira pas ou ne se reproduira qu'en quantité insignifiante pour se résorber bientôt après.

En résumé, les dangers de la pleurésie d'une part, l'innocuité de l'opération d'autre part, font que cette opération ne doit plus être réservée comme une mesure extrême, mais doit rentrer dans les ressources à employer comme traitement ordinaire de la pleurésie.

Trousseau disait : « On serait tenté de croire que l'opportunité de la thoracentèse n'existe réellement qu'autant que les individus affectés d'épanchements pleurétiques présentent une oppression considérable, qu'il n'y a urgence d'opérer que quand la suffocation est imminente. C'est là, messieurs, une grave erreur, contre laquelle je dois vous prémunir. » (*Loc. cit.*, p. 713.)

C'est en effet un grand progrès dans l'indication de la thoracentèse, et c'est à Trousseau que nous en sommes redevables. Conduit dans cette voie par le maître, j'ai appliqué depuis ce traitement à des pleurésies que je n'aurais pas osé ponctionner autrefois, et je n'ai eu qu'à m'en féliciter. Il y a deux ans, j'engageai un de mes élèves, M. Fortin, à faire de cette nouvelle indication le sujet de sa thèse, et les matériaux que nous avons pu rassembler n'ont fait que confirmer cette manière de voir.

Depuis ce temps, j'ai suivi cette pratique et les huit observations que je viens de rapporter sont une preuve de plus à ajouter à l'appui de l'idée de Trousseau.

Jetons en effet un coup d'œil sur les autres médications de la pleurésie, et nous verrons que celles d'entre elles qui n'ont pas été abandonnées auraient été loin de procurer à nos malades le même soulagement.

Mettons de côté les émissions sanguines, qui n'ont leur indication qu'au début, alors que l'épanchement est encore à peine formé ; qu'avons-nous à opposer à des pleurésies accompagnées d'un épanchement qui peut aller de 1 à 5 litres et demi ?

Combien de temps, par exemple, faudra-il pour obtenir la résorption de semblables épanchements avec les diurétiques ?

Pourrons-nous compter sur la teinture de scille et de digitale que donnait M. Cruveilhier, ou sur la teinture de digitale prescrite par Thomasini, M. Louis, Maclean, etc.? Nous savons bien que non, et, la plupart du temps, la digitale donnée au début n'empêche pas le liquide de continuer à se produire dans la plèvre.

Les autres diurétiques, tels que le nitrate de potasse prescrit par M. Louis, et l'urée par Laennec, sont aujourd'hui abandonnés à juste titre.

Serait-on plus heureux avec les purgatifs?

Le calomel a été donné bien souvent soit uni à la digitale (Cruveilhier), soit uni à l'opium (Schmidtmann) ; on l'a abandonné également.

Qui donc oserait aujourd'hui faire de la sudation ? Priessnitz lui-même, qui n'était pas timide, y avait renoncé. Pilna, en 1828, donnait l'opium à assez forte dose pour obtenir la sudation ; mais quel malade voudrait, pour obtenir ce bénéfice, s'exposer à tous les désagréments du narcotisme qui l'accompagne ?

Les révulsifs ont plus de vogue, c'est la pratique ordinaire. On les varie suivant les règles, en opposant au travail pathologique interne un travail pathologique extérieur d'une nature analogue qu'on est parfaitement le maître de faire cesser à volonté ; aussi a-t-on créé des révulsifs à l'infini, depuis le papier chimique, l'emplâtre du pauvre homme et le thapsia, jusqu'au vésicatoire et au séton.

Nul doute que les vésicatoires, par exemple, ne contribuent d'une manière efficace et en général rapide à la résorption des épanchements pleuraux. Mais combien faut-il de temps et de gêne pour obtenir la résolution de 1,500, 2,000, 3,000 et même 6,000 grammes de liquide ! Cela peut-il se comparer à une ponction inoffensive qui fait cesser immédiatement la dyspnée et la fièvre, ramène le sommeil et l'appétit ?

Toutefois, il ne faut pas s'y tromper, malgré tous les avantages de la ponction, il faut un certain temps pour se remettre de l'anémie particulière qui accompagne presque toujours la pleurésie ; les malades, bien que soulagés et presque immédiatement convalescents, ont encore besoin de soins et de précautions ; aussi ne sortent-ils guère de la chambre qu'au bout de deux ou trois semaines.

Telle est donc la marche progressive qu'a suivie la thoracentèse : réservée d'abord à l'empyème, elle a été appliquée par Trousseau aux pleurésies séreuses.

Ce n'était d'abord que dans les pleurésie avec épanchement excessif qu'on faisait la ponction ; puis, à mesure qu'on a reconnu l'innocuité de l'opération, on s'est décidé à opérer plus tôt, et aujourd'hui on peut dire qu'elle est devenue un des principaux moyens de traitement de la pleurésie commune. Quelques-uns même n'hésitent pas à faire la ponction dès que l'épanchement peut se constater.

(*Bulletin de thérapeutique.*)

(1) Fin. — Voir le dernier numéro.

SIGNE DE LA MORT
PRODUIT PAR L'OXYDATION DES AIGUILLES D'ACIER MISES DANS LES TISSUS
Par le docteur VAN GHEEL (de Bruges).

Ceux qui ont pratiqué l'acupuncture avec des aiguilles d'acier, savent que ces aiguilles sont retirées des tissus, tantôt avec et tantôt sans oxydation. — En observant ce phénomène, M. Cloquet, qui le voyait pour la première fois, voulut en étudier la cause et les conditions d'existence. Il chargea en conséquence M. Dentu (1) d'expérimenter sur le cadavre ; sans prétendre qu'il y eût dans ces phénomènes un signe de la mort, il a voulu savoir pourquoi sur le vivant l'oxydation de l'aiguille ne se produisait pas d'une façon constante, et comment elle pouvait se produire aussi sur le cadavre.

M. Dentu a opéré comme le lui avait indiqué M. Cloquet, et voici le résultat de ses observations ; c'est d'abord un résumé des opinions de son maître, et ses expériences ne viennent qu'après.

Dès ses premières acupunctures, dit-il, M. J. Cloquet fut frappé de la rapidité avec laquelle les aiguilles s'oxydent, et personne avant lui n'avait noté ce phénomène ; il ne tarda pas non plus à remarquer que l'oxydation variait beaucoup d'intensité ; pensant qu'elle pouvait être liée aux phénomènes de guérison, il fixa notre attention sur ce point : or voici ce que nous avons observé avec lui.

Les aiguilles sont ordinairement plus oxydées à la pointe qu'ailleurs. Quelquefois la partie qui plonge dans les tissus est recouverte de toute part d'une couche d'oxyde ; d'autres fois elle ne présente que des plaques irrégulières ; le plus souvent les parties oxydées sont disposées en zones d'un cinquième de ligne, à deux lignes de largeur, plus ou moins éloignées les unes des autres (d'une demi-ligne à deux lignes environ) ; quand l'aiguille a séjourné pendant plusieurs jours dans les tissus, outre qu'elle est oxydée, elle est aussi baignée par la sérosité.

L'oxydation est ordinairement plus forte quand il sort du sang après l'extraction de l'aiguille ; les aiguilles polies et non détrempées paraissent s'oxyder davantage.

Pour savoir plus sûrement à quoi nous en tenir à ce sujet, M. J. Cloquet me donna l'idée de faire les expériences suivantes sur l'homme sain et sur le cadavre.

Expériences sur le cadavre.

1° Sur le cadavre froid. A midi, j'enfonce deux aiguilles dans la cuisse d'un cadavre d'individu mort depuis quarante-huit heures, je les retire à trois heures et demie sans observer aucun phénomène d'oxydation ; il n'y a qu'une teinte d'un bleu noirâtre à l'endroit où l'aiguille touche la peau ; la partie enfoncée ne présente aucun changement.

Une autre aiguille est enfoncée à une heure dans l'abdomen d'une jeune fille morte depuis quinze heures ; elle est retirée à trois heures et demie et ne présente pas de phénomène d'oxydation.

2° Je verse de l'eau à 55 degrés (thermomètre Réaumur) sur deux tranches de chair prises dans les parois abdominales d'un cadavre de femme morte depuis quarante-huit heures. Ces chairs sont parfaitement fraîches ; cinq minutes après qu'elle est versée, l'eau marque 32 degrés, température de l'homme ; je retire alors une des tranches de chair ; à une heure moins un quart, j'enfonce deux aiguilles dans chaque tranche, de manière à les percer suivant leur épaisseur et à arrêter la pointe des aiguilles dans la couche musculaire : sur ces deux tranches, j'arme une des aiguilles d'un conducteur métallique, que je fais plonger par son extrémité libre dans un vase de fer-blanc contenant de l'eau salée. La tem-

(1) *De l'Acupuncture*, p. 248.

pérature de l'eau est maintenue de 28 à 32 degrés; celle de la tranche exposée à l'air varie de 25 à 35 degrés.

Tranche exposée à l'air.

A. A trois heures un quart, l'aiguille à conducteur retirée ne présente aucun phénomène d'oxydation; elle est seulement arrosée d'une vapeur onctueuse qui, bien que enlevée sur-le-champ, ternit légèrement l'aiguille par le contact de l'air.

L'aiguille sans conducteur retirée est également très-brillante; quoique essuyée sur-le-champ, afin d'enlever la vapeur qui la mouille, elle se ternit également.

Tranche laissée dans l'eau.

B. L'aiguille à conducteur, retirée à peu près en même temps de la tranche qui est dans l'eau, présente une oxydation extrêmement prononcée dans toute la partie qui plonge dans les chairs; je l'essuie avec soin, et l'oxydation persiste.

Quant à la partie de l'aiguille qui était hors des chairs et qui se trouve baignée par l'eau, elle ne l'est pas.

Expériences sur le vivant.

A deux heures moins un quart, je m'enfonce une aiguille dans le mollet, à la profondeur de 1 pouce environ. La douleur de l'introduction est à peine sensible, et je ne sens qu'un léger picotement. Au moindre mouvement, il se manifeste de faibles douleurs qui me semblent de la nature de celles des crampes; elles se prolongent davantage vers l'attache supérieure du muscle soléaire; c'est surtout vers la pointe de l'aiguille que je les rapporte, et de légers frémissements agitent les parties environnantes.

Dans le plus parfait repos, je sens de temps à autre de faibles élancements vers la pointe de l'aiguille. Quinze minutes se sont écoulées, sans qu'il y ait encore d'auréole érythémateuse. Après quarante-cinq minutes, une teinte légèrement rosée se prononce au pourtour de l'aiguille. Au bout d'une heure, j'adapte un conducteur métallique sans ôter l'aiguille, et je le fais plonger, par son extrémité libre, dans un vase en fer-blanc contenant de l'eau salée. L'aiguille reste en place encore pendant un quart d'heure sans phénomènes particuliers. Enfin au bout de cinq quarts d'heure, je retire l'aiguille; elle ne me présente d'autres traces d'oxydation qu'un cercle filiforme noir qui marque jusqu'où l'aiguille a été enfoncée.

Deux autres demi-cercles, également noirs et filiformes, partagent en deux parties presque égales la portion de l'aiguille qui a été enfoncée; mais ils sont loin de présenter des surfaces rugueuses, comme dans l'oxydation qu'on remarque chez les malades. Craignant de n'avoir pas examiné d'assez près l'aiguille avant l'acupuncture, et que ces cercles n'existassent déjà au lieu d'être le résultat de cette opération, je m'enfonce de suite dans l'autre mollet une autre aiguille parfaitement brillante.

J'introduis l'aiguille à quatre heures à la profondeur d'un pouce et demi. Je vais même, par mégarde, jusqu'à piquer le périoste du tibia, ce dont je suis averti par la résistance de l'os. La douleur vive que je ressens me force à la retirer un peu.

A cinq heures, il n'y a encore aucune trace d'auréole pendant le séjour de l'aiguille. Mêmes phénomènes que dans le cas précédent. A cinq heures un quart, j'adapte un conducteur métallique; aussitôt après, je sens un léger engourdissement dans toute la jambe (phénomène qui peut tenir au reste à ce qu'au moindre mouvement l'aiguille est tiraillée par le conducteur qui est fixé au vase).

Un quart d'heure après l'aiguille retirée, je sens dans le mollet un léger engourdissement qui ne se dissipe qu'une heure après. L'aiguille ne présente pas d'autres traces d'oxydation que de petits cercles noirâtres comme dans le cas précédent; ils sont cependant cette fois un peu plus larges et plus multipliés.

Ne peut-on pas conclure de ce qui précède : 1° Que sur le cadavre, une température élevée est nécessaire à l'oxydation de l'aiguille; 2° Que sur le vivant, elle est ordinairement très-prononcée, dans le cas de douleur, tandis qu'elle l'est à peine chez l'homme sain. L'oxydation serait-elle relative à l'intensité des douleurs, aurait-elle quelques rapports avec les phénomènes de guérison ?

Certains malades ont présenté une oxydation de l'aiguille extrêmement prononcée, quoique le soulagement fût à peine sensible; tandis que quelques autres ont été complétement guéris, quoiqu'il y eût à peine de traces d'oxydation.

La question de l'oxydation des aiguilles d'acier sur le vivant et sur le cadavre restait donc indécise. Les faits de M. Dantu, relatifs à la non-oxydation d'aiguilles implantées dans les tissus, semblaient même faire croire qu'on ne pouvait utiliser le phénomène dans le diagnostic de la mort.

M. le docteur Laborde est arrivé à des conclusions différentes. Dans une communication faite à l'Académie de médecine de Paris et publiée par l'Union médicale en 1870, il annonça que la non-oxydation d'une aiguille d'acier implantée dans les tissus était un signe certain de la mort.

Le journal ne rapportant pas les observations, il est impossible de les analyser pour les discuter.

Cependant comme cette affirmation se trouvait en désaccord avec des observations que j'avais faites en pratiquant l'acupuncture, j'ai voulu revoir le compte rendu de mes expériences, et voir si je ne m'étais pas trompé. Laissant de côté ces observations, j'ai voulu en faire d'autres et j'ai pu m'assurer de nouveau que si, chez l'homme vivant et sain, les aiguilles d'acier s'oxydent dans les tissus, il y a des exceptions assez nombreuses, produites par l'état de maladie, et, d'autre part, que sur le cadavre, il y a des cas où les aiguilles subissent aussi un commencement d'oxydation.

En général les aiguilles s'oxydent plus fortement pendant la vie qu'après la mort, mais il leur arrive aussi de s'oxyder sur le cadavre.

(A suivre.)

HYDROLOGIE.

RÉSUMÉ HISTORIQUE ET MÉDICAL DES TRAVAUX ET OBSERVATIONS PUBLIÉS SUR LES EAUX MINÉRALES

Congestions du foie et de la rate; calculs biliaires. — Tous les médecins qui se sont succédé à Vals ont publié des observations de malades atteints, à des degrés divers, quelquefois à des degrés considérables, d'engorgement du foie et de la rate, souvent accompagnés de toute la série de troubles graves, gastriques et autres, et qui, après un séjour de quelques mois à Vals, s'en retournaient tantôt guéris, tantôt très-soulagés. Les mêmes faits s'observent encore aujourd'hui, et nous en avons pour notre compte vu un assez grand nombre. Si nous ne devions borner ce résumé à une sorte de nomenclature, pour ainsi dire, il serait intéressant de discuter comment, dans les cas de calculs biliaires, les eaux, qui ne les dissolvent pas, peuvent en déterminer l'expulsion; mais, après tout, ce qui importe c'est le fait; nous pouvons donc, sans trop de regret, laisser la théorie pour une autre occasion.

On a, ou pour mieux dire on avait coutume de rapporter aux engorgements des viscères sous diaphragmatiques les affections mélancoliques, hypochondriaques; quel que soit le rôle, très-effacé aujourd'hui, que puissent jouer ces engorgements, il n'en reste pas moins vrai que le séjour de Vals et l'administration de ces eaux ont été fort utiles à un grand nombre d'hypochondriaques. C'est un fait que les praticiens doivent retenir.

Affections utérines. — La renommée d'une des sources de Vals contre la stérilité est proverbiale dans une grande partie du midi de la France; mais on s'est peu rendu compte, jusque dans ces derniers temps, de la manière dont elle pouvait agir. Le progrès de la pathologie utérine a enlevé tout ce qui pouvait y avoir de miraculeux dans cette action. On sait aujourd'hui que les engorgements, certaines déviations ou flexions, certaines leucorrhées très-abondantes mettent un obstacle efficace à la fécondation, et la puissante action des eaux de Vals sur ces états morbide et sur la constitution générale dont ils dépendent si souvent, explique très-bien comment ces eaux ont pu triompher, dans certains cas, de la stérilité. On se l'explique aussi par leur action curative sur l'aménorrhée et la dysménorrhée, ainsi que sur la chlorose et les anémies dont les troubles utérins sont si souvent les symptômes. Nous regrettons vivement de ne pouvoir citer ici les observations extrêmement remarquables que nous avons recueillies et qui mettent en évidence la puissante action hématogène, si l'on nous permet ce mot, et par suite emménagogue, des eaux de Vals; dans les publications que j'ai déjà faites, ainsi que dans celles de mon distingué confrère le docteur Chabannes, quelques unes de ces observations se trouvent consignées; il serait désirable, aussi bien pour les progrès de la thérapeutique que pour la renommée de notre précieuse station, que tous ces faits pussent être réunis dans un vaste *clinique de Vals*. Espérons que ce beau travail tentera quelque écrivain dévoué à la science, si, comme nous avons trop lieu de le craindre, il ne nous est pas donné de l'accomplir nous-même.

Cachexies. — Nous ne ferons que mentionner ici quelques-unes de ces cachexies, telles que la cachexie paludéenne et la cachexie syphilitique, sur lesquelles nous aurons à insister d'une manière spéciale, en étudiant une des sources de Vals, la Dominique. Ce que nous voulons dire d'une manière générale, c'est que toutes les cachexies, toutes les débilités, qu'elles soient de nature organique ou nerveuse, sont plus ou moins heureusement influencées par l'usage des eaux de Vals, et très-souvent complétement détruites. Le nombre de malades venus à Vals dans un état d'épuisement extrême, souvent paraissant irrémédiable, et qui s'en sont retournés ingambes dans leurs foyers, est considérable, et cette action puissamment reconstitutive a été constatée par tous les médecins qui ont fréquenté Vals ou qui y ont envoyé leurs malades. Ce qu'on sait moins, ce que nous ignorions nous-mêmes il y a quelques années, c'est que les mêmes résultats, ou à peu près, peuvent être obtenus par l'usage des eaux à domicile, sinon aussi promptement qu'à la station même, du moins à la longue et avec un peu de persévérance. Cette circonstance, si importante pour la thérapeutique, vient sans aucun doute de la parfaite stabilité des eaux de Vals, qui, toutes, peuvent être transportées au loin, ainsi que nous l'avons déjà dit, sans éprouver la plus légère altération.

Nous ne voudrions pas fatiguer le lecteur en étendant ces généralités qui, nous le sentons bien, perdent beaucoup à n'être pas accompagnées de démonstrations cliniques. Mais, d'un autre côté, nous n'aurions pu donner celles-ci sans faire un véritable livre; ce que nous avons voulu, c'est mettre sous les yeux des praticiens une sorte de tableau des propriétés thérapeutiques des sources de Vals, en plaçant ce tableau sous le patronage d'une pratique de plus de 40 années; même quand on n'est pas un prince de la science, il ne nous semble pas que ce patronage puisse être entièrement dédaigné. Nous compléterons donc avec confiance, par quelques détails particuliers sur nos principales sources, le tableau général que nous venons d'esquisser.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 14 juin 1871. — Présidence de M. H. BLOT.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

— La *Gazette des Hôpitaux*.

— L'*Union médicale*.

— Le *Bulletin de thérapeutique*.

— Les deux derniers numéros du *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*.

— La *Gazette de Strasbourg*; numéros de mai et juin 1871.

— Le *Bulletin de la Société de médecine d'Angers* (année 1869).

— Une lettre de M. le professeur Dolbeau qui, retenu à la Faculté de médecine par son cours, s'excuse de ne pas pouvoir assister aux séances de la Société.

— M. Legouest dépose, au nom de notre collègue, le professeur Sédillot, un mémoire intitulé : *Du traitement des fractures des membres par armes à feu.*

La Société remercie.

— M. Trélat dépose sur le bureau l'observation d'une malade qu'il a présentée à la Société de chirurgie le 10 août 1870. Cette malade était atteinte de nécrose phosphorée du maxillaire inférieur; elle portait un appareil prothétique approprié.

Nécrose phosphorée du maxillaire inférieur. — Resection partielle. — Continuation de la nécrose. — Ablation de toute la partie restante de l'os. — Prothèse. — B... (Marguerite), âgée de 32 ans, metteuse en paquets, pendant quinze années, dans une fabrique d'allumettes chimiques.

Elle a commencé, dès l'âge de 14 ans, à travailler dans cette fabrique; son travail consistait à mettre en paquets des allumettes préparées avec de la colle chaude. Elle passait toute la journée dans la salle où se pratique la trempe des allumettes dans le mastic; cette pièce, paraît-il, était bien aérée.

Au moment où elle a commencé sa profession, cette malade avait toutes ses dents en bon état; pendant quinze années de ce travail elle n'a jamais souffert des dents, mais elle en a vu plusieurs s'ébranler, puis tomber sans douleur; pareil phénomène se montrait chez ses compagnes, dont le plus petit nombre seulement avait des odontalgies. Aucun écoulement n'accompagna la chute des dents, jamais il n'y eut de salivation abondante ni anormale, et pendant ce temps l'état général est toujours resté satisfaisant.

A l'âge de 29 ans, cette femme s'est mariée, et dès lors elle a quitté sa profession. Aucune manifestation, sauf la chute des dents, ne s'était encore montrée. Un an après son mariage elle accouche; l'accouchement est long et pénible; l'enfant vient mort.

Vingt jours environ après, sans qu'il existât aucun accident puerpéral, il se manifesta un gonflement douloureux au niveau de la joue gauche. La douleur devenant très-aiguë, et le gonflement ne faisant qu'augmenter, la malade entra dans le service de M. Broca, un mois après l'apparition de ces accidents. La joue était alors très-tuméfiée; elle dépassait, dit la malade, le volume du poing.

L'abcès ouvert donna issue à une grande quantité de pus. La suppuration fut longue et abondante; le pus s'écoulait à la fois à l'extérieur et dans la cavité buccale. De nouvelles dents s'ébranlèrent puis tombèrent sans jamais provoquer aucune douleur.

Deux mois après son entrée à l'hôpital, pendant une absence de M. Broca, la malade, chloroformisée, subit une opération dont elle ignore la nature; elle sait seulement et indique avec le doigt qu'une longue incision, dont la cicatrice est évidente, a été faite dans la région sous-maxillaire gauche.

Un mois après cette opération, M. Broca fit l'ablation, par la cavité buccale, d'un séquestre comprenant une partie de la portion moyenne du maxillaire inférieur. L'ablation paraît avoir été faite seulement à l'aide d'une pince.

La malade quitte le service de M. Broca à la fin de mars 1869; le côté droit du maxillaire est en bon état; à gauche existent deux ou trois trajets fistuleux.

Au bout de quelque temps (la malade ne saurait préciser l'époque), la joue droite se tuméfie et devient douloureuse, quelques dents tombent, puis il se forme un abcès qui s'ouvre spontanément dans la cavité buccale.

Du mois de mars 1869 au mois de mars 1870, cette femme ne suit aucun traitement, et ne se décide à entrer à l'hôpital que le 30 mars 1870.

31 mars 1870. — La partie moyenne du maxillaire inférieur se montre alors dénudée; elle a une coloration grisâtre et se trouve baignée par une sécrétion abondante de liquides d'odeur repoussante. Cette portion est tellement mobile, qu'elle peut être extraite avec les doigts. On voit aussitôt qu'elle comprend la moitié droite du maxillaire, moins le sommet de l'apophyse coronoïde et le condyle, une fracture s'étant produite à ce niveau dans les manœuvres d'extraction. Par un trajet étroit on arrive, avec le petit doigt, sur cette extrémité du maxillaire, et l'on constate sa fixité. A gauche, on ne rencontre qu'une petite partie du maxillaire (une lame de la branche montante et le condyle); au point où le maxillaire fait défaut on trouve une production osseuse de nouvelle formation. A gauche, le séquestre, resté en place, est mobile, mais il est fort difficile à saisir.





La portion droite du maxillaire une fois enlevée, le doigt se promène sur une surface granuleuse qui revêt l'os nouveau; celui-ci a une configuration spéciale : la partie droite est disposée en gouttière, tandis que la partie gauche, très-étroite, est plus haute que large et forme un bord; cette dernière portion du maxillaire, de formation plus ancienne, a entraîné vers elle le reste du nouvel os. De cette disposition du nouveau maxillaire résulte une déformation particulière de la face, qui est entraînée du côté gauche, si bien que le menton n'occupe plus la ligne médiane.

Près de la branche droite de la mâchoire existe une cicatrice

fortement déprimée, due à l'ouverture d'un abcès; une autre se rencontre sur le bord inférieur du même côté; sur le bord inférieur gauche se voit une cicatrice linéaire de 3 à 4 centimètres de longueur, trace de l'incision faite pour l'ouverture de l'abcès signalé plus haut. En arrière existaient deux trajets fistuleux, qui se sont fermés après l'ablation du séquestre.

A deux reprises différentes (14 avril, 3 mai), des tractions faites à l'aide de pinces à polypes ne permettent pas d'enlever les extrémités droite et gauche du maxillaire.

Des injections phéniquées, fréquemment répétées, ont fait disparaître l'odeur repoussante des liquides sécrétés. L'état général est très-satisfaisant.

A la troisième tentative (5 juin), l'extraction des deux extrémités du maxillaire put être faite; elle s'accompagna d'un écoulement de sang assez abondant. On dut, pour extraire le condyle gauche de sa loge, lui faire exécuter un mouvement de bascule, afin d'accommoder ses diamètres à celui du trajet qui permettait de l'aller saisir.

Depuis cette époque, chaque jour l'os nouveau prend une consistance plus grande, et le 25 juin il a acquis une épaisseur suffisante pour que l'on puisse songer à l'établissement d'un appareil prothétique, qui fut très-habilement construit par M. Déjardin. La salivation est aujourd'hui normale, l'odeur infecte de la bouche a complétement disparu, les fistules se ferment. L'état général est excellent.

Depuis 3 semaines, la malade porte une pièce artificielle remplaçant la partie alvéolaire de la mâchoire inférieure, et quelques dents qui font défaut à la mâchoire supérieure. Cet appareil modifie peu l'aspect extérieur de la face, le menton ayant été vigoureusement porté en arrière et à gauche par la rétraction de la portion osseuse la première formée, mais en revanche il permet à la malade de parler plus distinctement, et surtout de mâcher des aliments durs (pain, viande).

La malade quitta l'hôpital vers le 15 août 1870, dans le meilleur état.

Elle était alors enceinte de six mois environ, et rentra plus tard à la Pitié pendant le siége de Paris, pour faire ses couches. Elle succomba à une affection puerpérale.

Les services étaient alors fort incomplets; on ne songea pas à faire l'autopsie, ce qui est bien regrettable, car on n'a guère eu l'occasion d'étudier anatomiquement la régénération du maxillaire inférieur à la suite de la nécrose phosphorée.

En même temps que l'observation, M. Trélat montre la pièce, qui sera déposée au musée Dupuytren.

DISCUSSION SUR LA PHLÉBITE INGUINALE.

M. VERNEUIL. Je regrette que les objections soulevées par l'examen de la pièce anatomique que j'ai présentée dans la dernière séance n'aient pas été plus explicites, j'aurais pu les réfuter séance tenante.

Je reconnais que la veine fémorale contenait, au niveau du troisième adducteur, des caillots altérés, mais entre ce point et le pli de l'aine, la veine était saine et les caillots qui s'y étaient formés étaient de date récente. De plus, en disséquant la veine je pus aisément constater que le tissu cellulaire ambiant était sain au niveau du troisième adducteur, tandis qu'il était très-induré et infiltré au pli de l'aine; enfin, pendant la vie, le malade n'accusait de douleur qu'au pli de l'aine.

Ces faits me permettent de conclure que la phlébite était très-accusée au pli de l'aine, tandis qu'elle était douteuse ou nulle au-dessous du triangle de Scarpa. Malgré les doutes exprimés par quelques-uns de mes collègues, je suis convaincu que chez mon malade la phlébite du pli de l'aine a été causée par la compression faite sur l'artère et la veine au moment de l'amputation.

PRÉSENTATION DE PIÈCES ANATOMIQUES

Section des artères par des projectiles de guerre. — M. VERNEUIL. Je présente deux pièces anatomiques relatives à la section d'une grosse artère par projectiles de guerre. J'ai recueilli six observations du même genre; en voici le résumé très-abrégé:

1° Section de l'artère humérale chez un mobile, qui a guéri en huit jours.

2° Section de l'artère humérale; gangrène du membre; désarticulation de l'épaule.

3° Section de l'artère humérale au pli du coude; articulation du coude ouverte; amputation du bras.

4° Section de l'artère humérale au pli du coude; articulation intacte. Le membre est conservé. Le malade est encore en traitement.

5° Section de la tibiale antérieure par éclat d'obus. Je mets sous les yeux de mes collègues cette pièce anatomique; ils pourront remarquer qu'au bout supérieur les tuniques artérielles sont coupées au même niveau; le caillot obturateur a deux centimètres de long; il fait une légère saillie à l'extrémité de l'artère sans présenter de renflement en forme de tête de clou. La même disposition se remarque sur le bout inférieur, qui est occupé par un caillot de 15 millimètres de long.

6° Section de la jambe par éclat d'obus. Quand le malade fut apporté à l'hôpital on voyait les battements de l'artère poplitée qui paraissait bouchée par ce caillot. Ce malade fut amputé, et l'opération faite, j'ai pu disséquer l'artère poplitée que je montre ici. J'ai enlevé cette artère avec les artères articulaires; toutes les tuniques de ces vaisseaux, contrairement à ce qu'on a dit jusqu'ici, sont coupées au même niveau; néanmoins, l'hémorrhagie a été arrêtée par un caillot obturateur qui n'a pas moins de 5 centimètres de long. Comme dans le cas précédent, le caillot fait une légère saillie au bout de l'artère.

Dans tous les cas que je viens d'énumérer, il y a eu section d'une grosse artère sans hémorrhagie grave; chez tous ces malades, les tuniques artérielles étaient coupées au même niveau, et l'hémostase ne peut pas s'expliquer par un mécanisme analogue à celui qu'on observe dans les plaies par arrachement, dans lesquelles toutes les tuniques artérielles se rompent à des hauteurs différentes.

M. DESPRÉS. J'ai observé deux cas analogues à ceux qui viennent d'être cités par M. Verneuil. J'ai vu, à l'ambulance de la rue du Bac un jeune soldat qui reçut une balle qui coupa probablement l'artère humérale et une portion du nerf médian; les battements artériels avaient disparu au pli du coude, à la cubitale et à la radiale. On sentait l'humérale profonde dilatée. Il n'y eut pas d'hémorrhagie, ni primitive ni consécutive.

Pendant la guerre, j'ai vu d'autre part un cas de section de l'artère tibiale postérieure. Le malade n'eut pas d'hémorrhagie. Il mourut d'infection purulente.

M. LARREY. Tous les chirurgiens militaires savent que les plaies par projectiles de guerre peuvent être suivies d'hémorrhagies immédiates ou consécutives; mais d'autres fois l'hémorrhagie n'a pas lieu, et on a expliqué ce fait en disant que les artères étaient étirées ou tordues comme dans le procédé de torsion imaginé par Amussat.

Dans les faits recueillis par M. Verneuil, la section de l'artère paraît nette; mais il est probable que malgré cet aspect les artères ont subi un certain degré de contusion qui a favorisé la formation du caillot obturateur, le bouchon de J.-L. Petit.

M. VERNEUIL. On a cru pendant longtemps que les plaies par armes à feu n'étaient pas compliquées d'hémorrhagie; c'était là une erreur qui a été réfutée par les chirurgiens militaires et par M. Legouet en particulier; mais il n'en reste pas moins avéré que dans bon nombre de cas l'hémorrhagie ne se produit pas.

On a dit que les artères échappent à la section, grâce à la souplesse et à la graisse celluleuse qui les entoure; mais dans les faits que j'ai recueilli, les artères étaient réellement coupées, et j'avoue que je suis un peu embarrassé pour expliquer comment une grosse artère qui paraît nettement coupée en travers ne donne pas lieu à une hémorrhagie abondante.

Dans une plaie par arrachement, la tunique est travaillée, elle s'effile; dans la torsion d'Amussat, c'est encore la tunique externe qui forme un chapiteau, une sorte de capuchon qui recouvre l'artère; d'autres fois la construction musculaire rétrécit l'extrémité de l'artère et le caillot obturateur va en diminuant de calibre à mesure qu'il se rapproche du bout de l'artère; c'est là une disposition particulière du callot qu'on trouve assez souvent au bout inférieur de l'artère. Ici rien de pareil n'a eu lieu; l'artère est fermée par un caillot obturateur qui présente partout le même diamètre, sans bouchon extérieur en forme de tête de clou; néanmoins l'hémorrhagie n'a pas eu lieu et le mécanisme de l'hémostase reste douteux.

M. TRÉLAT. Rien ne prouve que les tuniques internes aient été coupées au même niveau que la tunique celluleuse, et il serait possible que la formation du caillot cylindrique eut été favorisée par le refoulement de la tunique interne, rebroussée à l'intérieur des tuniques externes.

(A suivre.)

DOCUMENTS

POUR SERVIR A L'HISTOIRE DU MOUVEMENT SCIENTIFIQUE PENDANT LE SIÉGE DE PARIS (1).

23 JANVIER

XLV. **Plaies d'armes à feu.** — M. le docteur Bouchut publie dans le *Journal officiel* l'article suivant :

DES PLAIES D'ARMES A FEU AU XV[e] ET AU XIX[e] SIÈCLES

Au quinzième siècle, l'homme n'avait pas encore fait sortir de la découverte du moine Roger Bacon, sur la poudre de guerre, tout le parti qu'il en tire aujourd'hui pour sa propre destruction. C'était le temps des arquebuses et des mauvais canons. En raison du nombre assez restreint des projectiles lancés, le courage humain n'était pas paralysé par le spectacle des ravages de la tuerie moderne et il pouvait se déployer dans toute son énergie. La lutte des armées en campagne n'était pas aussi meurtrière qu'elle l'est de nos jours, et l'ardeur ou la foi des combattants dans la justice de leur cause pouvait, en excitant leur enthousiasme, changer en leur faveur l'issue des combats.

Aujourd'hui, la vaillance personnelle est soumise à une épreuve infiniment plus redoutable, car il lui faut lutter contre la science qui, multipliant le nombre et la portée des projectiles lancés dans un court espace de temps, la domine par ses calculs, et lui ôte une partie de ses ressources d'autrefois. A nombre égal, les plus savants sont les plus forts. Soyons donc savants.

Si l'art de la guerre et ses conditions ont changé, l'art de guérir les blessures de la guerre, surtout les plaies d'armes à feu, n'a pas moins été profondément modifié. Entre ces deux métamorphoses, il y a cependant une bien grande différence. Les perfectionnements de l'art militaire sont la honte de l'humanité, ceux de la chirurgie en sont la gloire. Plus que jamais cette science peut dire :

Ad cædes hominum prisca amph theatra patebant ;
Ut longum discant vi ere nostra pat nt.

Au commencement du seizième siècle, après le fléau de la guerre, il y avait le fléau des barbiers chirurgiens. Quelle barbarie dans le traitement des plaies d'armes à feu! Être blessé n'était rien en comparaison des atrocités qu'il fallait subir après sa blessure.

Dans la croyance où l'on était alors que les plaies d'armes à feu étaient envenimées et empoisonnées en raison de leur couleur noire, gangréneuse, les uns donnaient de la thériaque à l'intérieur pour neutraliser le venin, les autres y passaient le fer rouge, de l'huile bouillante, du vitriol ou du sublimé corrosif pour anéantir le poison. Ces dernières pratiques, qui étaient celles de Jean de Vigo et d'Alphonse de Ferri, avaient prévalu et elles étaient devenues générales. Ce n'était pas assez d'être blessé, il fallait encore après subir la torture du fer rouge ou la brûlure à l'huile bouillante. Puis, pour calmer la douleur inutilement provoquée, on couvrait la plaie de lard, de beurre frais ou de jaune d'œuf battu dans l'essence de térébenthine.

Si la plaie était compliquée de fracture des os et que l'amputation fût jugée nécessaire, une fois le membre abattu on avait encore ici recours au fer rouge pour cautériser la plaie et arrêter l'hémorrhagie.

Franchement, c'était bien mal récompenser le courage d'un brave soldat que de lui infliger de pareilles souffrances après son malheur d'avoir été blessé, et on a quelque peine à s'imaginer comment avait pu naître et se perpétuer l'idée d'un semblable traitement. Cela s'explique cependant lorsqu'on sait que la chirurgie, telle qu'elle s'enseigne et se pratique aujourd'hui, était alors repoussée de la Faculté et abandonnée à la corporation des barbiers chirurgiens.

Une des puissances de ce monde avec laquelle on a souvent tort de ne pas compter, tant elle a de force pour déjouer les combinaisons les mieux établies en apparence, vint renverser ce système de torture inutile et lui substituer des procédés moins douloureux. Le hasard, qui reste tel pour le vulgaire et qui donne au génie des leçons dont il sait profiter, est l'auteur de la réforme dont l'humanité a tiré un si grand profit.

Ce fut en 1536, après la rupture de la paix de Cambrai, signée en 1529 entre François I[er] et Charles-Quint. Celui-ci avait envahi la Provence, et la lutte avait commencé. Divers combats avaient eu lieu, et la chirurgie, meilleure d'intention que d'action, prêtait ses douloureux secours aux blessés. Après l'affaire du Pas-de-Suze, le tour des chirurgiens pour accomplir leur mission était venu. Parmi eux se trouvait Ambroise Paré, âgé de 19 ans, chirurgien du maréchal de Monte-Jan, et qui, après avoir vu opérer les autres, allait faire de même. Par un hasard heureux, l'huile bouillante ayant manqué, il ne put, selon la règle, cautériser aucune blessure, ce qui le remplit d'inquiétude et l'empêcha de dormir à son aise; mais, à sa grande admiration, ses blessés se trouvèrent mieux que les autres qui avaient subi la cautérisation.

Ce qui aurait pu passer inaperçu sous les yeux d'un esprit systématique et borné fut un trait de lumière pour A. Paré, qui dès ce jour renonça à cautériser les plaies d'armes à feu et s'appliqua à faire prévaloir l'idée d'un traitement plus simple et surtout moins douloureux. Il y a réussi, et c'est là l'origine de la réforme dont nos blessés bénéficient encore aujourd'hui. La science n'a pas moins profité de cette heureuse innovation que l'humanité, car elle dut abandonner la supposition que les blessures d'armes à feu étaient brûlées et empoisonnées. On vit alors que les balles n'étant pas chaudes, ne pouvaient brûler, et que la poudre ne renfermant pas de poison, ne pouvait engendrer aucun venin. La coloration noire des plaies s'expliqua par une sorte de gangrène superficielle, limitée, due à la violente contusion du projectile, et l'on mit ainsi en rapport la théorie avec les pratiques nouvelles.

Si l'on ajoute à cela l'idée de mettre temporairement les blessés dans la position où ils se trouvaient en recevant le coup de feu, afin de faciliter l'extraction de la balle ; puis, la ligature des artères d'un membre amputé pour remplacer la brûlure des parties avec le fer rouge, on verra que la science n'a pas déployé moins de génie dans la conservation des victimes de la guerre que la balistique n'en avait fait preuve dans le but de les multiplier.

La première de ces innovations eut lieu en 1543, au camp de Perpignan, à l'occasion d'un coup de feu reçu par le maréchal de Brissac, dans les environs de l'omoplate droite. Les chirurgiens n'avaient pu trouver la balle. Paré fut envoyé, et dès qu'il eut fait mettre le blessé dans la position qu'il occupait en recevant le coup, il trouva sous la peau une balle qu'il fit extraire par Nicolas Lavernault, chirurgien du Dauphin.

L'autre invention résulta de cette induction légitime que la ligature des artères divisées réussissant à arrêter les hémorrhagies d'une plaie, elle devait également réussir contre les hémorrhagies de l'amputation d'un membre. A la première occasion qui s'offrit au siége de Damvilliers, en 1552, M. de Rohan ayant eu la jambe broyée d'un coup de couleuvrine, Ambroise Paré fit l'amputation, et au lieu d'appliquer le fer rouge, il fit la ligature des artères et sauva son malade.

Ce fut partie gagnée, et la routine venait d'être vaincue par un barbier chirurgien.

A cet égard, *la Méthode de traicter les playes faictes par les hacquebutes et aultres bastons à feu, etc., composée par Ambroise Paré, maistre chirurgien à Paris*, est une des œuvres qui honorent le plus la chirurgie française, et dont l'humanité devra conserver l'inaltérable et reconnaissant souvenir. Plusieurs fois réimprimée du vivant de son auteur et placée dans la collection de ses œuvres, elle reste comme un témoignage de sagacité et d'ingéniosité digne des plus grands éloges.

La réforme dont Paré se fit le promoteur ne s'accomplit pas sans résistance, et il fallut bien des années p ur qu'elle devînt générale. Acceptée par quelques chirurgiens, repoussée par les autres, elle eût été très-périlleuse pour son auteur s'il n'eût pas été en aussi grande faveur à la cour. La Faculté, qui ne songeait qu'à abaisser la corporation des maîtres barbiers chirurgiens en voulant la réduire à un rôle de *mestier manuel*, n'attendait qu'une occasion favorable pour sévir. Paré la lui offrit en publiant une relation des épidémies de rougeole, de petite-vérole et de peste qu'il avait observées et où il vantait l'antimoine. Le 28 mai 1575, il fut par elle déclaré « notoirement ignare et ne connaissant pas les premiers éléments de la grammaire et des langues latine et grecque. » De plus, on le déféra au Parlement.

Le prévôt et les échevins demandèrent que son livre fût brûlé comme renfermant des choses impudiques et contraires à la morale publique, et que dorénavant les livres de médecine et de chirurgie ne pussent être imprimés ni vendus sans autorisation de la Faculté. Un arrêt du Parlement, du 14 juillet 1575, confirma cette décision, et, le 3 avril 1578, Paré passa sous les ciseaux de la compagnie de la rue de la Bucherie pour y être examiné et châtié comme il le méritait.

L'histoire ne nous dit pas si Paré, « l'ignare, ne connaissant ni le français, ni le latin, ni le grec, » a beaucoup souffert de ces injures de la Faculté, ni de cet arrêt du Parlement, ni des mutilations de son œuvre par la censure des Liebault, des Marescot, des Latour, des Hautain, des Lusson, des Rebours et des Heron, commissionnés par la science officielle du temps; mais les blessés qu'on ne brûlait plus à l'huile bouillante ni au fer rouge n'en souffrirent guère.

Ce fut le principal pour l'humanité, qui eut la faiblesse, bien ex-

(1) Suite. — Voir le dernier numéro.

cusable, à mon sens, de préférer l'art bienfaisant d'un barbier dépourvu de grec et de latin aux douloureuses façons d'agir des théoriciens latinistes que l'expérience n'instruit jamais. La réforme de Paris se propagea partout et, soit en théorie, soit en pratique, elle est le fond des procédés actuels de la chirurgie. Sauf des modifications de détail, son principe reste intact, et, consacré par une expérience déjà bien longue, il n'est guère à craindre qu'il puisse péricliter.

Ce que la chirurgie moderne a fait à l'égard des plaies d'armes à feu est considérable, mais ne porte pas atteinte à ces principes. On a modifié les règles relatives à l'extraction des projectiles, à l'époque des amputations jugées nécessaires par la gravité des désordres produits; mais, si ce sont là des choses de la plus grande importance pour le salut des blessés, ce ne sont pas des réformes qui puissent faire date dans l'histoire de la science. Il y a cependant parmi les procédés actuels de traitement des plaies d'armes à feu, des découvertes qui ajoutent aux premiers bienfaits de l'art compatissant du célèbre Paré, celles d'une chirurgie conservatrice et maîtresse de supprimer la douleur.

Ainsi, au dix-huitième siècle, en 1768, Whytt, chirurgien de Manchester, a, pour la première fois, essayé de conserver aux blessés un membre dont les os étaient fracassés, en substituant la *résection* des parties osseuses à l'*amputation*. Au lieu d'enlever le bras d'un soldat dont l'os avait été mis en éclats vers sa partie supérieure, à l'épaule, il se contenta d'enlever les fragments ou *esquilles*, et il fut assez heureux pour lui conserver le coude et la main avec tous leurs mouvements.

L'exemple fut aussitôt suivi, et maintenant, quand cela est rendu possible par le genre des blessures, tous les chirurgiens essayent, par une résection habilement faite, de conserver la main ou le pied au lieu d'amputer la totalité du membre. Le bras ou la jambe sont plus courts, mais ne vaut-il pas mieux cette difformité qu'une horrible mutilation? D'ailleurs les mouvements des doigts sont conservés, comme le sont ceux de la jambe, qui peut servir à la station ou à la déambulation, et sous ce rapport, en se faisant conservatrice, la chirurgie des plaies d'armes à feu a réalisé un immense progrès.

En ce moment même, dans nos ambulances, se trouvent des blessés que j'ai vus, ayant subi cette résection d'un des os de l'épaule, du coude et du genou, et qui auront le bonheur de conserver un membre fracassé qu'ils eussent perdu à une autre époque ou entre les mains de chirurgiens moins ingénieux ou moins expérimentés.

La dernière conquête de la chirurgie des plaies d'armes à feu, la plus étonnante peut-être et la plus heureuse pour les pauvres blessés, date de ce siècle. C'est la suppression de la douleur, qui laisse au chirurgien toute sa tranquillité morale et qui lui permet d'agir sans précipitation pour exécuter avec plus de soin les infinis détails d'une opération délicate et difficile. A l'aide des vapeurs soporifiques du chloroforme, l'opérateur plonge son malade dans un tel état de sommeil et d'insensibilité qu'il lui enlève toutes les angoisses physiques et morales de l'opération, et qu'au réveil le malheureux se cherche lui-même pour savoir ce qui lui manque. Pendant trois quarts d'heure on a pu disséquer le pourtour d'un de ses os en éclats pour en extraire les fragments sans rien blesser d'utile, et il ne s'en est pas aperçu. Quelle merveille, et que nous sommes loin du temps où ce pauvre blessé se serait tordu de douleur sous l'action de l'huile bouillante et du fer rouge!

Voilà les différences du traitement des plaies d'armes à feu au quinzième et au dix-neuvième siècle. A la théorie de l'empoisonnement de toutes ces plaies, la chirurgie a substitué le fait de l'attrition par la force d'impulsion des projectiles; à la cautérisation par l'huile bouillante, au prétendu venin, elle a opposé les pansements simples; au fer rouge contre l'hémorrhagie des amputations, elle a préféré la ligature; dans ses idées conservatrices, elle a imaginé les résections, et enfin, par un dernier triomphe sur la sensibilité des organes, elle s'est mise en possession du pouvoir d'anéantir la douleur.

Dirai-je maintenant ce qu'il convient de faire dans les plaies d'armes à feu dont la guerre actuelle nous a fourni tant d'exemples? Assurément non. C'est une affaire de métier qui ne serait pas ici à sa place. Les grandes ambulances chirurgicales de la Presse, de la Société internationale, des hôpitaux civils et militaires sont remplies de savants qui ont qualité pour faire avec toute l'habileté désirable ce qu'il serait inutile et inopportun d'exposer ici. — Bouchut.

XLVI. **Bulletin des décès.** — Les chiffres du dernier Bulletin des décès parlent malheureusement assez par eux-mêmes pour que nous nous dispensions de tout commentaire; nous les donnons en indiquant les différences qu'ils présentent avec ceux de la semaine précédente.

Causes de décès du 14 au 20 janvier 1871.

Variole...........	380,41	en plus
Scarlatine.........	8,3	en moins
Rougeole..........	44,4	en plus
Fièvre typhoïde......	375,74	—
Érysipèle..........	18,8	—
Bronchite..........	598,141	—
Pneumonie..........	426,36	—
Diarrhée...........	137,6	en moins
Dysenterie.........	42,4	—
Choléra............	0,0	
Angine couenneuse...	13.9	en moins
Croup.............	27,7	en plus
Affections puerpérales.	15,4	—
Autres causes.......	2,382,93	—
Total............	4,465, 483	en plus

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois... 8 fr. 50 c. Six mois... 16 — Un an..... 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes

SOMMAIRE. — CLINIQUE MÉDICALE DE L'HÔTEL-DIEU. Leçons sur la pleurésie et la thoracentèse (M. Béhier). — Une formule pour le traitement de la chlorose (M. Delioux de Savignac). — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — Documents pour servir à l'histoire du mouvement scientifique pendant le siége de Paris.

Paris, le 11 septembre 1871.

CLINIQUE MÉDICALE DE L'HOTEL-DIEU.

M. BÉHIER.

Leçon sur la pleurésie et la thoracentèse.

(Les observations de thoracentèse que nous avons rapportées dans les deux numéros précédents et les réflexions pratiques auxquelles elles ont donné lieu de la part de M. le docteur Constantin (Paul) nous ont fait remettre la main sur des notes qui nous étaient restées d'une leçon clinique faite sur ce sujet par M. le professeur Béhier à la clinique de l'Hôtel-Dieu, au commencement de l'année dernière. Bien que les souvenirs, un peu effacés par tous les événements qui se sont succédé depuis cette époque, ne nous permettent guère d'espérer que nous puissions reconstituer cette leçon intégralement et dans tous ses points, nous avons cru utile néanmoins d'en reproduire les parties principales).

Le nommé P..., âgé de 26 ans, d'une constitution vigoureuse, palefrenier, entre le 7 janvier à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Jeanne, n° 31, malade depuis 9 jours. Le 30 décembre, il s'était levé bien portant, mais dans la journée il éprouva un malaise avec de la toux et une céphalalgie intense ; le soir, en se mettant au lit, il fut pris d'un frisson violent qui ne dura pas moins d'un quart d'heure, suivi de sueurs abondantes. Il ne pouvait déjà plus, à ce moment, se coucher sur le côté droit sans étouffer ; il ressentait immédiatement au-dessous de la dernière côte un violent point de côté qui, après avoir duré deux ou trois jours, disparut.

Le 2 janvier, un médecin consulté ordonna un vomitif qui fit peu d'effet ; il n'y eut que quelques vomissements et quelques selles très-peu abondantes.

Le 8 janvier, le lendemain de son entrée à l'hôpital, à la visite, on constata un épanchement occupant toute la cavité pleurale gauche. La percussion donne une matité absolue jusque sous la clavicule. Le murmure respiratoire ne s'entend pas. Il y a du souffle trachéal, presque amphorique, dans la fosse sus-épineuse. Les vibrations thoraciques ont disparu de ce côté. Le cœur ne bat plus à sa place habituelle ; il est refoulé par l'épanchement à droite ; on entend le maximum des bruits à 4 centimètres environ du bord droit du sternum. La gêne respiratoire est considérable. La peau est sèche et brûlante, le pouls fréquent.

Aucun doute n'était permis sur le diagnostic : début brusque par un frisson et douleur de côté ; matité complète du côté gauche de la poitrine, avec absence de vibrations et perte de toute élasticité ; point de sonorité exagérée sous la clavicule, pas de bruit skodique ; matité absolue dans cette région comme dans toutes les autres ; souffle et égophonie, ne se percevant seulement qu'au niveau des racines bronchiques ; rien ne manquait. On avait évidemment affaire à une pleurésie du côté gauche avec épanchement. La vigueur du sujet d'une part et le côté de la pleurésie (côté gauche) indiquaient déjà que l'on avait affaire à une pleurésie simple, primitive, la pleurésie symptomatique de la tuberculose siégeant le plus souvent à droite. Il y avait peu de réaction, plus de douleur depuis que l'épanchement s'était produit, et la dyspnée n'avait lieu que pendant les mouvements. Malgré cette bénignité apparente, il y avait lieu de se méfier et de se tenir sur ses gardes, la pleurésie du côté gauche étant une maladie toujours dangereuse et susceptible d'entraîner la mort au moment le plus inattendu, quoi qu'en aient dit des auteurs, très-respectables d'ailleurs, qui ont trop hâtivement conclu à la bénignité habituelle de la pleurésie primitive, en se fondant sur des statistiques faites avec de trop petits nombres. Les causes de ce danger sont : 1° le déplacement du cœur et la gêne qui en résulte dans ses fonctions ; 2° l'asphyxie lente qui résulte de la compression et du refoulement du poumon, et souvent, comme ce cas-ci, la suppression presque complète de la respiration dans dans tout un côté de la poitrine ; d'où l'imminence presque permanente de la syncope. C'est le plus souvent, en effet, à une syncope brusque que succombent ces malades, ainsi que cela est arrivé dans les faits rapportés par MM. Bouchut et Archambault. Voilà un premier motif déterminant en faveur de la thoracentèse, l'indication d'en finir au plus vite avec l'épanchement étant ici formelle. Un second motif se déduit de l'extrême difficulté d'obtenir la résorption d'un épanchement aussi considérable et de la longueur du temps qu'elle nécessiterait. Or tout le monde sait qu'une maladie qui traîne longtemps avec la fièvre et les suppurations interminables qui s'ensuivent ordinairement, est toujours une porte ouverte aux affections tuberculeuses. L'un des moindres inconvénients qui puissent en résulter est la densification, la carnification du poumon par suite de la longue compression à laquelle il a été soumis, et la perte de sa mobilité par suite des adhérences qu'il a contractées.

M. Béhier rappelle à cette occasion qu'il a eu à regretter de n'avoir pas fait la thoracentèse en temps opportun chez un malade qu'il a eu l'année précédente dans son service, et qui, à la suite d'un épanchement pleurétique, traité par les moyens médicaux, a fini par avoir une fistule thoracique qui l'a retenu pendant plusieurs mois à l'hôpital. Aussi est-il d'avis, en présence de tout épanchement pleurétique un peu considérable de pratiquer la thoracentèse. N'eussiez-vous pas à craindre la syncope, dit-il, n'eussiez-vous pas à craindre ultérieurement la tuberculisation, faites la thoracentèse. Si vous ne la faites pas, si vous ne donnez pas promptement une issue au liquide épanché, vous courrez le risque d'avoir plus tard des accidents plus ou moins formidables et tout au moins une déformation irrémédiable de la poitrine.

Ajoutez à cela que la thoracentèse, dont l'utilité est incontestable et suffisamment démontrée maintenant, n'offre réellement pas l'ombre d'un danger, si l'on prend, bien entendu, les précautions convenables; lesquelles consistent principalement : à empêcher la pénétration de l'air dans la poitrine pendant l'opération, soit qu'on se serve à cet effet de la canule armée de baudruche de Reybard, de la seringue aspiratrice ou de tout autre procédé analogue; à faire la ponction dans le sixième espace intercostal, en imprimant au malade une position qui rende ce point déclive ; à n'enfoncer le trocart que d'une quantité limitée par le doigt, de manière à ne pas courir le risque de blesser le poumon, etc.

En conséquence de ces principes et conformément à la prescription de M. Béhier, ce malade fut opéré séance tenante, à l'aide d'un trocart ordinaire, dont la canule avait été préalablement munie de baudruche. L'instrument fut plongé dans le sixième espace intercostal au niveau du bord antérieur de l'aisselle. On recueillit 2,300 grammes d'une sérosité citrine, limpide. A mesure que le liquide s'écoulait, le malade se sentit d'abord soulagé. Cependant, par suite sans doute du déplissement du poumon, il fut pris d'un accès de toux qu'il s'efforçait lui-même de réprimer, et il se plaignit d'étouffer un moment. Dans un mouvement brusque qu'il fit, la baudruche se déchira. Un assistant appliqua immédiatement le doigt sur l'ouverture de la canule, qui fut retirée ensuite, pour appliquer un morceau de diachylon. L'air ne pénétra pas dans la poitrine, ou, s'il en pénétra, ce fut en quantité très-minime, et il n'en résulta aucun accident.

Immédiatement après l'opération, le malade se sentit très-soulagé et respira librement. La matité a disparu presque entièrement, si ce n'est en arrière, à la base du poumon, où on pouvait en constater encore un peu. A l'auscultation, le murmure respiratoire s'entendait dans presque toute l'étendue du poumon, accompagné de frottements pleurétiques très-fins, très-aigus. Le cœur avait repris en partie sa position normale. En faisant suspendre la respiration pendant quelques instants, on percevait dans la région du cœur des frottements dus aux mouvements communiqués à la plèvre par cet organe.

Les jours suivants, il ne restait que peu d'épanchement, le cœur était entièrement replacé dans sa situation normale, la respiration était en grande partie rétablie; point de fièvre, appétit. Tout allait au mieux.

UNE FORMULE POUR LE TRAITEMENT DE LA CHLOROSE

Par M. le docteur DELIOUX DE SAVIGNAC.

C'est une grande erreur de croire qu'avec le fer seul on pourrait guérir une chlorose. La chlorose, qui est essentiellement une maladie de femme, différente de l'anémie, et dans laquelle l'anémie ou plutôt l'aglobulie n'est qu'un élément, offre bien d'autres indications que l'administration du fer. Voici, par exemple, une formule que je propose pour répondre aux indications les plus ordinaires de la chlorose :

Pr. : Tartrate ferrico-potassique...	10	grammes.
Poudre d'aloès............	2	—
— de castoréum........	2	—
— de safran........	1	—
Térébenthine de Venise....	Q. S.	

F. S. A. cent pilules. La quantité de térébenthine nécessaire pour donner à la masse la consistance pilulaire convenable est d'environ 5 grammes; chaque pilule sera donc du poids de 20 centigrammes et contiendra 10 centigrammes de tartrate ferrico-potassique.

Administrez ces pilules au nombre de trois par jour, en commençant; augmentez graduellement d'une pilule par jour, en vous arrêtant au nombre nécessaire pour obtenir et maintenir la liberté du ventre, sans aller jusqu'à la diarrhée; on diminuerait la dose en présence de cet accident. On arrive ainsi jusqu'à six et neuf par jour; il est rare qu'on soit obligé d'en prescrire jusqu'à douze. Fractionnez la dose journalière de ces pilules en trois prises : la première le matin à jeun, la deuxième au commencement du déjeuner, la troisième au commencement du dîner. Il est généralement avantageux de consommer plus de pilules à la première prise qu'aux deux suivantes. A jeun, après le repos de la nuit, l'estomac est mieux disposé à la digestion et à l'absorption des substances médicamenteuses. Si parmi celles-ci il s'en trouve que l'on destine à favoriser les évacuations intestinales, il est plus commode pour le sujet d'en éprouver l'impression dans le cours de la matinée. En conséquence, la dose ordinaire de ces pilules étant de six par jour, le plus habituellement je les répartis ainsi : trois le matin, deux vers midi, une le soir. De même, si j'en dois prescrire un nombre impair, c'est la fraction la plus forte qui sera réservée pour la première prise de la journée.

Il me reste maintenant à justifier la composition de cette formule et à en spécifier les indications.

Le fer y tient la première place. La préparation de ce métal, dont je fais choix, est incontestablement l'une des meilleures. Elle est très-soluble, mieux supportée que beaucoup d'autres par les estomacs délicats, et dispose moins à la constipation. Elle jouirait même d'un avantage spécial, si l'on prend en considération de récentes analyses du sang, lesquelles auraient démontré que, tandis que les sels de soude sont abondants dans le plasma sanguin, les sels de potasse se groupent particulièrement dans les globules. Le sel double dont il s'agit apporterait donc à la reconstitution globulaire du sang deux éléments au lieu d'un, le fer et la potasse, et serait ainsi, physiologiquement parlant, plus rationnel que les sels simples de fer et que les sels doubles de fer et de soude ou d'ammoniaque.

L'un des symptômes les plus habituels de la chlorose est la constipation; on la trouve à un degré plus ou moins prononcé chez la plupart des femmes atteintes de chlorose, de même que chez beaucoup de celles qui, étant ou non chlorotiques, sont atteintes de leucorrhée, d'aménorrhée ou de dysménorrhée. Ce fait n'avait pas échappé à l'attention de nos prédécesseurs du dernier siècle et du commencement de celui-ci, qui plus souvent que nous, ainsi qu'on peut en juger par les anciens formulaires, unissaient les purgatifs aux ferrugineux dans le traitement de la chlorose. L'aloès possède les propriétés multiples des toniques amers, des purgatifs, et surtout des purgatifs qui congestionnent les vaisseaux sanguins de la région ano-génitale. Il agit donc à la fois comme stomachique, comme évacuant, comme emménagogue.

La femme chlorotique est très-fréquemment affectée d'une tympanisation abdominale, parfois excessive, parfois même douloureuse, avec de bruyants déplacements de gaz, mais seulement intérieurs, ce qui prolonge indéfiniment l'état tympanique de l'abdomen. Le castoréum est l'un des meilleurs moyens à opposer à cette pneumatose, à ces coliques flatulentes; en même temps, par ses propriétés antispasmodiques il agit contre les divers troubles nerveux qui font partie du cortège de la chlorose; par son influence spéciale sur l'utérus il favorise l'apparition et la régularisation du flux menstruel. Il facilite aussi les évacuations normales de l'intestin.

Le safran est un calmant, et il entre certainement pour quelque chose dans l'action sédative du laudanum. Je le juge susceptible d'apaiser, avec le castoréum, qui est aussi un calmant, les lésions nerveuses des organes digestifs, traduites par diverses formes de souffrances et si communes dans la chlorose. Il est plus connu comme emménagogue, et en effet son intervention peut être des plus utiles pour vaincre l'inertie ou le spasme qui met obstacle à l'apparition des menstrues.

La térébenthine, en reliant comme excipient les divers ingrédients de ma formule, a en outre pour but de combattre la leucorrhée, accompagnement très-fréquent de la chlorose. Elle est tonique et antinévralgique : elle aide et concourt à l'action purgative de l'aloès, à l'action laxative du castoréum. Elle s'adresse donc aussi à plusieurs des éléments morbides de la chlorose.

Je n'ai pas la prétention d'offrir ici un spécifique de cette maladie; je recommande seulement une combinaison d'agents thérapeutiques, rationnelle en principe, et dont une longue expérience clinique m'a prouvé l'efficacité. L'application de ma formule, d'ailleurs, n'exclut pas l'emploi de tout autre remède approprié aux cas divers, et j'y introduis même des modifications selon les circonstances. Ainsi, lorsque l'aloès agit trop vivement sur les intestins, je le remplace par la rhubarbe ; si, au contraire, la constipation reste opiniâtre, j'ajoute un peu de résine de jalap, de résine de scammonée ou de gomme-gutte. Si le ventre est et demeure libre, j'élimine toute substance purgative. Je maintiens le castoréum et le safran, parce que j'ai surtout en vue d'utiliser la formule en

question chez les chlorotiques dont les règles manquent, tardent ou coulent insuffisamment. L'aménorrhée est en effet l'un des symptômes les plus ordinaires de la chlorose et qu'il importe le plus de combattre. S'il s'agissait au contraire d'une chlorose ménorrhagique, plus fréquente à l'âge de la ménopause qu'à celui de la puberté, mes pilules ne conviendraient plus, et il faudrait là un autre traitement dont je parlerai dans un prochain article.

Quant à la térébenthine, lorsque je crois qu'elle agit trop vivement sur certains estomacs, ou qu'elle provoque des coliques et de la diarrhée, je la remplace par le baume du Pérou.

En résumé, je conseille mes pilules *antichlorotiques* spécialement dans les cas de chloroses où se trouvent, plus ou moins exprimés, les éléments morbides suivants :

Pâles couleurs, appauvrissement du sang, affaiblissement musculaire, mobilité nerveuse, palpitations et spasmes divers, gastralgie ou dyspepsie, pneumatose intestinale, constipation, aménorrhée ou dysménorrhée, leucorrhée.

(*Bulletin de thérapeutique.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 14 juin 1871 (1). — Présidence de M. Blot.

PRÉSENTATION DE MALADES

Kyste de l'ovaire, compliqué d'ascite et d'un corps fibreux sous-péritonéal de l'utérus. — Ovariotomie avec excision du corps fibreux. — Guérison. — M. PANAS. Le fait que j'ai l'honneur de présenter à la Société tire sa principale signification de ce qu'il s'agit ici d'un succès d'ovariotomie, obtenu dans Paris et, qui plus est, à l'hôpital. Du reste, le cas était des plus graves, et en même temps que l'ovaire, on dut extirper un corps fibreux de l'utérus.

La malade, qui fait le sujet de cette observation, m'a été adressée par notre savant collègue M. Verneuil, qui a bien voulu m'assister à l'opération, ainsi que M. Boinet, dont nous connaissons tous l'expérience en pareille matière, et mon excellent collègue M. Alphonse Guérin.

Permettez-moi d'ajouter que la malade fut placée, non pas dans les salles, mais dans un petit chalet isolé, système prussien, dont l'administration a bien voulu doter l'hôpital Saint-Louis, ce qui prouve qu'au sein même de la capitale, on peut obtenir des résultats opératoires excellents, à la condition expresse de changer les dispositions actuellement existantes dans nos grandes salles d'hôpital. C'est même pour cette raison que M. Verneuil n'a pas osé opérer la malade dans son service de Lariboisière, et qu'il a bien voulu me la confier.

Avant d'entrer dans les détails opératoires, permettez-moi de rappeler succinctement l'historique de la maladie.

La patiente fait remonter le début de son mal en janvier 1869, mais elle ne s'est aperçue réellement de l'existence de sa tumeur qu'au mois de *mai* de la même année. Un médecin qu'elle consulta à cette époque la déclara enceinte. Les règles n'avaient pas cessé pourtant, mais elles étaient devenues irrégulières. Le mal est allé ensuite en augmentant jusqu'au 15 janvier 1870, époque à laquelle on fit une ponction au trocart, qui permit de retirer trois litres environ d'un liquide filant, couleur chocolat.

L'amélioration ne fût que temporaire, et au bout de quelques jours la malade éprouva des douleurs abdominales vives, qui la forcèrent de garder le lit pendant cinq jours, et nécessitèrent l'application de sangsues et de frictions mercurielles sur le ventre. A partir de ce moment, la tumeur n'a fait que croître, puis survient de l'amaigrissement ; les forces, les règles s'arrêtent tout à fait dès le mois de mai, puis des accès fébriles se sont montrés le soir, et la malade réduite à la peau et les os, tomba dans le marasme. La malade, quoique mariée, n'a jamais eu d'enfant.

Etat au moment de l'opération. — L'abdomen, au niveau de l'ombilic, mesure 140 centimètres de circonférence. Des veines volumineuses se dessinent sous la peau du ventre qui est lisse, sèche et décolorée. La cicatrice ombilicale est effacée en partie, ce qui, joint à l'ondulation qu'on perçoit à la main, à l'occasion de la plus légère secousse, indique que du liquide est épanché dans le péritoine. A l'aide d'un examen plus approfondi, on sent que cette couche liquide se déplace, et l'on arrive sur une tumeur irrégulière, d'une consistance variable, d'un point à un autre, preuve que l'on a affaire à un kyste multiloculaire.

La tumeur, qui proémine davantage à droite qu'à gauche, jouit d'une certaine mobilité en masse; et par le toucher vaginal, combiné au toucher hypogastrique, on peut s'assurer de son indépendance d'avec la matrice, qui est en antéversion avec légère interversion à gauche.

L'état général est des plus mauvais : joues creuses, yeux enfoncés dans l'orbite, peau ridée, membres grêles, quoique non œdématiés, pouls filiforme à 76 pulsations par minute, sueurs nocturnes, endolorissement du ventre, inappétence complète, urines peu abondantes et chargées, selles rares et parfois diarrhéiques, fleurs blanches, enfin dyspnée et insomnie. La malade passe une grande partie de son temps au lit et ne se lève que pour faire péniblement quelques pas et pour s'asseoir.

Le diagnostic porté fut le suivant : « kyste multiloculaire de l'ovaire droit, avec adhérences péritonéales limitées, interposition de liquide acétique entre la tumeur et les parois.

Le 4 août 1870, on procède à l'opération comme il suit :

Chloroformisation qui fut complète et facile sans vomissements ni accidents d'aucune sorte. Section classique sur la ligne médiane, depuis l'ombilic jusqu'à la symphyse pubienne. Le péritoine étant incisé, il s'écoule une grande quantité de sérosité citrine, contenant quelques flocons albumineux. Nous avons pu l'évaluer à deux ou trois litres. La main passée largement entre les parois et la tumeur décolle quelques adhérences récentes faciles à déchirer. Un gros trocart d'ovariotomie, enfoncé dans la grande poche qui se présente la première, permet d'extraire deux litres environ d'un liquide glaireux *puriforme*. Une deuxième poche plus petite est évacuée de même, ce qui permet de saisir le reste de la tumeur à l'aide de fortes pinces à érignes, et de l'attirer suffisamment au dehors, pour la tenir à pleines mains. Deux adhérences épiploïques assez solides sont détruites, et, pour prévenir l'hémorrhagie, on y jette deux ligatures avec du fil ordinaire. Le pavillon de la trompe du côté opposé adhère très-solidement à la face postérieure du kyste, ce qui oblige d'en faire l'excision et d'y appliquer un nouveau fil. La tumeur cède alors complétement à la traction, et nous tombons sur son pédicule qui est large de quatre à cinq centimètres et long d'à peu près autant.

En suivant le procédé de M. Boinet, une première ligature, à l'aide d'un très-gros fil, est placée à la racine du pédicule et le *clamp* fortement serré par-dessus. De cette façon on n'a pas à craindre d'hémorrhagie consécutive, si par malheur le clamp venait à lâcher.

Le pédicule une fois coupé en deçà du *clamp*, on procède à l'exploration de l'ovaire du côté *gauche* qui fut trouvé absolument sain. Par contre, il y avait un corps fibreux sous-péritonéal (offrant aussi quelques adhérences, à en juger par la répétition des douleurs péritonéales éprouvées par la malade), du volume d'un gros œuf de pigeon, et qui tenait à la face postérieure de l'utérus par un large pédicule immobile. Une forte ligature fût appliquée à la base de cette tumeur qui a pu être excisée au bistouri, sans qu'il s'en écoulât une seule goutte de sang. De cette façon, une mince couche du myôme restait, il est vrai, adhérente à l'utérus, mais nous avons préféré cela à nous exposer à sculpter la racine de la tumeur en plein tissu utérin.

On procéda ensuite à la toilette du péritoine avec le plus grand soin, ce qui permit de constater des signes évidents de péritonite récente (aspect tomenteux et coloration lie de vin du péritoine, fausses membranes molles sur les circonvolutions intestinales).

Il va sans dire que pendant tout le cours de l'opération, des précautions furent prises pour empêcher la pénétration du liquide kystique dans l'abdomen, et l'issue des intestins qui, en vérité, n'ont montré aucune tendance à se porter au dehors.

A l'aide d'un point de suture métallique profond, traversant à la fois les deux lèvres de la plaie et le pédicule, on fixa celui-ci et le *clamp* contre l'angle inférieur de la plaie. Ensuite à l'aide de cinq points de suture profonde, comprenant le péritoine, et de *sept* autres superficiels, comprenant la peau, on ferma complétement la plaie qui offrait 15 à 16 centimètres de longueur.

La surface sectionnée du pédicule fut touchée avec un pinceau trempé dans le perchlorure de fer. Tous les fils des ligatures étant fixés avec du collodion, le ventre une fois couvert de plusieurs couches d'ouate et modérément serré à l'aide d'un bandage de corps, on transporta la malade dans son lit, placé à côté et pourvu d'alèzes chaudes, ainsi que de bouteilles d'eau chaude pour les pieds et les mains.

L'opération a duré en tout trois quarts d'heure, pendant lesquels on est revenu à différentes reprises aux inhalations de chloroforme. Du reste, aucune ligature artérielle n'a été nécessitée pour la section de la paroi ventrale, et c'est à peine si la malade a perdu quelques grammes de sang veineux dans tout le cours de l'opération.

L'examen de la tumeur démontre qu'elle était constituée par deux larges poches, plus cinq ou six autres d'un moindre volume, plus des masses charnues représentant le huitième environ du volume total de la tumeur.

Il est à ajouter que les parois des grands kystes étaient épaissies, proliférantes et d'un brun ardoisé, preuve qu'elles avaient été enflammées, ainsi que l'indique du reste la présence du pus dans le liquide kystique.

Le jour de l'opération, la malade est restée calme, sauf quelques vomissements chloroformiques qui lui ont fait rendre le bouillon froid et le champagne pris après l'opération.

Le pouls est à 78. Elle urine spontanément dans l'après-midi.

Le 5 août au matin, le pouls est à 76 et monte à 96 le soir. Nuit assez calme, pas de douleur abdominale. Elle supporte bien deux verres de lait froid coupé avec de l'eau, tandis qu'elle vomit le champagne.

Le 6, elle vomit encore le champagne, ce qui fait qu'on le supprime complétement et qu'on administre exclusivement du lait. La langue est un peu sèche. Le pouls est de 92 le matin et de 96 le soir. La température axillaire est de 38°,4. Enfin, le ventre se montre légèrement ballonné et douloureux. Frictions mercurielles sur le ventre.

Le 7, même état. Pouls à 96 le matin et 108 le soir. Température du matin 37°,6, et du soir 39°,2.

Le 8, pouls 100 et 112. Température 39°,2. Coliques, léger ballonnement. — Vingt gouttes de laudanum à l'intérieur et des cataplasmes au laudanum sur le ventre.

Le 9, pouls 104 et 102; température 38°,4 et 38°,8. Coliques moins vives, nausées. Selles normales à la suite d'un lavement laxatif. Ballonnement moindre. — Dix centigrammes d'opium furent administrés, après quoi elle supporte du bouillon et du lait.

Le 10, pouls 104 et 108. Temp. 37°,4 et 38.—Nausées, puis deux vomissements bilieux. — Prend vingt-trois centigrammes d'extrait d'opium, et l'on continue les cataplasmes laudanisés.

Le 11, pouls 100 et 112. Temp. 37° et 38°,4. Vomissements bilieux, nausées continuelles, coliques vives. — Laudanum à l'intérieur et sur les cataplasmes.

Le 12, pouls 94 et 102. Temp. 36°5 à 37°. Plusieurs vomissements bilieux, faciès tiré, coliques, sueurs visqueuses. — Même prescription.

Le 13, même état. Hoquet. Pouls 100 et 104.

Le 14, pouls 126. Temp. 36°,5. Quelques plaques de muguet sur la langue. Même état général.

Le 15, pouls, 100 et 125. Temp. 38°,5 et 37°. Même état général.

Le 16, pouls 100 et 105. Temp. 36°8. Pouls plus ranimé. Il y eut deux vomissements. Faciès meilleur. Ballonnement moindre.

Le 17, pouls 100. Temp. 36°. N'a plus vomi. A mangé une panade et a bien dormi.

Le 18, pouls 100 et 105. Temp. 36°,2. Prend des potages et une panade. Plusieurs selles diarrhéiques.

Le 19, pouls 96. Temp. 36°,5. A vomi deux fois dans la nuit. Malgré cela, le faciès est meilleur.

Le 20, pouls 96. Temp. 36°5. Trois vomissements la nuit.

Le 21, pouls 96. Temp. 37°. Deux vomissements. Mange un peu de poulet.

Le 22, pouls 100. Temp. 36°,5. Le mieux continue.

Le 23, pouls 96. Temp. 36°5. Plus de vomissement. Garde ce qu'elle mange et marche manifestement vers la guérison.

Le 30 elle est en pleine convalescence.

Divers points méritent une mention spéciale :

En premier lieu, il est à noter que, malgré les signes menaçants de péritonite tels que : vomissements prolongés, coliques vives, prostration et accélération du pouls, l'opérée n'a pas moins guéri, et à cet égard la thermométrie nous a fourni un autre pronostic très-favorable, puisque, à l'exception des 7e et 8e jours, où la température a atteint 39°,2, celle-ci a flotté entre 38° et quelques dixièmes jusqu'au 11e jour, pour tomber à 36°5, et cela jusqu'à la fin de la guérison.

De toutes les substances essayées pour alimenter la malade, celle qui nous a réussi le mieux fut le lait froid coupé avec de l'eau, alors que le bouillon et le champagne étaient rejetés.

Le lavement purgatif, administré le *cinquième* jour, en vue de diminuer le ballonnement du ventre et pour dégager le tube intestinal, nous a semblé avoir agi défavorablement sur la péritonite en voie de développement, ce dont nous nous rendons compte par les mouvements péristaltiques provoqués par le lavement; aussi, une autre fois, nous comptons être plus réservés sur l'emploi de ce moyen dans les premiers jours, et, à moins d'indications spéciales, l'opium qui paralyse l'intestin nous paraît convenir davantage.

Ajoutons enfin qu'à partir du 15e jour de l'opération, la malade rendait par le vagin un liquide roussâtre très-fétide qui se répandait sur les alèzes et que nous avons cru être du liquide péritonéal accumulé dans l'excavation pubienne et aspiré par la trompe coupée, agissant ici à la manière d'un siphon ; à moins qu'on ne préfère supposer une toute petite perforation vaginale à l'endroit du cul-de-sac vaginal postérieur. Quoi qu'il en soit de l'explication, cet écoulement nous a paru coïncider avec l'amélioration de l'état général, et l'on sait d'ailleurs toute l'importance que M. Kœberlé (de Strasbourg) attache à évacuer après l'opération le liquide fétide qui s'amasse habituellement dans le petit bassin.

Deux mois après l'opération, cette femme paraissait d'une santé florissante, avait engraissé comme jamais elle ne l'avait été de sa vie, et possédait un appétit insatiable. Les règles, suspendues depuis plusieurs mois, sont revenues normales et abondantes, comme vous pouvez le constater actuellement sur la malade, qui veut bien se prêter à votre examen. La seule trace d'une affection qui l'avait conduite si près du tombeau se résume en une cicatrice de quelques centimètres sur la ligne blanche.

A ce niveau, et pendant la station, il existe une tendance à la saillie des parois, autrement dit à *l'éventration*, qui réclame l'usage d'une ceinture appropriée. La malade n'en souffre d'ailleurs point, et, comme elle vous le dira, elle vient d'arriver à pas accélérés de Montmartre ici sans avoir éprouvé la moindre gêne.

M. DEPAUL. L'observation qui nous est communiquée par M. Panas me remet en mémoire un fait que j'ai observé il y a quinze ou dix-huit mois à l'hôpital des Cliniques. Une malade atteinte de kyste de l'ovaire était entrée dans le service de M. Richet, qui devait pratiquer sur elle l'opération de l'ovariotomie; mais il voulut d'abord pratiquer une simple ponction pour mieux juger de l'adhérence ou de la liberté de la tumeur. En faisant cette ponction, M. Richet s'aperçut que la malade était enceinte, et il la fit passer dans un service où elle accoucha. Le kyste disparut après la ponction faite par M. Richet, et la guérison en a, je crois, été radicale. C'est là un fait très-heureux et un peu insolite, quoiqu'il ne soit pas unique dans la science.

M. LEGOUEST a vu récemment une opération d'ovariotomie faite par Spencer Wells sur la femme d'un médecin. Cette dame était enceinte de 4 mois environ. Elle guérit et accoucha à terme. Malgré un tel succès, il n'en reste pas moins établi que la grossesse constitue une contre-indication formelle pour l'ovariotomie.

MM. FORGET et DEPAUL demandent à M. Panas de bien préciser les rapports de la tumeur fibreuse de l'utérus qui fut extirpée en même temps que l'ovaire malade.

M. PANAS. Le corps fibreux était sessile, sans mobilité sur le tissu utérin. Il était gros comme un œuf de pigeon et adhérait à la face postérieure de l'utérus, sans tendance à se pédiculiser. Je fis à sa base une ligature très-forte, et je l'excisai en laissant une couche mince du corps fibreux sur le tissu utérin, qui ne fut pas intéressé par la section.

M. H. BLOT. En examinant la malade de M. Panas, il est facile de voir que la paroi abdominale forme une tumeur au niveau de l'incision aujourd'hui cicatrisée. Il y a là une éventration. Avec le temps cette tumeur augmentera encore, et je crois qu'il est indispensable que cette femme porte une ceinture abdominale qui puisse contenir le paquet intestinal et l'empêcher de refouler ainsi la peau de l'abdomen. J'ai vu le même inconvénient se produire chez une malade dont j'ai rapporté ici l'observation. Après la guérison, la cicatrice paraissait si solide qu'on jugea inutile de lui faire porter une ceinture; mais bientôt l'intestin se fit jour au-dessous de la peau, et je crois qu'on pourrait établir en règle générale qu'il est prudent de faire porter une ceinture abdominale à toutes les femmes qui ont subi l'ovariotomie.

M. PANAS. Ma malade porte une ceinture abdominale ; néanmoins la tumeur abdominale a notablement augmenté depuis 4 ou 5 mois. Je partage d'ailleurs complétement l'avis de M. Blot.

La coexistence d'une grossesse et d'un kyste de l'ovaire, signalée par M. Depaul, m'engage à vous communiquer un fait du même genre pour lequel j'ai commis une erreur de diagnostic. Une femme atteinte d'un kyste de l'ovaire avait été ponctionnée une première fois par M. Trélat. Il y eut reproduction du liquide, et la malade entra dans mon service, où je pratiquai à mon tour la ponction.

Elle revint cinq ou six mois plus tard avec un gros ventre, et je crus comme elle que le kyste avait récidivé. Je fis une nouvelle ponction qui donna issue à du liquide de couleur citrine, puis je

(1) Fin. — Voir le dernier numéro.

poussai une injection iodée. Quelques jours plus tard, cette femme, qui n'avait éprouvé aucun accident, fut prise de coliques, et elle fit une fausse couche de 4 à 5 mois. Le kyste de l'ovaire avait été bien guéri par la première injection iodée, et j'avais pris une grossesse pour une récidive de kyste.

J'avoue mon erreur, mais je dois dire ce qui fit que je ne crus pas à l'existence d'une grossesse. Cette femme était mariée depuis quinze ans, et elle n'avait jamais eu d'enfant. De plus, ses règles avaient disparu depuis qu'elle s'était aperçue de la formation du kyste de l'ovaire dont je l'avais guérie.

J'ajouterai que j'ai obtenu deux fois déjà une guérison radicale avec l'injection iodée pour des kystes uniloculaires.

M. GUÉNIOT. La coïncidence d'un kyste de l'ovaire et d'une grossesse n'est pas très-rare, et souvent la grossesse a été méconnue. Un ovariotomiste anglais s'est trompé de la sorte quatre fois. Chez l'une de ses opérées, l'utérus se déchira pendant l'opération, et il fit du même coup l'ovariotomie et l'opération césarienne; la malade guérit.

Dans ces cas complexes, toutes les terminaisons sont possibles; quelquefois les malades guérissent; d'autres fois elles meurent; mais je crois que la grossesse compliquée par un kyste de l'ovaire offre toujours une certaine gravité. J'ai vu un fait de ce genre chez Velpeau.

Une femme enceinte avait un kyste de l'ovaire qui fut ponctionné. Quelque temps après la malade mourut subitement sans avoir éprouvé d'accident, sans être accouchée.

M. GIRALDÈS. M. Panas nous a dit que les kystes de l'ovaire guérissaient par l'injection iodée. Je ne le conteste pas, mais il faut dire que souvent aussi ces injections sont inefficaces. J'ai fait autrefois, dans le service de Rayer, un grand nombre de ces injections, et je n'ai obtenu que rarement la guérison. Souvent aussi la guérison n'est qu'apparente, et la maladie récidive après plusieurs années. Pour qu'une guérison de ce genre soit concluante, il faut que l'observation soit poursuivie pendant plusieurs années. Aussi peut-on reprocher à la statistique publiée par M. Boinet de pécher par l'insuffisance du temps pendant lequel les malades ont été observées après l'opération.

M. DEPAUL. La franchise avec laquelle M. Panas a raconté une erreur de diagnostic est très-louable; de cette observation et de quelques faits analogues, on peut tirer l'enseignement que, avant toute ovariotomie, il faut s'assurer par tous les moyens d'investigation possibles que la femme n'est pas enceinte.

Ma pratique est assez longue aujourd'hui pour que j'aie vu un assez grand nombre de grossesses compliquées de kystes de l'ovaire. Cette complication est grave, mais il ne faut pas exagérer cette gravité. Car, souvent, j'ai vu la femme arriver à terme et accoucher heureusement. Je citerai, comme exemple, l'observation d'une femme de Neuilly que j'accouchai trois fois très-heureusement, malgré la coexistence d'un kyste de l'ovaire. Chaque fois je ponctionnai le kyste dans l'intervalle d'une grossesse à l'autre.

M. PANAS. Quand le kyste de l'ovaire est parfaitement séreux, que le liquide est limpide comme de l'eau, sans traces d'albumine, l'injection iodée réussit souvent. M. Boinet dit même qu'elle réussit aussi sûrement que dans l'opération de l'hydrocèle. J'ai traité deux cas de ce genre et j'ai obtenu deux guérisons.

M. GIRALDÈS. Les explications que vient de donner M. Panas étaient nécessaires; elles restreignent beaucoup le nombre des cas où l'injection iodée est applicable. Il est rare, en effet, qu'un kyste de l'ovaire contienne un liquide parfaitement limpide, sans aucune trace d'albumine, aussi séreux que celui qui nous a été décrit par M. Panas; ces caractères ne se trouvent guère que dans les kystes hydatiques, si bien qu'on pourrait se demander si les malades opérées par M. Panas n'étaient pas atteintes de kyste hydatique plutôt que de kyste de l'ovaire.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire : TARNIER.

DOCUMENTS

POUR SERVIR A L'HISTOIRE DU MOUVEMENT SCIENTIFIQUE PENDANT LE SIÉGE DE PARIS (1).

XLVII. **Académie des sciences.** — L'Académie tient séance.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 23 janvier 1871. — Présidence de M. FAYE.

MÉMOIRES ET COMMUNICATIONS DES MEMBRES ET DES CORRESPONDANTS DE L'ACADÉMIE.

M. LE PRÉSIDENT annonce à l'Académie la douloureuse nouvelle, malheureusement très-probable, de la mort du peintre H. Regnault, fils de notre confrère M. H. V. Regnault. On a tout lieu de penser que le malheureux jeune homme a été frappé mortellement, dans la journée du 19 janvier, à l'attaque du bois de Buzenval; aujourd'hui, lundi 23 janvier, son corps n'a pu encore être retrouvé.

M. WURTZ, sur l'invitation de M. le Président, fait connaître à l'Académie, dans les termes suivants, le résultat d'une tentative qui a été faite pour retrouver et ramener le corps de M. H. Regnault :

« Le conseil de la Société française de secours aux blessés ayant confié cette mission à M. Albert Ellissen et à moi, nous nous sommes rendus à Rueil le dimanche 22 janvier. Arrivés sur le plateau qui domine la Malmaison, dans le voisinage des lignes prussiennes, nous avons appris que l'ennemi avait rendu, la veille et le jour même, tous les corps des gardes nationaux. L'armistice venait d'expirer : il était donc impossible de pousser plus loin, ce jour-là. D'un autre côté, les recherches faites à Paris pour retrouver le corps de Henri Regnault étant demeurées sans résultat, une démarche a été faite auprès du gouvernement, dans le but d'obtenir des renseignements du quartier général ennemi. On pouvait supposer, en effet, que le fils de notre malheureux confrère avait été transporté à Versailles. Pourtant l'espoir de le retrouver vivant est bien faible, car la personne qui a donné des renseignements sur son compte et qui a reconnu son identité affirme avoir trouvé son corps étendu par terre, vingt-quatre heures après l'action, la face couverte de feuilles et dans un état qui doit exclure l'idée d'un évanouissement passager. Ces faits semblent enlever toute espérance, et, bien que la dépouille de Henri Regnault n'ait point été retrouvée jusqu'ici, nous devons craindre qu'il ne soit perdu pour son père, pour ses amis et pour la France.

« *P. S.* Au moment où j'écris ces lignes, M. L. Breton me fait parvenir la douloureuse nouvelle que le corps a été retrouvé, le mardi 24 janvier, au cimetière du Père-Lachaise. » (A. W.)

L'Académie déclare s'associer tout entière à la douleur qu'éprouvera notre malheureux confrère, M. H. V. Regnault, maintenant à Genève.

Histoire des sciences. — *Réponse aux observations de M. Chasles, relatives à la Lettre de Cassini IV au comte d'Angivillers; par* M. DELAUNAY.

Je regrette de me trouver complétement en désaccord avec M. Chasles, au sujet du document historique que j'ai communiqué à l'Académie, il y a quinze jours. Notre honorable confrère, en s'appuyant sur un passage des *Mémoires* de Charles Perrault, et à l'aide d'appréciations et d'hypothèses, cherche à établir que le document en question est sans valeur, et qu'aucune confiance ne doit être accordée aux assertions qu'il renferme. Il ne me serait pas difficile de réfuter une à une les diverses parties de l'argumentation de M. Chasles; mais, pour ne pas donner une extension intempestive à une pareille discussion, je me bornerai aux points suivants :

1° M. Chasles suppose, entre autres choses, « que la pièce trouvée à l'Observatoire n'aurait été qu'un premier projet, conçu peut-être par Cassini lui-même, ou plutôt par un secrétaire, et que Cassini aurait modifié après réflexion ». Je reponds à cela que cette pièce est écrite de la main de Cassini IV, et qu'elle porte en titre : « *Copie de Lettre à M. d'Angivillers.* — 1785. »

2° Suivant M. Chasles « on ne peut croire que Cassini aurait dit que son bisaïeul *ne savait que fort mal le français*, quand, au contraire, les ouvrages et nombreux mémoires écrits en français par l'illustre astronome, et notamment ses manuscrits publiés en 1810, prouvent qu'il était parfaitement familiarisé avec la langue française. » M. Chasles oublie que l'anecdote racontée par Cassini IV au début de sa lettre se rapporte au commencement du séjour de Dominique Cassini en France. Or, voici ce que D. Cassini dit lui-même à ce sujet :

« Je m'étais proposé d'écrire et de parler latin aux assemblées de l'Académie. J'avais été averti par M. le comte Gratiani, envoyé du duc de Modène, de ne jamais me hasarder à parler ni à écrire en français; en conséquence, je ne parlais qu'en italien au roi et aux princes. Mais MM. de l'Académie me pressèrent fortement de parler bien ou mal en français, pour ne pas introduire un langage nouveau dans l'Académie. J'avoue que cela me coûta beaucoup dans le commencement. Néanmoins, je fis ce que je pus pour les satisfaire, tellement qu'au bout de peu de mois, m'étant trouvé à l'Observatoire avec le roi, Sa Majesté eut la bonté de me faire compliment des progrès que j'avais faits dans la langue française (1). »

3° M. Chasles, enfin, et c'est là l'objet principal de ses observations, tend à établir que D. Cassini n'a proposé que deux modifications au plan de l'Observatoire; que ses demandes à ce sujet ont été faites plutôt à l'instigation d'un architecte jaloux (Le Vau) que dans le véritable intérêt de l'astronomie; qu'enfin ces demandes ont été accueillies, malgré les instances de Perrault en faveur de son projet primitif déjà en voie d'exécution. C'est le dire de Charles Perrault, qui ne se préoccupe, dans tout cela, que de *la grande corniche* et *du grand escalier* de l'édifice imaginé par son frère. J'avoue que le témoignage de D. Cassini sur cette question a pour moi infiniment plus de valeur que tous les arguments sur lesquels est appuyée la thèse que je combats. Or, voici ce que le grand astronome italien, devenu le premier directeur de notre Observatoire, écrit lui-même dans ses Mémoires :

« Le bâtiment de l'Observatoire, que le roi faisait construire pour les observations astronomiques, était élevé au premier étage lorsque j'arrivai. Les quatre murailles principales avaient été dressées exactement aux quatre principales régions du monde. Mais les trois tours avancées que l'on ajoutait à l'angle oriental et occidental, du côté du midi et au milieu de la face septentrionale, me parurent empêcher l'usage important qu'on aurait pu faire de ces murailles, en y appliquant quatre grands quarts de cercle capables, par leur grandeur, de marquer distinctement, non-seulement les minutes, mais mêmes les secondes; car j'aurais voulu que le bâtiment même de l'Observatoire eût été un grand instrument; ce que l'on ne peut pas faire à cause de ces tours qui, d'ailleurs étant octogones, n'ont que de petits flancs coupés de portes et de fenêtres. C'est pourquoi je proposai d'abord que l'on n'élevât ces tours que jusqu'au second étage, et qu'au-dessus on bâtît une grande tour carrée, avec un corridor découvert tout à l'entour, pour l'usage dont je viens de parler. Je trouvais aussi que c'était une grande incommodité de n'avoir pas dans l'Observatoire une seule grande salle d'où l'on pût voir le ciel de tous côtés, de sorte qu'on n'y pouvait pas suivre d'un même lieu le cours entier du Soleil et des autres astres, d'orient en occident, ni les observer avec le même instrument, sans le transporter d'une tour à l'autre. Une grande salle me paraissait encore nécessaire pour avoir la commodité d'y faire entrer le Soleil par un trou et pouvoir faire sur le plancher la description du chemin journalier de l'image du soleil, ce qui devait servir, non-seulement d'un cadran vaste et exact, mais aussi pour observer les variations que les réfractions peuvent causer aux différentes heures du jour, et celles qui ont lieu dans le mouvement annuel. Mais ceux qui avaient travaillé au dessin de l'Observatoire opinaient de l'exécuter conformément au premier plan qui en avait été proposé; et ce fut en vain que je fis mes représentations à cet égard et bien d'autres encore. M. de Colbert vint même inutilement à l'Observatoire pour appuyer mon projet. On suivit donc les premiers plans; les tours et la grande salle furent élevées à la même hauteur (1).... »

Il n'en faut pas davantage, ce me semble, pour montrer que la thèse soutenue par M. Chasles est inadmissible.

Après avoir entendu ce qui précède, M. Chasles me dit : « Mais l'anecdote, vous ne dites rien de l'anecdote, ce qui est le point capital de la question. »

Je crois cependant ne pas m'éloigner du point capital de la question en montrant combien sont dénuées de toute espèce de fondement les raisons que donne M. Chasles pour établir que le document présenté par moi à l'Académie n'a aucune valeur. Mon rôle est bien simple. J'ai trouvé dans les papiers que Cassini IV a laissés à l'Observatoire, en 1793, la copie d'une lettre adressée par lui au comte d'Angivillers. Il m'a semblé que cette lettre présentait assez d'intérêt pour qu'il y eût lieu de la faire connaître à l'Académie, et je l'ai communiquée. Je donne cette lettre telle qu'elle est, sans avoir à y joindre aucun commentaire. Maintenant qu'elle est publiée, chacun l'appréciera.

M. CHASLES, après la lecture de M. Delaunay, demande la parole et s'exprime ainsi :

1° L'anecdote renfermée dans la lettre du comte de Cassini a été le seul sujet de ma communication à l'Académie, et cependant M. Delaunay n'en parle nullement dans la réponse qu'il vient de lire. Je précise de nouveau la question, et je rapporte d'abord les propres termes du passage de la lettre où se trouve cette anecdote, que Cassini dit être *fort peu connue, mais qu'il publiera un jour pour cause.*

« *Perrault*, dans la vivacité de la dispute, dit au Roi: *Sire, ce baragouineur-là ne sait ce qu'il dit.* Mon bisaïeul se tut et fit bien; le Roi donna raison à Perrault et fit mal: d'où il en a résulté que l'Observatoire N'A PAS LE SENS COMMUN..... J'ai dans mes papiers les plaintes de J.-D. Cassini, à ce sujet, écrites de sa propre main. »

J'ai opposé à cette accusation grave, non-seulement à l'égard de Perrault, mais à l'égard même des astronomes français, tels que Auzout et Picard, membres de l'Académie pour qui l'Observatoire se construisait, qui en avaient fixé l'emplacement et l'orientation, et qui auraient conçu ou approuvé des plans n'ayant *pas le sens commun*, j'ai opposé, dis-je, à cette accusation grave, un document authentique, les *Mémoires* de Claude Perrault, puis les *Mémoires* du comte de Cassini imprimés en 1810, et ceux surtout de J.-D. Cassini lui-même, imprimés dans le même volume : documents se rapportant à la construction de l'Observatoire, et dans lesquels il ne se trouve pas la moindre mention de l'anecdote. J'ajoute ici qu'il ne s'en trouve pas non plus un seul mot, ni dans l'éloge de Cassini par Fontenelle, ni dans les ouvrages sur l'histoire de l'astronomie de Lalande, de Bailly, de Montucla, de Delambre, où cependant il est parlé de la fondation de l'Observatoire, et très-amplement et très-élogieusement de J.-D. Cassini.

Non-seulement il n'est rien dit de l'anecdote dans ces ouvrages, et rien ne peut s'y rapporter, même de loin, mais il ne s'y trouve pas un seul mot qui pût excuser Cassini d'avoir écrit que l'Observatoire *n'a pas le sens commun.* Il faut donc croire que puisqu'il n'a reproduit ni ces paroles, ni son anecdote, c'est qu'il ne possédait rien qui pût en prouver l'authenticité, et qu'il a eu de fortes raisons de ne point en assumer la responsabilité.

Or, M. Delaunay garde le silence sur l'anecdote, bien qu'elle ait été la cause et le sujet principal de ma Communication. Il me répond simplement, dans ce moment, que c'était une anecdote de famille. Qu'il veuille donc bien compléter ce qu'il peut savoir à ce sujet, et dire comment il explique le silence du comte de Cassini; car tel est le point capital sur lequel j'ai insisté, et qui demandait une réponse.

2° M. Delaunay dit que la copie de la Lettre qu'il a fait connaître est de la main du comte de Cassini. Je n'ai pas dit le contraire, puisque j'ai émis une double hypothèse, que cette pièce aurait été un premier projet de Cassini lui-même, ou d'un secrétaire, et que Cassini aurait pu le modifier après réflexion, en y faisant disparaître l'anecdote. Cette hypothèse, toute en faveur de Cassini, était admissible et se présentait naturellement à l'esprit, puisqu'il n'avait plus parlé de l'anecdote, malgré sa promesse formelle de la publier.

3° Si l'on peut admettre que J.-D. Cassini n'était pas encore bien familiarisé avec la langue française lors de la conférence où les faits en question se sont passés, on ne peut point admettre que Perrault aurait prononcé, en présence du Roi surtout, ces paroles grossières et injurieuses: « ce baragouineur-là ne sait pas ce qu'il dit », paroles qui ne peuvent s'appliquer qu'à un sot, à un ignorant, ou à un homme dépourvu de sa raison dans le moment.

On ne trouve, au contraire, dans les Mémoires de J.-D. Cassini, que des témoignages du bon et cordial accueil qu'il avait reçu de Perrault l'architecte et de son frère. On y lit, en effet :

« M. Perrault, contrôleur des bâtiments, fut chargé par M. de Colbert de m'apprêter un logement aux galeries du Louvre, jusqu'à ce que l'Observatoire fût en état d'être habité; de me procurer tout ce qui me serait nécessaire, et de me faire voir tout ce qu'il y avait de plus curieux à Paris. Je lui suis redevable de la manière obligeante dont il s'acquitta de ces ordres. Son frère, médecin et architecte, qui avait travaillé au plan de l'Observatoire dont il suivait la construction, me faisait de grandes démonstrations d'amitié, et m'invitait aux expériences physiques qu'il faisait pour les communiquer à l'Académie. » (P. 290.)

L'ouvrage de M. Bertrand, que j'ai eu à citer dans notre dernière séance, confirme ces bonnes relations entre D. Cassini et Claude Perrault, auquel Cassini donne de grandes louanges au sujet même de la fondation de l'Observatoire. Voici ce passage très-impartial du livre de notre confrère :

« Cassini fut presque seul consulté par l'architecte de l'Observatoire. Il n'approuva pas tout et ses Mémoires posthumes donnent un libre cours aux critiques; mais il accorda publiquement de grandes louanges à Perrault, et les réclamations ne purent être bien énergiques contre un monument dont « le dessin, la grandeur et la solidité lui paraissaient admirables ». La solidité, résultat de l'épais-

(1) Suite. — Voir le dernier numéro.

(1) *Mémoires pour servir à l'histoire des sciences*..., p. 292.

(1) *Mémoires pour servir à l'histoire des sciences*..., p. 293.

seur des murs, était un grand inconvénient; elle empêcha l'installation des deux instruments les plus utiles aux observations modernes: la lunette méridienne inventée par Rœmer, et le cercle mural dû à Picard. » (P. 22.)

4° D'après l'anecdote, on n'aurait tenu aucun compte des critiques et des demandes de Cassini; j'ai dit à ce sujet que les propres manuscrits de Cassini prouvaient le contraire. On y voit en effet que si l'on a refusé de renoncer à la construction monumentale déjà fort avancée, on a tenu compte néanmoins, autant que possible, des désirs de Cassini, outre que le premier étage a été approprié à une grande salle d'observation, comme il le demandait, et que l'on a renoncé à la décoration projetée (la représentation des douze figures du zodiaque en marbre et pièces de rapport). Voici les paroles de Cassini, qui se trouvent à la suite de la citation même qui m'est opposée:

« On proposa de couvrir la grande salle d'une plate-forme bien solide, sur laquelle on pourrait élever un pavillon carré isolé pour servir à l'usage que j'avais proposé, c'est-à-dire pour pouvoir apercevoir du même lieu tout le ciel, et suivre avec le même instrument et de la même place le cours entier d'un astre. Il fut aussi arrêté que la tour septentrionale ne serait pas octogone, comme on l'avait d'abord projeté, mais qu'elle serait carrée, pour avoir une plus grande place au septentrion. Je proposai aussi que cette tour septentrionale fût terminée en haut par une salle ouverte par deux fenêtres, l'une orientale et l'autre occidentale, et par une porte méridionale, et que le toit fût percé d'une ouverture ronde, recouverte d'une plaque de cuivre, qu'on pût ouvrir et fermer pour l'usage des observations au zénith, à l'abri du vent. Cette salle fut appelée le *petit observatoire*. » (P. 295.)

5° M. Delaunay n'a pas voulu porter atteinte à la gloire de l'architecte de la colonnade du Louvre: cela ne fait pas pour moi le moindre doute, assurément. Craint-il que la responsabilité d'une disposition vicieuse n'incombe au premier Directeur de l'Observatoire?

Je ferai observer que toutes craintes à ce sujet seraient chimériques, et que rien ne pourrait en faire naître, puisque l'unanimité des nombreux historiens de l'astronomie, qui tous ont toujours parlé avec grands éloges des travaux de D. Cassini dans le cours de ses quarante années de résidence à l'Observatoire, met l'illustre astronome italien à l'abri de toute critique, comme de toute conséquence qu'on pourrait tirer d'une anecdote semblable à celle de la Lettre du comte de Cassini contre l'illustre auteur de la colonnade du Louvre.

6° Que l'Académie me permette de rappeler, en terminant, que le seul motif qui m'a porté à intervenir, après la publication de cette Lettre, est l'injustice et l'exagération qui se trouvent dans la prétendue anecdote, de même que dans la conclusion, que *l'Observatoire n'a pas de sens commun*: accusation empreinte de quelque apparence d'ingratitude de la part du quatrième Cassini, et coupable, non-seulement envers Perrault, mais aussi envers l'Académie, à qui l'on était redevable de l'Observatoire qu'elle avait demandé, qui avait fait choix de son emplacement (alors fort convenable au dehors de Paris), et avait dû nécessairement en indiquer les besoins et les bases principales; envers particulièrement les astronomes de cette époque, Auzout et Picard (1) entre autres, dont les travaux, nonobstant la modestie qu'ils y apportaient, ont eu un éclat mérité.

(1) Picard n'a eu en vue que les progrès de la science et la gloire de son pays. Ce fut lui qui, dans son voyage d'Uranibourg, connut Roemer, devina son génie, et l'amena en France. Il fit plus, et je cite les propres paroles d'un de nos illustres secrétaires perpétuels:

« Quand il avait tant de raison de se regarder comme le premier astronome de France, quand il était le plus employé, le plus en crédit, il usa de ce crédit auprès de Colbert pour attirer en France Cassini, qui avait une réputation déjà faite, et qui, suivant toute apparence, devait se trouver l'objet de toutes les préférences, qui en France sont trop assurées aux étrangers. Voilà ce dont il faut louer Picard, et peut-être le plaindre; voilà ce qu'il a fait, et de pareils exemples sont rares, au point qu'il est douteux qu'il en existe un second. » (Delambre, *Histoire de l'Astronomie moderne*; t. II, p. 598.)

Le comte de Cassini, cela me paraît évident, avait reconnu lui-même l'exagération et l'injustice de ses expressions; et c'est pour cela qu'il n'a pas tenu sa promesse, et s'est décidé à ne pas reproduire ce passage de sa Lettre au Comte d'Angivillers, ce dont on ne peut que l'approuver.

Il y aurait eu d'ailleurs une contradiction flagrante entre ces mots: que l'édifice de Perrault *n'a pas le sens commun*, et cette phrase par laquelle le comte de Cassini termine son exposé sur l'état de l'établissement qu'il quitte, et assure la continuité de sa grande utilité:

« Je puis dire qu'en quittant cet établissement, j'ai eu le bonheur d'ASSURER A JAMAIS SA CONSERVATION ET SA DURÉE; ce titre m'est trop glorieux pour ne pas le faire valoir; j'ose espérer qu'il sera ajouté au nombre des services que mes ancêtres et moi avons rendus à l'Observatoire et à l'astronomie pendant cent cinquante années consécutives. » (*Mémoires pour servir à l'histoire des sciences*; 1810; p. 56.)

(*A suivre.*)

AVIS

Nos souscripteurs dont l'abonnement est expiré sont instamment priés d'envoyer le prix de leur renouvellement en un mandat-poste à l'ordre du directeur.

Ils s'épargneront ainsi le désagrément de payer les frais de recouvrement nécessités par la traite que nous serions contraints de tirer sur eux, frais de recouvrement qui leur sont complétement à charge, sans que nous ayons intérêt à les leur faire supporter.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois. . . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 12 septembre 1871.

CLINIQUE MÉDICALE DE L'HOTEL-DIEU.

M. BÉHIER.

Pleurésie. — Thoracentèse (1).

Il ne suffirait pas d'un exemple, si probant qu'il fût, pour légitimer à vos yeux l'opération de la thoracentèse. Je dois chercher à vous convaincre, et pour cela il faut que j'examine avec vous de plus près la question ; il faut discuter les objections qui ont été faites à cette pratique et les faits invoqués à l'appui.

Les objections ont été produites, surtout en 1864, à la Société médicale des hôpitaux, à propos d'un fait communiqué par M. Archambault. Ce médecin avait cité un fait de mort subite survenue le vingt-troisième jour d'un énorme épanchement pleurétique du côté droit. De là, discussion. MM. Goupil, Gallard, Woillez et Chauffard se prononcèrent contre la pratique de la thoracentèse dans la pleurésie aiguë; MM. Hérard, Moutard-Martin, Vidal, Archambault et moi prîmes partie en faveur de l'opération. Goupil cita en gros et rappela les faits qu'il avait recherchés, depuis celui que Trousseau communiqua en 1849 à la Société, et qui fit le sujet de la première discussion, jusqu'à ceux qui étaient alors tout récents; et, tout en reconnaissant l'utilité, l'urgence même de la thoracentèse dans certains faits de pleurésie et d'hydrothorax aigu, c'est-à-dire lorsqu'il y a asphyxie imminente, épanchement excessif, déplacement des organes et résistance prolongée à l'action des moyens thérapeutiques ordinaires, il s'attacha à montrer, en s'appuyant sur une série assez nombreuse de faits, qu'elle était loin d'être aussi simple et aussi inoffensive que le prétendaient alors quelques médecins. J'ai examiné à cette époque, un à un, tous les faits cités par Goupil, et, après les avoir scrupuleusement examinés, je me suis convaincu que, pour presque tous, l'insuccès ou l'issue fatale qui a suivi l'opération tenait à des circonstances particulières à chacun d'eux, et ne pouvait, de bon compte, être mis à la charge de l'opération elle-même. M. Gallard faisait à la thoracentèse moins le reproche d'avoir causé la mort dans quelques cas que celui d'avoir été impuissante à l'empêcher; à quoi j'ai dû répondre que jamais personne n'avait présenté la thoracentèse comme infaillible, même dans les cas les mieux indiqués. L'argumentation de M. Woillez reposait en partie sur ce fait, que quinze de ses malades ont guéri sans l'opération. Mais nous, non plus, nous n'opérons pas tous nos malades atteints de pleurésie; nous nous gardons bien de toucher à ceux dont l'épanchement se résout tout seul et vite. Témoin la malade du n° 4 de la salle Saint-Antoine, qui est entrée avec une pleurésie double et que nous n'avons pas songé un instant à opérer, son épanchement s'étant rapidement dissipé. De même de l'homme n° 23, salle Sainte-Jeanne, qui a été mieux au bout de quelques jours de séjour à l'hôpital. Quant à M. Chauffard, il reprochait à la thoracentèse de transformer l'épanchement séreux en épanchement purulent. Mais le fait qu'il citait à l'appui était mal choisi, le sujet étant tuberculeux. Cela prouve que la pleurésie devient purulente quand l'état du malade s'y prête, quand elle est secondaire et symptomatique d'une affection tuberculeuse; mais cela ne saurait, en aucun cas, être mis sur le compte de l'opération.

Du reste, les faits de thoracentèses pratiquées avec succès pour des pleurésies aiguës sont aujourd'hui très-nombreux, vous en trouverez un grand nombre consignés dans des thèses récentes; ils ont été résumés pour la plupart dans le travail de M. Fortin. Vous pouvez consulter aussi avec fruit sur ce sujet le mémoire lu à l'Académie de médecine en 1869 par M. le professeur Dupré, de Montpellier. Tous ces faits montrent à la fois l'utilité et l'innocuité de la thoracentèse. Voici en quels termes je m'exprimais à cet égard lors de la discussion de la Société médicale des hôpitaux, termes que je crois devoir maintenir encore aujourd'hui :

« Je crois la thoracentèse indiquée et je propose de la pratiquer :

Toutes les fois qu'il paraîtra que l'épanchement très-abondant ne diminue pas promptement sous l'emploi des moyens ordinaires, à plus forte raison s'il augmente ;

Toutes les fois que le sujet paraîtra trop délicat, trop faible pour pouvoir supporter le long travail de résorption d'un épanchement occupant complétement ou presque complétement tout un côté de la poitrine;

Toutes les fois que, alors que l'épanchement étant seulement assez abondant, nous trouverons dans le poumon opposé une cause de gêne respiratoire, comme une bronchite, un certain degré d'œdème, etc. ;

Toutes les fois que nous croirons avoir affaire à un sujet prédisposé à la phthisie pulmonaire sans que nous puissions en constater l'existence, ou même alors que nous en trouverons la preuve, soit du côté occupé par l'épanchement abondant, soit du côté opposé. »

J'arrive maintenant aux épanchements pleurétiques symptomatiques ou compliqués de tubercules. J'ai déjà cité l'exemple d'un malade tuberculeux de l'année dernière, au n° 3 de la salle Sainte-Jeanne, qui a été opéré sans résultat, l'affection tuberculeuse ayant fait des progrès après l'opération et ayant fini par entraîner la mort. Il en avait été de même d'un malade de mon service de la Pitié en 1863, chez lequel l'opération fut faite en raison d'une urgente nécessité, mais qui succomba plus tard aux progrès de la phthisie dont il était atteint. Quant au n° 4 de la salle Sainte-Jeanne, c'est un exemple assez singulier d'une affection tuberculeuse que rien ne faisait soupçonner, et qui s'est manifestée tout à coup après l'opération, à la suite d'une imprudence.

Voici la relation abrégée de ce fait :

M..., Joseph, 30 ans, marchand de vins, d'une constitution assez vigoureuse en apparence, est pris tout à coup, dans la nuit du 18 au 19 novembre 1869, de frissons, de toux et d'un point de côté très-vif à gauche, qui augmente à chaque quinte de toux. Cet état persiste jusqu'aux premiers jours de décembre, époque où il entre à l'hôpital. On constate l'existence d'une pleurésie du côté gauche, avec épanchement considérable, ayant amené un déplacement du cœur. La thoracentèse est pratiquée le 17 décembre. L'opération fut suivie de violentes quintes de toux. La respiration est devenue beaucoup plus facile à la suite de l'opération ; la nuit qui la suivit fut fort calme. Le lendemain, 18 décembre, à l'examen de la poitrine, il y avait encore un peu de matité dans le tiers inférieur de la poitrine et de la submatité dans le tiers moyen ; les vibrations thoraciques étaient perçues dans les 2/3 supérieurs ; le cœur avait repris sa situation normale. Les jours suivants, l'amélioration semblait aller croissant, lorsque, huit jours après, le malade, étant sorti prématurément et étant resté tard le soir dans les cours de l'hôpital, fut pris de nouveau de toux, avec fièvre, et, quelques jours après, on constatait l'existence de tubercules dans le poumon droit.

Il est évident que dans ces faits la thoracentèse a été étrangère aux accidents qui se sont manifestés ultérieurement, et on serait mal fondé à les mettre sur son compte. Le fait de l'innocuité de l'opération reste donc établi même après ces faits, mais à la condition qu'elle soit bien faite. Or les conditions pour que l'opération soit bien faite sont, je le répète : que l'on évite l'introduction de l'air dans la poitrine, et qu'à cet effet on se serve de la canule armée de baudruche mouillée qui fait l'effet de soupape ; qu'on évite le parallélisme des ouvertures de la peau et de la cavité thoracique ; enfin que la plaie extérieure soit fermée aussitôt après l'opération terminée. Le choix du moment opportun pour pratiquer l'opération est subordonné à deux circonstances principales : dans les cas de nécessité, c'est-à-dire quand dès le début il y a un étouffement considérable, on peut opérer dès le quatrième jour de la formation de l'épanchement. Mais, en général, nous croyons devoir attendre, pour opérer, que l'ensemble des phénomènes inflammatoires soit diminué, ce qui a lieu le plus ordinairement du neuvième au onzième jour de la maladie. Il importe de ne pas oublier, toutefois, que les phénomènes inflammatoires, dans quelques cas, sont très-peu accusés, et que c'est justement dans des cas de ce genre que sont survenues le plus fréquemment les morts subites, et que ce sont ces mêmes cas qui guérissent le plus sûrement par la thoracentèse.

(1) Suite. — Voir le numéro du 25 juillet 1871.

SIGNE DE LA MORT

PRODUIT PAR L'OXYDATION DES AIGUILLES D'ACIER MISES DANS LES TISSUS (1)

Par le docteur VAN GHEEL (de Bruges).

—

PREMIÈRE SÉRIE D'EXPÉRIENCES

OXYDATION DES AIGUILLES D'ACIER SUR LE CADAVRE

Premier fait. Trois aiguilles d'acier trempé furent placées dans le ventre, dans la cuisse et dans la fesse, pendant une heure. Elles furent retirées brillantes et réimplantées. Au bout de vingt heures, en les retirant, l'une avait une zone d'oxydation noire et les deux autres étaient à peine ternies.

(1) Fin. — Voir l'avant-dernier numéro.

FEUILLETON

—

EAUX MINÉRALES DE FRANCE

Nous appelons l'attention de nos confrères sur les statuts de la *Société médicale de la station thermale de Cauterets*. Le mouvement imprimé par les médecins d'Aix-en-Savoie gagne nos diverses stations minérales, et nous pensons que le moment est proche où il faudra soumettre, enfin, à la discussion publique, la question si peu connue de l'inspectorat des eaux minérales.

Voici les statuts de la Société de Cauterets :

STATUTS DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DE CAUTERETS

I. BUT DE L'ASSOCIATION.

L'Association des médecins de Cauterets a pour but :

Art. 1er. De resserrer les liens de confraternité médicale dans un même esprit de solidarité et de dignité professionnelle;

Art. 2. D'étudier en commun et d'éclairer par la discussion toutes les questions scientifiques et administratives qui se rapportent aux eaux minérales de Cauterets;

Art. 3. De publier chaque année un compte rendu de ses travaux, afin de rendre appréciables au corps médical les ressources offertes par la station thermale de Cauterets.

II. DE LA PRÉSIDENCE.

Art. 1er. La présidence incombera successivement à chacun des membres pendant une année;

Art. 2. Le tour de chaque membre titulaire sera déterminé par son rang d'inscription sur le tableau annexé aux présents statuts;

Art. 3. Ce tableau comprendra tous les noms des membres titulaires, en suivant l'ordre de leur ancienneté d'exercice dans la station de Cauterets;

Art. 4. A la fin de chaque année, un autre tableau, dit de roulement, sera dressé et le président sortant prendra rang comme le dernier de la série;

Art. 5. Tout nouveau membre titulaire sera inscrit sur le tableau de roulement après le président sortant;

Art. 6. Le président a pour fonctions de régler l'ordre des séances et le cours des discussions;

Art. 7. D'être exclusivement et sous peine de déchéance, le mandataire de l'association;

Art. 8. Les mandats confiés au président ne seront pas seulement déterminés par l'Association, mais encore celle-ci conservera le droit de contrôler leur exécution;

Art. 9. En cas d'empêchement, le président sera remplacé par son futur successeur.

III. DU SECRÉTARIAT.

Art. 1er. L'Association aura un secrétaire annuel;

Art. 2. Pour la première année, le secrétaire sera nommé à l'élection;

Art. 3. Pour les années suivantes, le président sortant sera de droit secrétaire pour une année;

Art. 4. En cas d'empêchement du président sortant, le secrétaire serait désigné à l'élection;

Art. 5. Le secrétaire sera chargé des procès-verbaux, de la correspondance scientifique et de la conservation des archives.

IV. DU CONSEIL DE FAMILLE.

Art. 1er. L'Association aura un conseil de famille composé :

1° Du président et du secrétaire ;

2° D'un membre élu;

Art. 2. Le conseil de famille sera chargé de régler tous les différends qui pourraient survenir dans l'ordre des difficultés professionnelles;

Art. 3. De s'occuper des publications annuelles ou périodiques;

Deuxième fait. Deux aiguilles furent placées dans la chair sur le bord d'une plaie d'arme à feu, ayant occasionné la mort; au bout de vingt-deux heures toute la partie introduite était fortement oxydée.

Troisième fait. Une aiguille fut placée dans l'espace intercostal d'un homme mort d'un coup de feu. Au bout de vingt-deux heures elle n'était qu'un peu oxydée.

Quatrième fait. Deux aiguilles, mises l'une dans le creux susclaviculaire, l'autre dans l'aine, sur un homme mort de plaie d'arme à feu, furent retirées au bout de vingt-deux heures assez brillantes, mais elles avaient quelques petites taches brunâtres.

Cinquième fait. Deux aiguilles, mises l'une dans l'aisselle et l'autre dans le ventre, furent retirées au bout de vingt-quatre heures. Elles étaient brillantes.

Sixième fait. Deux aiguilles, plantées pendant douze heures dans un morceau de bœuf acheté à la boucherie, en furent retirées avec une zone d'oxydation sur le point de l'aiguille placé au niveau de la chair et de l'air extérieur, mais la partie implantée resta brillante.

Septième fait. Deux aiguilles implantées dans l'aisselle et dans le ventre, retirées au bout de vingt-quatre heures, étaient, l'une ntacte, l'autre légèrement altérée, un peu ternie.

Huitième fait. Une aiguille, implantée dans le creux susclaviculaire d'un cadavre autopsié et laissée vingt-quatre heures, fut retirée brunie et oxydée.

Neuvième fait. Quatre aiguilles implantées : 1° dans le creux susclaviculaire ; 2° dans le thorax ; 3° dans la cuisse, et 4° dans le ventre, furent retirées au bout de vingt-quatre heures. Les trois premières étaient brillantes et la quatrième assez fortement oxydée.

Dixième fait. Quatre aiguilles furent plantées, l'une dans le ventre, l'autre au bras dans la veine médiane; l'autre dans la poitrine et la dernière dans la cuisse d'un sujet, huit heures après la mort. On es laissa vingt-quatre heures en place, celle du ventre fut retirée avec des taches d'oxydation noires, — celle du bras dans la veine, avec quelque chose de semblable, mais peu accentué; les deux autres aiguilles restèrent brillantes.

Onzième fait. Deux aiguilles enfoncées dans un cadavre pendant quarante-huit heures, l'une dans un espace intercostal, l'autre dans le ventre, en sortirent très-oxydées.

DEUXIÈME SÉRIE D'EXPÉRIENCES

OXYDATION DES AIGUILLES D'ACIER PENDANT LA VIE.

Premier fait. Deux aiguilles furent implantées, l'une dans la cuisse et l'autre dans la jambe d'un sujet atteint de paralysie incomplète pendant une heure.

L'aiguille de la jambe était oxydée, celle de la cuisse était restée très-brillante et n'avait *aucune tache d'oxydation.* Ce fait est très-curieux, car il est difficile d'expliquer comment, dans les mêmes conditions de vitalité, à la même température et dans le même espace de temps, des aiguilles, implantées dans les muscles, ont pu subir une action différente et sortir l'une intacte et l'autre oxydée.

La cause d'un semblable phénomène mérite d'être recherchée et c'est à d'autres expériences qu'il faudra la demander.

Deuxième fait. Sur le même sujet, l'acupuncture pratiquée le lendemain pendant une demi-heure, donna les mêmes résultats : des deux aiguilles brillantes placées, l'une dans la cuisse, l'autre dans la jambe, celle-ci sortit oxydée et celle de la cuisse conserva tout son éclat d'acier.

Troisième fait. De deux aiguilles placées pendant une heure sur l'avant-bras d'un malade ayant de l'œdème, l'une fut retirée brillante et l'autre oxydée.

Quatrième fait. Deux aiguilles furent placées pendant une heure dans le bras œdémateux d'un malade qui fait l'objet du fait troisième. Elles furent retirées brillantes, sans nulle oxydation.

Cinquième fait. Deux aiguilles placées dans le bras paralysé d'un malade y restèrent pendant une heure. L'une fut légèrement oxydée et l'autre fut retirée brillante, avec une petite tache peu apparente d'oxydation.

Sixième fait. Deux aiguilles replacées dans le bras paralysé du malade de l'observation cinquième, furent retirées au bout d'une heure très-oxydées.

Septième fait. Deux aiguilles, placées dans le bras d'un malade agonisant par empoisonnement diphtéritique, restèrent en place pendant deux heures jusqu'à la mort, et elles furent retirées très-brillantes.

Huitième fait. Deux aiguilles placées dans le tissu cellulaire intercostal chez une malade chlorotique affectée de névralgie intercostale, y restèrent pendant deux heures. L'une était bien oxydée et l'autre l'était à peine.

Neuvième fait. Sur le même malade du huitième fait, deux aiguilles furent réappliquées le lendemain de la première opération. Elles restèrent en place pendant deux heures, et elles furent retirées, l'une faiblement noircie et l'autre sans aucune trace d'oxydation.

Dixième fait. Deux aiguilles, plantées dans les espaces intercostaux d'une personne affectée de névralgie, furent retirées au bout d'une heure, bien oxydées.

Onzième fait. Sur un malade affecté de myélite chronique, six aiguilles furent appliquées pendant une heure, le long des muscles du dos ; on en retira cinq avec une oxydation bien évidente et la sixième était brillante non oxydée.

Douzième fait. Sur le même malade six aiguilles furent implantées le surlendemain, dans la même région, pendant une heure et deux d'entr'elles furent retirées oxydées, tandis que quatre autres restèrent brillantes.

Treizième fait. Sur le même malade, après une application de six nouvelles aiguilles d'acier, je trouvai qu'après une heure de séjour, toutes étaient plus ou moins oxydées.

Analysons maintenant ces expériences :

Sur onze cadavres, il a été introduit dans les tissus vingt-cinq aiguiles d'acier trempé très-brillantes, pendant un temps qui a varié de vingt à vingt-quatre et quarante-huit heures. La température de l'air était de seize à vingt-deux degrés. Dix de ces aiguilles ont été retirées avec une forte oxydation, trois furent à peine ternies et les douze autres restèrent brillantes.

Il est arrivé même cette chose curieuse, dans le neuvième fait, que de quatre aiguilles implantées sur le même cadavre, une seule fut retirée en état d'oxydation, tandis que les trois autres étaient restées brillantes.

Voici maintenant ce que j'ai observé sur le vivant. Quarante-six aiguilles d'acier furent introduites dans les tissus de malades affectés de névralgie ou de diverses paralysies cérébro-spinales ; on les laissa en place pendant un espace de temps qui a varié entre une et deux heures.

Quatorze de ces aiguilles ont été retirées aussi brillantes qu'au moment de leur implantation. Elles n'offraient aucune trace d'oxydation, vingt-neuf présentèrent une oxydation très-caractérisée et trois seulement furent un peu noircies. Chose curieuse, j'ai vu plusieurs fois deux aiguilles, placées au même moment, dans le même muscle, sortir, l'une altérée, noire, et l'autre brillante.

Enfin, comme on le voit chez le même sujet dans les onzième, douzième et treizième observations, des aiguilles ont pu être retirées, tantôt noircies par l'oxydation et tantôt brillantes.

Ce n'est pas, comme l'a dit M. Dantu, la douleur d'une partie qui est la cause de l'oxydation d'une aiguille placée dans son épaisseur. La raison en est toute chimique et, autant qu'on en puisse juger, c'est l'action du sang tenant de l'oxygène en dissolution qui est la cause du phénomène.

Pourquoi maintenant l'oxydation n'a-t-elle pas toujours lieu sur l'homme vivant? Il est bien difficile de le dire. Comment se fait-il qu'à la même heure et dans le même espace de temps, par la même température (premier et deuxième faits), dans les mêmes muscles (troisième et douzième faits), des aiguilles de même nature ne subissent pas la même action chimique et puissent être retirées, les unes brillantes et les autres oxydées? Nous n'en savons véritablement rien et nous sommes obligés, pour ne pas faire d'hypothèse, de constater le fait sans pouvoir en fournir l'explication (1).

Cette inconstance d'oxydation a été de même observée sur le cadavre et nous ne saurions l'expliquer davantage. Il nous est impossible de dire pourquoi, dans le deuxième fait, sur les aiguilles mises dans la chair d'une plaie morte, il y a eu oxydation de l'acier, tandis que sur d'autres sujets, les mêmes aiguilles sont restées brillantes.

Quoi qu'il en soit, quand on multiplie les expériences, on voit que sur le vivant et sur le cadavre, les aiguilles d'acier trempé, mises dans les tissus pendant une heure et davantage, subissent des altérations chimiques variables et qui n'ont rien de constant.

Dans l'un et dans l'autre cas, c'est-à-dire pendant la vie et après la mort, ces altérations sont semblables, et quand elles se manifestent, elles consistent dans une teinte noire d'oxydation plus ou moins prononcée. Cette oxydation a eu lieu sur le cadavre dans la moitié de mes expériences, mais elles m'a paru être plus fréquente dans les tissus vivants. En effet, sur le vivant, elle a été constatée dans les trois quarts des cas environ, c'est-à-dire sur trente-deux aiguilles, alors qu'il en avait été mis quarante-six.

Maintenant est-il possible de trouver, dans ce phénomène inconstant de l'inoxydation des aiguilles d'acier sur le corps d'un animal, un signe certain de la mort? Nous ne le croyons pas. Il n'y a dans cette constatation qu'une probabilité, car des sujets vivants ont pu garder pendant une heure, dans leurs tissus, des aiguilles retirées brillantes, c'est-à-dire sans oxydation.

(1) Disons seulement que chez les sujets cachectiques et aux approches de la mort, lorsque la vitalité est affaiblie, les aiguilles peuvent rester assez longtemps dans les tissus sans subir d'oxydation.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 21 juin 1871. — Présidence de M. H. Blot.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

— La *Gazette des hôpitaux.* — L'*Union médicale.* — La *Gazette hebdomadaire.* — Le *Bulletin de thérapeutique*, n° du 15 juin. — Le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, n° d'avril 1871.

— *De l'Occlusion temporaire des paupières dans le traitement de l'ectropion cicatriciel*, par le docteur Mirault (d'Angers), membre correspondant de la Société. — Remerciments.

L'armée et la population; études démographiques, par le docteur Ély, médecin militaire. Br. in-8°. — Remerciments.

— Une lettre de M. Verneuil, qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance.

— Une lettre de M. Depaul, qui demande un congé.

Plaie de tête. — M. Sée. Le 15 novembre 1870, un officier supérieur de l'armée française fut blessé pendant le siége de Belfort dans les circonstances suivantes : un obus entra par une embrasure et brisa, en éclatant, une fenêtre derrière laquelle se trouvait cet officier. Les blessures étaient multiples, mais peu profondes. L'une d'elles siégeait à l'angle externe de l'œil droit. Elles paraissaient toutes avoir été produites par des fragments de verre; elles saignèrent assez abondamment.

Le lendemain, en sortant de son lit, le blessé éprouva une petite syncope, mais il put néanmoins reprendre son service. Au bout de 15 jours, toutes les plaies étaient cicatrisées. Il restait néanmoins au côté externe de l'œil droit une petite tumeur grosse comme un pois. L'œil était resté larmoyant depuis la blessure. Bientôt il survint de la douleur de tête, surtout à droite, de la gêne de la vision avec exacerbation de ces phénomènes par le travail de bureau, principalement à la lumière artificielle.

Après la reddition de Belfort, ce blessé fut envoyé à Besançon, où il ressentit les mêmes douleurs de tête et la même gêne dans la vision. Le 2 mai, après avoir fait une course un peu rapide, il se plaça près d'une fenêtre ouverte, où il est possible qu'il ait été frappé par un courant d'air froid. Le lendemain, il fit appeler un médecin qui lui fit une première visite le 4 mai. Ce médecin constata une injection de la conjonctive droite avec boursoufflement de cette membrane. Le malade ne parla même pas de la blessure qu'il avait reçue à Belfort et attribua sa maladie à un coup d'air.

Dans la soirée du 4 mai, les accidents s'aggravèrent et gagnèrent l'œil du côté opposé.

— Compresses d'eau fraîche ; sangsues aux apophyses mastoïdes.

Le lendemain, 5 mai, le médecin en chef de l'hôpital militaire fut appelé en consultation. Le malade était alors dans un état désespéré ; la respiration était embarrassée, et trois heures après il était mort. L'enterrement eut lieu le 6 mai. La famille demanda l'exhumation et l'autopsie, qui ne put être faite que quatre jours après le décès. La putréfaction du cadavre était très-avancée, et l'autopsie fut faite à la hâte, dans un wagon du chemin de fer, à la lueur d'une lampe.

L'autopsie apprit peu de chose ; on trouva seulement de l'injection à la base des méninges, surtout au niveau de la fosse moyenne.

L'un des médecins pense que ce malade était mort à la suite d'une congestion cérébrale. Pour moi, je suis convaincu que tous les accidents ont été la conséquence de la blessure que cet officier avait reçue au côté externe de l'œil.

M. Després. Dans des cas semblables, la mort a quelquefois été produite par la phlébite de la veine ophthalmique. La veine ophthalmique et le sinus caverneux ont-ils été examinés?

---

lorsque ces publications auront été discutées et approuvées par l'Association;

Art. 4. De gérer et de garantir les fonds de l'Association.

V. Des membres de l'Association.

Art. 1er. Tous les médecins actuellement résidents à Cauterets, qui auront adhéré aux présents statuts, seront membres fondateurs et titulaires;

Art. 2. Tout docteur en médecine qui voudra faire partie de l'Association, en qualité de membre titulaire, devra justifier d'une saison de pratique médicale à Cauterets et faire présenter sa demande écrite par l'un des membres titulaires;

Art. 3. L'admission aura lieu par le vote, à la majorité absolue.

VI. Des séances.

Art. 1er. L'Association se réunira une fois par semaine et plus souvent s'il y a lieu;

Art. 2. Chaque sociétaire sera tenu d'assister aux séances; à cet effet, des jetons de présence seront délivrés à chaque membre;

Art. 3. La cotisation annuelle et la valeur des jetons de présence seront annuellement fixées par l'Association, sur la proposition du conseil de famille;

Art. 4. L'ordre des séances est ainsi fixé :

1° Lecture du procès-verbal;
2° Lecture de la correspondance;
3° Ordre du jour;
4° Communications et propositions diverses;
5° Fixation de l'ordre du jour de la séance suivante.

VII. Article spécial.

Les présents statuts pourront être revisés chaque année, sur la demande de trois membres et par la décision de l'Assemblée, à la majorité relative des trois quarts des membres inscrits au tableau.

Tableau suivant l'ordre d'ancienneté d'exercice dans la station de Cauterets.

Docteurs : Daudirac.	Docteurs : Commandré.
Gigot-Suard.	Bordenave.
Tessereau.	De Vauréal.
Flurin.	Moinet.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

M. le docteur Fort reprendra ses leçons d'anatomie le jeudi 28 septembre 1871, à midi et demi, dans l'amphithéâtre n° 3 de l'École pratique.

M. LARREY. S'est-on assuré, d'autre part, qu'il n'y avait pas de corps étranger dans l'orbite?

M. Béhier, dans une thèse déjà ancienne, et M. Demarquay, dans un mémoire plus récent, ont signalé des observations analogues à celle qui nous est communiquée par M. Sée, et dans lesquelles la mort a paru produite par la présence de corps étrangers dans l'orbite.

M. SÉE. Les circonstances anormales au milieu desquelles on vivait à l'époque où fut recueillie cette observation ne permirent pas de faire l'autopsie avec beaucoup de soin. Je me suis expliqué à cet égard. La veine ophthalmique n'a pas été disséqué, et je reconnais avec M. Després que c'est là une lacune très-regrettable; mais je puis assurer à M. Larrey qu'il n'y avait pas de corps étranger dans l'orbite parce qu'on pensait qu'il devait en exister un et que les recherches dirigées dans ce sens n'en firent pas découvrir. La cavité orbitaire et la cavité crânienne ont été explorées avec soin pour éclairer ce doute, et toutes les recherches ont été négatives.

M. LEGOUEST. Peut-être existait-il de la méningite. Dans tous les cas, les circonstances au milieu desquelles l'autopsie a été faite étaient si défectueuses qu'il me paraît difficile de se prononcer.

PRÉSENTATION DE MALADE

M. TARNIER. Un jeune soldat, blessé à la bataille de Villiers-Champigny, fut apporté à l'ambulance du Crédit foncier, où je lui donnai des soins. Il avait été frappé au genou gauche par une balle cylindro-conique qui avait pénétré à deux centimètres au-dessus du bord externe de la rotule pour venir se loger au-dessus du condyle interne du fémur, sur lequel elle paraissait s'être incrustée. Après avoir reconnu l'ouverture d'entrée du projectile et le point où il s'était arrêté, je pensai que le cul-de-sac supérieur de la synoviale du genou devait avoir été ouvert, du moins le trajet suivi par la balle devait me le faire croire.

Je me gardai bien de faire aucune exploration dans la plaie, et le malade fut placé dans une gouttière rembourrée, où il garda une immobilité aussi complète que possible. A mon grand étonnement, il ne survint aucun accident inflammatoire, et la plaie se cicatrisa régulièrement et rapidement sans avoir présenté d'écoulement de synovie.

Aujourd'hui, le blessé est guéri depuis longtemps. La marche est facile. On sent la balle à peu près au même endroit que par le passé; seulement elle paraît plus superficielle, et elle est devenue mobile. Le malade demande qu'on en fasse l'extraction.

En vous présentant ce malade, j'appelle votre attention sur la simplicité avec laquelle s'est effectuée la guérison pour une plaie qui paraissait, d'après le trajet suivi par le projectile, avoir ouvert inévitablement l'articulation. Je me demande aujourd'hui si oui ou non l'articulation a été ouverte. Si la plaie a pénétré dans la synoviale, la guérison est remarquable; si au contraire la synoviale est restée intacte, il est étonnant qu'une balle puisse suivre un pareil trajet sans ouvrir l'articulation.

D'autre part, je suis disposé à ne faire aucune tentative pour extraire ce projectile, mais je désire avoir votre avis sur ce point du traitement.

M. DESPRÉS. Il me paraît que la balle est en dehors de l'articulation sous le tendon du triceps; elle est en effet mobile quand le muscle est relâché, immobile quand le muscle se contracte; elle se comporte, en un mot, comme le ferait une tumeur née dans le muscle lui-même.

Le malade marche bien, sans douleur; la conduite la plus sage, à mon avis, est de ne pas extraire la balle et d'attendre.

J'ai vu à Sedan plusieurs plaies pénétrantes du genou, suivies de guérison quand la plaie pénétrante n'était pas compliquée par une lésion des os. Sur cinq blessés de ce genre, il y eut quatre guérisons.

J'ai trouvé à Beaugency un certain nombre de blessés du même genre, mais cette fois les insuccès ont été nombreux; il est vrai de dire que les blessés supportaient une température exceptionnellement froide. Cependant un soldat reçut une balle qui pénétra dans le condyle fémoral en ouvrant l'articulation. La guérison fut obtenue après une arthrite, et la balle resta dans l'os.

Il ne m'étonnerait pas que chez le malade présenté par M. Tarnier, il y eut eu plaie pénétrante du genou; c'est là une probabilité qui est fondée sur le trajet suivi par le projectile.

M. DOLBEAU. J'ai dans mon service de l'hôpital Beaujon deux blessés semblables à celui qui nous est présenté. L'un d'eux a reçu une balle qui pénètre en avant du condyle externe du fémur pour s'arrêter sur le bord interne de la rotule. Chez l'autre, la balle a pénétré dans le creux poplité, pour venir se loger en avant du condyle interne, précisément dans le même point que chez le malade de M. Tarnier.

Dans les deux cas, j'ai observé une arthrite violente, mais l'inflammation s'est arrêtée et aujourd'hui les deux malades sont guéris.

Je pense que M. Tarnier fera bien de ne pas chercher à extraire la balle qui est restée dans le genou de son malade; il s'exposerait en effet à ouvrir l'articulation, ainsi que j'en ai vu un exemple malheureux dans une ambulance de la ville.

Dans tous les cas où il y a doute sur la pénétration de la plaie dans l'articulation il faut, je crois, traiter les malades comme s'il y avait lésion de l'articulation.

M. LARREY. Je suis disposé à croire à la curabilité des plaies de l'articulation du genou, malgré la gravité incontestable de cette lésion.

Mon avis, dans le cas particulier qui vous est présenté, est qu'il faut attendre autant que possible, et ne pratiquer l'opération qu'à la dernière extrémité. Si l'opération devenait inévitable, il faudrait, je pense, donner la préférence à la méthode sous-cutanée, telle qu'elle a été instituée pour l'ablation des corps étrangers articulaires. J'ai vu, il y a vingt-cinq ans, Velpeau pratiquer une opération de ce genre avec le plus complet succès.

M. LEFORT. J'ai vu dans mon service un genou, traversé de part en part par une balle, guérir très-heureusement. Il y a donc à revenir sur le précepte qui voulait que l'amputation fût nécessaire dans toutes les plaies pénétrantes du genou par armes à feu.

M. SÉE. A la bataille de Saint-Quentin, j'ai vu un genou traversé par une balle, de la rotule au creux poplité. Le malade guérit.

J'ai observé des cas analogues pour les articulations de l'épaule et du coude. L'indication de l'amputation me paraît donc être restreinte, par l'observation de ces faits, aux cas dans lesquels une complication vient aggraver encore la plaie pénétrante de l'articulation.

M. BLOT. Il ne faut pas faire d'amputation préventive; il ne faut même pas amputer quand survient une arthrite; il y a longtemps déjà que j'ai publié un mémoire où il est démontré qu'une arthrite suppurée du genou peut être suivie de guérison avec la conservation de tous les mouvements du membre.

J'entends mes collègues, MM. Dolbeau et Trélat, dire qu'il s'agissait, dans le mémoire que je viens de citer, d'arthrites non traumatiques; mais c'est là une erreur. Dans l'une de mes observations, il s'agissait d'un ouvrier châlier qui avait eu le genou ouvert par la pointe de longs ciseaux; il y eut arthrite, suppuration et guérison, avec conservation de tous les mouvements du membre blessé. C'était là assurément une arthrite traumatique. La restriction qui était faite par mes collègues n'existe donc pas.

M. LEGOUEST. Dans les blessures de ce genre, il faut, autant que possible, empêcher le développement de l'arthrite par un traitement prophylactique, et quand elle se déclare savoir lui opposer un traitement curatif. Pour le malade de M. Tarnier, je crois qu'il faut laisser le corps étranger en place, parce qu'on s'exposerait à une arthrite formidable en voulant l'extraire; je n'opérerais qu'à la dernière extrémité. Je crois aussi que le corps étranger est formé par une balle qui n'est pas entière.

M. BLOT. Avant la publication du mémoire dont j'ai parlé, on pensait que, après une arthrite suppurée du genou, l'ankylose était le mode de guérison le plus favorable; on ne croyait pas alors à la guérison avec conservation possible des mouvements du membre. Des faits bien observés ont renversé cette opinion.

La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire : TARNIER.

DOCUMENTS

POUR SERVIR A L'HISTOIRE DU MOUVEMENT SCIENTIFIQUE PENDANT LE SIÉGE DE PARIS (1).

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 23 janvier 1871. — Présidence de M. FAYE.

(Suite et fin.)

Hygiène publique. — *Sur un moyen pratique de préparer du charbon de bois pour les usages domestiques.* Note de M. LE GÉNÉRAL MORIN.

Dans un moment où il est si difficile de se procurer, pour les besoins de certaines industries et pour ceux de la vie privée, le charbon de bois, souvent nécessaire, il n'est peut-être pas inutile d'indiquer une application domestique fort simple, que l'on peut faire, du procédé employé dans les poudreries pour la préparation du charbon destiné à la fabrication de la poudre, et qui est obtenu par distillation.

Dans un cylindre en tôle de $0^m,15$ à $0^m,20$ de diamètre, fermé d'un bout par un fond fixe et de l'autre par un couvercle mobile, percé d'un trou de $0^m,010$ environ de diamètre, pour lequel on peut prendre soit un étouffoir ordinaire, soit un fragment de tuyau de poêle ayant en longueur un peu moins que la largeur de la cheminée, on introduit du bois en fragments de la longueur du cylindre et de $0^m,02$ à $0^m,03$ de grosseur, de manière à le remplir complétement. On place le couvercle et on en lute les joints si l'on a de la terre glaise. On met le cylindre sur le feu bien allumé de la cheminée, et on le retourne de temps en temps pour en exposer successivement la surface à l'action de la chaleur.

Après quelques instants, de la vapeur d'eau d'abord, puis des gaz combustibles s'échappent par l'orifice et quelquefois par les joints du couvercle. Il n'y a pas à s'en préoccuper, aucun accident n'est à craindre.

Au bout de quatre ou cinq heures, sans autres soins et selon l'activité du feu, l'opération est ordinairement terminée.

On retire le cylindre, on lute, avec de la terre glaise ou autre mouillée, l'orifice du couvercle et on laisse refroidir. On trouve ensuite, dans le récipient, du charbon, qui doit être complétement distillé, noir, cassant, sonore, et dont le poids est d'environ 25 à 30 pour 100 de celui du bois employé.

Si le feu n'a pas été assez actif et s'il y a des fragments roux, qu'on nomme *brûlots*, on les sépare et on les réserve pour une autre opération. Lorsqu'au contraire le charbon est à l'état de braise, c'est l'indice que l'air a trop pénétré dans le récipient qui était mal luté ou que l'opération a été trop prolongée.

Au prix actuel du bois, qui est de 100 francs les 1000 kilogrammes, on obtient ainsi, sans autres frais que le déchet produit par la distillation, 25 à 30 kilogrammes de charbon pour 10 francs, au lieu de le payer 30 à 40, quand, par la protection d'un charbonnier, on peut s'en procurer à ce prix.

NOMINATIONS

L'Académie procède, par la voie du scrutin, à la nomination d'une Commision qui sera chargée de juger le Concours pour le *prix Barbier*.

MM. S. Laugier, Andral, Bussy, Nélaton, Brongniart, réunissent la majorité des suffrages. Les membres qui, après eux, ont obtenu le plus de voix sont MM. Bouillaud, Decaisne.

L'Académie procède, par la voie du scrutin, à la nomination d'une Commision qui sera chargée de juger le Concours pour le *prix Godart*.

MM. Nélaton, S. Laugier, Andral, Cloquet, Bouillaud, réunissent la majorité des suffrages. Les membres qui, après eux, ont obtenu le plus de voix sont MM. Cl. Bernard, Robin, Larrey.

(1) Suite. — Voir le dernier numéro.

MÉMOIRES PRÉSENTÉS

Hygiène publique. — *Note sur les œufs et sur les procédés usités pour les conserver*, par M. DUBRUNFAUT.

J'ai pu expérimenter, depuis la fin de septembre, les divers procédés signalés pour la conservation des œufs, et c'est le procédé de conservation dans l'eau ou le lait de chaux qui m'a donné les meilleurs résultats (1). J'ai, en effet, des produits de ce genre conservés depuis quatre mois dans un lait de chaux faible, et à une température de + 13 degrés, qui offrent tous les caractères des œufs frais, c'est-à-dire qu'ils sont exempts d'altérations perceptibles par les investigations organoleptiques.

Des exceptions se présentent cependant, qui exigent quelques explications.

Les œufs sur lesquels j'ai fait mes observations venaient de la halle aux criées, et ils avaient pu subir, à un degré quelconque, l'influence de procédés de conservation mis en pratique par les divers détenteurs qui, depuis la fin de septembre jusqu'à la mi-novembre, ont alimenté l'Apport-Paris, à défaut des arrivages que l'investissement avait presque radicalement arrêtés (2).

En déposant dans l'eau de chaux des œufs frais, tous gagnent le fond, en vertu de leur plus grande densité. Il n'en est pas de même des œufs conservés à l'air ou dans la cendre, et l'on observe alors des différences et des inégalités de densité, qui font monter à la surface du liquide les œufs les moins bien conservés, ce qui constitue un mode de triage connu.

Les œufs qui offrent ce dernier caractère se conservent moins bien que ceux qui restent au fond du liquide, et l'on reconnaît facilement cette infériorité quand on les cuit à la coque. Il n'y a plus alors une démarcation nette entre le jaune et le blanc. Ce dernier se coagule plus promptement que dans l'œuf frais, et l'albumine coagulée est diaphane comme dans l'œuf du vanneau. Du reste, la saveur n'a pas sensiblement changé, et l'œuf cuit, qu'on pourrait, *de visu*, comme je l'ai fait moi-même, prendre tout d'abord pour un œuf altéré, est parfaitement comestible.

Lorsque l'altération a été poussée plus loin, comme on l'observe invariablement dans les œufs dont la coque est fêlée, la fermentation putride est évidente, et elle se révèle par une odeur plus ou moins forte d'hydrogène sulfuré. On doit donc éviter avec soin de conserver dans la chaux des œufs dont la coquille n'est pas parfaitement intacte, et l'on doit veiller à éliminer ceux qui, pendant la conserve, se briseraient par une cause quelconque.

Pendant toute la durée de la conservation dans le lait de chaux, on observe le fait que nous avons signalé, c'est-à-dire qu'une partie des œufs reste au fond de l'eau quand l'autre remonte à la surface, et, dans ce cas, ceux du fond conservent, comme je l'ai dit, les propriétés des œufs frais, quand les autres offrent, à des degrés différents, les modifications indiquées. En cherchant à découvrir la cause de ces différences, j'ai cru la découvrir dans l'influence de la fécondation, et si mes observations sont fondées, les œufs fécondés seraient ceux qui restent au fond de l'eau, quand les œufs clairs subissent au contraire les altérations qui les ramènent à la surface. Cette observation est en contradiction avec celle qui a été faite par des expérimentateurs qui, en opérant sur des œufs conservés à l'air libre, ont reconnu que les œufs fécondés se conservent moins bien (3).

Les phénomènes d'endosmose jouent un rôle évident dans la conservation des œufs, et notamment dans leur conservation en lait de chaux.

Selon Dutrochet, l'eau albumineuse, de même que l'eau chargée de gomme, est fort endosmotique. Cette observation, ramenée aux conditions de diffusibilité qui sont probablement les causes des faits d'endosmose, s'explique par la propriété que possèdent les eaux albumineuse ou gommeuse de n'être pas diffusibles dans l'eau, même en présence des membranes ou des cloisons poreuses, lorsque l'eau, au contraire, est fort diffusible dans ces liquides. Il résulte de ces faits que le courant de l'albumine ou de la gomme vers l'eau est en réalité presque nul, quand le courant de l'eau vers l'albumine ou vers la gomme est très-énergique.

Du reste, il est facile de constater la présence de sels alcalins dans l'eau de chaux qui a servi à conserver les œufs, et ces sels ont été empruntés évidemment par endosmose à l'eau albumineuse, sans que l'albumine pure ait participé à la réaction. L'albumine de l'œuf est-elle une substance simple, et les sels alcalins qu'elle renferme, et qu'on peut éliminer par endosmose, ne jouent-ils pas là, par rapport à la matière organique, le rôle que M. Fremy assigne à la chaux dans cette autre matière organisatrice qui est connue sous le nom de *gomme*? On peut se demander encore si la modification que j'ai signalée dans l'albumine diaphane n'est pas due à une influence des sels; c'est ce que des expériences ultérieures pourront vérifier. J'aurai aussi à soumettre ultérieurement mes œufs bien conservés à l'épreuve de l'incubation. — (Renvoi à la Commission nommée pour les questions relatives à l'alimentation.)

Hygiène publique. — *Sur la préparation d'un lait artificiel, applicable pendant l'investissement.* Note de M. A. GAUDIN.

A propos de la dernière communication de M. Dubrunfaut, je crois devoir informer l'Académie des résultats que j'ai obtenus, il y

(1) On sait que ce procédé a été employé dans la marine, et notamment dans l'expédition du Mexique; on sait encore qu'il est pratiqué sur une grande échelle par des pâtissiers de Paris, qui conservent ainsi les œufs qu'ils consomment en hiver dans leur fabrication.

(2) Un seul industriel a pu livrer à la vente à la criée plusieurs millions d'œufs en six semaines. Ces œufs, achetés en vue des travaux de pâtisserie dans les grands mois de ponte, avaient été conservés dans le lait de chaux, et ils ont fourni à Paris une ressource précieuse pendant le siége. Ici encore, comme pour beaucoup d'autres produits (les sucres, les corps gras, les conserves alimentaires, etc.), c'est à l'industrie que l'alimentation parisienne aura dû ses plus précieuses ressources. Que serait-il arrivé, en effet, si, conformément à certains projets, toutes les grandes industries avaient été expulsées de Paris, devenu exclusivement ville de plaisir et de luxe?

(3) Un fait de ce genre, qui touche à l'influence de la force vitale des vitalistes, s'observe dans les racines bisannuelles, comme les betteraves. Les racines qui ont été décolletées par des sections faites au-dessous du nœud vital pourrissent en silos, quand les autres se conservent très-bien en donnant des feuilles.

a quinze ans, alors que j'avais à ma disposition tout un attirail de boulangerie, des fourneaux et de la vapeur, pour étudier la préparation des substances alimentaires, pendant la tenue du dock de la vie à bon marché de M. Delamare. J'arrivai, de concert avec M. Choumara, à transformer en *lait*, par une émulsion sous vapeur à haute température, le bouillon de viande, produit principalement avec des os riches en graisse et en gélatine.

Récemment, ayant été chargé de rechercher un procédé pour désinfecter des graisses d'os très-puantes, pour les rendre comestibles, j'ai été amené à reconnaître, en même temps que M. Dubrunfaut, qu'une température ménagée avec le concours de la vapeur d'eau permet d'en faire disparaître toute mauvaise odeur, à tel point que j'ai pu manger du chocolat additionné de graisse d'os ainsi purifiée, sans lui trouver le moindre goût désagréable.

En présence de ce résultat, j'ai songé immédiatement à produire du *lait artificiel*, en joignant, à ces graisses purifiées, de la gélatine également comestible. A l'aide des puissants et nombreux appareils que possède l'industrie parisienne, on pourrait chaque jour fabriquer plus de 500,000 litres de lait artificiel, qui seraient du plus grand secours au moment où nous allons manquer des autres aliments qui accompagnent d'ordinaire notre pain.

Ce lait artificiel est presque assimilable au lait de vache; en vieillissant, il émet successivement, à s'y méprendre, l'odeur de lait aigri et celle de fromage. La gélatine y représente le caséum; a graisse, le beurre; le sucre ordinaire, le sucre de lait, etc. Il servirait à préparer du café et du chocolat au lait, de la soupe et des crèmes d'un goût excellent. Le prix de revient de ce lait serait très-minime. (Renvoi à la commission nommée pour les questions relatives à l'alimentation.)

Hygiène publique. — *Sur la substitution de la graisse de cheval à l'huile d'olive, dans la préparation du lait obsidional proposé par* M. Dubrunfaut. Note de M. TH. FUA.

... Le choix que fait M. Dubrunfaut de l'huile d'olive, pour la préparation de son *lait obsidional*, me paraît présenter l'inconvénient que cette huile, quelque fine qu'elle soit et quelque petite qu'en soit la quantité, donnera toujours à ce nouveau lait le goût caractéristique du fruit de l'olivier.

Au contraire, la graisse ou l'huile de cheval est douée d'une saveur irréprochable; elle a même un léger goût de noisette. Cette graisse, extrêmement fluide, pourrait sans doute être substituée à l'huile d'olive, dans la préparation du lait artificiel de M. Dubrunfaut. (Renvoi à la commission nommée pour les questions relatives à l'alimentation.)

Hygiène publique. — *Sur la façon dont il conviendrait d'introduire le riz dans la fabrication du pain, pendant l'investissement de Paris.* Note de M. CH. TELLIER.

Le riz est introduit aujourd'hui dans le pain à l'état cru; il y a là, je crois, une faute. Le riz devrait d'abord être cuit dans une certaine quantité d'eau, et c'est avec cette bouillie qu'il conviendrait de pétrir la farine.

On obtiendrait deux avantages immédiats. D'abord on aurait un pain plus léger, la coction du riz exigeant un certain degré d'hydratation, qui ne se peut faire à froid, dans la pâte. Ensuite on éviterait la mouture du riz, ce qui économiserait de la force, par conséquent du combustible. (Renvoi à la commission nommée pour les questions relatives à l'alimentation.)

M. RÉZARD DE WOUVES adresse un mémoire sur la pourriture d'hôpital, ses causes et son traitement.

L'auteur pense que cette affection est due principalement à des causes internes, telles que l'alimentation insuffisante et anormale, les fatigues, les préoccupations douloureuses, etc.

Il fait remarquer que l'affection morbide se traduit, avant l'apparition de la pourriture d'hôpital, par une teinte plombée particulière du faciès, se rapprochant de celle que l'on constate chez les personnes atteintes d'affections bilieuses graves, ou au début de la fièvre typhoïde et du rhumatisme articulaire; que la langue est alors couverte d'un enduit épais et grisâtre, avec de l'inappétence, symptômes auxquels succède une diarrhée infecte qui met fin aux souffrances de l'opéré; que l'état de la langue et sa coloration coïncident avec celui de la surface de la plaie et la précèdent; que plus cet état est prononcé, plus l'aspect de la plaie est mauvais. Il croit pouvoir en conclure que ce n'est pas la plaie qui produit la pourriture d'hôpital, mais bien la cause interne, qui, agissant sur l'économie, la produit, ainsi que l'état de la langue. Il propose le traitement par les purgatifs et les toniques, pour prévenir et combattre les signes qui se traduisent sur les plaies et constituent la pourriture d'hôpital. (Renvoi à la section de médecine et de chirurgie.)

M. DUMÉRY adresse un complément à sa précédente note sur les améliorations à introduire dans les tentes-abris en usage dans l'armée française. (Renvoi à la commission précédemment nommée.)

M. A. BRACHET adresse une note concernant un procédé particulier pour la cuisson du pain. (Commissaires : MM. de Tessan, Jamin.)

CORRESPONDANCE

M. STANISLAS JULIEN, administrateur du Collége de France, et M. SCHÉFER, administrateur de l'École des langues orientales vivantes, déclarent que le Collége de France, fondé en 1530 par François Ier, et l'École des langues orientales vivantes, fondée en 1795 par la Convention, ont été bombardés dans la nuit du 10 au 11 et dans la journée du 19 janvier 1871.

M. BUSSY présente à l'Académie, au nom de M. Bourgoin, une brochure relative à l'hygiène publique et portant pour titre : « Du blé, sa valeur alimentaire en temps de siége et de disette ».

La séance est levée à 4 heures trois quarts.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la Gazette un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois . . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 13 septembre 1871.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

M. J. Guérin a terminé hier son argumentation contre la doctrine vitaliste de M. Chauffard, considérée en général et en particulier dans ses applications à la théorie de l'infection purulente. Le caractère de cette argumentation, embrassant à la fois les principes les plus généraux de la science et de la philosophie médicale et les faits cliniques qui font la base de cette discussion, passant alternativement des abstractions les plus élevées aux détails les plus intimes de la pratique, en rend l'analyse assez difficile pour que nous ayons cru devoir attendre, pour la présenter, que l'auteur ait donné à ses opinions la forme plus saisissable et plus compréhensible de l'impression. Mais en attendant que nous soyons en mesure de résumer le débat incident soulevé entre M. Chauffard et M. J. Guérin, et le fond même de la discussion principale, nous mettons sous les yeux de nos lecteurs le résumé suivant de l'argumentation de M. J. Guérin, la seule partie de son discours qui ait été écrite.

Nous aurons plus tard à faire ressortir la pensée qui y domine en l'appliquant à l'appréciation et au résumé de la question tout entière.

Voici en quels termes M. J. Guérin a terminé son discours :

« Telles sont, messieurs, les différences et les oppositions que j'avais à signaler entre la manière de voir de M. Chauffard et la mienne. Mais vous l'avez compris, toutes ces différences, toutes ces oppositions de détail se résument dans une opposition de doctrine. Il y a donc lieu de choisir entre l'une et l'autre de celles que je viens de discuter. Pour nous, le choix ne saurait être douteux : nous adoptons et nous avons adopté dès longtemps la doctrine de l'*étiologie inductive et expérimentale*. Cette déclaration, au dire d'un de nos collègues dont la plume est depuis longtemps le porte-voix exact et fidèle de l'opinion, cette déclaration aurait excité une surprise générale, et notre collègue s'est demandé quel a été notre chemin de Damas. En donnant satisfaction à notre collègue M. Latour, j'écarterai de mes idées une prévention qui ne manque jamais de diminuer la valeur d'un progrès, lorsque ce progrès se présente sous la forme d'un changement d'idées ou de principes. Eh bien ! je dois dire d'emblée que ce que M. Latour et les personnes qui ont partagé sa surprise ont pris pour un abandon des doctrines que j'avais professées pendant trente ans, n'est ni un abandon ni un changement, mais un développement et un progrès de mes idées : je n'ai donc pas changé, je n'ai fait que progresser. En effet, lorsque je suis entré dans la carrière militante de la médecine, j'ai arboré le drapeau de l'éclectisme. Sous ce drapeau, j'ai un instant rêvé la reconstitution de notre science à l'aide d'un triage de toutes les vérités traditionnelles, au moyen de l'induction et de la méthode expérimentale. Muni de ces deux instruments, j'avais cru possible la continuation de l'œuvre des naturalistes médecins, la constitution et la classification des maladies considérées comme des espèces; mais je me suis vite aperçu que les maladies incessamment mobiles et variables tiennent cette mobilité et cette variabilité de l'instabilité des causes qui les produisent et les compliquent. Dès lors, je me suis attaché à la recherche et à la détermination de ces causes. J'ai été merveilleusement servi dans cette entreprise par mes études et mes recherches sur les difformités du corps humain. Là tout est fixe, tout est matériel, tout est appréciable à nos sens; là, les causes se traduisent par des changements de direction, de dimension, de consistance, de rapports, et l'on voit dans toute son évidence l'action d'un appareil étiologique d'un autre ordre que la spontanéité vivante, mais marchant de pair avec elle. Dès lors, je me suis efforcé de régler la part des causes extérieures, des *veræ causæ* de Newton, et celle de l'organisme vivant proprement dit. C'est ainsi que j'ai placé en tête de mon ouvrage, pour le grand prix de chirurgie de l'Académie des sciences, l'épigraphe suivante :

« La science des difformités, placée par la nature de ses « faits entre la physique et la médecine, est destinée à nouer « ces deux sciences à l'aide de la méthode expérimentale. »

C'était en 1835.

C'est sous l'inspiration de cette pensée et à la lumière de ce principe que j'ai exécuté tous mes travaux; et c'est sous la même inspiration que j'ai cherché, dans la question qui nous occupe, à rendre sa prépondérance à la doctrine de l'étiologie positive et à la substituer à la doctrine exclusive de la spontanéité organique.

Est-ce à dire que je veuille rompre à tout jamais avec cette doctrine dont notre collègue, M. Chauffard, a fait une si fâcheuse application? Nullement, messieurs; les traditions des écoles vitalistes, dont je me suis fait longtemps le défenseur contre un système étroit et dangereux, ne doivent pas être abandonnées en tout et pour tout au profit des doctrines modernes de la science positive. La vie sera toujours la vie, et le système organique qui la réalise, ou qu'elle réalise, tiendra toujours une grande place comme source étiologique dans l'étude des phénomènes qui s'y rapportent. Mais c'est à la condition que ces phénomènes ne seront plus considérés comme l'expression d'un antagonisme et comme une barrière infranchissable entre les manifestations et les lois de la nature générale et les manifestations et les lois de l'organisme humain. Nous sommes heureux d'ailleurs de le reconnaître, l'esprit de la méthode, dont les doctrines vitalistes ont marqué tous leurs travaux, a agrandi les horizons de la science : il l'a habituée à voir plus haut et plus loin. C'est à ces doctrines surtout que l'on doit d'avoir triomphé de cet organicisme étroit qui a subjugué trop longtemps les esprits.

Mais pour que les vues élevées et profondes du vitalisme continuent à être utiles, il faut qu'il se résigne à laisser la science positive travailler à la découverte des intermédiaires cachés qui relient l'organisme vivant avec la nature générale; il faut que dans l'étude des maladies il fasse une part égale entre l'étiologie extérieure et l'étiologie intérieure; il faut, en outre, qu'il se défasse de cette phraséologie brillante, mais qui répugne à la simplicité du sujet. *Res ornari ipsa negat*, a dit Quintilien en parlant de la science. La simplicité et la clarté scientifiques n'excluent ni la distinction ni l'élégance du langage.

A ces conditions, mais à ces conditions seulement, la conciliation est possible entre les doctrines du vitalisme et la doctrine de l'étiologie positive, de l'étiologie inductive et expérimentale. Pour mon compte, je serais heureux d'être des premiers à tendre la main à cette conciliation, qui maintiendrait l'accord de mon présent avec mon passé. »

Dr BROCHIN.

HOPITAL SAINT-PIERRE DE BRUXELLES.

M. ROMMELAERE.

Accouchement à terme. — Rétention du placenta. — Mort subite. — Présence d'air dans les cavités droites du cœur. — Utérus bicorne.

(Observation présentée à la Société anatomo-pathologique, par M. HUBERT ANDRÉ, interne du service.)

La nommée P... (Julienne), âgée de 23 ans, lavandière, d'un tempérament lymphatique, d'une constitution débile, scrofuleuse et rachitique, est apportée le 15 juin, à 10 heures du soir, à l'hôpital Saint-Pierre, dans le service de médecine de M. le professeur Rommelaere.

Elle s'est accouchée la veille, au matin, à terme, d'un enfant vivant; seulement la délivrance n'a pu être opérée.

A la visite du 16 juin au matin, nous trouvons cette femme dans le décubitus dorsal, pâle, anémiée, sans douleur d'aucune espèce. Le cordon ombilical, flasque, terne, brunâtre, affaissé, pend entre ses jambes et mesure depuis sa sortie de la vulve jusqu'à son extrémité 75 centimètres environ; il porte les traces des tiraillements qu'il a eu à supporter.

Le volume du ventre est encore considérable, il est comme bilobé; le lobe gauche, le plus volumineux, remonte jusque dans le flanc gauche.

Par le toucher vaginal, nous constatons que le col est loin d'être tout à fait effacé; sa lèvre antérieure est molle et pendante, la postérieure forme avec la paroi inférieure du vagin un cul-de-sac qui mesure environ 2 centimètres de profondeur; cette lèvre est ramollie et tuméfiée; l'orifice interne du col, qui permet aisément l'introduction de trois doigts, est dur et rigide. M. Hyernaux, chirurgien de la maternité de l'hôpital Saint-Jean, qui a visité cette femme sur l'invitation de M. Rommelaere, compare la matrice à une blague à tabac dont l'ouverture serait en partie resserrée par un lacet coulant.

Une portion de l'arrière-faix, résistante et rénitente, fait saillie entre les deux lèvres du col; en suivant le cordon, on peut remonter le long de la paroi gauche de la matrice jusqu'à la partie la plus supérieure, où il se réunit au placenta, qui s'insère au fond et sur la paroi droite de la matrice.

FEUILLETON

DE PARIS A METZ
PAR
MÉZIÈRES, SEDAN ET THIONVILLE

D'APRÈS LE JOURNAL D'UN MÉDECIN (1).

Le service médical de l'armée française en campagne est insuffisant; la démonstration en était faite depuis longtemps quand éclata la guerre avec la Prusse. Aussi le ministre de la guerre fut-il obligé de faire appel aux médecins civils qui voudraient s'attacher aux armées. A Paris, on répondit à cet appel avec empressement, et plus de 1,000 inscriptions furent obtenues en peu de jours.

On forma au Val-de-Grâce des commissions d'examen, à la suite desquelles on conféra le grade de médecin aide-major de 2e classe aux candidats admis. Ceux qui furent admis attendirent; ils attendirent longtemps. Les événements pressaient. Le pays, fiévreux et inquiet, pressentait des désastres. L'impatience était dans tous les yeux.

Quand on connut les premières défaites, nos amis étaient consternés; nous l'étions bien davantage, nous qui savions que partout les blessés avaient manqué de soins et que, malgré le dévouement des médecins militaires présents, on avait vu des blessés encore étendus sur le champ de bataille et asphyxiés par la putréfaction des amas de cadavres au milieu desquels ils étaient tombés. M. de Colomieu, colonel des turcos à Reichshoffen, nous avait bien dit la vérité, lui qu'un ami avait découvert sous un tas de soldats morts.

Nous attendions avec angoisse, avec impatience, et l'ordre ne venait pas.

Le 17, nous reçûmes de Verdun une lettre confidentielle qui nous apprenait la déroute de Forbach et les boucheries de Borny et de Gravelotte. Metz, nous disait-on, est plein de blessés : les médecins manquent.

C'est alors que l'administration se décida à envoyer des secours. Le 18, nous reçûmes à cinq heures une feuille de route nous enjoignant « de nous rendre sur le-champ à Metz, par Mézières et Thionville, pour nous mettre à la disposition de M. l'intendant militaire de la 5e division. »

Nous recevions en même temps de vive voix la recommandation d'arriver *à tout prix*. On nous informa qu'un train partirait de la gare du Nord à 11 heures du soir et emmènerait deux wagons chargés d'instruments et de pièces de pansement.

Nous étions 16 médecins; chacun accueillit avec joie cet ordre de départ, à si courte échéance qu'il leur laissait à peine 6 heures pour prévenir les siens. Personne ne manquait à l'appel le soir; l'impatience si longtemps contenue faisait explosion, et longtemps avant l'heure on était à la gare.

L'heure du départ est toujours triste, elle l'était particulièrement pour nous ce soir. Le soldat part avec sa compagnie : c'est sa famille; il s'avance au-devant du danger, mais il est au milieu des siens, et dans la tristesse des marches, quand sa pensée s'envole et que son pas s'attarde, son sac heurte le sac d'un ami, les clairons sonnent, les chefs vigilants cheminent au milieu d'eux, le drapeau domine la troupe, et de temps en temps toutes ces petites têtes de fantassins frissonnent sous le souffle héroïque de la patrie en danger!

Ici, rien de pareil ; personne ne se connaît. Quelques-uns sont accompagnés par une bande d'amis, d'autres sont seuls; on se serre les mains, on se promet de s'écrire... J'ai vu dans un coin de cette grande gare, froide pendant les jours les plus chauds, un de nos compagnons de voyage qui paraissait bien amoureux. Je ne sais pas si c'était sa femme, je me souviens qu'elle avait ses grands beaux yeux pleins de larmes et que c'était presque une enfant. Elle lui faisait des recommandations sur Metz, qui était, je crois, son pays. Il la quitta brusquement pour entrer dans la salle d'attente. J'ai fait sa connaissance en route; je n'ai jamais su ce qu'était devenu ce garçon-là.

Le train partit le 18 août à minuit, et, depuis le 18, le blocus de Metz était un fait accompli.

L'empereur avait quitté la ville le 16, et, quelques heures après, la route de Verdun étant coupée. Metz était privé de communications avec la France. La panique qui termina la journée si bien commencée de Saint-Privat donna de la latitude à l'ennemi. L'armée française était refoulée dans Metz; l'ennemi résolut de couper à tout prix sa ligne de retraite sur le nord. Le 18 août, les lettres de Thionville et du Luxembourg n'arrivèrent pas. Des paysans et des contrebandiers purent annoncer, le 19, que les Allemands occupaient la ligne du chemin de fer et se disposaient à la détruire. Aucun mouvement de reconnaissance ne fut tenté de ce côté. On fit passer dans la journée trois trains de blessés protégés par la croix de la société de Genève.

(1) Nous reproduisons cet intéressant article d'après le *Moniteur universel*.

Le placenta n'est pas encore décollé et l'odorat ne nous permet point de constater s'il a subi un commencement de putréfaction.

En présence de ces faits, les chefs de service prescrivent le repos, des lavements laudanisés et des bains généraux répétés par intervalles de deux heures en deux heures.

On lui fait prendre, en outre, du bouillon. Vers le soir, la femme ressent quelques douleurs analogues aux douleurs expulsives.

Elle dort bien la nuit.

Le lendemain matin, 17, les premiers symptômes de décomposition placentaire se déclarent. On prescrit des injections répétées d'heure en heure avec une solution de permanganate de potasse.

La malade ressent de nouveau quelques légères douleurs dans l'après-midi.

Vers le soir, elle est prise d'un violent frisson, qui dure environ une demi-heure.

Le 18, vers trois heures du matin, le placenta est expulsé en entier; il n'est putréfié que sur un point de sa circonférence, probablement sur celui qui faisait hernie entre les lèvres du col.

A la visite du matin, la matrice n'est pas encore revenue sur elle-même, elle est encore fortement distendue.

La malade a encore ressenti un frisson, plus violent et plus long que le premier.

M. Rommelaere prescrit :

Sulph. Quinine.................. 1,50
Sacch. alb. *Q. S*................
Misce et div. en dos. æq. nº VI,

et la continuation des injections au permanganate de potasse.

La malade meurt subitement à trois heures de l'après-midi.

Autopsie du 20 juin, à quatre heures après midi, 49 heures après la mort.

La décomposition cadavérique est très-avancée, cependant le relâchement est loin d'être complet.

Les deux plèvres sont remplies d'un liquide sanguinolent, la gauche présente des adhérences en plusieurs points.

Il existe de nombreux tubercules crétacés dans l'épaisseur des deux poumons.

Dans l'artère pulmonaire nous constatons la présence d'un caillot, mou, noir, non adhérent aux parois vasculaires, mais se prolongeant par de nombreuses ramifications dans les diverses branches de l'artère.

Le péricarde est distendu par un épanchement liquide, rouge foncé, équivalent à 75 grammes. L'analyse microscopique nous a dévoilé la présence de quelques rares globules rouges et d'une quantité considérable de leucocytes et de cellules épithéliales.

Il est probable que ces globules rouges proviennent de l'introduction, pendant l'autopsie, dans le liquide péricardique, d'une légère quantité de sang en nature; car, outre que les hématies étaient excessivement peu nombreuses, l'examen minutieux de la face interne et externe du cœur ne nous a pas permis de découvrir de trace de rupture.

A la face externe du cœur, nous trouvons des ecchymoses assez étendues, surtout au niveau du sillon interventriculaire postérieur et du sillon auriculo-ventriculaire postérieur droit.

La face antérieure du ventricule droit présente des éraillures apparentes dues à la dégénérescence graisseuse de quelques-uns des faisceaux musculaires; mais on rencontre, en outre, trois points mesurant de 1 à 2 millimètres d'étendue, au niveau desquels le péricarde est soulevé par de l'air.

L'oreillette et le ventricule droits sont distendus; le cœur gauche, au contraire, est affaissé.

En pressant dans la main et sur place le cœur droit, on détermine des bruits multiples analogues à ceux produits par l'air traversant un liquide.

On n'observe pas ce phénomène du côté de l'oreillette et du ventricule gauches.

Après avoir fait la ligature de tous les vaisseaux qui émanent et qui se rendent au cœur, nous avons fait sous l'eau la ponction des oreillettes et des ventricules.

A la ponction du cœur gauche, aucun phénomène ne s'est produit; mais à l'ouverture de l'oreillette droite et du ventricule droit, une quantité considérable de bulles gazeuses se sont précipitées à travers le liquide et sont venues crever à sa surface.

La paroi interne du ventricule droit est d'un rouge lie de vin; par places elle est tout à fait noirâtre.

L'oreillette droite présente les mêmes colorations. Quant au ventricule gauche, son aspect est tout à fait différent; sa face interne est d'un rouge brillant et ce n'est guère qu'au niveau de l'orifice auriculo-ventriculaire que l'on constate une zone noirâtre assez étendue.

A la surface du cerveau, nous rencontrons une quantité assez notable de sérosité; la substance cérébrale est ramollie.

Le cerveau et le cervelet ne présentent nulle trace d'apoplexie; la protubérance annulaire et la moelle allongée sont tout à fait normales.

La matrice est ici l'organe le plus intéressant, au point de vue anatomo-pathologique.

Elle est bifide, et cette bifidité s'étend à la fois dans le corps et dans le col.

Elle est formée de deux lobes pyriformes inégaux; le gauche est trois fois aussi volumineux que le droit, qui a les dimensions d'une grosse poire.

A chacun de ces lobes et à leur place respective normale sont appendus les canaux des trompes de Fallope, les pédicules des ovaires, les ligaments ronds et larges.

Chaque lobe n'est donc pourvu que d'une trompe, d'un ovaire, etc...

Au niveau du point de réunion des lobes, la muqueuse de la matrice forme un repli long de 2 centimètres environ et pendant dans sa cavité. On dirait une valvule destinée à la séparation complète des deux parties de la matrice.

Le produit était renfermé dans la cavité gauche de l'utérus.

(*A suivre*).

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 12 septembre 1871. — Présidence de M. BARTH.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet : 1° les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1870 dans les départements de la Gironde et du Jura (Commission des épidémies); — 2° un rapport de M. le docteur Doyon sur le service médical des eaux minérales d'Uriage pour 1869 et 1870. (Commission des eaux minérales).

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

Elle comprend : 1° une observation d'opération césarienne pratiquée le 10 juillet 1871, par M. le docteur Cantrel (de Mouy) (Commissaires : MM. Jacquemier et Devilliers); — 2° une lettre de M. le docteur Pons (de Bez) sur le vaccin (Commission de vaccine); — 3° une note de M. Besnon (d'Avronches), ancien pharmacien-major de la marine, sur l'*oïdium aurantiacum* (Commissaires : MM. Larrey, Poggiale, Béhier, Gaultier de Claubry, Vulpian).

CORRESPONDANCE

M. J. GUÉRIN présente, au nom de M. le docteur E. Decaisne, la note suivante :

L'oïdium aurantiacum du pain au point de vue pathologique. — De mes expériences sur moi-même et sur les animaux, et des faits observés jusqu'ici, je crois qu'on peut conclure :

1° L'*oïdium aurantiacum* du pain a sur l'économie les mêmes effets ou à peu près que les différentes moisissures qui attaquent les substances alimentaires.

2° Il faut certainement tenir compte dans la production de ces effets des dispositions individuelles, comme pour ceux des mucidinées en général, qui causent chez certaines personnes presque infailliblement des accidents, quelquefois assez accentués, tandis que d'autres se montrent absolument réfractaires à leur action.

3° Les conditions assez rares dans lesquelles se produit cette altération du pain, son odeur et son aspect repoussants, les moyens certains que la science possède pour arrêter promptement le développement de la maladie, écartent du reste à peu près tout danger au point de vue de l'alimentation publique.

4° Dans tous les cas, le pain infecté d'*oïdium aurantiacum*, aussi légèrement que ce soit, doit être rejeté de la consommation.

M. J. GUÉRIN présente ensuite, de la part de M. le docteur F. de Ranse, un ouvrage ayant pour titre : *Du rôle des microzoaires et des microphites dans la genèse, l'évolution et la propagation des maladies.*

M. J. Guérin, après une courte analyse de cet ouvrage, donne lecture de la conclusion suivante :

La conclusion la plus générale qui ressort de l'étude précédente, c'est que, dans la genèse, l'évolution et la propagation des maladies, le rôle des microzoaires et des microphites, au lieu d'être capital, essentiel, comme le professe la doctrine de la pathologie animée est secondaire, accessoire, et qu'on ne saurait, à l'instar de cette doctrine, considérer comme de nature parasitaire, les maladies d'origine effluvique, miasmatique ou virulente.

M. POGGIALE, à l'occasion de la note de M. Decaisne, dit qu'il a fait trois expériences sur un chien et deux lapins et qu'il a obtenu des résultats semblables à ceux signalés par M. Decaisne, c'est-à-dire des vomissements, de la diarrhée, de la prostration, mais pas d'accidents toxiques.

M. POGGIALE présente en outre, au nom de M. Barrault, une série d'articles sur la comparaison des eaux chlorurées sodiques d'Allemagne et de celles de France, comparaison d'où il résulte que la France est aussi riche que l'Allemagne en eaux chlorurées sodiques.

LECTURE

M. GAULTIER DE CLAUBRY donne lecture d'une note sur l'*oïdium aurantiacum*. Ce travail est renvoyé à la commission à laquelle est adjoint M. Gaultier de Claubry.

M. LE Dr ARMAND MOREAU lit la note suivante :

Expériences sur l'intestin. — Sur l'action du sulfate de magnésie. — J'ai décrit, dans la séance du 5 juillet 1870, plusieurs expériences qui confirment d'une manière très-nette les idées généralement acceptées relativement à l'action des substances purgatives sur l'intestin. J'ai fait cette publication pour répondre à une théorie formulée en Allemagne en 1866 et qui venait de reparaître dans un long travail publié, en avril 1870, dans les *Archives* de Dubois Reymond et Reichert.

Je ne crois pas que cette théorie garde quelque crédit, même dans le pays où elle a paru; cependant, comme elle repose sur des expériences, je viens la discuter avec des expériences nouvelles.

Un point, en effet, sur lequel il importe d'être d'abord fixé, est celui-ci : les expériences ne sauraient se contredire; cela est impossible, et l'on doit dire *à priori* : les résultats obtenus ont été positifs et négatifs; donc les conditions sont différentes.

Les auteurs allemands que j'ai cités dans ma communication du 5 juillet 1870 admettent, en s'appuyant sur des expériences, que les purgatifs, par exemple le sulfate de magnésie, n'agissent pas en déterminant la production de nouveaux liquides, mais en exagérant les mouvements péristaltiques, et conséquemment en provoquant l'expulsion des liquides déjà contenus dans l'intestin.

Or, j'obtiens des quantités considérables de liquides dans des anses d'intestin en y plaçant quelques centimètres cubes d'une solution de sulfate de magnésie au cinquième.

J'obtiens encore ces mêmes résultats positifs en agissant suivant le procédé employé par les auteurs allemands et en variant même les conditions de différentes manières.

Ainsi, l'anse isolée de l'intestin, d'après le procédé adopté par eux, m'a fourni des quantités abondantes de liquides, soit que j'aie mis la solution purgative le jour même de l'opération, soit que j'aie attendu un certain nombre de jours avant de le faire.

En somme, ce sont toujours des résultats positifs.

Je vais dire maintenant comment on peut obtenir des résultats négatifs tels que ceux qu'ont toujours rencontrés les auteurs dont je parle.

Une anse d'intestin qui reçoit la solution purgative ordinaire ne réagit pas d'une manière manifeste si cette solution n'y demeure pas assez longtemps. Ainsi, la solution ordinaire mise dans l'anse ayant été retirée après 10 minutes de séjour, l'anse examinée plusieurs heures après était vide.

Pareillement, quand j'ai agi sur l'anse isolée suivant le procédé exclusivement employé par les auteurs allemands, j'ai vu que plusieurs jours après l'opération, et quand le chien était déjà bien guéri, cette anse n'était oblitérée qu'en apparence ; la solution injec-

---

Le 20 août un seul train passa vers midi, et ce fut tout, la ligne était interrompue. Metz allait pendant près de trois mois être complétement isolée de la France.

Nous ignorions ces détails, nous ne savions pas vers quel inconnu nous marchions le cœur presque léger. Nous aurions dû cependant le deviner, si nous eussions recherché le sens de cette recommandation formelle d'arriver à Metz *à tout prix*.

Nous n'accusons personne; nous nous proposons simplement de raconter les souvenirs intimes d'une aventure dans laquelle nous sommes tombés et qui eût pu être dangereuse. Est il utile de dire que le récit qu'on va lire est de la plus scrupuleuse exactitude, et qu'en l'écrivant nous avons cédé seulement au plaisir qu'on éprouvé à se rappeler de loin les vilains jours?

Le train, parti à minuit, entra dans la gare de Soissons à quatre heures. La gare est à deux kilomètres de la ville; les portes étant fermées, nous attendîmes dans les champs, assis sur nos valises, le lever du soleil. Il se leva radieux, de l'autre côté de la voie, à l'horizon d'une des plaines les plus monotones qu'on puisse rêver. Dans la ville, où nous entrons à six heures, rien ne semble annoncer que le pays est en guerre; les maraîchers vendent leurs légumes comme en temps ordinaire. Dans un coin de la ville, près de la cathédrale, nous voyons bien quelques gardes nationaux qui manœuvrent, mais les mouvements se font sans intelligence, sans précision et sans élan. L'armement est pitoyable, et au commandement de feu, on n'entend qu'un bruit confus et invraisemblable dû au froissement du silex, au claquement des chiens à piston, au froissement des broches de fusil à tabatière. Un habitant qui voit notre étonnement nous explique que la ville est décidée à ne pas résister et à ouvrir ses portes immédiatement.

Partis de Soissons à dix heures, nous arrivons à Reims à une heure. La gare est encombrée : trains de bestiaux, trains d'effets militaires, trains de manutention; toutes les voies sont prises. Les employés de la gare sont sur les dents. Un maréchal des logis de dragons monte dans notre compartiment, et nous dit qu'envoyé de Paris le 16 pour rejoindre son corps au camp de Châlons, il a reçu à Châlons l'ordre de le rallier à Sedan. Cet homme nous apprend des choses désolantes; la panique est partout. Il a vu l'empereur arriver à Mourmelon sur un wagon de marchandises; il était assis sur une chaise d'église, la tête penchée, le regard inerte, les bras pendants, ayant perdu jusqu'à cette présence d'esprit qui lui faisait toujours prendre une attitude impassible. La conversation de ce soldat nous démoralise, et nous ne l'écoutons plus.

La gare de Rethel est transformée en un vaste office : des tonneaux de café, de vin, de rhum, des chaudières de bouillon attendent sur le quai! le télégraphe a donné avis de l'arrivée d'un train de blessés venant de Metz. Jamais une population plus patriote n'aura donné à l'étranger un plus noble exemple. Un habitant dont nous regrettons de ne pas savoir le nom, apprenant que nous allons à Metz, s'avance et nous offre 1,000 francs pour faire *un peu de bien là-bas*. Nous ne pouvions pas accepter, dans l'état d'incertitude où nous commencions à nous sentir. Nous l'avons regretté depuis; nous aurions eu tant d'occasions de faire un peu de bien là-bas!

Honnête habitant de Rethel, dans les mauvais jours qui nous attendaient, j'ai bien souvent pensé à vous, qui avez offert une grande somme, sans bruit et si simplement que j'en ai après douze mois les yeux humides, moi qui ne sais pas même votre nom.

L'intendant que nous vîmes à Charleville nous apprit une partie de la vérité : nous pouvions encore entrer dans Metz, mais il n'était que temps. La ligne de Thionville n'est pas encore coupée. « Je dois vous prévenir, dit-il, que vous allez avoir de la besogne; je vais télégraphier l'ordre de faciliter votre voyage par tous les moyens possibles. Il faut arriver dans Metz *à tout prix*. » L'intendant était visiblement inquiet, et nous commencions à deviner ce que pouvait bien vouloir dire entrer *à tout prix* dans une place bloquée.

Mézières, qui est la forteresse de Charleville, nous parut défendue par des remparts imprenables; mais une chose nous frappait, c'était l'absence absolue d'activité de défense. Nous nous le sommes souvent rappelé en songeant que, dix jours plus tard, la contrée de Sedan devait trembler sous le canon des armées!

Le soir venait; les objets moins distincts se perdaient sous cette ombre grisâtre qui précède les nuits d'été. Les arbres prenaient les formes indécises de la fantaisie, et notre convoi poursuivait à grande vitesse, haletant, sa course au milieu d'une campagne mollement mamelonnée, que les peintres du dix-septième siècle ont tous reproduite dans les tableaux des victoires du Grand Roi. L'obscurité était complète quand nous avons traversé Sedan presque sans arrêt.

De temps en temps, nous apercevions les petites lumières d'un village; les habitants pressés contre la station acclamaient le train, puis plus rien. Énervés par l'aigre monotonie de la locomotive qui chassait de l'avant à toute vapeur, nous cédions au sommeil quand le convoi s'arrêta. Nous étions à Montmédy.

Le chef de gare a reçu l'avis que la ligne a été coupée à Longuyon et à Pierrepont. Le télégraphe est interrompu. Un piqueur de la voie est allé s'assurer de l'étendue du dégât et tâcher de le réparer; il faut l'attendre. On commence à craindre qu'il n'ait été enlevé. Le chef de gare a complétement perdu la tête.

(*A suivre*.)

tée passait dans le péritoine sans déterminer là aucun trouble important, comme je m'en suis assuré par une expérience directe et spéciale.

C'est encore un résultat négatif que l'on obtient dans ces conditions. J'ai soin, pour avoir le résultat contraire, de placer une ligature aux deux extrémités de l'anse.

Enfin, on doit penser qu'une anse isolée de l'intestin comme celle dont se servent les auteurs allemands est dans des conditions anormales qui peuvent amener un état nouveau dans lequel cette partie de l'intestin ne réagit plus comme un intestin normal. On aura nécessairement encore une solution négative quand l'anse aura subi cette atrophie.

Les résultats négatifs peuvent donc être reproduits; mais quand on en détermine avec intention les conditions, on voit, comme dans les exemples que je cite, que l'on supprime en même temps quelques-unes des données essentielles du problème en question, savoir : étudier l'action d'une substance purgative qui séjourne dans cet intestin à l'état physiologique.

En résumé, les expériences ne se contredisent pas. Les résultats sont différents quand les conditions importantes sont différentes, et la théorie que les auteurs allemands ont donnée est fausse, parce qu'ils ont, dans leurs expériences, supprimé, sans le vouloir et sans s'en apercevoir, des conditions essentielles du problème.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur l'infection purulente.

La parole est à M. Guérin.

M. J. GUÉRIN termine l'argumentation commencée dans la séance précédente (voir le Premier-Paris).

COMMUNICATION

M. le docteur E. RELIQUET fait la communication suivante :

Extraction de la vessie des graviers engagés dans les yeux de la sonde évacuatrice. — Faire sortir, de suite, tous les petits morceaux de pierre, résultat de la séance de broiement, est une des préoccupations constantes des chirurgiens qui s'occupent de la lithotritie. De là tous les moyens et instruments proposés.

J'ai l'honneur de soumettre à l'Académie un procédé qui, jusqu'à présent, m'a toujours réussi. Lorsque des graviers, trop gros pour passer par la sonde, s'engagent dans ses yeux et s'y fixent, je place la canule de la seringue ordinaire, démunie de son petit bout, dans le pavillon de la sonde, j'y pousse avec force le liquide et en même temps je retire la sonde de l'urèthre.

Au début de l'injection, la sonde étant dans la vessie, le liquide frappe contre les graviers fixés dans le bec contre le bord postérieur des yeux. Puis sortant avec force par les yeux, autour des graviers, le liquide enveloppe les graviers en même temps qu'il écarte d'eux les parois de l'urèthre.

J'ai pratiqué trois ou quatre fois de suite cette manœuvre d'extraction dans la même séance, sans que ces sorties répétées de la sonde, ayant des graviers dans ses yeux, aient provoqué un excès d'irritation de l'urèthre.

J'ai l'honneur de présenter à l'Académie des morceaux de pierre extraits par ce procédé, et provenant de trois malades différents.



Fig. 1.

FIGURE I. — Ces morceaux sont des éclats des couches superficielles d'une pierre.

1. — Longueur, 17 millim.; largeur, 11 millim.; épaisseur, 2 millim.

2. — Longueur, 11 millim.; largeur, 10 millim.; épaisseur, 2 millim. 1/2.

3. — Longueur 14 millim.; largeur 7 millim.; épaisseur 3 millim.

4. — Longueur 11 millim.; largeur 9 millim.; épaisseur, 5 millim.

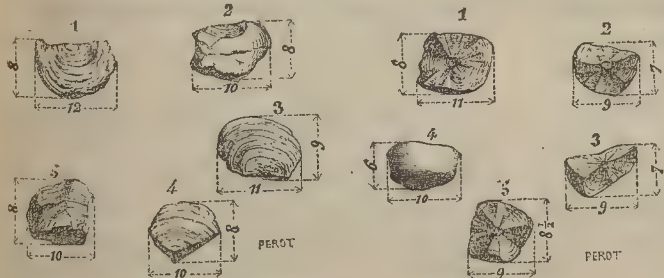


Fig. 2. Fig. 3.

FIGURE II. — 1. — Longueur 12 millim., largeur 8 millim.; épaisseur 5 millim.

2. — Longueur 10 millim.; largeur 8 millim.; épaisseur 4 millim. et demi.

3. — Longueur 11 millim.; largeur 9 millim.; épaisseur 4 millim.

4. — Longueur 10 millim.; largeur 8 millim.; épaisseur 5 millim.

5. — Longueur 10 millim.; largeur 8 millim.; épaisseur 5 millim.

FIGURE III. — 1. — Longueur 11 millim.; largeur 8 millim.; épaisseur 7 millim. et demi.

2. — Longueur 9 millim.; largeur 7 millim.; épaisseur 6 millim.

3. — Longueur 9 millim.; largeur 7 millim.; épaisseur 6 millim.

4. — Longueur 10 millim.; largeur 6 millim.; épaisseur 6 millim.

5. — Longueur 9 millim.; largeur 8 millim. et demi; épaisseur 5 millim.

Cette nouvelle manœuvre offre les avantages suivants :

1° Elle fait cesser l'inquiétude qu'éprouvait le chirurgien dès qu'il rencontrait la difficulté en retirant la sonde évacuatrice.

2° Elle rend inutiles les moyens employés pour débarrasser les yeux de la sonde des graviers.

3° Elle permet, après chaque séance de broiement, l'extraction immédiate d'une plus grande quantité de pierres.

4° En faisant cette manœuvre, on laisse dans la vessie moins des graviers trop gros pour sortir par la sonde, tout étant assez petits pour s'engager dans l'urèthre et s'y arrêter.

5° Enfin elle diminue le nombre des séances de lithotritie.

La séance est levée à cinq heures un quart.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 28 juin 1871. — Présidence de M. H. BLOT.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

— La *Gazette des Hôpitaux*;

— L'*Union médicale*;

— Le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, numéro de mai 1871;

— Le *Bulletin médical du nord de la France*, numéro d'août 1870.

— *Demostrazione di una nuova importantissima virtu medicamentosa della China e dei suoi preparati* del dottor Angelo Monteverdi, chirurgien du grand hôpital de Cremone. In-8°, 1870.

— *L'uranoplastie et les divisions congénitales du palais*, par le docteur Rouge, chirurgien de l'hôpital cantonal de Lauzanne. Grand in-8° avec figures.

— *Historique et fonctionnement des caisses de secours des bataillons de mobiles et de mobilisés de l'armée du Nord pendant la guerre de 1870-1871*, par le docteur Houzé de l'Aulnoit (de Lille).

Une lettre de M. Mirault (d'Angers) demandant la rectification d'une date relative à la publication d'un mémoire sur l'occlusion des paupières, dans le traitement de l'ectropion cicatriciel.

Angers, le 22 juin 1871.

A Monsieur le président de la Société de chirurgie de Paris,

Monsieur le président,

Le travail sur l'occlusion chirurgicale des paupières, dont je viens d'avoir l'honneur d'adresser un exemplaire à MM. les membres de la Société de chirurgie, contient une erreur typographique que je m'empresse de rectifier.

Dans le renvoi aux annales d'oculistique, qui se trouve au bas de la *page 4*, on a indiqué le millésime de 1842, comme étant celui de la publication de mon premier mémoire sur l'occlusion palpébrale. Cette date de 1842 est celle de l'opération de Marie Raguat, et non celle de sa publication dans les annales d'oculistique, en 1851.

C'est dans l'intervalle de ces deux dates, à une époque où M. Maisonneuve ne connaissait ni ne pouvait savoir ce que j'avais fait en 1842, qu'il a communiqué à la Société de chirurgie un cas sur le même sujet. Il faut donc reconnaître, comme je le fais moi-même, qu'une part très-légitime revient à notre honoré collègue dans l'intervention de la méthode d'occlusion des paupières, dans le traitement de l'ectropion cicatriciel.

C'est pour prévenir une interprétation erronée de mon sentiment, que j'ai cru devoir adresser la présente lettre à mes très-honorés collègues, MM. les membres de la Société de chirurgie.

Veuillez agréer, monsieur le président, l'expression de mes sentiments de haute considération.

Dr G. MIRAULT.

— M. Dolbeau dépose sur le bureau une observation adressée par M. le professeur Duplong (de Rochefort); il s'agit d'une hernie étranglée, guérie par la méthode de l'aspiration au moyen de l'appareil de Dieulafoy. Le malade avait 82 ans.

DISCUSSION

M. BOINET. Dans la dernière séance, la Société de chirurgie s'est occupée des plaies du genou par projectiles de guerre; je crois utile de citer, à ce propos, l'histoire d'un blessé envoyé par M. Delens dans mon service d'ambulance; ce malade avait reçu une balle qui avait traversé le genou de part en part en passant derrière la rotule, entre cet os et les condyles du fémur. Cet homme est guéri; il vient d'être transporté dans un service de chirurgie militaire, dirigé par M. le docteur Champenois, qui surveille la guérison.

J'ai déjà rapporté ici deux observations analogues; c'est donc le troisième cas de guérison que j'observe depuis peu.

PRÉSENTATION DE MALADE

M. DUBRUEIL présente un blessé auquel il a pratiqué la résection de la hanche.

Le 30 septembre, se trouvant avec son régiment (le 109e de ligne) à l'attaque de L'ay, il reçut une balle qui l'atteignit à la hanche gauche et forma une plaie en séton. Je vis le malade quelques heures après, et je constatai qu'il existait une fracture de l'os iliaque au niveau de la fosse iliaque externe.

J'enlevai un fragment de balle et trois esquilles osseuses comprenant toute l'épaisseur de l'os iliaque, et représentant à peu près à elles trois la largeur de la paume de la main. A ce niveau, l'os iliaque était détruit ou plutôt présentait une large perte de substance.

J'avais supposé que le projectile n'avait pas intéressé le fémur. Au bout de quelques jours, l'état du malade était des plus graves; il était épuisé par une suppuration des plus abondantes, et le pied, qui d'abord était dans la rectitude, s'était porté dans la rotation en dedans.

M. Verneuil, à qui je montrai le blessé, pensa qu'il y avait une fracture du col du fémur, et m'engagea à pratiquer la résection. Je fis, en effet, cette opération, quinze jours après la blessure

L'incision fut celle de Billoth, de Chassaignac et de Guérin, c'est-à-dire une ligne courbe à une cavité antéro-inférieure, embrassant les bords supérieur et postérieur du grand trochanter. Je trouvai le col séparé à sa base du reste de l'os par une fracture, et j'enlevai tout d'une pièce la tête et le col du fémur. Puis, voyant que la partie supérieure de la diaphyse fémorale était baignée par le pus et nécrosée, j'appliquai la scie à chaîne sur l'os au niveau de la base du grand trochanter, et je réséquai ainsi la partie trochantérienne du fémur. Un drain fut placé au niveau d'un décollement siégeant à la partie externe de la cuisse.

Je dus, pour fixer le membre, me contenter d'un appareil inamovible embrassant le bassin.

Pendant quelques jours, l'état du malade fut presque désespéré; peu à peu cependant la suppuration diminua, et la plaie marcha vers la cicatrisation. A présent, la guérison est complète, et grâce à un appareil fabriqué par M. Mathieu et à l'aide d'une canne, ce soldat peut fournir des courses assez longues. Aujourd'hui, il est venu à pied des Invalides à la Société de chirurgie.

PRÉSENTATION DE PIÈCES D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE

M. MAURICE RAYNAUD présente, avec pièce anatomique à l'appui, l'observation d'un malade chez lequel il a pratiqué la ligature de l'artère carotide primitive, et la transformation du sang.

Étranglement interne. — M. PANAS présente une observation d'étranglement interne avec pièce à l'appui.

Cas d'occlusion intestinale produite par le renversement d'une anse de l'iléon sur elle-même. Établissement d'un anus artificiel. Mort. Autopsie. — M. PANAS. Parmi les causes connues de *volvulus* ou d'*ileus*, autrement dit d'occlusion intestinale, celle dont il s'agit est certainement une des plus rares, et c'est ce qui nous a engagé à en communiquer un nouvel exemple à la Société. On pourrait rapprocher de ce fait un autre, décrit par Trousseau, dans sa clinique, avec cette différence que, dans ce dernier cas, il s'agissait de l'S iliaque du colon.

L'homme qui fait le sujet de l'observation était un vieillard sec, de 75 ans, entré à l'hôpital Saint-Louis pour une simple contusion de la hanche résultant d'une chute de sa hauteur.

Il y était déjà depuis quinze jours, lorsqu'il s'est plaint à nous d'éprouver quelques nausées et une grande anxiété abdominale. A l'examen direct, nous constatons ce qui suit :

Face grippée, exprimant la souffrance; pouls petit, faible et accéléré; extrémités froides; langue sèche, légèrement fuligineuse à la base; ventre tendu et légèrement douloureux à la pression, surtout à l'hypogastre et vers la fosse iliaque droite; la percussion fournit un son tympanique dans toute la moitié droite de l'abdomen, qui décroît et fait place à une matité *relative*, à mesure qu'on se rapproche du flanc et de la fosse iliaque gauches; du reste, point de fluctuation appréciable.

Le ventre paraît uniformément développé, ce qui nous porte à penser que l'obstacle siége *à la fin* de l'intestin grêle, ou même au gros intestin.

Ajoutons que la matité perçue à la fosse iliaque droite et la reminiscence du fait rapporté par Trousseau nous firent incliner à l'idée que l'obstacle pouvait siéger plutôt à gauche qu'à droite.

Il n'est pas besoin de dire que tous les points par où une hernie peut se montrer ont été soigneusement explorés, et que le résultat négatif a confirmé le diagnostic d'un étranglement interne.

Les renseignements fournis par le malade étaient fort vagues, aussi n'y avons-nous attaché qu'une médiocre importance. Ce qui nous a paru ressortir de plus clair, c'est que le malade était antérieurement sujet à des alternatives de constipation et de diarrhée, sans retentissement d'ailleurs sur sa santé générale. Depuis deux jours il n'avait point été à la selle.

On prescrit de l'eau de sedlitz, plus un lavement purgatif et un cataplasme de graine de lin appliqué sur le ventre.

Le lendemain, l'état est le même; la nuit avait été mauvaise; il n'y eut point de selles, sauf quelques matières rendues avec le lavement. Craignant, dans l'hypothèse d'un obstacle insurmontable, de trop insister sur les purgatifs, je me contentai de renouveller le lavement purgatif, en même temps que je fis appliquer sur le ventre de la glace.

Bien que le lavement ait été administré sans plus d'effet que la veille, la glace a eu pour effet d'amender notablement les accidents; aussi la nuit s'est passée calme, et à la visite du matin le malade se déclarait satisfait de son état.

Même prescription.

Le troisième jour, toujours pas de selles; mais l'amélioration persiste. Même prescription. Le quatrième jour, nous le trouvons moins bien. Le ventre est plus tendu et plus sensible; les nausées se font de nouveau sentir. Aussi, sans discontinuer l'usage de la glace, nous prescrivons une pilule avec une goutte d'huile de croton, qui reste sans effet.

Le cinquième jour, à la visite, nous trouvons le malade en proie à la plus vive anxiété; le faciès est cholérique, les extrémités froides; le pouls fréquent, imperceptible; et déjà il avait eu deux vomissements de matières fécaloïdes.

En présence d'accidents aussi graves et de l'insuccès des moyens médicaux, nous crûmes devoir procéder, sans désemparer, à l'établissement d'un *anus artificiel*, de préférence à la *gastrotomie* proprement dite, qui nous paraît être une opération par trop chanceuse, et plus encore à la *simple ponction*, telle que l'avait préconisée Trousseau, et qui, dans l'état d'extrême gravité où se trouvait le malade, ne pouvait lui être d'aucun secours.

Nous n'entrerons point dans des détails opératoires connus de tous; mais il sera bon de signaler que, mûs par les considérations cliniques précédemment indiquées, nous avons établi l'anus du côté gauche, dans l'espoir que nous nous rapprocherions davantage du siége présumé de l'obstacle.

Après l'incision de la paroi abdominale faite, dans l'étendue de 5 centimètres, parallèlement au ligament de Fallope et en dehors de l'artère épigastrique, de façon que son extrémité externe restât distante de la crête iliaque de 2 centimètres environ, nous vîmes s'écouler au dehors une certaine quantité de sérosité péritonéale citrine et claire, sans mélange de pus ni de fausses membranes; après quoi une anse d'intestin grêle, distendue par des matières liquides et des gaz, est venue se montrer à la plaie. Avant de la saisir, l'index droit fut introduit dans l'abdomen, en vue d'arriver peut-être sur l'obstacle, comme on en possède de rares exemples, et surtout pour explorer l'état du gros intestin. Cela nous a permis,

en effet, de constater que l'S iliaque était vide et comme ratatiné, et que l'obstacle devait être rapporté plus haut, probablement à la fin de l'intestin grêle.

La suture faite et l'intestin ouvert d'après les règles, nous vîmes immédiatement s'écouler, par jets, une grande quantité de matières mêlées de gaz, et dont l'odeur, la couleur et la consistance rappelaient en tout point celles rendues par les vomissements.

Le malade, en ce moment revenu de son sommeil chloroformique, éprouva un soulagement notable; la face se colora et perdit l'aspect cholérique, ce qui devint frappant pour tous les assistants. Malheureusement, cette amélioration apparente ne fut que temporaire, puisque, transporté dans son lit, où il continua de rester calme, le malade ne vécut que jusqu'à 4 heures du soir, et mourut six heures après l'opération.

Autopsie. — Péritonite circonscrite à la portion sous-ombilicale et pelvienne de cette membrane. Le péritoine offre, en ces points, une coloration d'un brun ardoisé, indiquant que l'inflammation remonte déjà à quelques jours. Le liquide ascitique qui s'était écoulé au moment de l'opération ne fait que confirmer cette idée.

Ainsi que nous l'avions constaté pendant l'opération, le gros intestin se présente sain, absolument vide et comme revenu sur lui-même. L'intestin grêle, et en particulier l'iléon, est rouge, vascularisé et contient encore des matières liquides fécaloïdes, analogues à celles qui se sont écoulées en abondance après l'établissement de l'anus contre nature. Celui-ci se trouve dans des conditions opératoires excellentes, et rien ne s'est épanché dans le péritoine à ce niveau. Son siége est le bas de l'intestin grêle, juste à 2 mètres de distance de la terminaison de cet intestin et de la valvule iléo-cœcale.

Le point d'arrêt du cours des matières intestinales se trouvait, comme on peut le juger sur la pièce que nous mettons sous les yeux de la Société, tout à fait au bas de l'iléon, à quelques centimètres de distance de la valvule iléo-cœcale.

En ce point, il n'y avait ni bride, ni diverticulum intestinal, ni frange épiploïque, ni l'appendice vermiculaire du cœcum, ni aucune autre disposition du même genre, pouvant agir comme anse comprimante ou comme axe d'enroulement d'une portion de l'intestin.

Tout l'obstacle résidait, comme dans le fait cité par Trousseau, en une *torsion* ou *renversement de l'anse intestinale sur elle-même*, et de *gauche à droite*, autrement dit dans le sens *positif*, ou, si l'on aime mieux, du *cœcum vers l'iléon*. L'intestin, ainsi contourné, décrivait non pas un *seul*, mais bien *deux tours de spire complets*, de manière à représenter un huit de chiffre.

La portion du mésentère comprise dans la double spire, était épaissie et les ganglions lymphatiques correspondants manifestement engorgés. En tirant doucement sur l'iléon, on a vu l'anse intestinale décrire de *droite à gauche* deux tours, et la torsion disparut; mais, en revanche, on a constaté, comme cela se voit sur la pièce, que, au niveau de l'entre-croisement des deux bouts de l'anse, les tuniques de l'intestin étaient coupées circulairement, à l'exception de la tunique péritonéale; encore est-il que celle-ci était perforée sur un point et qu'elle avait laissé passer par là une certaine quantité de matières fécaloïdes, jusque dans l'excavation pelvienne.

Il va sans dire que le point coupé appartient à la portion originelle de l'anse, à ce qu'on pourrait appeler le *bout supérieur*. On sait que la même chose a lieu pour les hernies étranglées.

Il ne paraît pas facile de s'expliquer une pareille torsion de l'intestin, et encore moins de dire ce qui la rend permanente au point de résister aux mouvements péristaltiques provoqués par les lavements et les purgatifs drastiques administrés en pareil cas. Serait-ce une paralysie locale de l'intestin? Serait-ce une accumulation de matières ou bien un allongement avec épaississement du feuillet mésentérique? Ce sont là autant de suppositions que rien ne justifie quant à présent; mais le fait n'en est pas moins incontestable, et méritait d'être inscrit dans les *Annales* de notre Société.

M. CHASSAIGNAC demande à M. Panas de bien préciser quelques points de son observation.

M. LARREY fait remarquer que des cas analogues à celui qui vient d'être relaté sont consignés dans le mémoire de M. Besnier et dans celui de M. Duchaussoy.

La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire : TARNIER.

NÉCROLOGIE

Nous avons la douleur d'annoncer à nos lecteurs la mort prématurée et infiniment regrettable de l'un de nos plus assidus correspondants et de nos plus intelligents collaborateurs, M. le docteur Legros (d'Aubusson), six fois lauréat de l'Académie de médecine, lauréat et membre correspondant de la Société de médecine d'Anvers, de la Société médico-chirurgicale de Liége, officier d'Académie, etc. M. Legros est mort à Aubusson, sa résidence, à l'âge de 41 ans. Travailleur intrépide, praticien dévoué, toujours à l'œuvre, notre regretté confrère a dû évidemment succomber aux fatigues d'un aussi incessant labeur. Puisse ce faible témoignage de notre estime alléger un peu la douleur de sa famille!

Dr B...

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . . 16 — Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

SOMMAIRE — HÔPITAL SAINT-PIERRE DE BRUXELLES. Accouchement à terme. Rétention du placenta. Mort subite. Présence d'air dans les cavités droites du cœur. — Utérus bicorne (M. Rommelaere). — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — Documents pour servir à l'histoire du mouvement scientifique pendant le siége de Paris. — Feuilleton. — Nouvelles. — Bulletin bibliographique.

Paris, le 14 septembre 1871.

HOPITAL SAINT-PIERRE DE BRUXELLES.

M. ROMMELAERE.

Accouchement à terme. — Rétention du placenta. — Mort subite.— Présence d'air dans les cavités droites du cœur. Utérus bicorne (1).

Observation présentée à la Société anatomo-pathologique, par M. Hubert ANDRÉ, interne du service.

Ce cas présente de l'intérêt à un double point de vue : au point de vue de l'anatomie pathologique et au point de vue clinique.

A. *Au point de vue anatomo-pathologique*, le nombre de cas offrant le vice de conformation observé sur cette malade est assez rare.

Les difformités utérines présentent d'assez nombreuses variétés; on peut cependant, avec Veyt, les ramener toutes à deux grandes divisions :

« Il y a, en effet, deux groupes principaux de vices de conformation de l'utérus, dont l'un comprend le développement imparfait de l'un ou des deux conduits différents de Muller, qui concourent à la formation des organes génitaux, tandis que dans le second groupe c'est plutôt la fusion des deux conduits qui se fait d'une manière incomplète ou anormale (2). »

Forster, qui a fait une étude spéciale de toutes les anomalies que l'on observe dans l'organisme humain, rapporte aux mêmes causes que celles que signale Veyt la production de difformités utérines; il en donne une explication très-complète en rattachant aux variétés suivantes les vices de conformation observés du côté de la matrice (*Die missbitdingen des menschen systematisch dargestellt. Iena*, 1861, p. 162.)

I. *Utérus double, complet ou didelphe.* C'est la variété la plus complète. Les conduits de Muller se développent de manière à former deux moitiés complétement séparées; chaque utérus a son vagin, sa trompe, ses ligaments et son ovaire. Les deux utérus sont plus ou moins écartés l'un de l'autre et s'abouchent directement ou par leur vagin dans un cloaque commun.

Cette forme d'utérus double n'a été observée qu'en combinaison avec un cloaque et sur des enfants mort-nés ou morts peu après la naissance.

II. *Utérus bicorne.* L'utérus est partagé extérieurement en deux moitiés. On distingue deux variétés de ce genre de déformation.

1° *Utérus bicorne double.* C'est à cette variété que nous paraît appartenir l'utérus dont nous nous occupons. L'utérus, et parfois aussi les vagins, sont complétement doubles, ou, pour parler plus exactement, chaque moitié latérale s'est développée isolément ; mais les deux moitiés sont intimement unies, de manière à constituer un tout. Chaque moitié utérine a la conformation et le volume d'un utérus normal ; elle affecte le plus souvent la forme d'une massue ou d'un fuseau; les deux cols sont le plus souvent l'un à côté de l'autre.

Les corps utérins sont en divergeant sous un angle aigu, droit ou obtus, et donnent à l'ensemble de l'organe sa forme bicorne ; dans quelques cas rares ils sont placés l'un à côté de l'autre parallèlement, et alors on n'observe pas cette forme spéciale ; les trompes, les ovaires, les ligaments se comportent de chaque côté comme à l'état normal.

Les deux vagins débouchent séparément dans le vestibule l'un à côté de l'autre et ont chacun leur hymen propre, chez les vierges ; cependant, on ne trouve pas constamment deux vagins dans les cas de matrice bicorne double ; dans beaucoup de cas le vagin est simple.

2° *Utérus bicorne unicollis ou à col unique.* Dans cette variété le vagin et le col de l'utérus sont simples ; le corps de l'utérus est seul divisé en deux moitiés plus ou moins distantes. La membrane qui sépare la cavité utérine en deux moitiés pénètre plus ou moins vers le col ; elle peut arriver jusqu'à l'orifice interne et à la cavité du col, mais ne pénètre pas jusqu'à l'orifice externe.

III. *Utérus biloculaire.* Dans cette forme, l'utérus paraît simple extérieurement ; mais sa cavité est divisée en deux moitiés par une paroi mitoyenne de longueur variable. On peut encore distinguer deux variétés :

1° *Utérus biloculaire complet ou double.* Ici la cavité utérine est divisée complétement en deux moitiés par une paroi mitoyenne qui se prolonge parfois dans toute l'étendue du vagin ;

2° *Utérus biloculaire unicollis ou à col unique.* Le corps utérin est simple extérieurement ainsi que la cavité du col ; la cavité du corps, au contraire, est divisée en deux moitiés.

On a encore observé une variété de cette dernière espèce d'utérus biloculaire : dans ce cas, la partie inférieure du col est partagée en deux parties par une bande ; il y a ainsi un utérus, un vagin unique et un orifice utérin externe double.

IV. *Utérus unicorne.* Dans ce cas, un seul des conduits de Muller se développe de manière à former une matrice ; l'autre disparaît ou reste complétement atrophié.

Telles sont les diverses variétés de monstruosités que nous rencontrons du côté de la matrice.

Elles ont une grande importance au point de vue de l'histogénèse, en montrant la part que prennent les deux organes génitaux de la femme. Elles présentent aussi certain intérêt au point de vue physiologique ; elles permettent, en effet, de se rendre compte de la possibilité de superfétations.

B. Ce cas présente encore un grand intérêt au point de vue pratique ; en effet, la mort subite de la malade est de nature à donner lieu à diverses interprétations. On a attribué à différentes causes la mort subite chez les femmes en couches. Nous n'avons pas à rechercher la part que chacune de ces causes peut avoir dans la production de la mort subite, notre seul but est de nous occuper de l'étude de ces causes, dont l'existence paraît s'être rencontrée dans le cas dont nous faisons ici l'histoire.

Deux hypothèses sont admissibles pour expliquer la mort de la femme P... : 1° la syncope ; 2° la pénétration de gaz dans les veines utérines.

La présence de gaz constatée dans les cavités droites du cœur, à l'autopsie, attire spécialement l'attention vers cette dernière cause.

La pénétration de l'air dans les veines utérines a été signalée, par de nombreux praticiens, comme ayant déterminé la mort subite.

Pour admettre la possibilité de ce fait, on s'est appuyé sur des raisons anatomiques, tirées de la structure du système veineux utérin ; on sait, en effet, que les racines veineuses des sinus utérins sont larges et leurs parois intimement soudées avec le tissu de la matrice ; d'autre part, les veines utérines sont dépourvues de valvules. On a invoqué cette structure comme prédisposant à des accidents d'absorption des gaz, parce qu'elle rapproche les sinus utérins des veines de la région supérieure de la poitrine, où la pénétration de l'air a été signalée comme s'étant produite assez fréquemment.

Cette analogie de structure ne tranche pas cette question de pathologie ; il faut encore tenir compte, en effet, dans l'étude de ces phénomènes, de la faculté contractile des parois utérines qui introduit ici un élément très-important, et dont nous ne retrouvons pas l'analogue dans la région cervicale.

Quoi qu'il en soit, la question principale à trancher ici, c'est celle qui se rapporte à l'origine des gaz que l'on retrouve dans le cœur des femmes mortes subitement en couches.

La présence du gaz est incontestable ; il s'agit seulement d'en faire connaître la source et de s'assurer si le gaz s'est développé là comme cause de la mort, ou comme effet de la décomposition cadavérique.

Si le gaz trouvé dans les cavités du cœur dépendait de la décomposition cadavérique, on constaterait sa présence dans les deux cavités (droite et gauche) du cœur ; or, dans ce cas, le ventricule et l'oreillette gauche ne renfermaient pas d'air, tandis que les mêmes organes à droite en renfermaient une proportion notable.

Un point très-important, sur lequel nous devons rappeler l'attention ici, c'est que nous avons trouvé dans l'épaisseur de la paroi du ventricule droit quelques taches offrant de loin l'aspect d'éraillures, mais qui étaient dues à la présence de bulles d'air sous le péricarde ; toutefois, ces taches étaient très-peu nombreuses, nous n'en avons compté que trois et leur étendue mesurait à peine 1 à 2 millimètres.

Ce point est de la plus haute importance ; en effet, il constitue,

(1) Fin. — Voir le dernier numéro.

(2) Traité d'anatomie pathologique générale et spéciale de Lebert. Tome II, page 424.

FEUILLETON

DE PARIS A METZ
PAR
MÉZIÈRES, SEDAN ET THIONVILLE

D'APRÈS LE JOURNAL D'UN MÉDECIN (1).

Nous apprenons par un meunier qui arrive de Verdun que, toute la journée du 16 et du 18, on a entendu une canonnade furieuse. Malgré le bruit qui courait dans cette ville, il semble certain, dit-il, que Metz n'a pas été pris par l'ennemi.

Le piqueur ne revenait pas ; les fanaux des disques et de la gare étaient éteints. La pluie tombait froide, fine et pénétrante. Descendus sur la voie, nous allions de la locomotive au fourgon et du fourgon à la locomotive. La vue se perdait à dix pas, et c'est à peine si, plus loin à droite, sous le ciel noir de nuages, nous distinguions une masse plus foncée et presque aiguë qu'on nous dit être la forteresse de Montmédy. L'inquiétude, la fraîcheur de la nuit, l'ardeur d'arriver et la rage d'être retenu, tout cela contribuait à jeter l'esprit dans cet état qui n'est pas le rêve, mais qui touche à l'hallucination par la lucidité des perceptions et l'absurdité des idées. Nous interrogions le mécanicien, assis sur son banc de tender, une écuelle à la main : « Je ne sais pas si nous passerons, disait-il ; depuis dix ans que je travaille dans la compagnie, je n'ai rien vu de pareil. » Et, résigné à ne rien comprendre, il continuait à manger.

Nous prêtions l'oreille, et parfois, au milieu du monotone clapotement de la pluie sur le sol et dans ce murmure indécis dont l'oreille est pleine pendant les nuits fiévreuses, nous croyions entendre des sons sourds et peu accentués, le bruit du canon, peut-être...

Nous ne pouvions pas songer à gagner Metz par Verdun ; nous primes le parti d'aller à Thionville directement.

La moitié de nos compagnons restèrent à Montmédy avec l'intention d'y attendre les événements. Le reste était décidé à passer.

Nous avions déjà parcouru une partie de la distance sur la voie, quand en avant d'un grand village nous vîmes la voie déjà réparée. Deux petits puits de mine avaient fait sauter la surface de la chaussée ; les rails avaient été soulevés à 50 mètres, mais les traverses étaient demeurées en place. Les fils pendaient le long des poteaux télégraphiques, et ces poteaux portaient des traces de hachures par coups de sabre. Il était évident que le travail de destruction avait été opéré par des hommes étrangers au métier. Les habitants de Longuyon nous apprirent effectivement que, dans la journée du 19, un détachement de uhlans avait traversé ce pays comme un éclair, fait le dégât en moins d'une demi-heure, et était aussitôt reparti à travers les bois dans la direction d'Étain, avant qu'on eût pu tirer un coup de fusil.

A Longuyon nous sommes rejoints par une locomotive et deux wagons montés par des ingénieurs, et nous filons sur Thionville. Ce fut une course vertigineuse, interrompue par des arrêts inattendus. La grosse machine tantôt s'arrêtait défiante, tantôt reprenait sa marche vagabonde et piquait follement de l'avant sans siffler une seule fois.

A une heure après midi, nous étions en gare de Thionville ; un train chauffait pour partir à deux heures ; nous ne pouvions pas arriver plus à point. Ce train devait conduire à Metz le baron Larrey auprès du prince Murat, qu'on disait blessé.

Thionville est à 28 kilomètres de Metz. A deux heures, le train partit en croisant un train de blessés. Après un trajet de 6 kilomètres, la locomotive qui le précédait en éclaireur siffla en détresse et il fallut rétrograder. Pendant le dernier arrêt, nous assistâmes à la capture d'un soldat prussien armé, qui était descendu à Uckange pour acheter un baril de bière. Cet homme ne fit aucune résistance, et c'est à la course qu'il fut atteint par trois troupiers qui faisaient partie du convoi. Il remit son fusil à un officier, salua l'assistance avec la grâce d'un ours et nous l'emmenâmes. Ce fut le seul avantage de la journée.

La population de Thionville a fait preuve d'un admirable patriotisme dans le cours de cette guerre. Tout le monde était en armes. On attendait l'ennemi, on savait qu'en peu de jours il pourrait réduire en cendres ce pauvre petit trou perdu où ont vécu Hoche et Merlin, mais on ne le craignait pas. Les femmes et les enfants étaient animés de cette ardeur résolue et terrible qui fait les grandes résistances. On attendait avec calme le sacrifice.

Un brasseur du pays mit à notre disposition deux chevaux. « Vous me les rendrez quand vous pourrez, disait-il, je pense bien que vous ne les mangerez pas ! » Il ne se doutait pas qu'il disait la vérité en riant : ses chevaux ne seraient jamais sortis de Metz.

La route était coupée : nous devions renoncer aux chevaux de l'excellent M. Hirtzmann, un bon Français, celui-là.

(1) Fin. — Voir le dernier numéro.

en faveur de la production du gaz sur place consécutivement à la mort, un argument des plus importants.

Nous ne pouvons pas cependant lui accorder une autorité assez grande pour trancher définitivement cette question; car, s'il est vrai que la décomposition cadavérique était très-avancée, il ne faut pas perdre de vue que le relâchement musculaire était loin d'être complet, et que, d'autre part, nous n'avons pas retrouvé dans les autres organes du corps de bulles gazeuses provenant de la décomposition cadavérique.

Si le gaz est arrivé du vivant de la malade dans le système veineux, on peut admettre qu'il provient d'une des trois sources suivantes :

1° L'air extérieur.

2° Un gaz formé dans la cavité utérine et repris par les sinus veineux.

3° Un gaz développé dans le sang lui-même.

Nous n'avons pas recueilli le gaz que contenaient les cavités droites du cœur, de sorte que nous ignorons quelle est sa composition.

Tels sont les faits que nous avons observés; ils n'autorisent pas à conclure d'une manière bien positive en faveur de la mort subite par pénétration d'air dans les veines, dans le cas dont nous rapportons l'histoire; le seul fait certain, incontestable, c'est que la malade est morte subitement à la suite de ses couches; que là où le matin à la visite nous trouvions un globe utérin parfaitement revenu sur lui-même, nous avons constaté après la mort un relâchement complet et la vacuité de l'utérus; enfin nous avons constaté après la mort la présence de gaz dans les cavités droites du cœur. Nous n'avons, d'autre part, trouvé dans aucun organe de cause matérielle de la mort.

(*Presse médicale belge.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 5 juillet 1871. — Présidence de M. H. Blot.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

La *Gazette des hôpitaux.* — *L'Union médicale.* — *La Gazette hebdomadaire.*— *Journal de médecine et de chirurgie pratiques,* numéro de juin 1871. — *Bulletin général de thérapeutique,* numéro de juin 1871. — *Gazette médicale de Strasbourg.*

Rapport médical de l'ambulance internationale girondine, par les docteurs Alb. Derwons et Louis Lande. Broch. in-8°. Bordeaux, 1871.

Quelques faits d'éclampsie puerpérale, par le docteur Ad. Dumas, médecin de l'hôpital de Cette. Broch. in-8°.

Quelques faits d'obstétricie, par le docteur Purégnat, de Lunéville. In-8° de 324 pages.

VACANCE A UNE PLACE DE MEMBRE TITULAIRE

Une place de membre titulaire de la Société de chirurgie est déclarée vacante.

COMMUNICATION

M. DESPRÉS communique l'observation suivante :

Ligature de la carotide primitive. — M. DESPRÉS. Pendant la campagne de 1870-1871, j'ai eu trois fois l'occasion de pratiquer la ligature de la carotide primitive : deux fois pour une plaie contuse des carotides externes et internes, une fois pour une plaie contuse de la carotide primitive.

Dans l'un des deux premiers cas, la ligature a été faite; mais il y a eu une hémorrhagie par le bout supérieur des artères, et le malade a succombé. Dans le second cas, l'hémorrhagie était tellement foudroyante, que j'ai eu à peine le temps de découvrir l'artère.

Le troisième cas, plus intéressant, est celui sur lequel je veux appeler l'attention de la Société.

Le nommé Jocquelin (Jérôme), 23 ans, soldat au 31e de ligne, blessé à Sedan le 1er septembre, et soigné à l'ambulance de Daigny, puis de Balau, avait reçu une balle ayant traversé la face, de la région temporo-malaire gauche à la région sterno-mastoïdienne droite, où la balle était restée logée sous la peau. Aucune hémorrhagie primitive n'avait eu lieu. Le 3, j'ai extrait la balle par une incision de la peau sur une dureté correspondant à la balle.

Jusqu'au 8, un pansement à l'eau froide a été fait et la plaie suppurait régulièrement; le malade mangeait et se levait.

Le 9 au matin, une hémorrhagie a eu lieu. Appelé aussitôt, je défis le pansement et je vis sortir de la plaie un jet de sang vermeil saccadé. Je n'hésitai pas à penser qu'il s'agissait d'une plaie de la carotide primitive, à cause de ce fait que l'on sentait encore, mais faiblement, les battements de l'artère temporale superficielle. Je pratiquai séance tenante la ligature de la carotide primitive, à 1 centimètre 1/2 avant la bifurcation.

Je plaçai mon doigt indicateur gauche dans la plaie, et pressai sur l'artère pour faire l'hémostase sur la plaie artificielle; puis, avec la main droite, j'incisai la peau et l'aponévrose du cou suivant les règles, et je liai à 1 centimètre 1/2 au-dessous de la bifurcation de la carotide primitive; je guidai la main de mes aides pour suppléer à ma main gauche occupée.

Aucune hémorrhagie consécutive ne parut. Le malade allait bien; il mangea.

Le 10, le malade était encore en bon état.

Le 11, J... est triste, son caractère est aigri, il est violent; le soir, une hémiplégie faciale se déclare à gauche, du côté opposé à la ligature.

Le 12, l'hémiplégie occupe toute la moitié gauche du corps; l'appétit est nul; le malade prend seulement quelques bouillons; il sommeille presque sans cesse.

Le 13, le malade est dans un coma incomplet; il répond à peine aux questions qu'on lui adresse.

Le 14, le malade meurt.

A l'autopsie, on trouve du côté du vaisseau une plaie contuse double à l'artère carotide primitive. Il y a un caillot dans le bout cardiaque de l'artère, long de 1 centimètre 1/2, à partir de la ligature. Il y a un caillot de même longueur dans le bout périphérique, et il s'étend jusque dans la carotide externe et la carotide interne.

Du côté du cerveau, on trouve l'hémisphère droit anémique, pâle, et les vaisseaux de ce côté ne contiennent pas de sang. L'hémisphère gauche, au contraire, est vascularisé, et à l'œil on saisit une différence de volume sensible entre les deux hémisphères.

Cette observation démontre : 1° que, dans ce cas particulier, la ligature d'un seul bout d'une grosse artère blessée sur son trajet a pu suffire pour arrêter le sang et permettre la production de caillots solides; 2° que la mort a été causée par l'absence du rétablissement de la circulation cérébrale du côté correspondant à la ligature, ce que prouvent l'anémie franche du cerveau du côté droit et l'hémiplégie gauche observée pendant la vie.

M. GIRALDÈS. M. Després nous a dit que dans certains cas il suffisait de lier un seul bout de l'artère; je désire savoir dans quels cas particuliers une ligature unique suffit pour mettre à l'abri d'une hémorrhagie.

M. DESPRÉS. J'ai indiqué un fait d'observation, mais je n'ai pas voulu poser d'indication thérapeutique.

PRÉSENTATION DE MALADES

M. GIRAUD-TEULON présente un enfant âgé de 1 an, qui porte à l'angle interne de l'œil droit une tumeur grosse comme une petite noisette. Cette tumeur produit un peu de strabisme divergent; elle diminue par la pression et augmente pendant les cris; elle se comporte comme une tumeur érectile. M. Giraud-Teulon désire avoir l'avis de ses collègues sur le diagnostic et le traitement; mais il les prévient que l'enfant a été vacciné, et qu'il n'y a par conséquent pas à songer à modifier la tumeur par la vaccine.

M. DESPRÉS. Les tumeurs de l'angle interne de l'œil chez les enfants ont donné lieu quelquefois à des erreurs regrettables : ainsi on a pu croire à une tumeur érectile alors qu'il s'agissait d'un encéphalocèle. Il serait, je crois, prudent, pour le petit malade de M. Giraud-Teulon, de reculer l'opération jusqu'à ce que les caractères de la tumeur fussent devenus manifestes.

M. GIRALDÈS. Le diagnostic est difficile, parce que l'enfant pousse des cris quand on l'examine. L'examen serait plus facile et plus concluant si l'enfant était chloroformisé. En cas de doute, on pourrait profiter du sommeil anesthésique pour enfoncer une épingle fine dans l'épaisseur de la tumeur; l'extrémité de cette épingle resterait fixe si le tissu qu'elle traverse est de nature érectile; sa pointe serait, au contraire, mobile si elle pénétrait dans la cavité d'un kyste.

Il est probable qu'il s'agit, en réalité, d'une tumeur érectile, et je crois que la guérison en sera facilement obtenue par la cautérisation électrique pratiquée au moyen d'une simple ponction.

Anévrysme cirsoïde. — M. PANAS présente une jeune femme qui fit, il y a cinq ans, une chute sur la fesse droite; une vaste ecchymose se forma dans cette région qui devint ensuite le siége d'une véritable tumeur.

Quand je vis la malade, dit M. Panas, je reconnus un anévrysme cirsoïde considérable avec battements artériels sous la peau de la fesse; le doigt introduit dans le rectum sentait les mêmes battements à une grande profondeur. Je priai M. Broca d'examiner cette femme et de me donner son avis; il pensa qu'il fallait faire dans les vaisseaux quelques injections de perchlorure de fer.

Je fis donc successivement quatre injections qui furent suivies de quelques accidents phlegmoneux et d'un peu de gangrène locale autour des piqûres.

Des noyaux indurés se formèrent autour des points où l'injection avait été faite, les vaisseaux diminuèrent; il y eut de l'amélioration, mais néanmoins l'anévrysme persiste et on sent dans le rectum le battement d'une artère qui n'est guère moins grosse que l'humérale.

Aujourd'hui la tumeur occupe non-seulement la plus grande partie de la fesse droite et du rectum, mais elle tend à envahir la fesse gauche.

Pendant une grossesse antérieure, la tumeur s'est accrue rapidement et la malade désire vivement être guérie pour pouvoir se marier.

J'avoue que je suis embarrassé devant un cas aussi grave, et j'ai voulu avoir l'avis de mes collègues avant d'entreprendre une nouvelle opération.

M. GIRALDÈS. Je crois, pour ma part, qu'on pourrait enlever cette tumeur après avoir fait une ligature à sa base pour empêcher l'hémorrhagie. Cette ligature pourrait se faire avec plusieurs anses de fil qui embrasseraient successivement tous les segments de la tumeur; on pourrait encore employer le procédé de Rigal de Gaillac. Pour se mettre mieux à l'abri d'une hémorrhagie, il conviendrait de comprimer l'aorte avec un compresseur à tourniquet.

Sans aucun doute, l'hémorrhagie est à craindre; mais l'on pourrait pendant l'opération lier isolément les plus gros vaisseaux, et je pense qu'un chirurgien entouré d'aides attentifs et habiles pourrait amener à bien cette opération. Comme moyen hémostatique, il faudrait avoir sous la main des cautères actuels et électriques.

M. LEGOUEST. M. Panas est en présence d'un cas difficile et grave; je ne partage pas l'opinion de M. Giraldès, et je crois qu'il ne faut pas songer à attaquer cette tumeur avec le bistouri ou des ligatures; je crois qu'une hémorrhagie horriblement grave serait inévitable pendant les tentatives et que la malade succomberait.

On pourrait peut-être comprimer l'aorte, comme l'a conseillé M. Giraldès, et tenter de nouvelles injections de perchlorure de fer continuées avec cette compression de l'aorte. On imiterait ainsi le traitement institué par M. Nélaton dans deux cas d'anévrysme de l'artère fessière, traitement que j'ai également dirigé pour un cas analogue qui m'est personnel.

S'il fallait à tout prix intervenir à main armée, il faudrait commencer par faire la ligature des deux artères hypogastiques, mais c'est là une opération tellement redoutable qu'elle peut faire reculer.

M. GIRALDÈS. Pour qu'une injection de perchlorure de fer soit efficace et inoffensive, il faut qu'elle soit pressée dans une cavité vasculaire; or, il sera singulièrement difficile de faire tomber les points du trocart dans l'un des vaisseaux, d'autant plus que la compression de l'aorte, recommandée par M. Legouest, comme moyen préalable, diminuera l'ondée sanguine, et par conséquent les

---

La nuit se passa à faire des plans. Il fallait entrer dans Metz, ce point était en dehors de toute discussion. Mais le moyen?

On fit coudre son or dans les doublures avec la feuille de route, et le départ fut fixé au petit jour, dès l'ouverture des portes.

Nous ne restions plus que deux de la caravane partie de Paris.

Sans le moindre bagage et vêtus comme deux serruriers du tour de France, nous nous mîmes en route à cinq heures du matin. Nous traversâmes successivement, sur la voie ferrée, Ebange, Uckange, déjà nommé, et nous arrivâmes à Mondelange. Mon compagnon, qui boitait, s'arrêta à ce dernier village, incapable d'aller plus loin. J'ai su qu'il avait pu entrer avant moi dans Metz avec un habitant sur une petite embarcation. Dans les entreprises de ce genre vers l'inconnu, on n'est soutenu que par une obstination inébranlable; le succès appartient aux plus entêtés : je le laissai.

Mondelange est à 4 kilomètres d'un grand village, Richemond, qui était occupé par un détachement de chasseurs. Il fallut faire un grand détour et passer par Vitry, petit village assis sur le bord de l'Orne. La passerelle était détruite, les habitants avaient fui pour la plupart, et il n'y avait pas de bateau.

L'Orne serait une charmante rivière si elle était moins fraîche et s'il y avait moins d'herbes : nous ne conseillerons à personne d'y prendre un bain, à moins que ce ne soit un bain de nécessité.

Il n'y a pas encore de route entre Vitry et Hauconcourt. Je me rappellerai longtemps ces huit kilomètres dans les prés et la terre labourée. Jusqu'ici je n'avais pas vu la queue d'un chat. Le village était désert; quelques poules oubliées picoraient dans le fumier, les habitants enfermés dans les maisons attendaient les événements. Une vache beuglait de temps en temps, et quand on frappait à une porte, on devinait, plutôt qu'on entendait, une délibération à l'intérieur.

Une vieille femme sortit et m'apprit que Mézières était occupé et qu'il fallait, pour plus de sûreté, faire un crochet sur Rugy, où habitait un de ses gendres. Rugy est de l'autre côté de la Moselle, à trois kilomètres de là. L'eau de la Moselle est infiniment plus agréable que celle de l'Orne; la rivière n'est pas d'ailleurs en cet endroit aussi large que le bras gauche de la Seine à l'île Saint-Louis.

A Rugy le cas était plus grave : à tout instant des Allemands entraient chez l'épicier dont la belle-mère m'avait tiré d'embarras; l'eau, la sueur et la poussière m'avaient rapidement mis en tenue de malfaiteur; j'étais un homme de mauvaise mine. J'étais assis dans la boutique quand brusquement la porte s'effondra plutôt qu'elle ne s'ouvrit, et une espèce de lieutenant entra, criant, gesticulant et toussant en allemand ces sons aigus que vous savez et au milieu desquels j'entendis le mot *réquisition*. Sa main malpropre se posa sur mon épaule : « Toi, écrivain, écrivain, ya; toi écrire. » Il me tutoyait, Dieu me pardonne! mais j'avais si mauvaise figure! et pendant une demi-heure il me dicta : *Armée de Sa Majesté le roi de Prusse, requis dix sacs de farine, cinquante livres (poids allemand) de sucre blanc,* etc., chez M. Scheuze, épicier à Rugy. La boutique fut vidée du coup.

M. Scheuze me conseilla d'aller à Metz tout doucement par Malroy et de côtoyer la rive droite de la Moselle, afin d'être en mesure de faire une troisième fois la grenouille si les événements me mettaient dans l'embarras.

En sortant de Rugy je rencontre de l'artillerie, et je n'ai que le temps de m'asseoir contre un mur aussi tranquillement que si mon cœur ne battait pas à tout rompre; regardant vaguement quelque part, j'attendis. Il était une heure et demie ou deux heures.

Ah! je vous ai vu de près, 2e régiment d'artillerie hessois.

Votre dernière batterie était en bien mauvais état, vous avez dû changer les roues de la plupart des pièces; un des brigadiers de cette batterie avait la sphère en cuivre de son casque enlevée, il a dû la remplacer depuis; il faudrait aussi remplacer le commandant: il est trop vieux. Il a l'air insolent et doit rarement quitter son casque; entre nous, je crois qu'il est chauve.

Le commandant du 1er chasseurs hessois qui venait ensuite est plus jeune, mais c'est un étourdi; il aurait bien dû se demander ce que pouvait bien faire, le 20 août 1870, à deux heures après midi, l'individu assis contre le mur de la dernière maison de Rugy.

J'ai laissé à gauche Malroy pour ne pas quitter la Moselle. On faisait une tranchée qui a dû être poussée jusqu'à la rivière, et qui m'aurait gêné quelques jours plus tard; il était temps d'arriver.

A ce moment, je vis brusquement se détacher au-dessus de la ligne verte des forêts qui dominent la crête, le cône rougeâtre et majestueux du mont Saint-Quentin. La ville, cachée derrière les deux forts de Saint-Julien et de Queulen, ne laissait paraître que les tours de sa belle cathédrale : elle était couronnée d'un nuage immobile de fumée. Je touchais au but, je le tenais; jamais je n'avais été aussi heureux....

La première fois que j'entendis le feu, dans cette campagne, ce fut là; mais les cavaliers tirent mal à cheval; le 2e chasseurs est pourtant un excellent régiment. Les hommes sont entêtés, pas moyen de leur faire cesser leur maudit feu. Mais j'avais si mauvaise mine! Je courus vers eux en criant : France! Ils s'arrêtèrent. Que diable! il n'y a rien de tel que de s'entendre.

Voilà comment je suis entré dans Metz à quatre heures, deux jours après le blocus.

Pour extrait conforme :

H. V. Grant.

vaisseaux seront moins distendus et moins volumineux. L'injection est poussée dans le tissu cellulaire; non-seulement elle sera inefficace, mais elle produira un phlegmon qui pourra être dangereux.

J'adopterais plutôt le traitement par compression de l'aorte en faisant une compresssion alternée avec le compresseur de Lis.

Malgré les objections faites par M. Legouest, je pense néanmoins qu'on pourrait attaquer la tumeur avec le bistouri et se rendre maître de l'hémorrhagie. Pour les anévrysmes de l'artère fessière, quelques chirurgiens ont ouvert la tumeur et lié l'artère; on pourrait donc suivre ici une conduite analogue.

M. LEGOUEST. Il m'a paru qu'en un point les vaisseaux dilatés formaient une poche assez volumineuse pour que l'injection puisse être tentée en toute sécurité. Je persiste à croire que toute opération faite avec le bistouri exposerait à une hémorrhagie qu'on ne pourrait peut-être pas arrêter.

M. PANAS. Je vois des difficultés partout. Les injections faites l'ont été dans des vaisseaux superficiels, mais aujourd'hui les vaisseaux à injecter sont profonds et impossibles à atteindre avec sécurité.

Les injections superficielles ont été suivies de suintement sanguin; si on injectait actuellement par le rectum, on s'exposerait à une hémorrhagie rectale; de plus, l'injection serait très-difficile. La compression de l'aorte est utile pour la guérison d'une poche anévrysmale, mais cette compression sera-t-elle utile pour un anévrysme cirsoïde? Ici les tuniques des vaisseaux sont normales et peut-être le sang ne se coagulerait pas. J'essayerai pourtant la compression de l'aorte, parce qu'elle me paraît exempte de tout danger.

Je recule devant le danger qui, à mon avis, accompagnerait la ligature des deux artères hypogastriques.

Que faire si la compression de l'aorte échoue?

Je suis embarrassé et inquiet, parce que la malade est menacée par des hémorrhagies artérielles graves.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel : TARNIER.

DOCUMENTS

POUR SERVIR A L'HISTOIRE DU MOUVEMENT SCIENTIFIQUE PENDANT LE SIÉGE DE PARIS (1).

24 JANVIER.

XLVIII. **Académie de médecine.** — L'Académie tient séance.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 24 janvier. — Présidence de M. WURTZ.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend une note de M. Bézard de Wouves sur la cause et le traitement de la pourriture d'hôpital.

PRÉSENTATION

M. LARREY présente une brochure de M. le docteur Rochard relative à un projet d'ambulance sur la Seine.

M. LE PRÉSIDENT a le regret d'annoncer à l'Académie la nouvelle de la mort de l'un de ses membres titulaires, M. Jules Falret.

LECTURE

M. CHATIN donne lecture d'un rapport sur une *Carte géographique de la matière médicale*, par M. Léon Soubeyran.

Les conclusions du rapport sont : 1° le dépôt de cette carte dans la bibliothèque de l'Académie; 2° l'envoi à l'auteur d'une lettre de remerciements.

Ces conclusions sont adoptées.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion relative à l'influence de l'alcoolisme sur les lésions chirurgicales.

DISCUSSION

M. CHAUFFARD. Messieurs, malgré les tristesses et les angoisses de l'heure présente, l'Académie ne saurait avoir de plus légitime préoccupation que celle d'étudier les grands fléaux qui menacent la prospérité de notre race, son développement physique, ses forces d'expansion et de résistance. Après la discussion sur la tuberculose, sont venus les débats sur la mortalité des nourrissons; ces débats finissent à peine, et la question de l'alcoolisme est posée : tuberculose, mortalité des nouveau-nés, alcoolisme, ce sont là peut être les causes les plus actives de destruction et d'affaiblissement de nos populations, surtout des populations ouvrières et urbaines. Aussi n'est-ce pas à un concours de circonstances fortuites qu'il faut attribuer ce double fait, à savoir, que de telles questions sont portées devant l'Académie et qu'elles y suscitent un long examen, je dirais presque une laborieuse agitation. C'est la force même des choses qui le veut ainsi, c'est la conscience des dangers publics, c'est le sentiment de son devoir et de sa mission qui poussent et soutiennent l'Académie dans cette voie d'études et de recherches. Quand elle ne ferait que consacrer ainsi et mettre en pleine lumière l'importance douloureuse de ces questions, quand elle ne ferait qu'appeler tous les médecins à se liguer contre ces maux qui dévorent tant de vies humaines, l'Académie remplirait une mission éminemment utile, la mission à la fois scientifique et sociale qui est vraiment la sienne.

Il ne faut donc pas craindre, il faut désirer de voir ces discussions se prolonger. Il est bon que les aspects divers d'un si vaste sujet soient tour à tour mesurés et comparés; ces aspects, si différents qu'ils semblent, ne sont pas isolés, en effet; ils se tiennent les uns les autres, et on ne possède chacun que par une vue générale portée sur tous, que par la connaissance et la hiérarchie des rapports qui les relient, par le discernement des faits essentiels et des faits secondaires, lequel nous permet de comprendre la genèse et la nécessité des faits successivement livrés par l'observation. L'Académie donc me pardonnera mon intervention après tant d'orateurs improvisés. Son attention est peut-être fatiguée; et, cependant, j'ai à la lui demander, pour exposer un ensemble de vues et de considérations que je voudrais restreindre en d'étroites limites, mais dont, malgré moi, je n'entrevois le terme qu'éloigné et au bout d'une trop longue carrière; je fais, en conséquence, appel à tout son bon vouloir et à sa plus indulgente patience.

Toutefois, je ne compte pas, messieurs, déplacer le débat, ni l'élargir outre mesure; je me refermerai dans les limites tracées par le promoteur lui-même de cette discussion : j'étudierai l'alcoolisme dans ses rapports avec le traumatisme; la question est assez large pour n'avoir pas besoin d'être agrandie; M. Verneuil en a, d'ailleurs, déterminé le cadre étendu, de façon à ne laisser en dehors aucun des traits essentiels de l'empoisonnement chronique par l'alcool. Je n'ai d'autre ambition que de rechercher, à mon tour, les causes organiques et vitales des complications traumatiques liées à l'alcoolisme, de montrer pourquoi et comment ces complications, ces troubles cachés ou manifestes, sont inscrits à l'avance dans les tissus dégénérés sous l'influence prolongée des abus alcooliques, d'étudier la pathogénie et la succession ordonnée de tous ces désordres morbides; je voudrais ensuite en poursuivre l'étude particulière dans notre race propre, et à travers nos habitudes hygiéniques, physiologiques et sociales; voir, enfin, quels remèdes nous avons à opposer au mal, quels obstacles nous devons dresser contre un envahissement croissant et funeste. Je retrouverai dans le chemin que je dois parcourir quelques-unes des opinions émises déjà dans le cours de la discussion; j'aurai à les appuyer de considérations nouvelles ou parfois à les combattre; je tâcherai d'éviter d'inutiles répétitions, et de n'insister que sur les points fondamentaux et nécessaires au développement de mes idées.

Permettez-moi, messieurs, de poser, dès l'abord et dans ses termes les plus généraux, le problème pathologique qui est le fondement même de la chirurgie : j'entends parler de la chirurgie pure, celle du traumatisme et de l'accident, qui surprend et suppose l'homme dans l'état de santé; et ne met en œuvre que ses forces régulières de conservation et de vie; bien différente en cela de la médecine proprement dite, de l'affection spontanée ou provoquée, qui suppose toujours la vie primitivement troublée et déviée de son fonctionnement légitime, de son évolution harmonique.

Or, quelle est la base de la chirurgie du traumatisme? A quelles fonctions organiques fait-elle appel, quelle activité vivante met-elle en jeu? A la bien considérer, l'œuvre naturelle sur laquelle repose toute chirurgie découle immédiatement de l'activité nutritive des tissus vivants, et la représente dans un but spécial, la réparation des tissus frappés par l'accident traumatique. Cette activité nutritive ainsi considérée dans sa fin nouvelle et réparatrice, on peut l'appeler faculté plastique. Ce dernier terme, d'ailleurs, n'implique ni une faculté, ni une force particulière, mais seulement le but nouveau que doit atteindre la faculté fondamentale de l'être, c'est-à-dire l'activité nutritive. Les forces plastiques dont la chirurgie poursuit, surveille, excite le travail, sont donc un simple aspect, un effet direct de la nutrition normale, et ce qui porte atteinte à celle-ci les frappe d'emblée, les altère plus ou moins gravement. Je n'ai pas besoin d'insister sur ces vérités de physiologie et de pathologie générales, tant elles sont incontestables; j'ai tenu néanmoins à m'appuyer sur elles dès l'abord, afin que l'on ne suppose pas que j'attribue aux facultés plastiques, dont j'aurai à rechercher les conditions organiques et les troubles pathologiques, une existence mystérieuse ou cachée qui les place en dehors du fonctionnement ordinaire de l'organisme.

Comme la nutrition, dont elles sont une représentation fidèle, les forces plastiques sont susceptibles de s'altérer de plusieurs façons que l'on peut ramener à trois principales : En premier lieu, les forces plastiques sont affaiblies dans leur puissance, diminuées dans leur activité synergique, sans être autrement altérées dans leur fonctionnement, sans que les tissus vivants qui en sont le support présentent des lésions qui nuisent profondément et essentiellement à la réparation plastique. Tel est le cas qui se présente chez les sujets affaiblis par des lésions locales diathésique ou autres, comme les tumeurs blanches, les productions hétérologues siégeant sur tel ou tel point de l'organisme. Dans ces cas, la force plastique, affaiblie sans doute, n'en reste pas moins suffisante et apte à amener la guérison de traumatismes considérables, souvent provoqués par un art salutaire. Moins d'accidents inflammatoires, ou ceux-ci réduits dans leur intensité, rendent même nombreux les succès immédiats obtenus dans ces cas, à la suite des grandes opérations, des amputations de membres, par exemple. Nous n'aurons plus à nous occuper de cet abaissement des forces plastiques qui n'entrave pas notablement leurs opérations régulières.

En second lieu, les opérations plastiques peuvent être entravées et comme taries à leur source par les désordres et les déviations de la nutrition générale ou de la nutrition des parties locales, par les altérations lentement acquises ou rapidement provoquées des tissus vivants que le traumatisme vient de léser. Parmi les désordres locaux de la nutrition, nous mentionnerons les inflammations aiguës ou subaiguës qui nuisent si manifestement, tant qu'elles persistent, à la réparation plastique des tissus; et parmi les désordres ou les perversions de la nutrition générale, nous citerons uniquement la dégénération granulo-graisseuse des tissus, la stéatose généralisée, dont nous analyserons bientôt l'influence.

Enfin, et en troisième lieu, la nutrition et les forces plastiques semblent libres, et leur action paraît assurée : les tissus sont en eux-mêmes sains, leur composition moléculaire a conservé son intégrité; les fondements de la vie plastique paraissent n'avoir subi aucun ébranlement. Mais l'organisme est une hiérarchie mouvante et impressionnable, dont la vie plastique ou commune est la base, et dont la vie nerveuse est le sommet le plus élevé; tout mouvement retentit et monte de l'une à l'autre pour redescendre ensuite et vivifier les profondeurs cachées de toute la matière organisée. Le trouble peut partir de la vie commune, se manifester d'abord dans les échanges nutritifs et plastiques qui en sont la base, et se réfléchir de là dans la vie nerveuse, s'y reproduire en désordres secondaires, lesquels à leur tour deviennent cause propre de nouveaux troubles, de nouvelles dissociations organiques. Mais le trouble premier peut avoir aussi son point de départ dans l'ébranlement du système nerveux, dans la perversion de son fonctionnement régulier, et se prolonger ensuite secondairement dans les actes de la vie commune, dans les opérations plastiques qui relèvent d'elle, de façon à dénaturer ces actes et ces opérations, et à donner un caractère funeste aux lésions traumatiques en apparence les plus inoffensives. Quel est le chirurgien qui ne voie trop souvent ses blessés ou ses opérés menacés dans une guérison que tout semblait promettre, par suite de troubles nerveux primitifs, de phénomènes ataxiques qui altèrent et ruinent inopinément la vie plastique des tissus?

Tels sont les trois modes de souffrance dont les forces plastiques, sur lesquelles repose toute l'œuvre de la chirurgie, peuvent être atteintes : faiblesse, perversion primitive, troubles secondaires. Le premier, nous le répétons, ne doit pas nous préoccuper ici; les excès alcooliques lui demeurent étrangers; les deux autres modes constituent le vrai terrain où se concentrent tous les rapports de l'alcoolisme et du traumatisme chirurgical. C'est ce terrain que nous désirons explorer à la lumière de la physiologie générale et de l'anatomie pathologique.

Quel rôle joue l'alcool au point de vue de la nutrition et des forces plastiques? L'erreur qui le considérait comme un aliment, même uniquement respiratoire, et comme contribuant par conséquent à l'entretien de l'économie et de ses forces, cette erreur est déjà loin de nous. Malgré quelques tentatives de retour, elle demeurera éloignée. MM. Perrin et Lallemand en ont fourni la démonstration expérimentale : l'alcool ne nourrit pas; il n'est pas décomposé au sein et pour le service de nos tissus; ou du moins cette décomposition, si elle existe, ne compte que pour une bien faible part; l'alcool, presque en totalité, est éliminé en nature; il circule tel quel dans le sang; c'est le propre des substances qui ne concourent pas à la nutrition. Nous verrons bientôt ce qu'il faut penser du concours indirect qu'il prêterait à cette fonction; nous le démontrerons, ce prétendu concours indirect est un leurre.

En dehors de la preuve expérimentale fournie par MM. Perrin et Lallemand, il en est une autre toute-puissante à nos yeux, et qui nous permet à elle seule d'affirmer que l'alcool est un type des médicaments ou des poisons antiplastiques. Non-seulement il n'est pas un aliment, il en est le contraire; non-seulement il ne contribue pas à la nutrition, il l'offense et la détruit peu à peu. Et cette preuve, nous la tirons de ce fait : c'est que l'alcool est un agent direct et puissant de stéatose. Et ici, j'entends parler non de cette stéatose qu'on pourrait appeler extérieure, qui enveloppe les organes, s'amasse en nappe sous le tégument externe, sans altérer d'ailleurs la composition des humeurs, sans modifier la structure des tissus, sans pénétrer et transformer profondément les éléments histologiques. Cette stéatose, tant qu'elle ne surcharge pas l'économie, tant qu'elle ne la fatigue pas par une masse demesurée de dépôt adipeux, demeure compatible avec une bonne vitalité des tissus, avec le libre jeu des organes, avec un bon état des forces plastiques; et lorsque par l'excès de son développement elle devient nuisible, c'est d'une façon indirecte, c'est par la gêne que sa masse impose, c'est parce qu'elle entoure les tissus, ceux qui vivent de la vie histologique et vraie, d'un tissu inférieur, d'une vitalité abaissée, enclin aux dégradations, aux mortifications étendues et rapides.

Ce n'est pas cette stéatose qui peut rester physiologique que j'accuse; non, c'est la stéatose toujours et vraiment pathologique, la stéatose intime et pénétrante qui substitue aux humeurs et aux tissus vivants des éléments inertes et dépourvus de vie; qui peu à peu dépossède, annihile l'élément histologique, racine de la vie et de la fonction, et le remplace par un composé granulo-graisseux uniforme qui s'infiltre dans l'organe pour y étouffer, sous une lente étreinte, la vie et la fonction. Cette stéatose qui détruit insidieusement les tissus, qui est toujours une diminution de la vie et devient un acheminement graduel à la mort, porte en elle, et par excellence, le caractère antiplastique; elle est l'opposé de la nutrition; elle amène fatalement un ralentissement de plus en plus marqué dans les actes de composition et de décomposition organiques. Un tissu stéatosé s'immobilise et s'appauvrit, malgré les apparences parfois contraires. Tout agent donc qui pousse à la stéatose vraie est, de soi, un agent antiplastique. Mon éminent collègue et ami, M. Béhier, vous a déjà signalé l'importance capitale de la dégénération carbonique granulo-graisseuse dans la question de l'alcoolisme; il vous a montré que cette altération anatomique était la source nécessaire de désordres et de lésions consécutives dans le cours des maladies, soit d'ordre médical, soit d'ordre chirurgical. Qu'il me soit permis, à son exemple, d'étudier cette influence et d'insister sur la physiologie médicale de cet état morbide. On verra que d'applications en découlent pour la pathologie chirurgicale; c'est là que se trouve, pour une bonne part, la raison des faits allégués par notre savant collègue M. Verneuil.

On peut certainement compter parmi les plus fécondes recherches de ce temps celles qui ont permis à l'anatomie pathologique et à la toxicologie de constituer l'histoire de la stéatose et de ses agents. Il est tout un groupe de poisons et d'agents thérapeutiques qui ont pour effet commun de produire une dégénération granulo-graisseuse généralisée dans tous les tissus organiques. Le phosphore, l'arsenic, le tartre stibié, l'alcool, sont les principaux de ces médicaments-poisons, que la thérapeutique utilise, mais qu'elle ne manie pas longtemps et de façon à engendrer l'état stéatosique, même commençant, sans conduire à des dangers cachés, peut-être, mais certains. En outre de ces facteurs de stéatose, il en est d'autres que je vais hardiment placer à côté, quoiqu'au premier abord ils ne semblent pas comparables : je veux parler de l'inanition et de la sénilité. L'inanition, ainsi que l'a démontré l'un de mes distingués collègues des hôpitaux, M. Parot, engendre la stéatose généralisée. Médecin de l'hospice des Enfants-Assistés, il voit tous les jours succomber à l'inanition de pauvres petits êtres auxquels manque le lait abondant de la mère ou d'une bonne nourrice. En même temps que ces enfants prennent l'aspect cachectique et sénile qu'il est effrayant de voir sur de si jeunes têtes et de si petits corps, la dégénération granulo-graisseuse s'empare de leurs tissus : ils meurent stéatosés. Le vieillard décrépit, à mesure que sa vie s'abaisse, est pareillement pénétré et envahi par la stéatose. Les deux extrêmes de la vie se touchent et se décomposent de même.

---

(1) Suite. — Voir le dernier numéro.

Eh bien, je ne crains pas de le dire, tous ces modes de stéatose sont comparables. Tous ces agents divers, poisons, inanition, décrépitude sénile, tous sont antiplastiques; tous sont des occasions de désordre et de ruine, soit dans les affections internes, soit dans les affections chirurgicales. L'histoire de chacun éclaire les autres, et c'est dans ce but que je les ai rapprochés. Pour les sujets qui ont subi l'inanition au point d'être stéatosés, pour les vieillards dont les tissus granulo-graisseux n'ont qu'un reste impuissant de vie, je n'ai pas à le démontrer. Quel est le médecin qui ne sait que la plus légère atteinte morbide les entraîne? Quel est le chirurgien qui ne redoute pour eux le moindre choc traumatique, la plus insignifiante pression des tissus, la plus inoffensive opération? Les phlegmons et la gangrène frappent et s'étendent sur leurs tissus sans rencontrer ni résistance ni barrière. Il faut, en chirurgie, que le malade puisse se nourrir pour que les réparations plastiques aillent à bonne fin; l'exténuation produite par la faim prolongée ou par l'âge avancé sont parmi les ennemis que les chirurgiens ont appris à redouter le plus.

(*A suivre.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le président de la République française,

Sur la proposition du ministre de l'intérieur,

Vu la loi du 10 janvier 1849, le règlement d'administration publique du 24 avril 1849 et l'arrêté du 25 juin 1871,

Décrète :

Art. 1er. Le conseil de surveillance de l'assistance publique est, ndépendamment de M. le préfet de la Seine et de M. le préfet de police, membres de droit, composé comme il suit :

MM. le docteur Trélat, membre du conseil municipal; Frémyn, notaire, membre du conseil municipal; Laborie, président de chambre à la cour de cassation; Dubail, maire du 10e arrondissement; Thomas, adjoint au maire du 5e arrondissement; le docteur Moissenet, médecin des hôpitaux; Wurtz, membre de l'Institut, doyen de la Faculté de médecine; Teissonnière, négociant, membre de la chambre de commerce; Dieterle, membre du conseil des prud'hommes pour l'industrie des métaux; Bouchardat, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine, administrateur du bureau de bienfaisance du 4e arrondissement; Thivier, administrateur du bureau de bienfaisance du 2e arrondissement; Henry Davillier, régent de la Banque de France; Péan de Saint-Gilles, notaire; Vayssié, avocat; Chardon-Lagache, négociant, fondateur d'une institution charitable; Nast, ancien adjoint au maire du 9e arrondissement.

Art. 2. Le ministre de l'intérieur est chargé de l'exécution du présent décret.

Fait à Versailles, le 9 septembre 1871.

A. Thiers.

Par le président de la République :

Le ministre de l'intérieur,

F. Lambrecht.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Sont nommés aides d'anatomie à la Faculté de médecine de Paris, savoir :

Premier aide d'anatomie, M. Berger (Paul), pour entrer en fonctions le 1er novembre;

Deuxième aide d'anatomie, M. Pozzi (Jean), pour entrer en fonctions à la même époque;

Troisième aide d'anatomie, jusqu'au 1er avril 1872, M. Gillette, prosecteur à ladite faculté, dont le temps d'exercice est expiré;

Aide d'anatomie provisoire, M. Felizet, jusqu'au 1er avril 1872.

— *Légion d'honneur.* — M. Coste, membre de l'Institut, professeur au collége de France, chevalier de la Légion d'honneur depuis 1838, est promu au grade d'officier du même ordre.

— *Conservatoire de musique.* — Le docteur Carcassonne est nommé médecin adjoint du Conservatoire national de musique et de déclamation.

— M. le docteur Verrier (de Villiers) commencera son cours d'accouchements le mardi 19 septembre, à quatre heures, rue des Quatre-Vents, n° 5.

— *Maison de santé* à vendre par suite de décès. Écrire à Me Collin, notaire à Nancy.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments ou autres objets).

—

Étude sur la lèpre tuberculeuse ou éléphantiasis des Grecs, par le docteur Paul Lamblin. In-8° avec figures dans le texte. — Prix : 3 fr. 50.

L'Uranoplastie et les divisions congénitales du palais, par le docteur Rouge, chirurgien de l'hôpital cantonal de Lausanne. 1 volume in-8° avec figures dans le texte. — Prix : 3 francs.

Étude expérimentale et clinique sur l'absinthisme et l'alcoolisme, par le docteur Challand. In-8°. — Prix : 2 francs.

De la fièvre syphilitique, par le docteur Courteaux. In-8°. — Prix : 2 francs.

Diagnostic des manifestations secondaires de la syphilis sur la langue, par le docteur Saison. In-8°. — Prix : 1 fr. 50.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois. . . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . . 16 —
Un an. . . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 15 septembre 1871.

HOPITAL DE LISIEUX. — M. NOTTA.

Tumeurs du maxillaire inférieur. — Résection (1).

OBS. I. — Rose-Justine A..., de Capelles-les-Grands, canton de Broglie, entre à l'hôpital de Lisieux le 30 juin 1870. Cette femme, âgée de 32 ans, est habituellement d'une bonne santé. Sa mère existe encore, et son père est mort, à 61 ans, d'une maladie du cœur. Elle n'a jamais eu d'autre maladie qu'une perte et une phlébite à la suite de ses couches, il y a cinq ans.

Il y a quatre mois, en mangeant, elle ressent de la douleur dans l'articulation temporo-maxillaire droite. Elle y porte la main, et trouve à ce niveau, pour la première fois, une petite grosseur du volume d'une noisette. Cette grosseur ne roulait pas sous le doigt et paraissait adhérente à l'os. Depuis, elle augmenta de volume d'une façon graduelle sans causer de douleur.

Depuis un mois seulement la malade y ressent des élancements.

30 juin. *État actuel.* Sujet maigre, ayant l'apparence d'une bonne santé. N'a pas maigri dans ces derniers temps. Pas d'engorgement ganglionnaire au cou. Au côté droit de la face, existe une tumeur du volume d'un œuf, située sur la branche montante du maxillaire inférieur, qu'elle recouvre en totalité, depuis l'angle de la mâchoire jusqu'à l'articulation temporo-maxillaire.

Cette tumeur est dure, ne présente ni fluctuation, ni bosselure, ni changement de couleur à la peau, à laquelle elle n'adhère pas. Elle est intimement unie à l'os avec lequel elle se confond. Le palper ne fait pas découvrir à sa surface de minces lamellles osseuses. A sa partie supérieure seulement, dans un point circonscrit, elle est douloureuse à la pression.

Il n'y a pas de dents cariées à la mâchoire inférieure au niveau de la tumeur; elles sont très-solides et très-adhérentes; les mouvements de la mâchoire sont libres et la malade peut manger du pain du côté malade. La tumeur ne fait aucune saillie à la face interne du maxillaire.

1er juillet. La malade est chloroformisée. Deux incisions horizontales et parallèles, comprenant toute l'épaisseur des parties molles jusqu'à la tumeur, sont pratiquées; l'une, au niveau de l'articulation temporo-maxillaire, longe l'arcade zigomatique; l'autre, partant de l'angle de la mâchoire, longe le bord inférieur de cet os.

Ces deux incisions sont réunies, au niveau de leur extrémité postérieure, par une incision verticale longeant le bord postérieur de la branche montante du maxillaire. Ce lambeau quadrilatère est disséqué et la tumeur mise à nu. La première grosse molaire est arrachée et la scie à chaîne passée au devant de la seconde molaire. Le maxillaire est scié à ce niveau, à l'extrémité inférieure de la branche montante, qui est alors saisie avec un davier, et en même temps, avec une rugine d'Ollier, on détache le périoste de la face interne de l'os. Avec une pince de Liston, je coupe l'apophyse coronoïde; puis, brisant l'os qui se rompt au-dessous du col du condyle, je le détache du ptérygoïdien externe. Un grand nombre de ligatures sont placées sur toutes les artères qui donnent, puis la plaie est réunie par des points de suture entortillés.

Le 7 juillet, la réunion par première intention est complète, excepté à l'angle inférieur de la plaie, dans l'étendue nécessaire pour le passage d'un drain par lequel s'écoule la suppuration. Ce drain est supprimé, et la malade se lève quelques heures dans le jour.

Le 20 juillet, elle sort guérie de l'hôpital. Deux mois après elle revint me voir. Il y a un commencement de récidive.

A la fin d'avril 1871, la tumeur a pris un développement énorme. les ganglions du cou sont engorgés. la malade éprouve les plus grandes difficultés pour se nourrir. Elle est considérablement amaigrie; il est évident qu'elle ne tardera pas à succomber.

Examen de la tumeur. — La tumeur a le volume d'un œuf de poule, développée à la face externe de la branche montante du maxillaire dont le tissu est vascularisé et ramolli, surtout au niveau du col. Cette tumeur est formée d'un tissu amorphe d'un gris blanchâtre, et renfermant çà et là, dans son épaisseur, quelques grains osseux qui crient sous le scalpel, et que l'on sent très-bien en grattant la surface de section. La pression ne fait écouler aucun suc lactescent de la tumeur.

La marche de cette tumeur ne laisse aucun doute sur sa nature. C'est évidemment un cancer de l'os à marche aiguë; et, sous ce rapport, elle n'offre pas de particularité bien notable; aussi, n'avais-je pas eu tout d'abord l'intention de la présenter à la Société; mais, la comparaison de cette observation avec la suivante pourra donner lieu à certaines considérations qui, au point de vue clinique, ne seront peut-être pas dépourvues d'intérêt.

OBS. II. La nommée A..., de Tiberville, âgée de 48 ans, entre à l'hôpital de Lisieux le 30 juin 1871.

Cette femme, d'une bonne constitution, bien réglée, n'a jamais fait de maladie grave. Elle n'est pas sujette à avoir des fluxions dentaires. Elle ne peut nous donner aucun renseignement sur l'évolution des dents de la seconde dentition.

Il y a trois mois, pour la première fois, elle remarqua un peu de gonflement de la mâchoire inférieure, à droite. Ce gonflement, qui n'était pas douloureux, augmenta insensiblement.

Il y a un mois seulement, elle commença à y ressentir quelques douleurs. Huit jours après elle consulta un médecin qui lui arracha deux dents cariées situées au niveau de la tumeur. Elle n'éprouva pas de soulagement. La tumeur continue à grossir et devient le siége de douleurs continuelles, plus vives la nuit que le jour.

Le 20 juin, je vis la malade pour la première fois, et je lui prescrivis deux grammes d'iodure de potassium par jour.

Le 30 juin, la tumeur ayant augmenté de volume d'une façon très notable depuis le 20, la malade se décide à entrer dans mon service; elle est dans l'état suivant :

Vers le milieu de la branche horizontale de la mâchoire inférieure, du côté droit, on observe une tumeur du volume d'une noix dure, non fluctuante, à surface lisse, ne donnant pas la sensation de lamelles osseuses, amincies, adhérente à l'os dont elle occupe toute la hauteur, indolente à la pression. Elle est le siége de douleurs continuelles, qu'elle compare à un sentiment de brûlure, accompagné parfois d'élancements très-marqués.

La malade éprouve sur la moitié droite de la lèvre inférieure et du menton un sentiment d'engourdissement douloureux qui s'arrête juste sur la ligne médiane, particularité remarquable et qui ne saurait être attribuée qu'à l'altération du nerf maxillaire par la tumeur. La peau a sa coloration normale et n'adhère pas à la tumeur. A la face interne du maxillaire, dans le point correspondant au centre de la tumeur que nous venons de décrire, on trouve une petite tumeur du volume d'un noyau de cerise, adhérente à l'os, ayant tous les mêmes caractères physiques que la précédente. Il n'y a pas d'engorgement ganglionnaire.

Le 1er juillet, la malade est opérée assise dans un fauteuil. J'arrache préalablement la dent de sagesse, qui est située en arrière de la tumeur, et l'incisive externe, qui est très saine, ayant l'intention de faire passer les deux traits de scie par les alvéoles de ces deux dents. Cela fait, on l'endort avec le chloroforme; puis la résection de la moitié droite de la portion horizontale de la mâchoire est pratiquée par le procédé de Lisfranc. Le lambeau est réuni par des points de suture entortillés. La réunion a lieu par première intention, et la malade sort de l'hôpital le 14 juillet, guérie, sauf deux points de suture qui suppurent encore un peu.

La portion de mâchoire resequée mesure, sur sa face interne, une longueur de 4 centimètres, et sur sa face externe une longueur de 5 centimètres. Les traits de scie ont passé à 2 ou 3 millimètres des extrémités de la tumeur. On lui retrouve tous les caractères que nous avions constatés avant l'opération. Il en est de même de la petite tumeur située au centre de la face interne de l'os reséqué. Après avoir divisé l'os de haut en bas et d'avant en arrière par un trait de scie qui suit la direction du canal dentaire, on trouve, au centre de la tumeur, une première petite molaire recouverte d'une coque osseuse, à la surface externe de laquelle s'implantent perpendiculairement les fibres de la tumeur, qui paraît être de nature fibreuse.

Cette tumeur s'est creusé une loge anfractueuse dans l'épaisseur de l'os maxillaire; puis, détruisant le tissu osseux, elle est venue s'épanouir au dehors. Elle présente à la coupe un tissu blanchâtre dépourvu de vaisseaux, ne laissant échapper, par la pression, aucun liquide.

Cette tumeur, qui a pour point de départ la première petite molaire, qui n'a pas subi son évolution, a été décrite par M. Forget sous le nom de tumeur dentaire, et par M. Broca sous le nom d'odontome. Elle paraît être de nature fibreuse et peut être rangée dans la catégorie des tumeurs bénignes, c'est-à-dire que la malade n'est point exposée à la récidive. Et cependant qu'il me soit permis d'insister sur ce point. La rapidité de son développement (elle ne date que de trois mois), les douleurs lancinantes dont elle était le siége, pouvaient nous faire craindre l'existence d'une tumeur cancéreuse semblable à celle qui fait l'objet de la première observation; car, entre ces deux espèces de tumeurs, il n'existe au début aucun caractère différentiel. Nous avons de part et d'autre une tumeur lisse, adhérente à l'os, dure, non fluctuante, indolente à la pression, sans engorgement ganglionnaire, à développement subit et rapide.

Ce n'est qu'ultérieurement que la marche fatale de l'affection cancéreuse révèle toute la gravité du mal. Cette crainte d'avoir affaire à une tumeur de mauvaise nature m'a déterminé à enlever largement la portion de mâchoire qui lui donnait naissance, et m'a empêché de tenter la conservation du bord inférieur de l'os maxillaire. Du reste, l'examen de la tumeur prouve que cette opération eût été hasardeuse, la destruction du maxillaire étant très-étendue dans certains points. Mais, dira-t-on, un examen minutieux des dents, un interrogatoire précis des antécédents auraient pu jeter quelque jour sur le diagnostic.

D'abord cette portion de mâchoire ne présentait plus aucune trace de dents au niveau de la tumeur; les deux qui existaient avaient été arrachées; ensuite il m'a été impossible de savoir si les petites molaires et la canine avaient remplacé régulièrement les dents correspondantes de la première dentition.

C'est donc d'après l'examen actuel de la tumeur que le diagnostic devait être porté.

(1) Communiqué à la Société de chirurgie, dans la séance du 26 juillet 1871.

NOTE
SUR UN CAS D'EMPOISONNEMENT PAR LES SEMENCES DE RICIN

Par M. RAPP, médecin aide-major de 2e classe à l'hôpital militaire de Civita-Vecchia.

B..., sergent à la 7e compagnie du 1er régiment du génie, entre le 10 juillet, à cinq heures et demie du soir, à l'hôpital militaire de Civita-Vecchia, service de M. Peruy, médecin en chef.

Ce sous-officier avait mangé le même jour, à six heures du matin, des semences de ricin dans l'intention de se purger. Les semences provenaient d'un pied de palma-christi planté dans le jardin du cercle militaire; elles étaient parvenues à entière maturité, séchées sur pied et cueillies depuis l'automne 1869. Le sergent, ayant trouvé à ces semences un goût de noix nullement désagréable, en avait mangé dix-sept. Aucun accident ne survint immédiatement après l'ingestion de ces graines, et un bouillon put être pris avec appétit et gardé une heure après.

Cependant, au bout de trois ou quatre heures, après un petit nombre de selles diarrhéiques, B... se sentit pris subitement de pyrosis, de crampes d'estomac et de nausées; puis, plus tard, de vomissements au milieu desquels le malade constata la présence de fragments de graines et de gouttelettes d'huile qui surnageaient. En même temps les déjections alvines devinrent plus nombreuses et plus copieuses, s'échappant sans épreintes, ni coliques, sous forme d'un liquide séreux servant de véhicule à des glaires. Le malade ne croyant éprouver que les effets ordinaires ou à peine exagérés d'une dose habituelle d'huile de ricin, craignant d'ailleurs d'être réprimandé, ne se plaignit pas d'abord. Mais, vers quatre heures du soir, quand la diarrhée devint presque incessante, que les crampes, de l'algidité vinrent s'y joindre, il se décida à faire appeler le médecin de son corps, qui l'envoya à l'hôpital d'urgence après lui avoir administré *deux* grammes d'ipéca.

État actuel au moment de l'entrée à l'hôpital (cinq heures et demie du soir) :

Le visage est pâle, le front couvert d'une sueur froide et les traits fortements tirés. Les yeux sont convulsionnés vers le haut de l'orbite, la conjonctive est injectée et le larmoiement est très-prononcé, mais les pupilles ne sont que médiocrement dilatées.

La peau est moite et froide, surtout aux extrémités. Les muscles des membres ainsi que ceux du tronc sont le siége de crampes très-douloureuses. On voit les divers segments des muscles droits de l'abdomen se contracter successivement et individuellement sous la peau.

Le pouls est normal comme fréquence, mais extrêmement petit et par moment à peine sensible à l'artère radiale.

L'intelligence est conservée dans toute son intégrité. Le malade se plaint de céphalée, de vertiges, bourdonnements d'oreille et d'une sorte de barre épigastrique, cause d'une profonde angoisse.

L'appareil digestif est naturellement le siége de troubles considérables. La soif est ardente; le pyrosis, les nausées, les vomissements persistent. Les matières sont liquides, légèrement colorées par un peu de bile et ne contiennent en suspension que quelques filaments glaireux. L'épigastre est très-sensible et est le point de départ d'irradiations douloureuses vers l'ombilic et les hypochondres; la pression douce ou forte n'atténue ni n'aggrave cette douleur. En même temps le malade éprouve comme une sensation de violente constriction du paquet intestinal. La diarrhée est devenue colliquative. Les selles présentent le même aspect que dans le choléra.

Anurie complète depuis dix heures du matin.

La voix est fortement voilée.

Adynamie profonde; deux hommes sont nécessaires pour soutenir le malade.

En présence de symptômes aussi tranchés, il ne nous parut pas qu'il y eût deux manières d'agir. L'indication si formelle dans tous les autres empoisonnements, celle qui consiste avant tout à évacuer le toxique par toutes les voies possibles, nous sembla ici n'avoir qu'une indication presque secondaire. En effet, le toxique, en vertu même de ses propriétés thérapeutiques, avait finalement agi comme son propre antidote : l'estomac était vide depuis longtemps grâce aux abondants et copieux vomissements; et les cinquante ou soixante selles qu'avait eues notre malade ne devaient avoir laissé dans l'intestin que des quantités momentanément négligeables de l'agent toxique. Mais ce qu'il fallait avant tout combattre, c'est l'algidité, ce sont les contractures musculaires, c'est la gêne circulatoire, ce sont, en un mot, tous ces symptômes speudo-cholériques consécutifs à l'énorme déperdition d'eau qu'avait subi l'organisme de notre malade.

En conséquence, des frictions camphrées furent faites sur les membres, des sinapismes appliqués sur les cuisses et du tilleul bouillant ingéré en grande quantité. Les antispasmodiques à l'intérieur ne purent encore être administrés avec succès, vu la persistance des vomissements.

Ces manœuvres avaient un peu réchauffé le malade et rétabli la circulation presque supprimée déjà aux extrémités, quand M. Péruy, mandé en toute hâte, vint compléter la médication en ajoutant à nos premiers secours les prescriptions suivantes :

1° Substituer aux boissons chaudes, qui commençaient à ne plus avoir leur indication, des tisanes glacées destinées à arrêter les vomissements.

2° Faire prendre par cueillerées la potion antispasmodique ordinaire, doublée en prévision de ce que la persistance des vomissements en ferait rejeter une partie;

3° Faire administrer de fréquents lavements émollients, dans le but d'évacuer les dernières traces de toxique qui pourraient se trouver dans l'intestin;

4° Continuer les frictions stimulantes et l'application de topiques irritants; un cataplasme laudanisé sur le ventre.

Sous l'influence de cette médication, les symptômes ne tardèrent pas à s'amender. La circulation se rétablit et ramena le corps à une température plus voisine de la normale; les crampes cessèrent d'être continues, et vers minuit ne se produisirent plus qu'à des intervalles assez longs. Mais ce n'est que vers trois heures du matin qu'on devint à peu près maître des vomissements.

11 juillet, huit heures du matin.— La réaction s'établit sous forme d'un léger mouvement fébrile.

Langue blanche et sèche, anorexie, pyrosis. Plus de vomissements. Persistance des douleurs épigastriques et abdominales ainsi que de la diarrhée. Plus de crampes. Lassitude extrême. Anurie encore absolue.

On prescrit : deux bouillons; limonade gommeuse glacée, trois litres; une potion antispasmodique; deux lavements d'eau de mauve.

Trois heures du soir. — L'ingestion du premier bouillon a été suivie de deux vomissements. L'anurie a cessé à deux heures du matin par l'émission en petite quantité d'urines foncées, épaisses et fortement albumineuses.

12 juillet. — Persistance du mouvement fébrile et de la diarrhée. Quelques crampes à longs intervalles. Céphalée violente. Les urines, toujours rares, précipitent fortement par la chaleur et l'acide nitrique.

Même prescription que la veille.

13 juillet. — Pouls normal. Face légèrement congestionnée. Langue blanche, peu d'appétit, pyrosis. Plus de vomissements, plus de douleurs abdominales. Diarrhée modérée sans épreintes ni coliques. Ictère très-prononcé. Urines encore fortement albumineuses.

Prescriptions : trois semoules; limonade gommeuse. Rhubarbe, *un* gramme en deux paquets; une potion opiacée, le soir; deux lavements émollients.

14 juillet. — Il ne reste plus, de tous les symptômes observés, qu'une légère diarrhée, une anémie assez prononcée et une grande assitude.

Demi-portion de vin; limonade gommeuse; un lavement émollient; rhubarbe, *un* gramme.

15 juillet. — La diarrhée est réduite à deux selles par jour, l'appétit revient; les forces font encore défaut. Depuis hier, les urines ont cessé d'être albumineuses.

Le malade mange la portion.

Mêmes prescriptions médicamenteuses.

16, 17 juillet. — Le malade entre franchement en convalescence. Il mange les deux portions et prend du vin de quinquina pour toute médication.

18, 19 juillet. — Les forces reviennent, le malade reprend des couleurs.

20 juillet. — Le malade est guéri et réclame instamment sa sortie, promettant de mieux choisir désormais ses laxatifs. (*Recueil des Mém. de méd. milit.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 12 juillet 1871. — Présidence de M. BLOT.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

— La *Gazette des Hôpitaux*; — L'*Union médicale*; — La *Gazette hebdomadaire*; — La *Gazette médicale de Strasbourg*; — Le *Marseille médical*.

Le Compte rendu de la Société des sciences médicales de Gannat pour l'année 1869-1870, par le docteur Challier, secrétaire.

— M. le docteur Champenois, membre correspondant depuis 1867, s'inscrit par lettre sur la liste des candidats au titre de membre titulaire.

LECTURE

M. le docteur LEDENTU lit la dernière partie de son mémoire sur les résultats des plaies de guerre. (Commissaires : MM. A. Guérin, Lefort, Verneuil.)

M. le docteur M. RAYNAUD lit une observation d'anévrysme de l'artère crurale dans un moignon d'amputation; il présente la pièce anatomique à l'appui. (Commissaires : MM. Sée, Cruveilhier et Desprès.)

PRÉSENTATION DE MALADE

Suture des paupières comme traitement préventif de l'ectropion. — M. VERNEUIL présente un malade auquel, après avoir enlevé un épithélioma de la paupière inférieure, il a fait la suture des paupières par le procédé de Mirault (d'Angers) afin de prévenir l'ectropion. Un point de suture est encore en place aujourd'hui, six semaines après l'opération, et il tient bien. M. Verneuil espère que, grâce à l'action du releveur de la paupière supérieure de la joue transmise à la peau qui remplace la paupière inférieure, cette peau parviendra à se fixer là où elle a été amenée. Il compte revenir sur ce fait dans la prochaine séance.

M. LE FORT. Je crains que le résultat ne soit pas aussi bon que l'espère M. Verneuil. J'ai fait sur un malade la suture des paupières pour éviter l'ectropion. Il s'agissait d'un individu qui avait eu une perte de substance étendue des deux paupières par suite d'une pustule maligne.

Quand j'ai enlevé les fils de la suture, l'ectropion s'est produit; alors j'ai décollé la peau avec les muscles de la joue, que je destinais à la formation des paupières, et j'ai fait de nouveau la suture. Je n'ai pu voir la fin de ce fait.

M. GIRAUD-TEULON. En voyant le malade, je pensai que la joue avait été décollée des os, car c'est à mon avis le moyen le plus sûr d'être à l'abri d'un ectropion. C'eût été une application du procédé de von Grœffe, pour l'opération de l'ectropion par glissement des parties molles, procédé qui est d'ailleurs excellent.

PRÉSENTATION DE PIÈCES

Corps fibreux de l'utérus. — M. DEPAUL présente un fait destiné à montrer que les corps fibreux de l'utérus ont une influence capable de troubler les phénomènes vitaux de l'accouchement.

Une femme, dit-il, m'est envoyée à l'hôpital par un médecin de la ville, le docteur Piogey, le 26 du mois dernier. Cette malade, suivant le confrère, ne pouvait accoucher à cause de corps fibreux qui entravaient le travail. Cette malade, âgée de 32 ans, avait fait il y a deux ans et demi une fausse couche de deux mois; elle était, à son entrée à l'hôpital, arrivée à terme, la grossesse s'était bien passée. Le 20, les douleurs étaient apparues; depuis six jours donc le travail était commencé.

Je cherchai s'il y avait eu des interruptions dans les douleurs; la malade me répondit que ses douleurs avaient toujours été fréquentes, qu'elles n'avaient cessé ni nuit ni jour, et qu'elle n'avait point eu de repos. Le faciès était fatigué, la peau était brûlante, sèche, il y avait 120 pulsations; le ventre était sensible, et à ce moment il devint évident qu'un commencement de péritonite existait.

J'examinai : l'excavation était libre jusqu'au détroit supérieur, où il n'y avait point de partie fœtale engagée. Il n'y avait pas d'obstacle dû à une tumeur du col. Celui-ci était peu dilaté et n'offrait pas un diamètre d'une dimension supérieure à celle d'une pièce de 1 franc. Il était effacé.

Par le palper abdominal, difficile à cause des douleurs, je sentis à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic, une tumeur grosse comme une mandarine adhérente à l'utérus, et probablement sessile. Cette petite tumeur n'expliquait pas un travail aussi long; je cherchai ailleurs; je trouvai alors dans le flanc gauche une tumeur, que je crus pouvoir diagnostiquer un corps fibreux plus volumineux que la précédente tumeur, et qui me paraissait exactement appliquée contre l'utérus.

L'enfant était mort, ainsi que l'avait prouvé l'auscultation.

Je ne crus point devoir intervenir chirurgicalement. J'appliquai de la belladone sur le col; la malade prit un bain et on lui fit des frictions sur le ventre avec une pommade belladonée. Je revins le soir et je remis au lendemain l'accouchement. La femme a continué à se plaindre et à souffrir. L'exploration m'apprit, le matin, que le col était entièrement dilaté et que le fœtus se présentait par le pelvis. Comme l'enfant était mort, j'eus recours au crochet; je fis alors l'usage habituel de cet instrument, que j'appliquai dans l'aine et l'enfant fut extrait. Après avoir délivré, je trouvai le ventre souple; mais en touchant, je sentis à côté du col béant mou quelque chose de gros un peu enfoncé dans l'excavation, et je dis : c'est le corps fibreux. La malade fut couchée. Mais la péritonite ou plutôt la métropéritonite suivit son cours; je donnai du sulfate de quinine, le pouls tomba à 80, mais le mal reprit sa marche grave; je cessai le sulfate de quinine, et la malade mourut.

Je trouvai à l'autopsie une péritonite généralisée et les tumeurs fibreuses que je présente à la Société. Voici une tumeur située sur la face antérieure de l'utérus, à la partie supérieure; c'est celle que j'avais bien sentie; deux autres plus petits corps fibreux, et enfin à gauche, près du col, un gros corps fibreux, un peu pédiculé. Cette tumeur volumineuse pouvait être sentie par le palper abdominal.

Je ne puis expliquer ici la lenteur du travail par l'obstacle mécanique, mais je trouve la vérification d'une proposition que j'avais avancée lors de la discussion qui a eu lieu dans notre Société. Bien que je n'aie pas vu souffrir pendant sept jours, bien que je n'aie point vu d'accouchements aussi longs dans des cas analogues, j'ai vu néanmoins des faits de ce genre; et j'ai déjà dit que la présence d'un corps fibreux interrompant des fibres musculaires de l'utérus, la fonction contractile était singulièrement entravée. Cela se conçoit facilement pour les corps fibreux interstitiels, et cela n'est pas impossible pour les corps fibreux pédiculés. Le gros corps fibreux que vous voyez sur cette pièce est pédiculé; cependant, je crois qu'il n'y a ici qu'une apparence, et pendant le travail, ce corps pouvait n'être pas pédiculé. De même qu'on a vu des corps fibreux sous-muqueux être énucléés pendant le retrait de l'utérus, de même, dans les mêmes conditions, un corps fibreux interstitiel peut devenir sous-péritonéal et se pédiculer.

La longueur du travail, la lenteur de la dilatation du col et les douleurs insolites ont une cause : il faut tenir compte du trouble que cause un corps fibreux, car il est incontestable qu'il influence les contractions utérines; la présentation par le pelvis n'était pas suffisante pour expliquer la longueur du travail. J'admets d'ailleurs que le corps fibreux ait pu être pédiculé avant le travail, mais dans ce cas on sait qu'il peut s'appliquer sur l'utérus et gêner sa contraction, comme le ferait un kyste de l'ovaire ou la rétention d'urine.

Monstre uromèle. — M. DEPAUL présente une pièce qui lui a été envoyée de province sans détails.

Ce monstre a un pied, une jambe, une cuisse, une partie d'abdomen avec des intestins, un rudiment de poitrine, une base de crâne avec une oreille.

D'après la classification de J. Geoffroy Saint-Hilaire, ce monstre est, suivant le présentateur, un fait rentrant dans le deuxième genre du groupe des monstres syméliens, c'est-à-dire un monstre uromèle.

M. Depaul croit qu'il s'agit ici d'une espèce d'avorton ou d'une grossesse double, ce que l'on saura plus tard, quand d'autres renseignements seront parvenus.

La séance est levée à cinq heures.

Le vice-secrétaire : ARMAND DESPRÈS.

DOCUMENTS

POUR SERVIR A L'HISTOIRE DU MOUVEMENT SCIENTIFIQUE PENDANT LE SIÉGE DE PARIS (1).

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 24 janvier. — Présidence de M. WURTZ.

(Suite)

M. CHAUFFARD continue ainsi :

Pour les poisons stéatogènes, l'action antiplastique semble moins évidente. Il en est même, comme l'arsenic, l'alcool, le tartre stibié qui, pris à dose minime et réfractée, paraissent stimuler l'appétit et la nutrition, exciter les forces ou les reconstituer. Mais ce n'est là qu'une action transitoire et passagère. Aussitôt le médicament cessé, l'excitation disparaît, la reconstitution s'évanouit, et peut-être même la débilité est-elle plus marquée après qu'avant. En outre, quoique l'effet favorable en soit très-superficiel, il faut suspendre souvent ces médicaments, car si on en prolongeait l'usage, l'anorexie succéderait bientôt au réveil des fonctions digestives, et la stéatose, pénétrant les tissus, amènerait inévitablement une débilité radicale qui rendrait la médication funeste. L'emploi des médicaments stéatogènes ne tient donc pas tout ce qu'il promet, tout ce que quelques médecins en espèrent. Il en est ainsi, même pour l'arsenic, dont peut-être on exalte trop sans réserve le pouvoir reconstituant. On sait déjà que ses effets thérapeutiques ne durent pas; on sait qu'il en faut cesser et reprendre souvent l'administration; mais on ne sait peut-être pas encore si les sujets, ainsi artificiellement et momentanément relevés par l'arsenic, ne tombent pas ensuite plus subitement et plus complétement que d'autres sous le choc des influences extérieures, alors même que celles-ci ne s'offrent pas avec une innocuité excessive. Tout n'est pas dit sur ce sujet, et il y a là, sans doute, bien des observations à recueillir et à peser. En attendant, il est bon que le praticien ne perde jamais de vue que l'arsenic est un agent de stéatose et par conséquent de ruine plus ou moins prochaine.

Les mêmes considérations s'étendent à l'alcool, quoique son action toxique soit moins immédiatement redoutable que celle de l'arsenic. Dès que la dose est poussée au point voulu et de façon à engendrer une imprégnation durable, l'alcool devient le type complet de l'agent stéatogène; il en produit et en accumule tous les effets. Après avoir stimulé les fonctions digestives, il les déprime et amène l'anorexie. Qui ne connaît l'anorexie des buveurs? Après avoir stimulé les forces musculaires et agissantes, il les abaisse progressivement; et la paresse, la débilité, l'impressionnabilité au froid et aux influences extérieures, le défaut de résistance vitale deviennent extrêmes chez les alcooliques; l'intelligence s'engourdit; des manifestations délirantes et des hallucinations nocturnes se déclarent; les excrétions diminuent, l'acide carbonique est exhalé en moindre quantité; la proportion d'urée s'amoindrit et tombe au-dessous de la moyenne normale; à travers l'aspect parfois florissant du visage, la misère organique, suivant une expression que notre maître, M. Bouchardat, affectionne, la misère organique est réelle. Ce tableau est-il seulement celui de l'alcoolisme? Dans tous ses traits essentiels, n'est-il pas celui de l'inanité ou celui de la décrépitude sénile? Où est entre les deux la différence sensible? Nulle part, si ce n'est parfois dans cette apparence trompeuse du visage qui masque, sous un faux air de richesse, une absolue pauvreté. Cela est si vrai, que la plupart des observateurs qui ont décrit les effets de l'alcoolisme, et il n'est que juste de mentionner très-honorablement parmi eux un jeune et laborieux confrère, M. le docteur Lancereaux, ont résumé ces effets en cette idée que l'alcoolisme conduisait à une décrépitude, à une sénilité prématurée. C'est la comparaison que notre savant collègue, M. Gosselin, a invoquée, et dont M. Verneuil a, dans son second discours, poursuivi le développement. Si donc, au fond, alcoolisme, décrépitude sénile, et j'ajoute inanition, sont des états comparables, comment s'étonner que l'alcoolisme devienne, pour le chirurgien, une désastreuse condition; qu'il engendre des gangrènes, des phlegmons diffus, un état adynamique irrémédiable? Nous verrons plus tard à déterminer la provenance et le caractère des états nerveux qu'il faut lui rapporter : bornons-nous, en ce moment, à ces premiers faits de débilité et d'asthénie radicale qui ont chez l'alcoolique la même raison d'être que chez l'inanitié et le vieillard cachectique.

Ces faits devaient frapper les chirurgiens, ceux surtout qui pratiquent au milieu des populations où règne l'alcoolisme. Notre savant collègue, M. Verneuil, les signale à Paris : Carpenter les avait déjà nettement indiqués à Londres; qu'on en juge par cette citation que j'emprunte à l'excellent article de M. Fournier dans le *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques* : « Il est des buveurs, dit Carpenter qui, malgré leurs excès habituels, présentent une remarquable apparence de force corporelle. Ces hommes, cependant, ne sont pas dans des conditions de vigueur et de santé véritables, car leur constitution s'altère avant l'âge, si même, comme cela arrive souvent, la mort ne les frappe de bonne heure, à propos de quelque maladie ou de quelque accident de peu d'importance. C'est un fait bien connu de tous ceux qui ont la pratique des hôpitaux de Londres, que les sujets de cet ordre succombent facilement quand ils viennent à être atteints d'une inflammation ou d'un trouble local..... Leurs inflammations

(1) Suite. — Voir le dernier numéro.

prennent le caractère asthénique; loin de se limiter par l'effusion plastique, elles s'étendent au loin dans les tissus; elles ne supportent pas la saignée..... Chez ces sujets, la plus petite égratignure, la meurtrissure la plus légère est suivie d'un érysipèle souvent mortel. Quand les viscères s'enflamment dans ces conditions, ils s'infiltrent rapidement de pus ou se gangrènent. Aussi les chirurgiens hésitent-ils à pratiquer sur ces individus quelque opération d'importance, sachant bien qu'elles ont peu de chances de succès. » Ne croirait-on pas entendre M. Verneuil et saisir l'écho des conclusions qu'il vous a soumises? »

Je ne puis abandonner cette étude physiologique des agents stéatogènes sans dire un mot d'une opinion que de récents débats ont amenée à cette tribune, et qui tendrait à leur attribuer des effets bien différents de ceux que je viens de retracer. Cette opinion dont nos savants collègues, MM. Gubler et Sée, se sont faits les propagateurs, s'adresse surtout à l'action de l'arsenic et de l'acool. Ce sont des agents antidéperditeurs, dit M. Gubler; ce sont des moyens d'épargne, dit M. Sée. Ils nous empêcheraient de nous dénourrir, ce qui équivaudrait presque à nous nourrir; au lieu d'être des agents de ruine, ils seraient agents de conservation; loin de conduire à l'inanition et à la décrépitude par un chemin déguisé, ils seraient une source indirecte de richesse et d'accroissement pour nos tissus; conclusion inverse de celle que nous avons présentée. C'est là une idée ingénieuse, subtile, propre à séduire, facile à propager, et qui devait avoir son heure de succès irréfléchi. Elle avait, en outre, la fortune de nous venir d'Allemagne, d'où nous sont arrivées, depuis quinze à vingt ans, tant d'erreurs pour quelques rares vérités, tant de préjugés et une si fausse direction générale, comme aussi, je le reconnais, tant d'ardeur et de patience dans la recherche, et parfois tant de finesse dans l'analyse. Et en m'exprimant ainsi, messieurs, au sujet des savants d'outre-Rhin, je ne cède en rien aux entraînements de l'heure présente, à la légitime indignation que gravent en nous ces haines jalouses, ces cupidités féroces, éclatant, après avoir été mal contenues, en basses insultes et en joies fanfaronnes, et cela jusque dans les chaires officielles de Berlin. Non, la saine science plane au-dessus de telles passions, et ses jugements ne doivent pas flotter au gré des malheurs ou des triomphes du jour.

Je reviens à la qualification de moyens d'épargne appliquée à certains agents stéatogènes : sur quoi se fonde-t-elle ? Sur ce fait, que ces agents déterminent souvent une sorte d'embonpoint et qu'en même temps ils amènent, point capital, la diminution des excrétions d'acide carbonique et d'urée, lesquelles témoignent de l'activité ou du ralentissement de la fonction nutritive, suivant qu'elles augmentent ou qu'elles diminuent. Cette double base est bien fragile pour y édifier une opinion qui va contre les enseignements de la clinique et contre les témoignages visibles de l'anatomie pathologique.

L'embonpoint de l'alcoolique n'est qu'une illusoire apparence; il peut ne cacher que maigreur et marasme; si sous la boursouflure adipeuse on recherche l'élément sain, vivant et fonctionnant, si l'on retranche des humeurs et des tissus toute l'infiltration granulo-graisseuse qui les pénètre et les tuméfie, on obtiendra un organisme réduit et en voie de consomption plus ou moins avancée. Cet état est, jusqu'à un certain point, comparable à celui d'un anasarque généralisé; que les liquides séreux qui infiltrent les tissus s'écoulent, et le malade apparaît avec l'aspect du marasme poussé souvent aux dernières limites.

Quant au ralentissement des échanges nutritifs, à la diminution des produits de combustion respiratoire et d'oxydation organique, en quoi prouve-t-on qu'il faut les attribuer à l'épargne de nos tissus? On pourrait le soutenir si nos tissus se maintenaient intacts, avec toute leur intégrité organique, avec toute leur énergie fonctionnelle. Mais, loin de là, sous l'influence de l'alcool circulant en nature dans le sang, ce liquide et les éléments histologiques qui puisent en lui se chargent rapidement de granulations graisseuses; au lieu d'une intussusception vivante et active de matières albuminoïdes, vous avez une pénétration granulo graisseuse presque passive; l'arrivée des matériaux nutritifs s'appauvrit, quoi d'étonnant que le départ se ralentisse? Comment les produits de combustion respiratoire et d'oxydation de tissu se maintiendraient-ils intacts alors que les principes organiques qui doivent fournir ces produits s'amoindrissent dans les humeurs et dans les tissus? L'inanitié et le vieillard exhalent aussi moins d'acide carbonique et sécrètent moins d'urée; ira-t-on prétendre que l'inanition et la vieillesse sont des agents antidéperditeurs et de bons moyens d'épargne? Ira-t-on en conseiller l'emploi ou en vanter les effets pour soutenir et relever les forces défaillantes? Quand donc l'arsenic et l'alcool, pris à doses réfractées, semblent ranimer les forces organiques, c'est à la stimulation spéciale qu'ils exercent sur le système nerveux qu'il faut rapporter cet effet et non à une sorte de vertu économique. Loin d'économiser les tissus, ils les laissent se dépenser peu à peu, en tarissant les moyens de réparation. Cela fait un singulier moyen d'épargne. Aussi faut-il de temps à autre en suspendre l'emploi, afin que la ruine définitive ne s'établisse pas sous la forme d'une stéatose durable. Ce sont là les enseignements de l'expérience et d'une physiologie rationnelle.

J'ai dû, messieurs, examiner et réfuter cette théorie de l'action de l'acool, parce qu'elle était la contradiction directe de celle qui nous rend compte des effets pernicieux observés dans le traumatisme sous l'influence de cet agent. Je ne voudrais pas laisser planer un doute accrédité sur la physiologie et l'enchaînement des phénomènes pathologiques dus à l'intoxication alcoolique. Je reviens à la poursuite de cette dernière étude; nous ne l'avons pas épuisée, tant s'en faut, et nous aurons à lui demander encore bien des lumières pour l'intelligence des accidents chirurgicaux de l'alcoolisme.

L'alcool, on le sait, passé en nature dans le sang; de là il arrive au contact de tous les éléments vivants et il en pervertit la nutrition. Mais son action de contact ne se borne pas à la perversion des échanges nutritifs; il exerce une action irritante directe sur les tissus, et, en particulier, sur le tissu primitif et comme universel de l'organisme, sur le tissu conjonctif. Cette irritation morbide du tissu conjonctif engendre la sclérose, sur laquelle M. Béhier a déjà appelé l'attention de l'Académie. La stéatose et la sclérose se partagent l'anatomie pathologique de l'alcoolisme. Mais si la stéatose importe surtout au point de vue chirurgical, la sclérose importe surtout au point de vue médical. Je ne conteste pas que la sclérose ne concoure pour sa part à certains accidents nerveux, que le chirurgien observe aussi bien que le médecin. Mais cette part est faible, comparée à celle qui revient à la stimulation directe et à la débilité stéatosique de l'élément nerveux. Tous les autres accidents qui se rapportent à la sclérose sont d'ordre médical; ils sont graves et nombreux; la cirrhose du foie, la maladie de Bright, la pachy-méningite et les hémorrhagies méningées qui la suivent n'en témoignent que trop. Malgré leur importance, je ne m'y arrêterai pas, les accidents chirurgicaux de l'alcoolisme étant seuls en cause aujourd'hui.

Nous voici conduits en face des accidents nerveux de l'alcoolisme, trop souvent terribles et insidieux, que nous, médecins, nous avons appris à redouter sous toutes leurs formes, soit lorsqu'ils sont isolés et primitifs, soit lorsque, secondaires, ils viennent imprimer à une affection aiguë un caractère funeste et inattendu. Aux chirurgiens, ces accidents ont semblé inspirer jusqu'ici moins de terreur. Ils en envisageaient l'issue avec plus de confiance, et, il faut le reconnaître, les faits semblaient donner raison à ces pronostics moins sévères. Le *delirium tremens*, qui représentait à leurs yeux le type des accidents nerveux alcooliques, aboutit souvent, en effet, à une crise favorable; ils en concluaient que l'alcoolisme est rarement hostile à la cure des affections chirurgicales. L'avenir, je le crains, ne répondra pas à ces espérances léguées par le passé. En dehors du *delirium tremens*, il est bien d'autres formes d'ataxie et de délire qui amènent, en chirurgie, la mort subite ou rapide là où la guérison semblait promise. Le *delirium tremens* lui-même semble contracter une gravité qu'autrefois on ne lui connaissait guère. L'alcoolisme, en corrompant plus profondément les populations sur lesquelles il sévit, dévoilera de plus en plus ses formes cachées et malignes, et le mal qu'il produit, mieux connu, sera jugé dans toute sa gravité. Il importe donc d'étudier, dans leurs formes diverses, les accidents nerveux imputables à l'alcoolisme dans le cours des affections chirurgicales; il faut non-seulement en préciser les conditions étiologiques, mais encore en déterminer les causes vitales et organiques, de façon à les connaître dans leur substratum physiologique, dans leur raison scientifique.

L'alcool est un toxique direct des centres nerveux : il leur apporte une excitation spéciale et désordonnée, bientôt suivie d'un accablement, d'une dépression des facultés stimulées. L'ivresse est le type de cette excitation toxique dans l'abus transitoire et accidentel de l'alcool; le *delirium tremens* est le type parallèle dans l'alcoolisme chronique, dans l'excitation ébrieuse devenue habituelle et comme permanente. Nous n'avons pas à nous occuper de l'ivresse; elle passe et ne constitue pas une source de complications durables dans les états traumatiques. Le *delirium tremens* est, au contraire, un des accidents les plus fréquemment observés en chirurgie; il n'est pas le seul ni le plus redoutable; mais il est le plus manifeste, le plus simple peut-être dans ses conditions organiques; c'est lui qui doit nous occuper d'abord.

Le fond réel du *delirium tremens* est une excitation spéciale, *sui generis*, des centres nerveux. Sous les stimulations répétées de l'alcool, le système nerveux se laisse entraîner peu à peu à une stimulation anormale, à une impressionnabilité excessive, qui deviennent paroxystiques au moindre choc accidentel, au plus léger ébranlement de la sensibilité organique. Cet état paroxystique, déclaré, a ses périodes d'augment, d'état, de déclin, comme tous les paroxysmes, et se résout par une crise de sueur et de sommeil. Un calme relatif, une dépression générale et salutaire surviennent ensuite, et avec eux la guérison. Si, à l'aide de l'observation clinique, de l'anatomie pathologique, de la physiologie générale, on analyse les conditions du *delirium tremens*, on voit qu'elles relèvent toutes de troubles fonctionnels, et que cet accident morbide, tout en supposant une imprégnation alcoolique durable, ne s'allie pas étroitement aux lésions profondes de l'alcoolisme invétéré. Il ne marche ni avec une stéatose avancée des éléments nerveux, ni avec une sclérose prononcée du tissu connectif qui forme la trame et le support de ces éléments. Si, en effet, la stéatose des éléments nerveux était telle que la fonction de l'élément fût sérieusement compromise, la stimulation, qui est le caractère propre du *delirium tremens*, manquerait de la base qui lui est nécessaire pour s'établir. A la place de tous les phénomènes paroxystiques, vous auriez la dépression, l'affaissement, le collapsus irrémédiable et funeste de la vie nerveuse. La scène observée serait tout autre, comme tout autres les conditions organiques qui la supporteraient.

La scène change également si, autour des éléments nerveux, la sclérose du tissu connectif devient le fait anatomique dominant. Une nouvelle forme du délire alcoolique surgit alors. La sclérose est le témoignage vivant d'un état subinflammatoire de la gangue conjonctive; elle amène, comme fait consécutif, une sorte d'étouffement de l'élément histologique qu'elle enveloppe et soutient; elle comprime et opprime peu à peu cet élément quel qu'il soit, de façon à en amoindrir d'abord, à en supprimer ensuite la fonction.

Il en est surtout ainsi dans le système nerveux, où le tissu conjonctif offre une organisation si fine, une trame si développée, si intimement liée à la contexture et à la vie des éléments propres du système. Aussi le *delirium tremens*, délire d'excitation pure, ne saurait-il répondre à une sclérose très-accentuée des centres nerveux. Au lieu de ce délire paroxystique, critique et curable, on aurait alors ce mélange, trop souvent observé dans le délire alcoolique, de symptômes méningitiques survenant d'emblée et se terminant brusquement, d'une façon subite et inattendue, par un collapsus mortel. Tel est, par exemple, l'appareil symptomatique suivant : phénomènes convulsifs variables et passagers; face pâle, grippée, avec contractions tétaniques partielles et expression douloureuse profonde; pupilles resserrées ou l'une resserrée et l'autre dilatée; par intervalles, cris délirants; jactitation; tête alternativement et par soubresauts jetée à droite et à gauche; respiration irrégulière, entrecoupée; vomituritions verdâtres; pouls profond, peu fréquent au début, s'accélérant ensuite jusqu'à une fréquence extrême. Cet ensemble symptomatique, de mauvais augure parfois, se détend tout à coup; l'intelligence semble revenir, quoique lente et obtuse encore; une sorte de calme et de mieux-être reparaît; on croit, et personnellement nous y avons été trompé souvent, à une heureuse transformation du mal; mais cet état n'est que l'avant-coureur d'une prompte agonie; le malade ne semble revenir au mieux que pour étonner davantage par sa mort toute prochaine. D'autres fois, sans cette lueur trompeuse, le collapsus ultime succède sans transition ni raison apparente aux symptômes inflammatoires qui paraissaient traduire le caractère même de la maladie. C'est qu'ici la raison apparente n'est pas la raison réelle; celle-ci est cachée. Si d'une part la sclérose, dans ce genre de délire alcoolique, en explique l'allure inflammatoire primitive, d'autre part l'oppression concomitante de l'élément nerveux, la stéatose qui accompagne nécessairement la sclérose à un degré plus ou moins prononcé, n'expliquent que trop la chute subite et irrémédiable de l'innervation et de la vie.

On voit que tout ce tableau est bien différent de celui du *delirium tremens* : cause organique, marche, pronostic, traitement, tout change; ainsi s'interprètent les opinions différentes émises sur les accidents ataxiques qui viennent compliquer le traumatisme; les uns ne considérant que les accidents simples et curables du *delirium tremens*, les autres étendant leur vue et la portant sur les accidents complexes, à marche insidieuse, à terminaison funeste.

A côté des deux formes de délire alcoolique dont nous venons de tracer rapidement les caractères cliniques et l'histoire pathogénique, nous en avons à signaler une troisième et dernière. Il s'agit d'une espèce de délire, ou plutôt d'un mode d'ataxie nerveuse se déclarant chez les alcooliques invétérés ou radicalement dégradés, et survenant soit à la suite d'un traumatisme ou d'un ébranlement accidentel, soit primitivement et par la seule action de l'alcoolisme. Ce délire est à forme asthénique primitive et s'accompagne du cortége complet de tous les symptômes adynamiques. Rien de plus caractéristique que son expression phénoménale; il n'y a plus ici ni l'excitation, ni les emportements du *delirium tremens*; rien de ces mouvements, de ces cris incessants et furieux, rien de cette suractivité circulatoire et de cette marche paroxystique. On n'observe non plus aucun de ces phénomènes inflammatoires et méningitiques qui marquent ces autres délires alcooliques où prédominent la sclérose et le mouvement irritatif qui la provoque. Non, dès le début, la prostration est le fait saillant : stupeur, immobilité des traits, face plombée; paroles confuses, marmottements inintelligibles; regard lent, étonné ou éteint; injection passive des sclérotiques, parfois teinte trouble de la cornée; pouls normal en apparence, d'autres fois lent, petit, devenant plus tard fréquent et misérable; respiration inégale, s'accélérant dans les dernières périodes du mal. Tout cet ensemble, fréquemment observé chez les buveurs profondément dégradés, ne traduit-il pas un irrémédiable affaissement du système nerveux? C'est l'expression lugubre de l'adynamie alcoolique. Les chirurgiens l'observent accompagnée de gangrène rapide, de phlegmon diffus, à teinte violacée ou blafarde, œdémateux, marchant à une extension démesurée; l'état chirurgical domine, à leurs yeux, la prostration délirante; celle-ci peut leur paraître secondaire et symptômatique; elle est, cependant, tout aussi primitive que les désordres locaux; les uns et les autres relèvent, au même titre, de la même cause organique, la stéatose des éléments histologiques, l'extinction progressive de la puissance plastique des tissus, l'anéantissement graduel de la fonction propre des organes. Les éléments nerveux subissent, comme les autres, la régression granulo-graisseuse; lorsque la dégénération touche à un certain degré, la vie nerveuse et ses manifestations faiblissent, parce que ses instruments dégénèrent et se détruisent. Ceux-ci meurent par degrés au sein d'une vie appauvrie : quoi de plus naturel que de voir alors survenir un affaissement délirant des fonctions intellectuelles, un collapsus dernier de l'innervation animale et organique?

Ce délire asthénique n'a pas d'ailleurs son unique raison d'être dans la dégénération des éléments histologiques nerveux. Il en a une nouvelle, et qui vient fortifier la première, dans cette stéatose généralisée qui a éteint partout la vie nutritive et plastique, où la vie nerveuse puise ses forces de développement, trouve la base première de son énergie fonctionnelle. Le système nerveux ne vit pas et ne réagit pas en dehors de l'organisme dans lequel il plonge et puise incessamment; il ne lui rend pas en actes spéciaux ce qu'il lui prend en matériaux de réparation; ceux-ci venant à lui manquer, la vie nerveuse faiblit et succombe par cela même. Et ce n'est pas seulement l'alcoolique qui nous offre ces enchaînements fonctionnels et pathologiques; ici encore l'inanitié et le vieillard se comportent de même; l'un et l'autre présentent cette même sorte de délire asthénique, ce même collapsus adynamique de l'innervation. C'est ainsi que l'observation doit interroger les analogies des choses; il faut, à ces clartés de l'analogie, apprendre à lire dans le livre à peine ouvert de la nature vivante pour essayer d'en comprendre de loin en loin les pages voilées, le sens obscur.

En retraçant le tableau des formes diverses du délire des alcooliques, j'ai dû simplifier un peu le dessin symptomatique, accuser et dégager les traits essentiels. On en est toujours réduit là en pathologie dogmatique, alors qu'il faut discerner et catégoriser. Dans la réalité, les choses s'isolent moins nettement; elles s'entremêlent de façon à former des composés où viennent s'associer des éléments pris de divers côtés. Il en est ainsi dans les manifestations délirantes de l'alcoolisme. Le *delirium tremens*, surtout, se dessine d'ordinaire plus ou moins vaguement par quelques-uns de ses caractères propres sur le fond des autres formes de délire, soit du délire subinflammatoire, soit du délire asthénique primitif. Et cela se conçoit, car la stimulation que l'alcool exerce sur le système nerveux possède une allure spécifique qui ne se peut supprimer entièrement tant que ce système conserve un reste de vie et d'impressionnabilité. On trouvera donc au moins une ombre de cette excitation toxique spéciale projetée au devant de tous les symptômes qu'amènent à leur suite les lésions acquises de la substance : tremblement des lèvres, rapidité ou incertitude de la parole, langue vacillante, hallucinations nocturnes; tous ces traits subsistent, plus ou moins accusés, dans tout délire alcoolique; mais ils n'ôtent à celui-ci la nature, ni l'allure propre que lui donne l'état organique auquel il répond; et les distinctions que nous avons essayé d'établir demeurent, malgré les inévitables associations que nous signalons.

Avant d'en venir aux indications thérapeutiques qu'il y a à déduire de l'ensemble de ces trop longues considérations, j'aurai à dire quelques mots sur les diverses théories pathogéniques qui ont été apportées à cette tribune, principalement par MM. Gubler et Verneuil. Je cède en ce moment, et malgré moi, à un besoin de

contradiction, afin d'y chercher une consécration nouvelle aux idées que j'ai cru devoir exposer sur un sujet difficile et controversé. Je sais, d'ailleurs, que mes savants collègues permettent et même appellent ces contradictions, qui sont l'une des conditions du mouvement scientifique. J'avancerai donc sans hésitation.

(*A suivre.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté du président de la République française, en date du 7 septembre 1871, rendu sur le rapport du ministre de la guerre, ont été promus ou nommés dans l'ordre national de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier : M. le comte Foucher de Careil, directeur général des ambulances des légions mobilisées de Bretagne ; chevalier de 1859.

Au grade de chevalier : M. Josien (Alfred-Henri-Célestin), médecin aide-major de 1re classe à l'hôpital militaire de Maubeuge; 13 ans de services, 6 campagnes.

M. David (Philippe-Aimé), médecin aide-major. (Garde nationale mobile de la Charente-inférieure.)

M. Comoy, chirurgien. (Garde nationale mobile de la Nièvre.)

M. Julien (Alfred), aide-major du 3e bataillon. (Garde nationale mobile de l'Yonne et du Cantal.)

M. Fontan (Joannès), médecin major à la 2e légion. (Garde nationale mobile du Rhône.)

M. Bardout (Jacques-Alfred), médecin-major). (Garde nationale mobile de Seine-et-Marne.)

M. Bruel, docteur en médecine à Moulins.

M. Mony, docteur en médecine du canton de Montmarault.

M. Aubry, chirurgien à l'ambulance d'Ille-et-Vilaine.

M. Martin de Plélan, médecin principal au camp des mobilisés de Bretagne.

— Par arrêté en date du 9 septembre 1871, le ministre de l'instruction publique a déclaré vacante la chaire de chimie à la faculté des sciences de Poitiers.

Les candidats à cette chaire devront faire parvenir leurs demandes, titres et justifications, à la faculté et au conseil académique.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — Sont rappelés à l'exercice pour trois ans (du 1er novembre 1871 au 1er novembre 1874), les agrégés de la faculté de médecine de Montpellier dont les noms suivent :

M. Saint-Pierre, dans la deuxième section (sciences physiques);

MM. Castan et Battle, dans la troisième section (médecine);

M. Estor, dans la quatrième section (chirurgie et accouchements).

— On annonce que le docteur Rastoul, l'un des dix-sept condamnés de l'affaire de la Commune, est devenu fou. Le docteur est père de cinq enfants. Vu le rôle effacé qu'il avait joué dans le gouvernement du 18 mars, il avait été question de commuer la peine de la déportation, à laquelle il avait été condamné, en un simple bannissement.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort du docteur Companyo, directeur du jardin des Plantes de Perpignan et fondateur du musée de cette ville.

— A 40 lieues de Paris, très-bonne clientèle à céder, à la seule condition de prendre le bail du titulaire. Ce bail expire dans un an. Produit des visites, 4,000 francs. Le titulaire ne fournit pas, mais pourrait fournir les médicaments.

S'adresser, par lettres affranchies, à M. Bruère, passage Sainte-Croix-de-la-Bretonnerie, n° 11.

—

M. le docteur P..., à Auxerre. — La date que vous demandez est : 30 juin.

M. le docteur S. T..., à Oletta. — Nous avons reçu votre envoi du 7 de ce mois.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments ou autres objets).

Traité pratique des maladies des yeux et de la vue, par le docteur J. Carnet, ancien interne des hôpitaux de Paris. 1 vol. in-12 avec figures dans le texte. 3e édition. — Prix : 5 francs.

De la thérapeutique de l'œil au moyen de la lumière colorée, par le docteur L. Boehm, professeur à l'université de Berlin, etc.; traduit de l'allemand par Th. Klein, traducteur de l'*Optique physiologique* de Helmholtz. 1 vol. in-8° avec deux planches coloriées. — Prix : 4 francs.

Angines aiguës ou graves. Origine, nature, traitement, par le docteur Moura. Broch. grand in-8° de 68 pages. — Prix : 3 francs.

Revue photographique des hôpitaux de Paris, par les docteurs De Montméja et Bourneville. 3e année; les numéros mai et juin sont en vente. — Prix de chaque : 2 francs.

Quelques considérations sur le crétinisme, par le docteur Alexandre Niepce. In-8°. — Prix : 1 fr. 75.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois. . . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 16 septembre 1871.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Paralysie ascendante aiguë.

Nous avons, à plusieurs reprises, depuis quelques années, appelé l'attention de nos lecteurs sur des exemples de cette affection secondaire, incidente, connue cliniquement depuis longtemps, mais encore mal déterminée dans ses causes, dans ses relations avec la maladie qui en a été l'occasion ou le point de départ, comme dans sa lésion anatomique caractéristique : nous voulons parler de la paralysie ascendante aiguë, qui se manifeste quelquefois à la suite d'une affection pyrétique grave, même parfois bénigne en apparence. Bien que les faits de ce genre ne soient pas rares et qu'ils aient fait l'objet d'une étude sérieuse dans les travaux de MM. Landry, Gubler et Leudet, que nous avons cités dans le temps, et, depuis, dans le livre de M. Jaccoud sur les paraplégies et l'ataxie du mouvement, et dans diverses recherches anatomo-pathologiques de MM. Charcot et Vulpian, beaucoup d'obscurité règne encore sur ce sujet. M. le docteur J. U. Chalvet en a fait le sujet d'une étude nouvelle, à l'occasion d'un fait qu'il a recueilli à l'hôpital Saint-Éloi de Montpellier, dans le service de M. le docteur Kiëner, répétiteur à l'École militaire de santé. Nous allons d'abord rapporter le fait, nous reprendrons ensuite l'examen de quelques-uns des points qui s'y rattachent.

D..., sapeur du génie, âgé de 27 ans, habituellement bien portant, ayant été exposé sur le théâtre de la guerre, en décembre 1870, à un froid rigoureux, fut pris d'une diarrhée qui guérit au bout de quelques jours. Vers la fin du même mois, après trois jours de fièvre prodromique, il eut une éruption de varioloïde très-discrète, et dont l'évolution fut très-rapide; ils étaient à peine appréciables au bout de trois jours. Le deuxième jour de leur développement, le malade remarqua que ses jambes fléchissaient et ne pouvaient le porter. La nuit suivante, ayant voulu se lever, il tomba sur les genoux. Le lendemain (c'était le 27 décembre), on l'apporta à l'hôpital Saint-Éloi, dans le service de M. Kiëner.

Voici ce que l'on constata à son entrée : absence de fièvre, pouls 60. L'éruption variolique n'offrait plus comme vestiges que quelques croûtes sèches ou de simples macules rougeâtres. Anorexie, langue blanche, constipation depuis quelques jours; intelligence intacte, point de céphalalgie. Les membres inférieurs étaient paralysés, le malade ne pouvait faire aucun mouvement de flexion; à peine pouvait-il parvenir à étendre la jambe après qu'on l'avait fléchie. Les muscles étaient dans un état de relâchement complet. Absence totale de contractions volontaires. La sensibilité tactile était diminuée; le malade sentait vaguement le contact de ses couvertures et des corps étrangers; le chatouillement à la plante des pieds était perçu comme un picotement. La sensibilité thermique était à peu près intacte. La sensibilité à la douleur était également amoindrie, elle devenait plus nette à mesure qu'on se rapprochait de la racine du membre. Enfin le malade accusait des sensations anormales, fourmillements aux orteils et picotements au niveau des articulations. Ces altérations fonctionnelles étaient moins prononcées à gauche qu'à droite.

Dans les membres supérieurs, la paralysie était moins complète; la tonicité musculaire n'y était pas complétement abolie; le malade pouvait exécuter des mouvements de pronation et de supination, et même fléchir l'avant-bras sur le bras, mais il serrait faiblement les objets qu'on lui présentait. La sensibilité tactile était amoindrie, ainsi que la sensibilité thermique. Le sens musculaire était conservé.

Au tronc, les mouvements étaient très-limités; le malade ne pouvait pas se retourner dans son lit. La sensibilité y était intacte. Les mouvements du cou étaient libres. La respiration s'effectuait librement. La pupille, du côté droit, était très-dilatée, mais contractile.

L'exploration du rachis par pression provoquait une douleur assez vive, au niveau des apophyses épineuses lombaires.

Les fonctions de la vessie étaient régulières. Il y avait de la constipation.

Douze ventouses scarifiées le long du rachis.

Le lendemain (28 décembre), l'état du malade avait empiré, tous les symptômes paralytiques étaient augmentés d'intensité. Le malade ne pouvait plus étendre la jambe, toute contraction volontaire des membres inférieurs était anéantie; la sensibilité tactile était plus affaiblie; mêmes sensations anormales; abolition complète du sens musculaire; le malade n'avait plus conscience du changement de situation de ses membres. Les mouvements du tronc étaient plus imparfaits que la veille. La motilité était abolie aux membres supérieurs comme aux membres inférieurs. Mouvements du cou conservés. L'état des fonctions intellectuelles était intact. Le pouls était à 56, la température au-dessous de la normale, à 36.

On prescrit comme traitement une purgation avec *trente-cinq* grammes de sulfate de magnésie — sinapismes aux mollets et un vésicatoire au côté droit.

Dans l'après midi de cette même journée, la respiration commença à s'embarrasser; elle était exclusivement costale; chaque inspiration exigeait un effort auquel les muscles du cou prenaient une grande part; ceux de la face se contractaient sympathiquement. Les contractions du diaphragme paraissaient être complétement abolies. Le malade avait un sentiment de suffocation, une teinte cyanique était répandue sur toute la face, dont l'expression était anxieuse; il était aphone; il articulait sans produire aucun son; la déglutition était très imparfaite. — Urines involontaires, — pouls à 56, — température 35°,5.

L'asphyxie augmentant rapidement, le malade finit par succomber à 7 heures du soir, après avoir eu quelques convulsions de la face.

A l'autopsie, faite 24 heures après la mort, les téguments et les masses musculaires des gouttières vertébrales laissent écouler à la section une grande quantité de sang noir. Le tissu cellulaire qui recouvre la dure-mère médullaire est infiltré d'une sérosité sanguinolente sur toute la surface postérieure; sur les faces latérales et antérieures se voient quelques ecchymoses. La dure-mère, incisée sur la ligne médiane postérieure, laisse voir une hypérémie très-vive de la pie-mère, au niveau du renflement cervical; les capillaires forment un réseau fortement injecté. La conjestion est moins prononcée à la région dorsale. Au niveau du renflement lombaire, certains vaisseaux atteignent le calibre d'une plume de corbeau. Le vaisseau capillaire est vivement injecté. Les faisceaux nerveux qui composent les racines sont séparés par des vaisseaux flexueux et gorgés de sang.

Sur des coupes, pratiquées au niveau de la région lombaire de la moelle, la substance grise apparaît avec une coloration jaune rose orangée. La moelle a d'ailleurs sa consistance normale.

A l'examen microscopique, de nombreuses stries témoignent de l'hypérémie vasculaire. La coupe de l'axe gris, considéré dans son ensemble a paru, plus étendue en surface qu'elle ne l'est sur une moelle normale, relativement à l'étendue de la coupe des parties blanches. On ne remarque aucune altération de la substance corticale. Sur des coupes pratiquées au niveau de la région cervicale, la substance grise présente la même coloration jaune que dans la région lombaire; cette coloration est surtout accusée dans les cornes antérieures; mais l'hypérémie est moins vive et l'augmentation de volume de l'axe gris moins sensible. Les coupes pratiquées à la région dorsale montrent encore une altération de même ordre dans l'axe gris, mais moins prononcée qu'à la région cervicale; la coloration de la substance grise est pâle et se rapproche davantage de l'état normal.

A l'examen de la substance grise des cornes antérieures de la moelle lombaire on trouve : 1° un très-beau lacis réticulé de la névroglie, renfermant des noyaux et des cellules; 2° des vaisseaux de toutes dimensions, n'offrant point d'altération de la paroi, contenant des hématies empilées ou nageant dans un liquide jaunâtre; 3° un liquide semblable à celui qui est contenu dans les vaisseaux et dans les mailles du réticulum de la névroglie; ce liquide ne se mêle ni avec l'eau ni avec la glycérine des préparations; 4° les tubes nerveux ne paraissent pas altérés; 5° les cellules nerveuses ont une coloration jaunâtre; elles paraissent tuméfiées, plus transparentes qu'à l'état normal. Le protoplasma montre des granulations suspendues dans un liquide jaunâtre, analogue à celui qui remplit les vaisseaux sanguins; le noyau est arrondi, vésiculeux, incolore et plus faiblement coloré que le protoplasma.

L'ouverture du crâne montre les vaisseaux des méninges gorgés de sang noir. La consistance des différents organes encéphaliques est normale, et sur les coupes apparaît un piqueté sanglant et noirâtre. La cavité des ventricules latéraux renferme une sérosité sanguinolente, et les vaisseaux qui rampent sur les parois ventriculaires sont gorgés de sang. Des coupes, pratiquées au niveau du bulbe et de la protubérance, ne montrent aucune altération appréciable, soit de l'axe gris, soit des parties blanches.

Le cœur est volumineux, manifestement hypertrophié. Le foie, la rate et les reins sont fortement congestionnés.

En rapprochant ces lésions des symptômes paralytiques progressifs qui ont amené la mort, on est sans doute disposé à ad-

---

FEUILLETON

DU BAIN PENDANT L'ÉTAT PUERPÉRAL

Nous commençons par déclarer que, par état puerpéral, nous entendons les trois phases distinctes de la puerpéralité : la grossesse, le travail et l'état puerpéral proprement dit, qui s'étend depuis la délivrance jusqu'au retour de couches, et comprend par conséquent les fonctions de l'allaitement, puisque, dans l'état physiologique, le retour de couches n'a généralement lieu qu'après l'épuisement de la sécrétion lactée.

Dans cette période de temps plus ou moins longue, mais jamais au-dessous de dix à onze mois, à moins d'avortement, la femme ne saurait être privée, sans inconvénient, des bains de propreté ou bains hygiéniques, et elle peut avoir besoin de bains comme traitement ou bains thérapeutiques. Nous allons donc examiner les cas dans lesquels ces deux sortes de bains peuvent être conseillées.

I. — DES BAINS HYGIÉNIQUES.

De tout temps, les bains ont été recommandés au point de vue de l'hygiène, tantôt tièdes, tantôt froids, suivant la saison et les susceptibilités personnelles.

Les Romains, si l'on en croit Pétrone, leur attribuaient une influence très-marquée sur la santé.

> Balnea, vina, Venus corrumpunt corpora nostra,
> Et vitam faciunt balnea, vina, Venus.

Pline rapporte (*Hist. nat.*, XXXVI, 24) qu'Agrippa, en l'an 721 de la fondation de Rome, fit bâtir cent soixante-dix maisons de bains, et cet exemple fut suivi par les édiles qui lui succédèrent, au point qu'on en compta, plus tard, jusqu'à huit cents (P. Victor, *De regionibus urbis Romæ*). Ils portaient les noms des édiles ou des empereurs qui les avaient fait construire, ou quelquefois les noms de simples particuliers qui les avaient érigés à leurs frais.

J. Rouyer, dans ses études médicales sur l'ancienne Rome, donne des détails intéressants sur la disposition extérieure et intérieure des bains à Rome, sur leur étendue, leurs règles, leurs prix, et jusqu'aux noms et fonctions de ceux qui y étaient employés.

Peut-être trouverait-on, dans la manière d'administrer les bains à Rome, les premières traces de l'hydrothérapie.

La pratique des bains à Rome, qui, dans l'origine, avait été très-sévèrement réglée pour la séparation, non-seulement des sexes, mais même des âges entre personnes du même sexe, se relâcha bientôt de ce rigorisme, et les hommes et les femmes purent se rencontrer dans les bains, s'y donner des rendez-vous amoureux, et de là, à la dépravation, il n'y avait plus qu'un pas; les courtisanes et les prostituées y vinrent aussi chercher fortune et exercer leur métier. (Voir, pour ces détails, Ammien Marcellin, liv. XXVIII.)

Les empereurs eux-mêmes encourageaient cette licence. Héliogabale, Domitien, se baignaient avec des courtisanes et les épilaient (Lampridius, Suétone).

L'on sait que, pour les dames romaines, un esclave n'était pas un homme; aussi, au bain, les femmes, même de qualité, ne craignaient pas de se confier aux soins des hommes de cette classe.

> Magno gaudet sudare tumultu;
> Cùm lassata gravi jam cecidère brachia massâ,
> Callidus et cristæ digitos impressit aliptes,
> Ac summum dominæ femur exclamare coegit.

Juvénal, sat, VI, v. 420.

Les bains, à Rome, étaient ouverts pendant la nuit, ce qui facilitait la débauche (Martial, liv. IIII, ép. 93). Les adeptes de Sapho ne manquaient pas de s'y rendre (Juvénal, sat. VI). On y festoyait le jour et la nuit, jusqu'à ce que l'empereur Tacite eût fait fermer les bains publics pendant la nuit (an 280).

Le luxe, dans ces maisons, était excessif, au dire de Pline et de Sénèque. Non-seulement les baignoires, mais les pavés même étaient en métaux précieux. Les bains des affranchis, surtout, dépassaient encore en richesse les bains publics de la ville, et l'on y faisait une grande consommation de parfums.

mettre un rapport qui rangerait ce cas au nombre des paralysies par lésion organique des centres nerveux. Mais on est obligé cependant de rester dans une certaine réserve sur la nécessité de ce lien, quand on compare ce fait à ceux que nous avons rapportés précédemment, et dans lesquels l'examen le plus attentif n'a pu faire découvrir aucune lésion appréciable. (Il est vrai de dire que, dans la plupart de ces faits où l'autopsie a été faite, on s'est borné à l'examen à l'œil nu, on n'a point fait l'étude microscopique des centres nerveux et des nerfs périphériques.) Quoi qu'il en soit bien que la nécropsie du malade de M. Kiëner ait donné des résultats assurément dignes d'intérêt, on n'est point suffisamment fondé encore à en tirer une conclusion formelle. Il faut donc accepter ce fait comme un renseignement qui pourra diriger utilement de nouvelles recherches, mais rien de plus.

M. J. U. Chalvet a saisi cette occasion pour se livrer à l'étude de quelques points de l'histoire générale de cette affection, à l'aide des faits publiés dans le cours de ces dernières années. Au point de vue étiologique, il a été conduit, par l'analyse de 35 observations, ayant eu toutes une certaine authenticité, à reconnaître qu'à l'exception des paralysies diphthéritiques, de beaucoup les plus nombreuses et qui ne figurent pas dans cette petite statistique de 35 cas, la paralysie ascendante aiguë s'est développée tout aussi souvent en dehors des maladies aiguës qu'à leur suite. Il a remarqué, en outre, que quand la paralysie s'est déclarée à la suite de maladies aiguës, qui comme la variole et la fièvre typhoïde emportent une détermination spinale, ce n'a jamais été dans le cours de la maladie, mais bien après la disparition, qu'elle s'est manifestée; que dans ces cas, à aucun moment de la maladie antérieure, les individus n'ont présenté de phénomène anormal du côté de l'axe cérébro-spinal; que si dans ces paralysies post-varioliques ou post-dothinentériques, on a constaté trois fois sur six une douleur spontanée ou provoquée par la pression le long du rachis, on l'a aussi trouvée dans les cas de paralysie ascendante aiguë développée en dehors de ces maladies. D'où l'apparition de la paralysie et son degré ne seraient nullement en rapport avec la gravité de la maladie antérieure. C'est ce qui nous avait déjà frappé dans le fait que nous avons rapporté en 1854.

On peut voir aussi dans cette analyse que les paralysies ascendantes aiguës développées à la suite du froid (elles sont au nombre de 5 sur 35) ont été moins souvent mortelles que celles qui sont survenues à la suite de toute autre cause.

Sous le rapport des âges, la paralysie ascendante aiguë a été vue à partir de 2 ans jusqu'à 60. C'est entre 18 et 40 ans qu'elle s'est produite le plus souvent. Elle a sévi un peu plus fréquemment chez l'homme que chez la femme (23 fois chez l'homme, 12 fois chez la femme). Vu le petit nombre de faits qui servent de base à cette statistique, ces derniers chiffres ont peu d'importance.

Nous avons vu combien il fallait rester réservé encore sur la question d'anatomie pathologique. En présence de cette insuffisance des données anatomo-pathologiques, il était difficile de rien affirmer à l'égard de la pathogénie de cette affection. Si l'observation de M. Kiëner et quelques autres analogues tendent à faire admettre comme un fait probable que la cause instrumentale pourrait bien résider dans le système spinal antérieur, et particulièrement dans l'axe gris, ainsi que le fait remarquer avec une sage réserve M. J. U. Chalvet, on ne peut affirmer qu'il en soit toujours ainsi. La localisation dans le système nerveux périphérique n'est pas mieux démontrée. On en est réduit jusqu'à nouvel ordre, en présence des faits où l'autopsie a donné des résultats négatifs, à se demander s'il n'existerait pas des paralysies ascendantes aiguës organiques, ischémiques, dyscrasiques ou fonctionnelles, selon que les phénomènes observés, en apparence les mêmes d'ailleurs, seraient produits par une lésion organique, par un défaut d'apport, ou par une altération du sang destiné au système nerveux spinal ou périphérique, ou enfin par une altération purement dynamique ou fonctionnelle.

Dans la majorité des cas, la paralysie ascendante aiguë a été continue, rapidement ascensionnelle dans son développement : elle envahit en général progressivement les muscles de la vie animale d'après un ordre à peu près constant : 1° les muscles moteurs des orteils et des pieds, puis les muscles postérieurs de la cuisse et du bassin, et en dernier lieu les muscles antérieurs et internes de la cuisse; 2° muscles moteurs des doigts, de la main et du bras sur le scapulum, et ensuite muscles moteurs de l'avant-bras sur le bras; 3° muscles du tronc; 4° muscles respirateurs, langue, pharynx, œsophage.

La maladie a parcouru ses périodes en un laps de temps variable, mais en général assez rapide. Dans 19 cas, M. Chalvet a trouvé que la paralysie a mis en moyenne dix jours pour atteindre son summum d'extension. La période de déclin a été sans contredit la plus longue. 40 jours en moyenne se sont écoulés avant que la guérison fût complète.

Quand la mort a été le terme de la maladie, elle est arrivée du neuvième au dixième jour. Dans un cas elle a eu lieu le troisième jour. Sur 35 cas, la terminaison a été mortelle 19 fois.

Le traitement de la paralysie ascendante aiguë, basé, en général, sur les indications de la médication tonique, déduites de la circonstance d'une maladie antérieure qui a dû affaiblir les malades, ne saurait cependant être invariablement le même dans tous les cas. Ce sont les circonstances de la maladie antécédente qui doivent guider particulièrement dans la recherche des indications et le choix des moyens. Presque tout est à étudier encore à cet égard. Nous ne saurions trop, en terminant, appeler sur ce point l'attention des praticiens qui auront l'occasion d'observer des faits de ce genre.

Dr B.,

NOTES

SUR LE TRAITEMENT DE LA CONSTIPATION HABITUELLE DANS LES HOPITAUX DE LONDRES (1).

Les notes suivantes sur le traitement de la constipation habituelle ne manquent pas d'intérêt; elles représentent fidèlement la plupart des traitements mis en usage par les médecins des hôpitaux de Londres pour guérir cette affection. Au lieu d'irriter la maladie, on la prend par la douceur, suivant l'heureuse expression du docteur Habershon. La révolution qui s'est opérée ces dernières années dans le traitement de la constipation habituelle est à peine moins marquée que ne l'est dans le traitement de l'inflammation le passage de la saignée à une autre médication.

Guy's hospital. — Dans la constipation habituelle, le docteur Habershon pense que c'est une bonne chose d'éviter les purgatifs si on le peut. Il ordonne des mesures hygiéniques qui ont probablement pour effet d'augmenter l'action du colon, telles que l'exercice du cheval, la promenade, etc. Il met le malade à un régime susceptible d'exciter la muqueuse, comme les fruits, les légumes, le pain bis, etc. Si ces mesures ne suffisent pas, il faut prendre de l'eau froide le matin, ou bien de l'eau de Fredericksball ou de Pullna. Dans le cas, cependant, où les purgatifs seraient absolument nécessaires, on doit employer d'abord les plus doux, comme de la rhubarbe pilée avec ou sans carbonate de soude, pour pouvoir plus tard recourir à une médicamentation plus active. On donne aussi, soit pendant le repas, soit tout de suite après, de l'extrait aqueux d'aloès, auquel on peut ajouter de l'extrait de noix vomique ou une petite dose de strychnine. Dans le cas enfin où on est obligé d'en venir aux grands moyens, on donne du jalap, de la coloquinte ou de la scammonée. Il y a une grande différence entre la constipation des jeunes gens et celle des personnes plus âgées, mais dans les deux cas elle provient surtout de l'accumulation des matières fécales dans le rectum ou l'S iliaque; dans ces cas-là les stimulants aromatiques, comme le poivre et le gaïac, peuvent rendre de grands services et les lavements deviennent nécessaires. Dans la constipation habituelle, on s'était cru pendant bien longtemps obligé de médicamenter le malade, et il est étonnant de voir quels résultats on obtient par des mesures simples, comme l'expectation et un exercice approprié, en rejetant les moyens violents.

London hospital. — Le docteur Ramskill dit que la constipation habituelle peut être vaincue par l'étude des conditions dans lesquelles se trouvent les intestins et la santé générale des malades chez lesquels on la rencontre. Chez les personnes maigres et anémiques, il donne deux fois par jour, avant le repas, un mélange de fer, d'aloès et de noix vomique, et il obtient un bon résultat; car dans ce cas là la constipation vient d'un peu d'atonie de la tunique musculaire de l'intestin, et ce mélange en excite les contractions. Chez les personnes d'un tempérament fort et pléthorique, l'extrait aqueux d'aloès, avec du savon médicinal et de l'antimoine, donne également de bons résultats, ce médicament ayant pour effet d'augmenter la sécrétion muqueuse. Chez les personnes pâles et grasses, dont les chairs manquent de fermeté et dont le ventre est mal soutenu, la belladone avec de la quinine et de la rhubarbe remplit toutes les indications. Naturellement nous parlons des cas où il n'y a pas de complication. Dans aucun cas les doses d'aloès ou de rhubarbe ne doivent amener une évacuation fluide ou mener le malade plus d'une fois. Une seule évacuation un peu abondante, voilà le résultat à obtenir. Souvenons-nous que chez les personnes âgées et sobres une évacuation tous les deux ou trois jours ne s'appelle pas de la constipation. Quand on a institué un traitement, il faut attendre au moins quinze jours avant de croire à un bon ou à un mauvais résultat. On doit aider au traitement en ajoutant au repas une certaine quantité de légumes frais; enfin, dans tous les cas de constipation, l'excitation de l'intestin, surtout pendant leur action, est peut-être le meilleur traitement.

King's college hospital. — Le traitement de la constipation habituelle, pour le docteur Kelly, est surtout une affaire d'hygiène. Bien des malades ont eu l'habitude de prendre des pilules ou des boissons purgatives, et, après avoir été soulagés quelques temps, ils reviennent se plaindre. Si le médecin rencontre la constipation chez des gens qui mènent une vie sédentaire, il leur recommande les exercices violents et leur défend les mets indigestes et l'usage de se laver avec de l'eau froide. Le pain bis, les fruits cuits et les figues doivent former la base du régime; et souvent sont efficaces. Une dose de sulfate de magnésie (un ou deux drachmes, soit *quatre* à *huit* grammes) dans de l'eau froide peut y être jointe avec beaucoup d'efficacité; on la donne principalement le matin, une ou deux fois par semaine. Dans les cas où les femmes souffrent de la constipation après un accouchement, la même diète peut être ordonnée, en y ajoutant une dose de séné ou de soufre. Quant à l'huile de ricin, l'aloès et la rhubarbe, ils n'agissent que pour peu de temps, et la constipation est plus grande après qu'avant. Avec les enfants, un régime approprié est ce qu'il y a de mieux; ordinairement il suffit à la guérison. Quand une purgation est nécessaire, le docteur Kelly emploie une poudre faite de parties égales de rhubarbe pulvérisée et de carbonate de soude.

S.-Bartholomew's hospital. — Le docteur Duckworth traite la constipation aussi loin que possible par le régime; il n'emploie que la médication la plus simple. A cette nombreuse classe de gens qui viennent vous demander des pilules légèrement purgatives, il ordonne le pain bis, les soupes de gruau, le lard gras, les fruits cuits ou les prunes; il leur recommande de s'abstenir de boire du thé trop infusé, mauvaise habitude qui est fort commune. Dans certains cas, la constipation tient à un régime insuffisant; alors il ordonne une nourriture abondante comme seul traitement. On attachera de l'importance à un exercice régulier et à une défécation régulière. Il ne faut pas s'étonner si, chez les sujets d'un certain âge, surtout chez les femmes, la défécation n'arrive pas tous les jours. Les purgatifs ordinaires, comme le séné, le jalap, la coloquinte, le calomel, sont très-rarement employés dans la constipation habituelle; on les remplace par une dose de *vingt* à *soixante* grains (*un* à *quatre* grammes) fleurs de soufre. La meilleure manière de prendre ce soufre est de l'agiter dans une tasse de lait chaud, suivant la pratique du docteur Nevins, de Liverpool. Dans certains cas, un verre d'eau froide en se levant ou en se couchant suffit pour faire disparaître la constipation. Si l'affection s'accompagne de dyspepsie atonique ou d'un peu de ballonnement, il y a lieu de donner de petites doses de quinine ou de noix vomique en même temps que des pilules d'aloès; ainsi l'on donnera *un* grain (*cinq* centigrammes) de sulfate de quinine avec *trois* ou *quatre* grains (*quinze* ou *vingt* centigrammes) de rhubarbe, ou bien *un quart* de grain (*un* centigramme) d'extrait de noix vomique avec *quatre* ou *cinq* grains d'aloès; on répétera cette dose une ou deux fois par jour avant les repas, et on obtiendra les meilleurs effets. Dans d'autres cas, spécialement quand il y a des coliques avec tendance à la distension du colon, quand il y a des conditions incompatibles avec une défécation commode, ou bien, s'il y a des hémorrhoïdes, on emploie l'extrait de belladone, qu'on donne deux fois par jour, sous forme de pilules, à des doses qui

(1) Traduit du *British medical journal*, par MM. Félix Alliaud et Louis Bermond pour le *Lyon médical*.

On peut voir encore des ruines assez complètes des Thermes de Julien, dans le centre de Paris, au musée de Cluny, ce qui donnera une idée de l'aménagement des bains de cette époque.

Il est évident qu'avec un usage des bains aussi répandu, les dames romaines ne devaient pas interrompre cette habitude, devenue indispensable à leur existence, pendant la grossesse.

Si maintenant nous consultons les auteurs français, à partir du siècle de Mauriceau, appelé le siècle des accoucheurs, nous trouvons dans le volume de l'ouvrage de Mauriceau lui-même, consacré aux maladies des femmes grosses, que le bain leur est contraire, pages 126 et 183, et favorise les avortements. Il suit, en cela, le conseil d'Avicenne; mais l'expérience a prouvé que l'usage modéré du bain n'avait pas, à une époque plus rapprochée de nous, cet inconvénient. Gardien, t. II, p. 6, dit qu'il a existé deux préjugés également dangereux au sujet des bains : l'abstention et l'abus. Ce sage auteur, en effet, conseille le bain thérapeutique dans les cas sur lesquels nous reviendrons plus loin. Enfin, parmi nos contemporains, Chailly, prématurément enlevé à la science, dit, dans son livre si éminemment pratique, page 331, que la femme enceinte devra éviter, dans les soins de propreté, les bains, ablutions et lavements *trop chauds*. Les bains, d'après cet auteur, ne doivent avoir que de vingt à trente minutes de durée. Il recommande à la femme enceinte de ne jamais se mettre au bain sans être accompagnée, parce que son état la prédispose plus qu'à l'ordinaire aux syncopes. Elle devra être recouverte de linge chaud à sa sortie du bain, pour éviter d'être prise de bronchite. Jamais, non plus, elle ne doit mettre ses pieds à l'eau, mais simplement faire la toilette des pieds à l'aide d'ablutions tièdes.

Jacquemier, dans ce livre si modestement intitulé par lui un manuel, dit, p. 498, volume Ier : « L'usage des bains tièdes, que nous avons recommandé dans plusieurs des maladies causées par la grossesse, sans être nécessaire aux femmes enceintes bien portantes, leur est souvent utile. Ils ne sont contre-indiqués que chez les femmes prédisposées aux œdèmes et chez celles qui les supportent mal. Les bains de pieds irritants doivent leur être interdits, mais les simples pédiluves de propreté sont sans aucun danger. Les femmes enceintes doivent attacher une grande importance aux soins de propreté; elles devront laver souvent les parties génitales externes avec une éponge trempée dans de l'eau tiède. »

Enfin Joulin, dans son *Traité complet d'accouchement*, le livre, sinon le plus suivi, du moins le plus au courant de la science obstétricale, permet les bains chauds, mais peu prolongés, page 618; leur nombre ne doit pas dépasser un par semaine.

Il les recommande comme calmants, le soir avant de se coucher, lorsque la femme est tourmentée d'insomnie, et il émet un avis très-hardi, mais dont j'ai, bien avant la publication de son ouvrage, vérifié l'exactitude, c'est que les bains froids n'ont pas d'inconvénient chez les femmes qui en ont l'habitude.

Je connais, en effet, une jeune dame de Paris qui fréquentait chaque été nos bains de Seine, s'y livrant avec plaisir à la natation, et qui se trouvait fort bien, pendant sa grossesse, de la continuation de cet exercice, ce qui m'a donné l'idée d'appliquer avec succès le bain froid à la thérapeutique de certaines affections de la grossesse.

Si maintenant nous considérons le temps de travail de la femme en train d'accoucher, ou sur la fin du terme de la grossesse, nous pouvons faire rentrer les bains que l'on donnait à cette époque dans les bains thérapeutiques.

Il en serait de même du bain donné pendant les six semaines qui suivent l'accouchement.

Reste donc la question de savoir si une femme qui nourrit peut sans inconvénient, pendant la lactation, prendre des bains hygiéniques ou de propreté.

Cazeaux déclare (p. 1110, 7e édition) que les bains tièdes, proscrits par quelques personnes chez les nourrices, sont très-utiles quand ils sont peu prolongés et pris seulement à titre de propreté.

Nous partageons tout à fait cet avis et nous ajoutons que, dans les conditions ci-dessus, le bain rétablissant les fonctions de la peau, le lait sera de meilleure qualité, et l'enfant le digérera plus facilement.

Dr Verrier (de Villers).

(*A suivre.*)

varient d'*un quart* de grain (*un* centigramme) à *un* grain (*cinq* centigrammes). Les effets de ce médicament sont très-satisfaisants, et le docteur Duckworth croit que l'emploi de la belladone toute seule, dans beaucoup de cas de constipation, est digne de figurer parmi les meilleurs résultats de la thérapeutique moderne.

Charing Cross hospital. — Pour traiter la constipation habituelle, le docteur Hyde Salter en recherche la cause : c'est une tendance constitutionnelle, ou de la faiblesse de la tunique musculaire de l'intestin, ou des habitudes sédentaires, ou de la négligence et de l'irrégularité.

Pour tous les cas, il prescrit un exercice actif et il recommande qu'on aille tous les jours bien régulièrement à la garde-robe, qu'on en sente ou non le besoin; il ordonne naturellement aussi les fruits, les légumes, le pain bis, etc. Le docteur Salter a reconnu qu'une pipe de tabac, immédiatement après le repas, détermine l'action des intestins et dompte complétement une constipation, même très-obstinée. Dans les cas où la constipation vient de l'atonie de la tunique musculaire de l'intestin, la strychnine est indiquée, et elle est généralement donnée sous forme de noix vomique.

Chez les personnes pâles et faibles, il n'oublie pas l'action des excitants, auxquels il ajoute du fer. Le fer agit en donnant de la couleur et de la force à l'individu, et les intestins se contractent sur les substances qui auparavant ne pouvaient provoquer leur action.

Middlesex hospital. — Voici un abrégé rapide de la méthode que suit le docteur Robert Liveing pour combattre la constipation. Le repas doit être pris à des heures régulières, avec une bonne quantité de légumes verts et de pain bis; on doit prendre l'habitude d'aller à la salle à des heures régulières. Il y a trois causes de constipation, qui, chacune, exigent un traitement différent :

1° La constipation des vieillards; le meilleur moyen de la combattre est de donner de l'aloès en pilules de 4 à 6 grains; ces pilules peuvent être continuées pendant plusieurs jours sans perdre leur effet.

2° La constipation qu'on rencontre en général chez les jeunes femmes anémiques et hystériques; on la traite bien, en mélangeant les purgatifs avec les toniques; une pilule composée d'un grain de noix vomique et d'un grain d'extrait d'aloès dans de l'assa-fœtida, prise deux fois par jour, est vraiment efficace : on donne tous les jours du carbonate de fer et des bains d'eau froide. L'électrisation de l'abdomen a quelquefois donné d'excellents effets.

3° La constipation chez les gens qui ont un travail de bureau, ou qui mènent une vie sédentaire, paraît venir d'un manque d'influx nerveux, ou de tonicité dans les intestins. Ces cas se trouvent bien du grand air, de l'exercice, et de quelques petites doses de sirop de strychnine.

Les cas accidentels doivent se traiter par le sulfate de magnésie qu'on donne à doses très-petites, mais répétées d'heure en heure jusqu'à ce qu'on ait une évacuation. Si elle manque, l'injection d'une grande quantité d'eau savonneuse, aussi loin que possible dans le gros intestin, est un excellent remède. Dans la constipation résultant de l'intoxication saturnine, on donne une forte dose d'opium et d'huile de ricin.

Et dans tous les cas où la constipation s'accompagne d'une douleur localisée et qui s'exaspère par la pression, l'opium et la position horizontale sont indiqués, ainsi que des applications émollientes sur le siége de la douleur.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 19 juillet 1871. — Présidence de M. **Blot.**

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

— La *Gazette des hôpitaux.*
— L'*Union médicale.*
— Le *Bulletin de thérapeutique.*
— Les *Archives générales de médecine*, nos d'avril, mai, juin 1871.
— *Rapport général sur le service médical pendant le siége de Paris*, par le docteur Sandras.
— *De la résection sous-périostée du vomer appliquée à la cure du bec-de-lièvre bilatéral, compliqué de saillie des os inter-maxillaires*, par M. Mirault (d'Angers).
— *Bulletins de l'Académie de médecine de Belgique.* 1870, nos 6 à 11. 1871, nos 1 à 5.
— *Mémoires couronnés par l'Académie de médecine de Belgique*, 3e fascicule, 1870.

— M. Dolbeau remet, de la part de M. le docteur Castelain (de Lille), des travaux imprimés et manuscrits : *De la luxation traumatique de la phalange unguéale du gros orteil.* — *Phlegmasie et abcès sous le muscle sterno-mastoïdien.* — *De l'hématome du pavillon de l'oreille.* — *De la réduction en masse des hernies.* — Ce dernier travail, manuscrit, est renvoyé à une commission composée de MM. Dolbeau, Le Fort et Boinet.

M. DEPAUL, à propos du procès-verbal, donne les détails qui lui sont parvenus sur le monstre uromèle qu'il a présenté dans la dernière séance. La femme qui a porté ce monstre était âgée de 22 ans, et primipare; elle était accouchée à 6 mois. Le monstre était sorti le premier et avait été suivi d'un frère bien conformé, non viable et qui a vécu quelques minutes. Les deux enfants, dit la lettre adressée à M. Depaul, étaient dans un *même placenta bilobé*, ce qui signifie qu'il n'y avait qu'un placenta et qu'une poche amniotique.

PRÉSENTATION DE MALADE

Fistule vésico-vaginale. — Discussion.

M. CAZIN présente à la Société une malade atteinte de fistule vésico-vaginale avec rétrécissement très-étroit de la vulve et oblitération de l'urèthre; il demande à la Société de chirurgie quelle est la conduite chirurgicale qu'il doit tenir.

M. BOINET pense que, puisque le vagin est déjà en partie oblitéré, ce serait peut-être le cas d'appliquer le procédé de traitement de Vidal de Cassis : l'oblitération du vagin; seulement, comme l'urèthre est oblitéré, il faudrait d'abord rétablir le cours de l'urine en dilatant l'urèthre.

M. LE FORT. On ignore quelle est l'étendue de la fistule, et il y a à craindre que la paroi antérieure du vagin et peut-être du col de l'utérus manquent. En présence de ce doute, je ne chercherais pas à dilater le vagin ; j'oblitérerais le vagin par l'opération de Vidal de Cassis et je rétablirais l'urèthre.

M. BLOT. Il est difficile de donner un conseil avant de savoir quelle est l'étendue de la fistule. Avant de prendre la détermination d'oblitérer définitivement le vagin, ce qui est une grosse affaire pour une jeune femme, j'inciserais l'orifice rétréci du vagin et je dilaterais pour explorer et voir quel est l'état de la fistule, et ensuite on pourrait voir à prendre un parti.

M. LABBÉ appuie ce que vient de dire M. Blot. Il proposerait de rétablir le vagin par des incisions multiples et la dilatation, et de se conduire ensuite comme le pense M. Blot.

M. VERNEUIL. J'ai fait un examen de la malade que je regarde comme incomplet ; mais, en touchant par le rectum, j'ai pu constater qu'il y avait une grande quantité de tissu inodulaire; cela peut faire supposer qu'il y a une large perte de substance et une grande fistule.

Je ne crois pas que l'urèthre soit oblitéré. On pourra retrouver le chemin de la vessie et au besoin créer un nouvel urèthre, par une méthode opératoire connue depuis Saucerotte; on pourra ensuite pratiquer l'occlusion du vagin. Il n'y aura pas à s'inquiéter des règles, elles passeront par l'urèthre.

J'ai déjà pratiqué trois fois l'occlusion du vagin pour des fistules vésico-vaginales. Dans un premier cas, il y avait une fistule large avec un vagin rétréci, et où il n'y avait pas l'étoffe nécessaire pour fermer la fistule. J'ai pratiqué l'occlusion; cela a été fort difficile; j'ai dû faire huit ou dix opérations successives; néanmoins, à la longue, l'oblitération a été complète. Dans le second cas, j'ai fait douze points de suture qui ont tous tenu, excepté un. Le petit orifice, qui a persisté, a nécessité l'emploi de toutes sortes de sutures et de cautérisations. On ne saurait croire combien il est difficile de fermer même un de ces pertuis, que l'on voit à peine. J'ai mis trois mois à obtenir l'oblitération définitive. La malade est retournée dans son pays, où elle eut des relations avec son mari. La barrière a cédé, le vagin a été rétabli et avec lui les inconvénients de la fistule. Dans un troisième cas, j'ai fait une suture irréprochable, mais j'ai eu un échec complet. Ces faits montrent que l'oblitération du vagin offre des difficultés avec lesquelles ont doit compter.

PRÉSENTATION DE PIÈCES

M. CAZIN montre une pièce provenant d'un malade auquel il a réséqué une portion de l'humérus nécrosé dans un moignon d'amputation. Il lit l'observation à l'appui. (Commissaires : MM. Giraldès, Houel, Després.)

Fracture spontanée.

M. HORTELOUP présente une pièce relative à une fracture spontanée du tibia, consécutive à une ostéo-myélite, avec observation à l'appui.

G..., caporal, a été blessé, rue Beautreillis, le 25 mai 1871. Ce soldat était à genoux, faisant le coup de feu, lorsqu'il ressentit un violent coup à la jambe gauche. Il se rendit à l'ambulance située à une centaine de mètres, et après avoir été pansé il put aller rechercher son sac. Il resta 14 jours dans une ambulance située rue Saint-Pierre; on lui mettait des cataplasmes sur sa plaie, qui, ne le faisant point souffrir, ne l'empêchait pas de marcher.

Le 8 juin, il fut évacué sur l'hôpital Saint-Antoine, où il entra à la salle Saint-Barnabé; l'interne de service constata une plaie située un peu au-dessus du tiers inférieur de la jambe; elle avait la dimension d'une pièce de cinq francs, et s'étendait sur la face interne du tibia, qui était à nu; en arrière de cette plaie, à 5 ou 6 centimètres, se trouvait un petit trou rond, orifice de sortie de la balle.

A cette époque, l'hôpital était encombré de malades; l'interne de service était seul pour soigner une centaine de malades; aussi, après avoir constaté l'aspect simple de la plaie, il se contenta de faire faire un pansement simple.

Lorsque je pris ce service, le 25 juin, je trouvai que la plaie avait un aspect grisâtre, était un peu douloureuse; quoique le malade ne marchât plus, il y avait de l'empâtement de la région, un peu d'œdème du pied, qui fut combattu par de la compression méthodique.

Le 25 juin, je fus obligé de faire un débridement de l'ouverture de sortie de la balle, et une contre-ouverture que réclamait un décollement assez étendu. Par suite du changement que l'autorité militaire fit exécuter dans le classement des blessés, je restai 48 heures sans voir ce malade; lorsque je le retrouvai, dans un pavillon, annexe de l'hôpital, le mal avait beaucoup empiré.

La plaie, située sur la face du tibia, était blafarde, œdématiée, et présentait cet aspect des abcès osseux profonds; l'articulation tibio-tarsienne était gonflée. En introduisant un stylet, on arrivait jusqu'au bord interne du tendon d'Achille, où je pratiquai une large ouverture; je fis, au niveau de la plaie formée par l'entrée de la balle, une incision qui arriva jusqu'au tibia. Le pied et la jambe furent comprimés.

Les jours suivants, la plaie est grisâtre, sanguinolente; le pus est excessivement abondant, il n'est pas lié, et est rempli de gouttelettes huileuses.

La compression est continuée, mais la plaie est couverte de poudre de camphre.

Le 10 juillet, l'état général du malade est mauvais, l'amaigrissement a fait des progrès, la suppuration est toujours très-abondante; de nouveaux clapiers se sont formés, et ils ont exigé des incisions. La plaie primitive, située sur le tibia, a beaucoup augmenté; elle est sèche et noirâtre, et le pus est comme de l'huile.

Malgré cet état grave, le malade ne souffre pas beaucoup; il ne se plaint que de l'application du camphre; il peut dormir.

Le 14 juillet, en défaisant son pansement, je m'aperçois que le tibia est fracturé et que le malade n'en a eu aucun soupçon.

En présence d'une pareille lésion et profitant de ce que le malade n'avait pas eu de frisson, je lui proposai l'amputation de la jambe, qui fut pratiquée le 17 juillet.

J'ai beaucoup hésité à pratiquer l'amputation de la jambe à cause de la lésion du tibia; mais les résultats des amputations de cuisse sont si détestables, que je préférai me rendre compte de l'état du bout supérieur du tibia; si le tibia était malade, je serais remonté jusqu'au fémur; mais aussi, pour éviter de laisser du canal médullaire, je portai la scie jusqu'aux tubérosités du tibia.

En faisant l'ouverture du membre, voici ce que nous pûmes constater :

Tout le périoste de l'extrémité inférieure est décollé par de la suppuration; la surface osseuse est inégale, enflammée; l'articulation tibio-tarsienne est remplie de pus, mais la synoviale est intacte; ce ne sont donc pas les foyers purulents du voisinage qui l'ont enflammée. Son ouverture montre en effet que la surface articulaire du tibia est malade; il n'existe plus de cartilage articulaire et on aperçoit une petite ouverture qui permet de pénétrer, avec une sonde en gomme élastique, dans le canal médullaire.

Un trait de scie, porté longitudinalement sur les deux fragments inférieur et supérieur du tibia, permet de constater l'état du canal médullaire.

Toute la portion supérieure est à peu près normale; l'os a sa consistance normale; il est un peu plus injecté que d'ordinaire, et la moelle est rouge dans sa moitié inférieure; mais il n'y a pas de pus au niveau de l'extrémité du fragment.

La partie inférieure du tibia est au contraire très-malade, elle est friable, elle se laisse écraser avec le scapel; le tissu osseux est raréfié, lamelleux; le canal médullaire est rempli de pus, et on retrouve dans le tissu du fragment inférieur le bout de sonde que l'on faisait pénétrer par l'ouverture de l'articulation.

En résumé, ce jeune soldat a reçu une balle qui a effleuré la face interne du tibia sans le casser, puisqu'il a pu marcher pendant plusieurs jours. Quinze jours après la blessure, survinrent des accidents de périostite, d'ostéo-myélite, d'arthrite tibio-tarsienne, qui amenèrent la rupture spontanée du tibia.

Les faits de fracture spontanée dans les abcès sous-périostiques et dans l'ostéo-myélite doivent être excessivement rares, car je n'ai pu en trouver d'exemple dans les recherches que j'ai faites.

Cette observation présente, en outre, plusieurs points assez particuliers; ainsi ce malade n'a jamais eu les douleurs très-vives signalées dans les abcès sous-périostiques, et il a eu si peu conscience du moment de sa fracture, qu'il ne voulait pas y croire lorsque nous la lui annonçâmes.

En outre, l'articulation envahie n'a pas été, comme d'habitude, l'articulation située au-dessus de la lésion, mais celle qui est située au-dessous; la marche de l'ostéo-myélite n'a pas été ascendante, mais bien descendante. Si nous avions pu nous en assurer avant l'amputation, nous aurions pu porter la scie au lieu de l'élection et ne pas remonter jusqu'aux tubérosités du tibia; mais malheureusement il était impossible de le savoir.

M. CHASSAIGNAC. C'est là un fait exceptionnel, mais c'est un cas de fracture causée par la nécrose de l'os. On voit sur la pièce le point où la couche granuleuse a opéré la séparation de l'os sain de la portion du tibia nécrosée. Je remarque encore ce fait important : c'est que, malgré l'âge du sujet, qui avait dépassé 25 ans, le pus de l'abcès intra-osseux s'est fait jour dans l'articulation tibio-tarsienne à travers les surfaces articulaires, comme cela est observé chez les jeunes sujets, dont les épiphyses ne sont pas encore soudées. Je n'aurais pas amputé si haut que l'a fait M. Horteloup. L'os offre un exemple d'hypérostose dans toute sa moitié supérieure, et, ainsi que cela est démontré, si l'on avait coupé l'os dans ces points, les chances d'inflammation eussent été moins redoutables que s'il se fût agi d'un os tout à fait sain. M. Chassaignac ajoute qu'il est rare de voir l'ostéo-myélite se développer à la suite de la périostite, ce qui paraît avoir eu lieu dans le cas particulier. Si l'ostéo-myélite avait été le début des accidents, le malade aurait présenté un cortége de symptômes plus graves que ceux qui ont été observés.

La séance est levée à 5 heures.

Le vice-secrétaire : Armand Després.

CORRESPONDANCE

Nous recevons la communication suivante :

Bains d'Aix en Savoie, 28 août 1871.

Monsieur et très-honoré confrère,

L'Association des médecins de France a, dans le travail de réorganisation de nos institutions publiques, un rôle impérieux à remplir. Jusqu'à présent, pour des motifs que vous connaissez trop bien, elle n'a guère pu, à ce point de vue, que sauvegarder jalousement l'article 6 de ses statuts, et réserver son droit de « maintenir l'exercice de l'art dans les voies utiles au bien public et conformes à la dignité de la profession. » Le moment est venu d'aborder enfin résolument la réforme de notre législation médicale par la voie du *suffrage universel*, pleinement compétent ici, puisqu'il s'exerce par des *pairs* et sur des questions médicales.

Une des premières mesures de sage décentralisation et de réparation envers notre profession qui en a tant à revendiquer, c'est la réforme de l'*inspectorat près des eaux minérales*. Car son organisation *personnelle* constitue actuellement l'un des plus iniques et plus fâcheux priviléges qui aient survécu à nos révolutions : il est conféré le plus souvent sans titres; il blesse l'égalité professionnelle, compromet la confraternité, et lèse les intérêts des stations et ceux de la science.

Telle est l'opinion du législateur en 1848, du Conseil d'Etat en 1863, du grand Congrès médical de Paris, du troisième congrès scientifique, etc., et le moment est venu d'interroger par voie plébiscitaire les médecins de France.

Vous savez, en effet, qu'un projet de loi, déposé le 30 mai dernier et signé par tous les députés de Savoie, *sans distinction de partis*, demande que « dans toutes les localités où les Conseils généraux le jugeront convenable, les attributions inspectorales soient transmises à des commissions composées de tous les médecins pourvus de diplômes réguliers et exerçant depuis un an auprès des sources. » Ce projet a reçu les adhésions de plusieurs corps médi-

caux, et notamment de ceux de Lyon, de Saint-Etienne, etc.; — de divers conseils municipaux : Aix, Annecy, Chambéry, Luchon, Rumilly (1), — et de la plupart des médecins exerçant dans les principales stations hydro-minérales de France : Bagnères-de-Bigore, Baréges, Bourbonne-les-Bains, Cauterets, Luchon, Luxueil, Vichy, etc. A Aix, tous ont signé, sauf l'inspecteur.

Ce projet viendra à la discussion d'un instant à l'autre. Or, notre assemblée générale annuelle n'aura lieu à Paris que le 29 octobre. Notre intervention pourrait donc être alors trop tardive. D'ailleurs, nous ne pouvons prévoir si la majorité accidentelle de ce jour-là sera disposée à la prise en considération du sujet qui nous occupe; et nous ne devons pas l'abandonner aux hasards d'un abouchement fort court, imprévu dans ses éléments, gêné peut-être dans ses manifestations par la présence des intéressés ou par les engagements de leurs amis.

Nous avons donc pensé devoir immédiatement porter la question devant vos assises provinciales, qui représentent le véritable esprit du Corps médical. Nous vous prions de l'inscrire à l'ordre du jour de vos comices, s'ils se tiennent durant ces deux mois, et, dans le cas contraire, de la soumettre à votre première réunion de bureau.

Nous vous serons reconnaissants de vouloir bien adresser ensuite l'expression de votre vœu au *Président de la Société locale des médecins de Savoie, à Aix*, qui s'empressera de la transmettre aux auteurs du projet de loi.

Agréez, monsieur et très-honoré confrère, nos sentiments d'affectueuse solidarité et de parfait dévouement.

Les membres du Corps médical d'Aix,

Baron Despine, inspecteur honoraire; Davat, maire d'Aix, inspecteur adjoint; Bertier, inspecteur adjoint; Guilland, président de l'Association de Savoie; Forestier, membre de la Société des Alpes-Maritimes; Gaillard César; Dardel (de la Société de Savoie); Quioc, ancien médecin des hôpitaux de Saint-Etienne; Brachet, secrétaire de l'Association de Savoie; Blanc (de l'Association de Savoie); Legrand Maximin (de la Société centrale); Labonnardière (de Crémieux); Macé, ancien chirurgien de la marine militaire; Petit (de la Société de Savoie); Duparc (de la Société de la Haute-Savoie).

(1) Le Conseil de Spa a imité cet exemple.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

— *Ecole de pharmacie de Paris.* — M. Grivet, bachelier ès-lettres, ancien commis d'académie de deuxième classe à Strasbourg, est nommé commis au secrétariat de l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris, en remplacement de M. Pont, décédé.

— Il est créé deux emplois nouveaux de suppléant à l'Ecole de médecine et de pharmacie d'Arras, savoir :

1° Un emploi de suppléant pour les chaires de médecine et d'histoire naturelle;

2° Un emploi de suppléant pour les chaires de chirurgie et d'accouchement.

— Il y a quelques jours, la Société française de secours aux blessés a rendu les derniers devoirs au docteur Arendrup, chirurgien danois, qui, après avoir soigné les blessés pendant toute la durée de la guerre, était revenu de Danemark, au mois d'avril dernier, offrir de nouveau ses services. Après avoir fait preuve d'un grand dévouement à l'ambulance de la Grande-Gerbe, à Saint-Cloud, le docteur Arendrup a succombé à ses fatigues.

Une grande foule se pressait à ses funérailles, et le général Douai, qui avait tenu à y assister, a prononcé, ainsi que M. le comte Sérurier, quelques paroles qui ont vivement ému l'auditoire.

M. le comte de Moltke-Hvitfeld, ministre de S. M. le roi de Danemark, empêché par une indisposition, avait cru devoir expliquer son absence dans une lettre adressée au président de la Société de Secours aux blessés. Nous en extrayons le passage suivant : « La nation danoise se sentira honorée par les honneurs rendus à un de ses enfants par la grande nation qui l'avait si bien accueilli de son vivant, et qui offre une si noble hospitalité à sa dépouille mortelle. »

— *Maison de santé* à vendre par suite de décès. Écrire à Me Collin, notaire à Nancy.

PETITE CORRESPONDANCE

M. le docteur M..., à Langeais. — Nous sommes d'accord.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments ou autres objets).

Étude sur la lèpre tuberculeuse ou éléphantiasis des Grecs, par le docteur Paul Lamblin. In-8° avec figures dans le texte. — Prix : 3 fr. 50.

L'Uranoplastie et les divisions congénitales du palais, par le docteur Rouge, chirurgien de l'hôpital cantonal de Lausanne. 1 volume in 8° avec figures dans le texte. — Prix : 3 francs.

Étude expérimentale et clinique sur l'absinthisme et l'alcoolisme, par le docteur Challand. In-8°. — Prix : 2 francs.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

N° 94. — MARDI 8 AOUT 1871. 44e ANNÉE. MARDI 8 AOUT 1871. — N° 94.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la Gazette un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en pourront pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :

Trois mois. . . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 18 septembre 1871.

HOPITAL NECKER. — M. CHAUFFARD.

Ulcère simple du duodénum. — Perforation. — Péritonite généralisée. — Mort.

(Observation recueillie par un élève du service).

Le nommé S... (Alexandre), âgé de 33 ans, entra, le 28 août, salle Saint-Luc, dans un état des plus graves. Son ventre était ballonné et extrêmement douloureux, le pouls petit et fréquent, la face grippée. Depuis deux jours il n'avait pas eu de garde-robe. Il n'y avait pas eu de vomissements.

Il racontait avec beaucoup de peine que, deux jours avant, sortant d'un café, où il avait bu un verre de bière, il avait été brusquement pris d'une vive douleur dans le ventre, qui, depuis lors, avait persisté.

Au premier moment, la douleur avait été si vive qu'elle avait presque amené une syncope et qu'elle avait suffi pour renverser le malade. Depuis lors l'état du malade s'était encore aggravé; la faiblesse était devenue extrême sans que pour cela les douleurs eussent diminué. Malgré l'insuffisance des renseignements et les difficultés de l'exploration, on porta le diagnostic : péritonite généralisée, suite de perforation.

Interrogé sur ses antécédents, le malade, qui parlait avec beaucoup de peine, nous apprit qu'étant prisonnier en Allemagne il avait été traité pour des accidents digestifs d'un caractère bien obscur; c'était d'abord une douleur sourde et persistante dans l'hypochondre droit, et plus tard une constipation très-opiniâtre, jointe à un manque complet d'appétit et à un état général de malaise. Ces détails nous éclairèrent peu et ne nous permirent pas de découvrir la cause de la perforation. Du reste, l'auscultation de la poitrine, possible seulement à la partie antérieure, ne révélait rien d'anormal. Le soir de son entrée à l'hôpital, le malade prit un lavement purgatif qui resta sans effet.

Le lendemain, comme les douleurs restaient toujours le caractère dominant, on prescrivit les opiacées sous toutes les formes : injections sous-cutanées, pilules, cataplasmes laudanisés. Ce traitement fut continué pendant 2 jours, au bout desquels le malade succomba sans que les symptômes eussent varié. Peu de temps avant de mourir, il eut un vomissement de matières qui parurent fécaloïdes, et peu après une selle assez abondante.

L'autopsie fut faite 30 heures après la mort. La poitrine et le reste du corps étaient parfaitement sains. L'abdomen seul était le siége de lésions. Les intestins étaient fortement distendus par des gaz, leur paroi était très-vascularisée; les anses étaient reliées entre elles par de fausses membranes assez adhérentes. A la partie supérieure de l'abdomen, dans une vaste poche formée par la face inférieure du diaphragme et la masse des intestins, était une grande quantité de liquide d'un jaune verdâtre tout à fait semblable à celui qu'on trouvait dans la première portion de l'intestin. Ce liquide environnait de toute part le foie, qui avait pris un aspect noirâtre et paraissait profondément altéré. Au-dessus des anses intestinales distendues, s'en trouvait une affaissée sur elle-même et baignant au milieu du liquide; c'est à son niveau que nous cherchâmes la perforation, et nous la trouvâmes bientôt à 2 ou 3 centimètres du pylore. Cette perforation avait presque la dimension d'une pièce de 50 centimes.

L'estomac et le duodénum furent enlevés avec précaution et examinés après avec soin.

Voici comment mon ami, M. Huron, à l'expérience duquel j'avais fait appel, décrit ce que nous avons constaté :

« L'estomac présentait, au niveau du grand cul-de-sac, plusieurs plaques ecchymotiques; mais en aucun point la muqueuse n'était épaissie; au contraire, la muqueuse du duodénum offrait un épaississement et une rougeur manifestes. Dans toute la première portion, une foule de petites granulations faisaient relief à la surface. On apercevait aussi une série de lignes et de points rougeâtres qui n'étaient autre chose que des vaisseaux oblitérés par du sang coagulé. Sous le microscope, on constatait les particularités suivantes : on voyait d'abord les vaisseaux oblitérés dont je viens de parler; puis les glandules de Brunner, très-hypertrophiées; leur culs-de-sac et leurs conduits étaient pleins d'éléments cellulaires. De plus, le tissu de la muqueuse était infiltré par un très-grand nombre de globules blancs, et un véritable tissu réticulé, moins net toutefois que le tissu ganglionnaire, existant dans toute l'épaisseur de la muqueuse.

« Si maintenant, ajoute M. Huron, nous cherchons le mécanisme de cette perforation du duodénum, nous croyons pouvoir l'établir facilement; mais pour cela il est nécessaire d'entrer dans quelques considérations de physiologie pathologique.

« D'après les recherches si remarquables de MM. Ollivier et Ranvier, la coagulation spontanée du sang, dans les vaisseaux du tissu lymphatique développé d'une façon anormale, est un fait établi. Cette coagulation entraîne une dégénérescence granulo-graisseuse dans la partie correspondante, et plus tard une destruction complète. Or, ici, nous avons ces deux conditions : le tissu lymphatique anormal et l'oblitération secondaire des vaisseaux existant pour toute la muqueuse de la première portion du duodénum. Seulement, dans ce cas, un autre élément doit intervenir, c'est le suc gastrique qui a la propriété de détruire complétement les tissus privés de nutrition.

« Quant à la musculeuse et au péritoine, nous croyons que l'inflammation, qui a dû survenir après la destruction partielle de la muqueuse, a joué un rôle en faisant coaguler le sang dans les vaisseaux, et que leur élimination secondaire a été le fait du suc gastrique. »

Cette observation vient s'ajouter aux faits déjà nombreux publiés dans divers recueils, et que M. Teillan a réunis dans sa thèse (1870); malheureusement, si elle confirme la plupart des détails signalés par les auteurs, elle ne jette aucune lumière sur les caractères cliniques qui permettraient de reconnaître la lésion intestinale avant l'accident terrible qui la révèle. Les renseignements donnés par notre malade, quelque incomplets qu'ils aient été, nous ont permis de constater que rien, pendant sa vie, n'avait permis de soupçonner une pareille lésion et de prévoir une si déplorable fin. Peut-on, en effet, considérer comme ayant une valeur diagnostique réelle la douleur et les troubles digestifs qu'il nous a signalés? La perforation s'est produite comme dans presque tous les autres cas connus, brusquement et après l'ingestion d'une certaine quantité de liquide. Je ne veux pas, à propos d'un seul fait, me livrer à une discussion sur le processus pathologique; cependant je ne puis m'empêcher de signaler le fait observé par M. Huron, et qui diffère de ceux jusqu'à présent observés : au lieu d'une coagulation occupant un vaisseau relativement volumineux et privant, par conséquent, de sang toute la portion de muqueuse qu'il doit nourrir, il y avait dans notre cas des coagulations multiples, occupant les petits capillaires.

SUR LES

MODIFICATIONS IMPRIMÉES A LA TEMPÉRATURE ANIMALE PAR LES GRANDS TRAUMATISMES

Par M. DEMARQUAY.

(Extrait d'un mémoire communiqué à l'Académie des sciences.)

Dès le début de la guerre sous les murs de Paris, j'avais eu la pensée de déterminer, par des recherches thermométriques exactes, les modifications imprimées à la température animale par les grands traumatismes. Mais les conditions de température extérieure, et surtout le temps exigé pour le transport des blessés pendant la saison rigoureuse de l'hiver, venaient ajouter leur influence à celle du traumatisme lui-même, et devenaient une cause d'erreur. Au mois d'avril et de mai, les conditions étaient changées, la température était douce; de plus, les combats avaient lieu tout près de nos ambulances, où les blessés étaient immédiatement transportés : là ils étaient soumis à une observation de tous les instants. Dans ces conditions, j'ai pu recueillir quarante-huit observations de traumatisme plus ou moins grave, avec détermination exacte de l'abaissement de la température animale. Ces observations ont été classées de la manière suivante.

Un premier tableau contient trente-huit observations de traumatisme déterminé soit par des éclats d'obus, soit par des balles. Dans toutes ces observations, le squelette est plus ou moins intéressé; il y a toujours une lésion osseuse ou articulaire plus ou moins grave, quelquefois une portion d'un ou des deux membres enlevée. Dans toutes ces observations, nous trouvons un abaissement de température qui varie depuis 1 degré ou quelques dixièmes de degré jusqu'à plusieurs degrés. Le plus grand abaissement de la température animale que nous ayons observé n'a point dépassé 34 à 35 degrés. La mort, le plus souvent, arrivait avant que le thermomètre eût atteint cette limite, c'est-à-dire la limite de 35 degrés. Nos observations ont été prises sur des hommes dans l'âge moyen de la vie, entre 20 et 50 ans. Toutes choses égales d'ailleurs, le même traumatisme, en apparence du moins, ne donnait point toujours le même abaissement de la température; il était plus marqué chez les hommes de 40 ans que chez ceux de 20.

Les blessés sur lesquels nous avons constaté le plus grand abaissement de la température animale étaient des fédérés ivres, et se livrant depuis longtemps à un usage immodéré de l'alcool. Tous les individus sur lesquels nous avons constaté un abaissement no-

---

FEUILLETON

DU BAIN PENDANT L'ÉTAT PUERPÉRAL

II. — DU BAIN THÉRAPEUTIQUE.

Gardien est le premier auteur de valeur qui ait préconisé les bains comme médicaments actifs pendant la grossesse (liv. II, ch. 1er). Dans les coliques violentes, les spasmes et même les vomissements, Gardien conseille d'employer les bains. Il les recommande aussi chez les femmes nerveuses, hystériques et, vers la fin de la parturition, chez celles dont la rigidité naturelle des parties génitales peut mettre obstacle à l'accouchement : telles sont les primipares.

Levrat avait aussi reconnu les avantages du bain général pendant la grossesse, mais il proscrivait les bains de pieds que Gardien ne craint pas d'employer. Si le bain de pieds, en effet, pouvait troubler la gestation, que de filles devenues enceintes n'iraient pas au terme de leur grossesse!

Nous avons lieu d'être surpris que les auteurs modernes n'aient pas recommandé plus souvent l'usage du bain dans le traitement de l'éclampsie. Nous avons vu plusieurs fois de bons effets obtenus par l'action du bain frais prolongé dans l'intervalle des accès. Dans ce cas, la grossesse n'avait pas dépassé le huitième mois.

Jacquemier (p. 14, t. II) recommande un bain tiède dans les cas d'inertie survenant à la suite d'un travail prolongé.

Le même auteur, comme Gardien, recommande aussi les bains tièdes dans les troubles gastriques sympathiques de la grossesse (p. 331, t. I). Gendrin, dans les hémorroïdes, préconise les applications froides autour du bassin et les bains de siége frais. Quelques femmes, pendant leur grossesse, présentent un état fébrile assez commun, contre lequel Jacquemier, outre un régime doux et des boissons tempérantes, recommande les bains tièdes et même les bains froids comme très-propres à calmer cette excitation fébrile (t. I, p. 345). Il en est de même pour les douleurs de reins qui surviennent pendant les huit premiers mois de la grossesse (p. 357). Le prurit de la vulve, si fréquent chez certaines femmes, cessera aussi à l'aide de bains, de lotions fréquentes et même d'applications froides. Dans la vaginite granuleuse sympathique de la grossesse, on diminue l'irritation locale par des bains, des injections, etc. (Cullerier). Enfin, dans toutes les douleurs utérines, quelle qu'en soit la cause (rhumatisme utérin, inflammations, etc.), les bains auront sur l'utérus une action sédative très-marquée.

Il faut se garder toutefois de tomber dans l'exagération; car, pendant le travail, il se fait un véritable abus des bains.

Chaque fois que, chez une primipare, le travail, en se prolongeant, prédispose la patiente aux accidents nerveux, un bain peut être d'une incontestable utilité; mais il ne faut pas croire, comme la plupart des sages-femmes et des malades, que le bain dispose l'accouchement à être plus facile en dilatant le col ou même les organes externes de la génération. Loin de là, il n'agit absolument que comme sédatif quand le travail se prolonge et que l'on a affaire à une femme nerveuse ou trop encline à l'excitation.

Jamais, dans ces cas, le bain ne doit dépasser trois quarts d'heure, et les effets sédatifs qu'on en obtient sont tels qu'aux yeux des gens étrangers à l'art de guérir, il n'est pas surprenant qu'on leur attribue la dilatation de l'organe utérin.

C'est ainsi que j'ai vu des femmes, même multipares, avoir des rigidités spasmodiques du col qui, dans un bain, accouchaient assez vite pour ne pouvoir être retirées à temps de la baignoire. Il n'en serait pas de même pour les rigidités anatomiques et encore moins pathologiques.

On avait conseillé (Ténard) de placer, dans la rigidité du col, un spéculum dans le vagin de la malade, et de la mettre ainsi dans le bain.

Outre que cette position est très-gênante, je dis qu'elle est complétement inutile, et que le spasme cesse par l'état sédatif général de l'eau, sans qu'il soit besoin de recourir au moyen préconisé par l'auteur susnommé, et j'ajoute que, dans la rigidité anatomique, le bain n'a aucune efficacité, de quelque manière qu'il soit donné, à moins que la rigidité ne s'accompagne d'un éréthisme général, suite de la fatigue d'un travail prolongé.

C'est aussi comme calmant que le bain agit dans la rigidité du vagin, la résistance du périnée et enfin dans tout le travail se prolongeant par accident dystocique.

Si maintenant nous examinons l'effet des bains thérapeutiques après l'accouchement, c'est-à-dire dans les maladies puerpérales, nous trouvons dans les auteurs modernes qui ont traité des affections puerpérales, ainsi que dans les diverses communications à l'Académie de médecine, faites à propos de la grande

table de la température, et chez lesquels le thermomètre est descendu à 35 degrés, sont morts avec ou sans opération : si on les opérait, la réaction ne se faisait point ; sous ce rapport, l'étude thermométrique du grand blessé peut devenir un élément de pronostic et d'indication opératoire sérieuse. Comment expliquer cette modification profonde de la température animale, par un traumatisme qui porte sur une partie plus ou moins éloignée du tronc? Sans doute, on peut expliquer le fait en disant que ce phénomène est la conséquence de l'ébranlement causé à l'organisme. Mais si, comme la physiologie l'indique, la température est le résultat de combustions intérieures, comment expliquer, en quelque sorte, l'instantanéité du résultat? Je me borne, quant à présent, à signaler les faits que j'ai observés, en laissant aux physiologistes à en indiquer l'explication.

Un second tableau est relatif aux plaies pénétrantes de l'abdomen. Il comprend six faits; dans ces six observations de plaie pénétrante de l'abdomen, par des balles ou des éclats d'obus, la mort a été rapide et la température animale a subi une dépression considérable, car le thermomètre est vite descendu à 35 et à 34 degrés. D'après un travail présenté par moi à l'Académie des sciences, en 1862, sur les modifications imprimées à la température animale par la ligature d'une anse intestinale, j'avais pensé que la dépression de la température tenait à ce que des anses intestinales étaient étranglées par la plaie; mais j'ai été à même de constater que l'abaissement de la température se produisait indépendamment de toute compression sur les intestins, et que la violence du traumatisme était la seule cause de cet abaissement de la température.

Dans un troisième tableau, je démontre un fait que j'avais déjà signalé, ainsi que Belleroth, à savoir : que les brûlures graves et un peu étendues amenaient, le plus souvent, un abaissement notable de la température animale.

Je me borne à faire connaître à l'Académie le résumé sommaire de mes recherches. Elles seront plus longuement exposées dans un mémoire important, qui sera publié prochainement par un de mes élèves, M. Redard, sur les causes de l'abaissement de la température animale dans les maladies et sous l'influence d'agents toxiques.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 26 juillet 1871. — Présidence de M. Blot.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

— La *Gazette des hôpitaux*. — *L'Union médicale*. — La *Gazette hebdomadaire*. — *Le Journal de médecine et de chirurgie pratiques*. — *L'Art dentaire*.

LECTURES

M. NOTTA (de Lisieux) lit deux observations de tumeurs du maxillaire inférieur, avec résection. (Voir la *Gazette des hôpitaux* du 3 août 1871).

Kystes des deux ovaires. — Ovariotomie double. — Mort.

M. PANAS. La malade qui fait l'objet de cette nouvelle communication a été opérée dans l'un des chalets de l'hôpital Saint-Louis, placée dès lors dans l'isolement le plus complet possible. Malheureusement, l'issue de l'opération a été funeste, ce qu'il faut attribuer aux complications graves propres à ce cas, et qu'il n'était pas possible de prévoir avant l'opération.

D... (Aline), 46 ans, entrée le 15 juin 1871, salle Sainte-Marthe, lit n° 13.

Pas de maladies antérieures, sinon quelques douleurs rhumatismales et des maux de reins. L'hiver dernier, à l'époque du siége, vomissements après chaque ingestion de nourriture, sans douleur d'estomac. Ces vomissements étaient survenus à la suite d'un rhume. Ils ont disparu au mois de février dernier, époque du début *apparent* de la maladie actuelle. A ce moment, sans éprouver aucune douleur, la malade a senti son ventre grossir, tandis que le reste du corps subissait un amaigrissement notable. Aux mois de mars et avril, les règles ont été beaucoup plus abondantes que d'ordinaire ; depuis, elles sont venues régulièrement, mais la quantité de sang rejeté à chaque époque menstruelle était moins considérable qu'avant le début du mal.

Depuis environ deux mois, l'accroissement du ventre a été plus rapide, et de l'œdème s'est montré aux membres inférieurs.

A l'entrée à l'hôpital, on constate un amaigrissement prononcé de la figure, des bras et de la partie supérieure du tronc. Les jambes, de volume normal, sont œdématiées jusqu'à leur partie moyenne. L'œdème diminue sans disparaître entièrement. Par la position horizontale, il est douloureux à la pression. Malgré l'amaigrissement, l'état général est assez bon.

Rien du côté des voies digestives et respiratoires, si ce n'est un peu de douleur stomacale et d'oppression après avoir mangé.

Le pouls est à 92 le soir; la température axillaire à 37°,8.

Le cœur est normal; on ne trouve dans les urines ni sucre, ni albumine.

L'examen direct de l'abdomen permet de constater qu'il est très développé, qu'il déborde en avant et sur les côtés la base du thorax; que l'ombilic est très saillant. Il mesure, à l'ombilic, 105 centimètres de circonférence; 85 au niveau des fausses côtes; 102 au milieu de l'intervalle qui sépare les jambes de l'ombilic.

La surface de l'abdomen est couverte de vergetures, et des veines bleuâtres, disséminées d'une manière uniforme, se voient par transparence à travers la peau. Au palper, on trouve la pression douloureuse dans les hypochondres.

La matité remonte jusqu'à 3 travers de doigt au dessus de l'ombilic; elle ne se déplace pas d'une manière sensible avec la position. Il y a de la sonorité dans les flancs et à l'épigastre. La fluctuation est très-nette dans tout l'abdomen. La percussion est douloureuse dans les deux hypochondres. Il n'y a pas de déformation de la région lombaire; pas de différence à la percussion des deux côtés.

En déprimant fortement la paroi abdominale antérieure, on arrive, après avoir refoulé une couche de liquide, sur une surface plus résistante, et l'on constate alors la présence d'une tumeur volumineuse divisée en plusieurs lobes. Elle s'élève en avant jusqu'au niveau de l'ombilic, remplit la fosse iliaque droite, l'hypogastre, et se prolonge dans une très grande partie de la partie gauche. Une ponction explorative a montré que cette tumeur est liquide; et que le produit qu'elle renferme est de consistance gélatineuse.

Le toucher vaginal ne révèle rien de bien remarquable.

Le col utérin est largement ouvert, élevé à gauche, très-éloigné du doigt et porté en haut. La portion vaginale est presque nulle. Le degré de mobilité de l'utérus est difficile à constater à cause de l'éloignement. Le cul-de-sac vaginal postérieur est soulevé par du liquide.

Le diagnostic porté a été le suivant :

« Liquide ascitique dans le péritoine;

« Kyste colloïde à plus d'une loge, ayant débuté probablement par l'ovaire droit;

« Peu ou point d'adhérences avec les parois abdominales, ainsi que le prouve le liquide ascitique interposé. »

L'opération fut pratiquée le 20 juin au matin, de la manière suivante :

Incision médiane, et couche par couche, depuis l'ombilic jusqu'au pubis. Ligature, chemin faisant, de deux petits vaisseaux des parois; toute petite ouverture du péritoine, qui, à notre grand étonnement, au lieu de *sérosité* péritonéale, laisse échapper un flocon gélatineux, comme si nous avions déjà ouvert le kyste. Cette petite ouverture agrandie, il devient aisé de constater que le kyste n'est pas entamé, et l'on voit s'écouler alors des grumeaux gélatineux comme précédemment, mêlés d'une quantité abondante de sérosité péritonéale pure. En un mot, la cavité péritonéale contenait non-seulement de la sérosité, comme nous l'avions pensé, mais aussi une quantité notable de matière colloïde, identique à celle contenue dans le kyste.

Comment cette matière avait-elle passé spontanément du kyste dans le péritoine? C'est ce que va nous expliquer la suite de l'opération.

La main, introduite largement entre la tumeur et les parois, permet de s'assurer, en effet, qu'aucune adhérence n'existe entre ces parties, ni avec les viscères contenus dans l'abdomen, bien que la tumeur remonte sous les fausses côtes. Par contre, il devient facile de s'assurer que la tumeur kystique offre sur plusieurs points de sa surface des *trous ronds*, larges de quoi y loger le pouce, d'où la matière gélatineuse du kyste jaillissait librement dans la cavité du péritoine.

Nous avions donc affaire ici à une espèce particulière de kyste, qu'on pourrait appeler *déhiscent*, puisque plusieurs des loges qui le composaient s'étaient ouvertes spontanément dans le péritoine, à un moment donné de leur évolution. Il se pourrait même que la sérosité péritonéale qui s'y est mêlée fût d'une fermentation postérieure à l'épanchement du liquide gélatineux dans le péritoine.

Il est à noter que les parois du kyste étaient friables, et qu'en cherchant à attirer celui-ci au dehors on enfonçait les doigts dans l'espèce de *frai de grenouille*, très-gluant et très-tenace aux doigts, qui était contenu dans sa cavité.

Quoi qu'il en soit, la forme *ronde* et le *nombre* des trous excluent toute idée de rupture du kyste par contusion; bien certainement il s'agissait ici d'un phénomène d'ulcération par amincissement progressif des parois de la tumeur.

Une fois le kyste vidé en partie, nous pûmes l'attirer au dehors, pendant que notre excellent confrère M. Alphonse Guérin, qui a bien voulu nous prêter un concours éclairé, maintenait les intestins dans le ventre.

Voici ce que nous avons été à même de constater :

Le kyste appartient à *l'ovaire droit*. De *pédicule*, il n'y en a point, celui-ci étant constitué par tous les éléments du ligament large (trompe, ligament rond et ligament de l'ovaire), et la tumeur se trouvant en *contact* avec le bord latéral correspondant de l'utérus.

L'utérus lui même était hypertrophié du double, son fond dépassant en haut les os du pubis.

Déjà, ce manque de pédicule était en soi une disposition fâcheuse; mais quel fut notre étonnement lorsque, en introduisant de nouveau la main dans le ventre, nous nous sommes trouvés en présence d'un *second kyste*, du volume de deux têtes d'adulte, *colloïde* comme le premier, et formé par *l'ovaire gauche* ! Ce kyste, d'un développement sans doute postérieur à celui du côté droit, n'offrait, par cela même, aucun trou à la surface, mais, comme ce dernier, il était absolument *sessile*.

La largeur et la brièveté excessive des pédicules rendaient impossible l'application de deux *clamps* à la fois, et, de plus, il fallait s'assurer contre une hémorrhagie possible par les gros vaisseaux artériels et veineux contenus dans les ligaments larges, et qui côtoient, comme on sait, les bords latérauxde l'utérus. Pour atteindre ce but, nous avons procédé comme il suit :

Chaque ligament large fut traversé, vers le milieu de sa hauteur et aussi près que possible de l'utérus, par une aiguille légèrement courbe, armée d'un fil double, ce qui permit d'étreindre la base de chaque pédicule d'une double ligature, dont l'un des chefs fut coupé au ras, et l'autre ramené vers la plaie.

Cette ligature comprenait, bien entendu, la trompe, le ligament rond et le ligament de l'ovaire de chaque côté; aussi nous fallait-il serrer avec force pour étreindre toutes ses parties.

La ligature faite, nous appliquâmes du côté du gros kyste (côté droit) un clamp nikelisé Matthieu, entre la ligature et la base de la tumeur, tandis que, du côté gauche, nous nous contentâmes de maintenir le pédicule au niveau de la plaie, en embranchant celui-ci à l'aide d'une tige d'acier placée en travers.

Les deux tumeurs furent alors excisées, et les surfaces de section touchées légèrement avec du perchlorure de fer.

Après la toilette du péritoine, que nous avons rendue aussi complète que possible, cinq points de suture métallique profonde, comprenant le péritoine, et autant de points superficiels, nous permirent de fermer *à peu près* complétement la plaie résultant de l'opération. Nous disons à peu près, attendu que le volume considérable des deux pédicules et la proximité du fond de l'utérus laissaient un hiatus entre ces parties et le point de suture le plus inférieur.

Une couche de collodion et plusieurs feuilles de ouate maintenues à l'aide d'un bandage de corps furent appliquées sur le ventre, après quoi la malade fut transportée dans son lit, préalablement chauffé et pourvu de bouteilles d'eau chaude.

La double ovariotomie avait duré une heure et demie. Voici maintenant quelles en furent les suites.

1er jour. — La malade réagit bien, se plaint de coliques dans le ventre, éprouve des vomissements chloroformiques et boit avec plaisir du champagne frappé avec de l'eau de Seltz. — Le soir, le pouls monte de 5 pulsations, mais la température reste normale. — Dans la nuit, peu de sommeil, malgré une potion laudanisée qui

---

discussion de 1858, des éléments dont nous déduisons ce qui suit :

Jacquemier (t. II, p. 673), après avoir longuement discuté la valeur des émissions sanguines générales et locales dans la réaction péritonite, des vomitifs, des purgatifs et autres remèdes préconisés, dit que, lorsque la douleur abdominale est très-vive, l'avantage que pourraient procurer les bains est plus que balancé par les inconvénients de déplacer la malade, de l'exposer à se refroidir. Je ne puis partager cet avis, et j'ai vu Dubois et Pajot, à la Clinique, obtenir de très-bons effets des bains dans ces conditions. J'ai pu constater moi même, en ville, l'efficacité de ce moyen, alors surtout que la malade ne pouvait supporter ni les cataplasmes, ni les linges imbibés de liquides émollients.

Il y a d'ailleurs des appareils avec lesquels il est facile d'enlever la malade sans secousse pour la déposer dans la baignoire préparée près du lit.

Plus loin cependant, p. 691, le même auteur dit que, dans la métrite puerpérale simple, la femme se trouvera très-bien de bains prolongés, si elle peut être déplacée sans trop de difficultés. Il en est de même de l'ovarite, des abcès de la fosse iliaque, de la *phlegmasia alba dolens, etc.*

Chailly, dans le traitement de la métro-péritonite inflammatoire, p. 961, renonce aux émissions sanguines quand celles-ci n'ont pas enrayé les accidents, et les remplace par des grands bains; mais quand cette affection prend la forme épidémique, toutes les médications, même les plus actives, restent à peu près sans efficacité. Chez les nourrices, dans les cas d'engorgement des seins, le bain est encore un remède excellent avant la formation des abcès.

Dans les fièvres puerpérales épidémiques déjà connues chez les Romains, mais désignées sous des noms divers selon les idées dominantes, il est difficile de dire, d'après les écrits de l'époque, si les bains étaient employés à propos; mais on croit trouver la trace de l'essai des bains généraux sinapisés, dans certaines formes adynamiques de la fièvre puerpérale, et ce traitement a été renouvelé de nos jours sans succès par Depaul, Cruveilhier, etc. (*Communications à l'Académie*, 1858).

Nous pouvons donc nous résumer ainsi ;

Les personnes grosses et les nourrices peuvent continuer à prendre des bains hygiéniques à température et durée moyennes, lorsque d'ailleurs elles les supportent bien dans leur état ordinaire.

Les premières peuvent même ne pas suspendre l'usage des bains en rivière si elles en ont l'habitude.

Pour ce qui est du bain au point de vue thérapeutique, nous pouvons dire qu'il sera utile à la fin de la grossesse, chez les femmes nerveuses, dans les cas d'insomnie, de coliques violentes, de vomissements chez les multipares à fibres rigides, et chaque fois qu'il s'agira d'obtenir une sédation générale ou locale, dans l'intervalle des accès d'éclampsie et pendant le travail retardé par obstacle dû au col ou autres parties molles. Dans ces cas le bain pourra être prolongé, mais jamais donné à une température élevée.

Pendant le cours de la grossesse, si la femme est atteinte d'un état fébrile marqué, les bains tièdes et même froids sont efficaces. (Jacquemin).

Le prurit vulvaire, la vaginité granuleuse, les douleurs utérines, sont soulagés par un bain donné à propos.

Enfin, après l'accouchement, les divers états inflammatoires qui peuvent survenir réclament également l'usage du bain prolongé : tels sont les engorgements du sein, les métrites et métro-péritonites, les abcès de la fosse iliaque, etc.

Mais il faudrait se garder de croire à l'efficacité de ce remède dans les différentes formes de la fièvre puerpérale épidémique, infection purulente ou putride, dans lesquelles le bain sinapisé ne pourrait être employé que pour combattre des accidents d'asphyxie très-voisine d'une terminaison funeste.

Dr VERRIER (de Villers).

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

— Aux termes de l'article 12 de la loi du 13 brumaire an VII, l'emploi du papier timbré est obligatoire pour les pétitions et mémoires, même en forme de lettres, présentés au Gouvernement, aux ministres, à toutes autorités constituées et aux administrations et établissements publics.

Le ministre des finances vient d'appeler l'attention de ses collègues sur la nécessité de tenir la main à ce que cette disposition législative soit désormais strictement observée.

En négligeant de s'y conformer, les contrevenants s'exposeraient à l'amende de 60 fr., double décime compris, édictée par l'art. 22 de la loi du 2 juillet 1862.

—

Dans la liste des membres du conseil de surveillance des hôpitaux, publiée dans l'un de nos derniers numéros, on a omis le nom de M. le docteur Alphonse Guérin, chirurgien des hôpitaux.

lui est prescrite. Les vomissements continuent et sont bilieux. La malade urine spontanément.

2e jour. — L'expression du visage est bonne; moins de vomissements, qui sont toujours verdâtres. — Le soir, le pouls est à 110 et la température s'élève d'un degré. Anxiété épigastrique, respiration accélérée. Comme elle supporte mal les liquides, on lui fait une injection hypodermique de *deux* centigrammes de morphine. On continue le champagne; mais la nuit a été mauvaise.

3e jour. — Face grippée; pouls à 120; respiration courte, accélérée; ventre ballonné; température, 39 degrés.

Prescription : Injection morphinée; frictions mercurielles belladonées et cataplasmes sur le ventre. L'alèze et les draps se trouvent mouillés par une grande quantité de sérosité roussâtre très-fétide, qui s'est écoulée par l'hiatus de la plaie abdominale; aussi les renouvelle-t-on, et l'on arrose les parties avec de l'alcool camphré.

4e jour. — Face hippocratique; sueurs froides sur tout le corps; stase des capillaires, et mort dans l'après-midi.

L'autopsie n'a pu être faite par suite de l'opposition de la famille; mais il est certain qu'on aurait trouvé là tous les signes d'une péritonite aiguë généralisée. Il est à noter, à ce propos, que pendant l'opération nous avions trouvé, outre le liquide péritonéal épanché, un aspect légèrement tomenteux du péritoine, indice d'une légère péritonite antérieure à l'opération.

Cette observation est remarquable par la persistance des règles, alors que les deux ovaires étaient le siége de kystes volumineux. S'il persistait quelque parcelle du tissu de l'organe, elle devait être réduite à fort peu de chose, attendu qu'il ne nous a pas été donné d'en dévoiler l'existence au milieu de la masse morbide.

DISCUSSION

M. CHASSAIGNAC. La ponction capillaire, qui a été faite, pourrait être la cause de la rupture des kystes et de la péritonite. D'autre part, je dois dire que je n'ai jamais observé de kystes déhiscents à la manière de celui dont parle M. Panas. Cependant j'ai vu, lorsque je traitais les kystes de l'ovaire par les tubes à drainage, des accidents survenir et qui me paraissaient devoir être attribués à l'usage du drain : il y avait une sorte de déhiscence du kyste. Les parois du kyste avaient subi une sorte d'exfoliation, et à leur place on ne trouvait plus qu'une légère couche de pus sur le péritoine. On peut prévenir ces accidents par les injections iodées, comme l'a observé M. Després dans un cas qui nous a été présenté ici, et qui a été suivi de guérison.

M. BLOT demande une explication : il voudrait savoir combien de temps après l'application du drain, M. Chassaignac a constaté la disparition des parois du kyste. Il lui semble que pour qu'un tel phénomène se produisît, il faudrait qu'il n'y eût qu'une portion du kyste qui disparût, et cela dans un point où avaient existé des adhérences; et si tout le kyste disparaissait, il faudrait qu'il y eût eu des adhérences très-étendues.

M. CHASSAIGNAC. C'est 10 à 15 jours après l'opération que j'ai constaté la déhiscence des parois du kyste, et je dois dire que ce qui avait disparu ce n'était pas tout le kyste. J'ai vu des cas où les accidents apparaissaient immédiatement, j'ai renoncé à l'usage du drain et les malades ont guéri. Mais dans un cas, suivi rapidement de la mort, j'ai trouvé un kyste dont la plus grande partie était absente.

M. DESPRÉS. A l'occasion du fait qu'a rappelé M. Chassaignac, je dirai que le traitement des kystes de l'ovaire par la canule à demeure a été suivi d'accidents de gangrène dans les parois du kyste et de péritonite, et que l'on a trouvé des parois entières des kystes gangrenés. Des observations de ce genre m'ont été communiquées. Je n'hésite pas à faire rentrer les cas dont parle M. Chassaignac dans les faits de gangrène des parois des kystes ovariques.

Discussion sur la Blépharorrhaphie.

M. VERNEUIL. Je reviens sur un fait que j'ai soumis à la Société il y a quelque temps, et je veux communiquer à mes collègues une proposition relative au traitement de l'ectropion.

J'ai montré un homme âgé de 47 ans qui avait un épithélioma de la paupière inférieure; j'ai enlevé le mal, puis j'ai fait la suture des paupières, sans pratiquer d'autoplastie ni d'incisions libératrices. La perte de substance a été bien réparée ainsi que l'on a pu le voir lorsque j'ai présenté le malade, lequel était au vingt-sixième jour après l'opération. Je ne me fais point d'illusion cependant. Je crois que si je débridais les points où la réunion des paupières a été opérée, je verrais immédiatement apparaître un ectropion. Mais je me confie à l'action du muscle releveur de la paupière supérieure, qui par sa contraction tend sans cesse à attirer en haut le tissu épais qui remplace la paupière inférieure et en épuisera la rétractilité. Je présenterai ce malade dans trois mois, et à ce moment je pourrai demander s'il n'y aurait pas lieu d'appliquer le procédé de Warthon Jones contre l'ectropion simple, afin de prévenir la rétraction de la peau de la joue.

J'apporte ici le bilan des opérations de blépharorrhaphie que j'ai pratiquées et je poserai tout à l'heure ma conclusion :

Chez un premier malade qui avait un ectropion d'un seul œil, j'ai fait la suture des paupières. J'ai tenu l'ouverture palpébrale quatorze mois fermée. Le résultat était très-bon. J'ai revu le malade au bout de ce temps, j'ai désuni en partie les paupières en plusieurs fois. Mais immédiatement j'ai constaté une tendance à l'ectropion. J'ai laissé alors les paupières unies à la partie interne et il y a eu une ouverture ovoïde par laquelle le malade voyait. L'ouverture palbépraie se fermait, mais c'était bien juste. Ce fait m'avait confirmé dans cette opinion qu'il faut tenir les paupières longtemps fermées, et qu'il ne faut point les ouvrir en une seule fois, mais bien peu à peu et dans la proportion d'un demi-centimètre par chaque opération.

J'ai observé les mêmes phénomènes chez une dame atteinte d'une pustule maligne grave, qui avait été confiée à l'homœopathie et avait eu ensuite un ectropion double extrêmement étendu.

J'ai pratiqué la suture des paupières et j'ai ouvert plus tard l'orifice palpébral en partie, de façon à obtenir une ouverture arrondie ovoïde que la malade fermait à volonté et qui lui permettait de voir.

Dans un autre cas, j'ai fait la suture des paupières pour un ectropion double, résultant d'une ancienne brûlure de la moitié de la face et du crâne chez un épileptique qui était autrefois tombé dans le feu pendant un accès. Ce n'était point seulement pour remédier à une difformité que je m'étais décidé à l'opération.

Le malade avait encore un peu la notion vague de la lumière de l'œil du côté de l'ectropion, une ophthalmie sympathique menaçait l'autre œil; il y avait des douleurs vives. Aussitôt que la suture des paupières a été accomplie, toutes les douleurs ont cessé du côté sain, où se dessinaient déjà les signes d'une ophthalmie sympathiques. Je n'ai point ouvert les paupières; le malade se trouvant bien s'y est refusé. Ce fait doit être signalé particulièrement, eu égard aux excellents résultats qui ont été obtenus pour prévenir la confirmation de l'ophthalmie sympathique menaçante.

Enfin j'ai opéré une jeune fille de Montereau qui avait un ectropion double consécutif à une vaste brûlure de la face. Cette malade souffrait de son œil, le froid et le vent lui causaient des douleurs vives; joignez à cela que le visage, beau à droite, était horrible à gauche, et que la coquetterie de la malade n'était pas moins pressante que les douleurs. J'ai pratiqué la blépharorrhaphie.

L'occlusion de l'œil a fait disparaître les douleurs et a rendu moins hideux l'aspect du visage du côté gauche. La malade s'est trouvée satisfaite du résultat et n'a point voulu que je lui désunisse les paupières.

Ces faits m'autorisent à dire que la blépharorrhaphie est une opération avantageuse. Si l'on considère en effet les résultats de la blépharoplastie à lambeaux, on constate que l'opération n'est pas toujours innocente, qu'il y a à redouter les érysipèles, la gangrène du lambeau, que la réussite n'est point toujours assurée et que la suite même des bonnes opérations est un ou plusieurs bourrelets épais et peu gracieux autour de l'œil. Déjà l'on admet que dans les cas légers et peu graves d'ectropion, la blépharorrhaphie bien dirigée obtient des guérisons. Pour moi, il me paraît évident que dans ces cas la blépharorrhaphie doit être la méthode de choix. Pour les cas graves, je pense que cette opération doit être aussi préférée à la blépharoplastie qui échoue à chaque instant. Je pense qu'il est meilleur de fermer par la suture les paupières pendant longtemps, de n'ouvrir ensuite qu'une partie de l'orifice palpébral, opération qui réussit facilement, plutôt que de recourir à la blépharoplastie à lambeau.

M. GIRAUD-TEULON. Il y a plusieurs faits qui prouvent que le principe du traitement de l'ophthalmie sympathique par l'occlusion de l'œil primitivement malade, est depuis longtemps mis en application. Lorsqu'un œil est perdu, et quand il reste un peu de cornée, s'il y a des douleurs dans l'œil sain, on arrête ces douleurs en plaçant sur l'œil perdu un œil artificiel bien fait, qui empêche l'accès de la lumière dans le mauvais œil.

M. LEFORT. Je ne considère pas la blépharorrhaphie comme une opération curative. Pour preuve, je prends le deuxième fait de M. Verneuil, où notre collègue n'a pas osé désunir entièrement les paupières, parce que l'ectropion commençait déjà à se produire. Ce malade était dans les mêmes conditions que ceux que j'ai opéré et dont j'ai parlé à l'occasion de la communication de M. Verneuil il y a quelque temps. J'ajoute que quand la peau a très-facilement cédé, quand il n'y a pas eu une grande quantité de tissu de matière produite, c'est une raison pour que l'ectropion soit menaçant. En somme, je considère la blépharorrhaphie seulement comme une opération complémentaire.

M. VERNEUIL. Le différend est là. Je crois que la blépharorrhaphie, telle que je l'ai expliquée est une opération suffisante; M. Le Fort ne le croit pas.

C'est une question que je soumets à la Société de chirurgie en apportant le fruit de mon expérience. La blépharorrhaphie a rendu des services évidents à mes malades. Je ne crois pas que la blépharoplastie en eût rendu de préférables. Les résultats merveilleux qu'obtient M. Denonvilliers sont des exceptions : on manque souvent ces opérations, et je n'ai jamais vu la suture des paupières échouer. J'ai pu donner une ouverture palpébrale irrégulière, il est vrai, mais utile à un de mes malades. Cela ne vaut il pas mieux qu'une joue balafrée, à supposer que l'opération autoplastique que j'eusse pu faire eût réussi? Mettons donc en balance les résultats de la blépharoplastie et de la blépharorrhaphie.

M. LE FORT. Je ne discute pas si une opération est meilleure que l'autre. Il est incontestable que M. Verneuil a rendu des services à ses malades, mais je suis obligé de dire que M. Mivault (d'Angers) a cru devoir compléter par la blépharoplastie une opération de blépharorrhaphie tentée dans le même but que M. Verneuil, et que c'est là ce qui constitue l'importance de la communication qui nous a été faite. Je ne crois pas d'ailleurs que la tendance à la rétraction capable de produire un ectropion cesse après un an d'occlusion des paupières. Je ne crois pas que la blépharorrhaphie puisse donner une guérison définitive de l'ectropion.

M. PANAS. La blépharorrhaphie est insuffisante dans les cas graves. J'ai vu, dit-il, des ectropions traités par cette méthode. M. Nélaton l'a employée, et il était d'avis de ne désunir les paupières qu'au bout de deux ans et en plusieurs temps; et ce n'étaient point des ouvertures d'un demi-centimètre qu'il pratiquait, c'étaient des ouvertures de 1 millimètre. Il y a des apparences auxquelles il ne faut pas se fier, et il est une remarque importante à faire. Si une seule paupière est prise, l'occlusion de l'ouverture palpébrale n'allonge pas la paupière raccourcie, c'est la paupière saine qui s'allonge et ceci se voyait très-bien chez le malade de M. Verneuil. Si les deux paupières sont prises, c'est-à-dire s'il y a ectropion double, l'allongement a lieu. J'ai vu des guérisons obtenues de la sorte; mais, pour deux faits heureux, j'ai vu plus de faits malheureux. C'est pour des cas semblables à ces derniers qu'il convient de joindre à la tarsorrhaphie des opérations autoplastiques. Je crois qu'on sera obligé d'en venir là pour la malade de M. Verneuil, car la suture des paupières sera insuffisante.

La séance est levée à 5 heures et demie.

Le vice-secrétaire : ARMAND DESPRÉS.

DOCUMENTS

POUR SERVIR A L'HISTOIRE DU MOUVEMENT SCIENTIFIQUE PENDANT LE SIÉGE DE PARIS (1).

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 24 janvier. — Présidence de M. Wurtz.

(Suite.)

M. CHAUFFARD continue ainsi :

M. Gubler nous a décrit avec infiniment de méthode et de clarté les deux phases par lesquelles passait, d'après lui, le délire des alcooliques. Il n'a pas tenté, si mes souvenirs sont exacts, d'établir les différences que pouvait présenter ce délire suivant les cas, différences dans les symptômes, dans l'enchaînement et la succession de ces symptômes, dans l'évolution et dans la terminaison de la maladie, dans la nature et le degré des liaisons auxquelles il convient de les rapporter. Il s'est borné à cette opinion qu'en général le délire alcoolique offrait, au début, le caractère d'une névrose et contractait ensuite le caractère inflammatoire : névrose primitive, inflammation consécutive; et de cette division en deux du délire alcoolique, il a déduit des règles thérapeutiques appropriées. Je ne puis, messieurs, accéder à ces distinctions. Cette division en deux périodes et cette conversion de l'une dans l'autre ne me paraissent pas répondre à la réalité des choses.

Et d'abord l'intoxication alcoolique, avec ses lésions si bien définies, peut-elle s'assimiler jamais à une névrose, qu'il s'agisse soit de l'ivresse, soit du délire de l'alcoolisme? Névrose est un terme générique que nous sommes contraints d'employer en pathologie lorsque nous ne pouvons pas remonter d'un ensemble symptomatique bien défini et émergeant du système nerveux, à aucune lésion fondamentale de l'élément nerveux lui-même. Qu'il s'agisse de l'hystérie, de l'épilepsie, du tic douloureux de la face, la névrose repose toujours sur ce fait, que le système nerveux n'a souffert aucun choc immédiat, aucune action ou impression matérielles, aucune lésion appréciable aux sens. Dès qu'existent une atteinte ou une lésion, la maladie quitte le cadre des névroses pour entrer ou dans celui des dégénérations organiques, ou dans celui des troubles par action extérieure ou toxique. Ainsi en a-t-il été pour l'ataxie locomotrice et la paralysie agitante; ainsi, croyons-nous, doit-il en être pour l'intoxication alcoolique, quand même nous ne pourrions ici constater aucune lésion visible. Le délire de l'opium et celui de la belladone ne sont pas une névrose. Nous savons qu'il y a, dans ces cas, offense directe de l'élément histologique nerveux par l'alcool, par l'opium ou par la belladone; cela seul suffit, suivant nous, à effacer l'idée indécise de névrose pour lui substituer l'idée plus précise d'une atteinte directe du système nerveux. Et ce n'est pas là une question de mots; ce sont des distinctions nécessaires, pénétrant au sein des réalités, et qui, méconnues, autoriseraient toutes les confusions doctrinales.

Quant à la conversion de la névrose primitive en inflammation secondaire, elle nous semble moins admissible encore et en contradiction avec l'enseignement clinique. Durant notre séjour à la *Maison municipale de santé*, nous avons observé beaucoup de délires alcooliques aboutissant à une issue funeste. Cette maison est le refuge d'un grand nombre de buveurs, à qui une certaine aisance permet de satisfaire leur passion pour l'alcool. C'est là que nous avons observé les diverses formes de délire alcoolique telles que nous les avons décrites. Nous n'avons jamais vu les faits se succéder comme le veut notre savant collègue. Nous avons vu les phénomènes inflammatoires au début tomber ensuite d'eux-mêmes et finir dans un collapsus ultime; nous avons vu les phénomènes d'excitation du *delirium tremens* se juger par des crises ou finir dans le même collapsus que les précédents; nous avons vu le délire asthénique primitif se terminer dans l'adynamie profonde que le début annonçait; mais jamais nous n'avons vu les phénomènes inflammatoires terminer la scène morbide et remplacer des phénomènes d'un autre ordre. La logique des faits et leur succession réelle sont tout autres. La physiologie pathologique et l'anatomie morbide de l'alcoolisme contredisent au rôle que mon honorable collègue assigne ici à l'inflammation. L'asthénie, et non l'inflammation, est l'unique conversion et l'inévitable fin de toutes les stimulations dues à l'alcoolisme, et que des crises ne jugent pas. La raison scientifique est donc d'accord avec l'observation clinique pour repousser cette théorie de la double phase névrosique et inflammatoire de l'alcoolisme. Il me faut toutes ces autorités réunies pour résister aux vues ingénieuses de mon très-savant collègue.

M. Verneuil, témoin des formes diverses que présentait le délire alcoolique, le voyant tantôt avec un appareil bruyant, tumultueux, paroxystique et une issue souvent favorable, et tantôt avec un cortége de symptômes adynamiques, presque typhiques, et une terminaison fatale, a invoqué, pour rendre raison de ces formes opposées, deux hypothèses, deux théories pathogéniques bien distinctes. La première répondait à un délire par action réflexe, le traumatisme local étant le point de départ, et le centre cérébro-spinal le point d'arrivée de l'action. La seconde forme serait due à un état septicémique du sang qui agirait comme agent toxique sur le système nerveux, et cet état reconnaîtrait sa cause dans une absorption virulente dont la lésion chirurgicale fournirait les principes. J'adresserai à cette double conception pathogénique un premier reproche : à mon grand étonnement, elle ne touche en rien aux conditions spéciales de l'alcoolisme; elle pourrait s'appliquer à tous les délires venant compliquer un traumatisme et autres que le délire alcoolique. Qu'un blessé qui n'a jamais fait d'excès d'alcool vienne à être pris de délire, soit qu'il guérisse, soit qu'il succombe, M. Verneuil pourra invoquer à son sujet l'une ou l'autre des hypothèses pathogéniques qu'il a émises. Une formule qui s'applique à tout, qui ne spécialise rien, n'est pas d'un grand secours en pathologie et en clinique; elle risque fort de ne fournir qu'une explication illusoire.

Ce sentiment que M. Verneuil me pardonnera d'exprimer en toute franchise, car il n'enlève rien à la valeur et à la portée de ses

---

(1) Suite. — Voir le dernier numéro.

observations cliniques, ce sentiment ne fait que croître lorsque l'on interroge directement la double théorie qui nous est proposée. L'action réflexe, qui est le fond de la première, est devenue, en pathologie, la plus banale et la plus insignifiante explication que l'on puisse invoquer. Ne sortons pas des accidents nerveux liés à un traumatisme ou à une action locale : qu'à la suite d'une plaie, souvent légère, un blessé soit pris d'accidents tétaniques, on accuse l'action réflexe; à la suite d'une fracture, le patient sera pris de délire tremblant, action réflexe; la présence d'helminthes intestinaux produit-elle la dilatation des pupilles ou des accès épileptiformes, action réflexe; un cathétérisme simple, sans érosion de la muqueuse uréthrale, provoque-t-il des accès fébriles à forme périodique, action réflexe; en pathologie interne, l'action réflexe et la paralysie des nerfs vaso-moteurs répondent également aux affections les plus disparates. Vraiment, croit-on savoir et apprendre aux autres quelque chose avec ces élastiques formules et ces vides réponses? Sachons donc voir que l'action réflexe indique seulement un mode de transmission et d'impressions sensitives : c'est le mécanisme de la vie de sensibilité à travers le système nerveux; mais voilà tout. Cela n'indique pas relativement au caractère propre et à la nature vraie de l'impression transmise et de l'acte produit; et c'est cette connaissance qui importe, qui traduit la cause réelle et la nature même du fait pathologique.

Reste l'interprétation du délire alcoolique par un état septicémique. Ici encore l'alcoolisme s'efface, et la septicémie demeure seule. Le délire devient un délire septicémique; rien ne le distingue de ceux que M. Verneuil accepte sous cette pure désignation. Car mon savant collègue ne prétend pas que les plaies, chez les alcooliques, engendrent un produit septicémique spécial; elles se comportent, à cet égard, comme les autres plaies. Les accidents infectieux ou virulents qu'elles provoquent sont donc comparables à ceux que l'on observe dans les autres mauvaises conditions des plaies. La pathogénie du délire septicémique, chez les alcooliques, devient donc la pathogénie du délire septicémique en général. C'est déjà là une première faute; car le délire alcoolique, quelque forme qu'il revête, qu'il soit primitif ou secondaire, est un délire spécial, que l'on ne connaît bien qu'en le distinguant de tout autre. Mais il y a plus, et s'il faut dire toute ma pensée, le délire septicémique, tel que M. Verneuil en comprend l'origine et la cause, est une fiction théorique. Cette fiction répond à celle que mon savant collègue a importée de l'étranger pour expliquer la genèse de l'infection purulente : j'entends parler de l'existence d'un virus traumatique.

Je sais qu'ici je touche à l'une des plus chères adoptions de M. Verneuil; nous l'avons entendu, dans un commencement de discussion sur l'infection purulente, faire à ce sujet une profession de foi sans réserve, et nous présenter la conception d'un virus traumatique comme le grand progrès réalisé dans la théorie de l'infection purulente, progrès qui, comme tant d'autres ne valant pas mieux, nous viendrait d'Allemagne. Si la discussion engagée eût alors suivi son cours, je n'aurais pas résisté au devoir d'exprimer toute ma pensée à cet égard. Pour moi, le virus traumatique est une pure chimère : vouloir expliquer à son aide toute fièvre traumatique, depuis le plus léger accès fébrile jusqu'à la fièvre purulente, est une entreprise qui va contre toute observation clinique. La constitution même de cette vaste unité, qui comprend des choses aussi disparates que l'accès que juge une sueur facile, et que le typhus purulent qui enlève tant de blessés, cette constitution est une entreprise destinée à avorter en pathologie et que le sens pratique repoussera, malgré toutes les inductions téméraires. M. Verneuil me pardonnera l'énergie de cette protestation; mais d'importantes vérités sont en jeu, et je laisse à mes convictions toute la liberté de leur allure. Rien, dans les liquides qui s'exhalent à la surface des plaies, n'est comparable à l'élaboration intime, réglée, spécifique, qui préside à la genèse des virus. Jamais, alors même que ces liquides exhalés s'altèrent, à la suite ou comme manifestation d'un mauvais état général, jamais ils ne passent à l'état de virus proprement dit, et surtout ce n'est pas leur résorption à la surface de la plaie qui produit la fièvre traumatique ou l'infection purulente. Il n'y a qu'un cas où peut-être une plaie sécrète des produits spécifiques, inoculables, vraiment virulents : c'est celui de la pourriture d'hôpital; et ce cas est précisément distinct de ceux où se développe l'infection purulente. Certainement l'injection dans les veines d'un animal du liquide altéré d'une plaie n'est pas inoffensive, non plus que celle du pus d'un abcès, ni d'aucune matière putride; mais en induire que toute plaie sécrète un virus et donner à celui-ci le surnom de traumatique, prétendre que tout blessé fabrique un poison destiné à l'empoisonner lui-même, empoisonnement que rien ne trahit dans certains cas, comme si le poison n'existait pas, — empoisonnement qui tue en d'autres cas avec une plus funeste sûreté qu'aucun poison connu, — vouloir réunir tous ces faits inconciliables et nous dire : voilà le progrès, nous ne saurions y souscrire. Nous osons dire à l'encontre : voilà une mode qui passera, voilà une théorie qui sera oubliée dans vingt ans, à l'égal de tant d'autres qui naissent au loin, nous arrivent apportées par l'amour de la nouveauté, brillent un instant, disparaissent ensuite devant les enseignements de ce qui ne passera jamais dans notre science : la clinique et les faits. Pour en revenir au délire septicémique de l'alcoolisme, je dois confesser que je ne saurais le comprendre en tant qu'appartenant en propre à l'alcoolisme, et que je ne saurais l'admettre en le rattachant à la prétendue septicémie de toute fièvre traumatique.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité pratique des maladies des yeux et de la vue, par le docteur J. Carnet, ancien interne des hôpitaux de Paris. 1 vol. in-12 avec figures dans le texte. 3e édition. — Prix : 5 francs.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois. . . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 19 septembre 1871.

HOPITAL DES CLINIQUES. — M. RICHET.

Deux observations d'uranoplastie

Par M. E. BOURDON, interne des hôpitaux.

Dans le numéro du 9 mars 1871 de la *Gazette des Hôpitaux*, nous avons publié une clinique du professeur Richet sur l'Uranoplastie ; peu de jours après, entrait à l'hôpital un second malade présentant une perforation de la voûte palatine, ayant la plus grande analogie avec celle dont le premier était atteint.

Disons, cependant, qu'elle était plus grande et beaucoup plus rapprochée des dents incisives, derrière lesquelles elle était située immédiatement.

Nous croyons bien faire en donnant aujourd'hui, sur les deux opérations qui furent pratiquées et sur leurs résultats, quelques détails destinés à compléter la clinique de notre cher et savant maître.

La première opération fut exécutée par M. Richet, exactement comme il l'avait annoncé; les lambeaux décollés dans un premier temps, puis obliquement avivés, vinrent si facilement au contact, qu'un *seul fil métallique* put les maintenir. Quant à l'écoulement sanguin, qui exigea de temps en temps l'application de quelques morceaux de glace sur les surfaces saignantes, il fut facilement arrêté.

Le lendemain, les lambeaux étaient gonflés et la tuméfaction de leur bord interne produisait une sorte de mouvement de bascule qui les faisait saillir dans la cavité buccale, formant une excavation en dos d'âne de la voûte palatine. Un petit pertuis persistait seul à l'angle postérieur de la plaie; le fil disparaissait sous le boursouflement de la muqueuse. Aucune pièce de pansement ne fut appliquée, le malade se gargarisa simplement avec de l'eau fraîche, et ne prit pendant les trois premiers jours que des aliments liquides. Le quatrième jour, le fil fut enlevé ; la réunion était parfaite, sauf à l'angle postérieur où existait toujours un orifice large comme l'extrémité d'un stylet de trousse.

Quant aux plaies latérales, résultant de la séparation des lambeaux de la voûte, c'est à peine si elles existaient, tant elles étaient rétrécies; elles bourgeonnaient et marchaient vers la cicatrisation, lorsque, le troisième jour, survint du côté droit, à l'angle antérieur de l'incision libératrice, une petite hémorrhagie, promptement arrêtée par la compression digitale faite, un quart d'heure, sur une rondelle d'amadou ; le lendemain on voyait, en ce point, un caillot gros comme une lentille, noirâtre, battant sous le doigt et agité de pulsations appréciables à l'œil. Cinq jours après, ce petit anévrysme donna lieu à une nouvelle hémorrhagie arrêtée comme la première ; la compression, maintenue plus longtemps, amena l'affaissement de la tumeur, et, le 2 juillet, les plaies étaient presque complétement cicatrisées. Le boursouflement des bords avait disparu et la muqueuse était adhérente aux surfaces osseuses. Le pertuis qui persistait à l'angle postérieur fut cautérisé avec la pointe d'un stylet rougi à blanc ; une seconde cautérisation fut nécessaire le 10 juillet et, le 12, le malade quitta l'hôpital. La fistule était presque imperceptible, la cicatrice médiane était absolument invisible et ressemblait à la crête normale médiane de la voûte palatine ; les deux cicatrices latérales parfaitement unies ne se distinguaient que par leur coloration ; les lambeaux formaient une voûte très-résistante, contre laquelle le malade écrasait avec la langue les aliments pulpeux ; la voix était naturelle, le premier temps de la déglutition s'effectuait sans difficulté.

Voici maintenant l'histoire du second malade :

C'est un homme d'une trentaine d'années qui, à la suite d'une syphilis grave eut, comme celui dont nous venons de terminer l'observation, une gomme de la voûte palatine à laquelle succéda une perforation avec destruction partielle de la portion horizontale des deux maxillaires et des palatins, et totale du vomer. Cette perforation occupe la ligne médiane; elle est un peu ovalaire et mesure 3 centimètres dans son diamètre antéro-postérieur, qui est le plus étendu; en avant, elle est très-rapprochée des incisives, et latéralement elle arrive très-près du feston gingival, de telle sorte qu'il y aura tout juste assez d'espace pour former les deux lambeaux latéraux. D'autre part, elle figure le sommet tronqué d'un entonnoir, d'une sorte d'infundibulum, par lequel on aperçoit les cornets. On peut aussi remarquer que la muqueuse du cornet inférieur droit est ulcérée en un point, mais cette ulcération tient sans aucun doute à l'irritation produite par un tampon conique que le malade porte constamment et sans lequel il ne peut réussir à articuler une parole ; le malade a subi un traitement mercuriel et ioduré long et complet sans amélioration; une légère angine, survenue il y a quelques jours, disparaît rapidement et ne peut être regardée comme spécifique ; les bords de l'orifice sont durs, sans ulcération; on peut donc considérer la syphilis comme guérie, et l'opération est pratiquée le 15 juillet.

M. Richet apporte une petite modification au procédé opératoire : dans ses incisions libératrices, il dépasse de 2 centimètres le bord postérieur de la perforation, dans le but de mieux mobiliser les lambeaux, et surtout d'assurer leur réunion immédiate en ce point sans être obligé de recourir ensuite, comme chez le précédent opéré, à des cautérisations. Après avoir décollé la muqueuse et le périoste, en rasant les crêtes osseuses, décollement fait assez près des dents vu la situation de la perforation, il avive *obliquement* le bord interne des lambeaux et pose trois points de suture. L'avivement est fait en deux temps ; dans le premier, avivement d'un seul coup de la demi-circonférence antérieure; dans le second, avivement de l'angle postérieur.

Les trois points de suture sont passés de dedans en dehors avec des aiguilles très-courbes. Après avoir traversé un des lambeaux, M. Richet se sert du même fil passé dans une autre aiguille pour traverser le lambeau opposé également de dedans en dehors.

L'opération est terminée en une demi-heure et l'affrontement est complet. On permet au malade des aliments liquides, et on lui prescrit un gargarisme légèrement astringent.

Le lendemain, les lambeaux sont gonflés, un peu moins peut-être que chez le premier malade; mais comme on craint que ce soit la suture qui produise ce léger chevauchement du lambeau droit sur la face inférieure du gauche, on enlève un des fils qui d'ailleurs s'était profondément enfoncé dans les tissus boursouflés.

Le 17, troisième jour depuis l'opération, survient une hémorrhagie au niveau de l'extrémité antérieure de la plaie gauche, hémorrhagie assez abondante, mais facilement arrêtée par la compression. Le 18, enlèvement des deux autres fils ; les lambeaux sont soudés, mais le chevauchement persiste, et le lambeau qui fait saillie suppure un peu. Néanmoins, la cicatrisation se fait régulièrement à la fois sur la ligne médiane et sur les côtés ; le 31 juillet elle est achevée, et le malade sort de l'hôpital complétement guéri. La continuité de la muqueuse palatine est parfaitement rétablie, les cicatrices sont presque invisibles, il n'y a pas trace de fistule, la voix est absolument naturelle ; le malade, qui a pris quelques aliments solides dès le quatrième jour, peut presser le bol alimentaire contre la voûte palatine ; la portion de muqueuse qui bouche la perforation est assez solide pour résister à cette pression.

Le 18 août, M. Richet présente ce malade à plusieurs de ses collègues à la Faculté, et leur fait remarquer que non-seulement la voûte est parfaitement rétablie, mais qu'elle est tellement solide et résistante qu'une épingle a la plus grande difficulté à traverser les lambeaux ; c'est à ce point qu'on se demande s'il n'y aurait pas un commencement de régénération osseuse.

Ainsi voilà deux malades dont la difformité provenait de la même cause et affectait la même forme, radicalement guéris par une opération dont l'excellence est jugée par un nombre déjà considérable de succès ; le procédé employé par M. Richet est, comme il l'a dit dans sa clinique, calqué sur celui de M. Baizeau ; signalons toutefois les modifications assez importantes apportées dans le manuel opératoire, et notons quelques particularités qui nous ont frappé dans l'histoire de ces deux malades.

MM. Baizeau, Langenbeck et les auteurs qui ont décrit l'opération de l'uranoplastie, avivent, dans un premier temps, le pourtour de la fistule, et M. Sédillot, qui semble adopter presque absolument le procédé du chirurgien de Berlin, recommande d'inciser les bords perpendiculairement au contour osseux, afin de couper à la fois la muqueuse et le périoste et de rendre ainsi le décollement des lambeaux plus rapide. M. Richet, au contraire, n'avive les bords de la perforation qu'après les incisions libératrices, et pratique un *avivement oblique*, d'un côté sur la muqueuse qui regarde les fosses nasales, de l'autre sur la muqueuse palatine, le trouvant plus facile à faire sur les lambeaux flottants que sur la muqueuse encore adhérente. Cette modification, empruntée à l'avivement des fistules vésico-vaginales, a l'avantage de mettre en contact de plus larges surfaces cruentées et de favoriser ainsi leur réunion en la rendant plus solide.

Un fait sur lequel M. Baizeau n'a pas insisté, c'est la tuméfaction des lambeaux le jour même de l'opération ; aussi voyons-nous, dans presque toutes les observations publiées, que l'on a multiplié les points de suture. Que s'est-il passé dans nos deux cas ? Chez le premier malade un point de suture a été suffisant, et dès le second jour le fil a disparu au milieu du gonflement, la réunion s'est faite par première intention ; chez le second, le point de suture médian a fait chevaucher les surfaces saignantes, s'est opposé à la réunion immédiate, a coupé les tissus, et certainement a été plus nuisible qu'utile, aussi l'a-t-on enlevé presque aussitôt. Nous voyons donc se vérifier ici l'opinion du professeur sur l'inutilité des points de suture trop multipliés, et même des sutures si peu nombreuses qu'elles soient. Si l'on savait résister à la tendance que l'on éprouve à suivre toujours les mêmes errements, un des temps les plus longs et les plus pénibles de l'opération se trouverait supprimé.

Faut-il se préoccuper de soutenir les lambeaux, comme le font certains chirurgiens, dans la crainte de les voir s'affaisser dans la cavité buccale? Évidemment non, dans les perforations de médiocre étendue; les lambeaux ne sont pas assez longs pour flotter, et le bord externe de chacun d'eux, se trouvant le plus épais, semble, par le fait de sa tuméfaction, exécuter un mouvement de bascule qui donne à la voûte palatine la forme d'une voûte convexe en haut. Il nous paraît donc au moins inutile, pour ne pas dire plus, d'imiter M. Sédillot et de placer dans les deux rainures qui résultent des incisions libératrices ces mèches de charpie destinées à empêcher l'adhésion trop rapide des surfaces saignantes de chaque côté des arcades alvéolaires.

Si cependant on veut faire plusieurs points de suture, quel sera le procédé le plus commode pour passer les fils ? M. Richet a insisté sur les difficultés qu'il éprouvait avec les aiguilles, et avait d'abord eu l'intention d'employer soit le porte-aiguille d'Archigène, soit le passe-fil de Dupierris, soit l'instrument de Langenbeck ; ces petits appareils assez difficiles à manier ont, excepté le dernier, l'inconvénient de piquer la muqueuse par sa face supérieure, ce qui expose le chirurgien à passer ses fils à des distances variables du bord libre des lambeaux ; néanmoins leur emploi serait peut-être préférable à celui des aiguilles courbes, qui se cassent facilement et que l'on est souvent obligé de passer également de dedans en dehors comme dans la seconde de nos observations.

Remarquons, enfin, que l'on fera bien, pour éviter tout danger de fistule, de prolonger les incisions latérales de 1 à 2 centimètres en arrière de la perforation.

Quant à la régénération osseuse de la voûte, les malades opérés à la clinique le sont depuis trop peu de temps pour qu'on doive rien conclure à ce sujet ; ce qu'on peut affirmer, c'est que, même aujourd'hui, les tissus sont solidement unis, et une aiguille enfoncée à travers la muqueuse vient heurter sur une surface dure et résistante.

Une particularité que nous avons notée est cette absence d'hémorrhagie primitive, et cette hémorrhagie secondaire, survenue le troisième jour, au même niveau, à la partie antérieure des incisions libératrices. Ce fait doit engager les chirurgiens à prévenir les malades et à leur indiquer le moyen de faire eux-mêmes la compression sur la voûte palatine. A part cette petite complication, nous avons vu les choses se passer des plus simplement chez nos malades ; dès le troisième jour, ils pouvaient manger déjà quelques aliments demi-solides, et M. Richet a vu un homme opéré par lui à l'hôpital Saint-Louis boire et fumer le jour même de l'opération, sans que la plaie laissât passer par les fosses nasales ni fumée ni liquide. On peut donc dire que l'uranoplastie est une opération d'une exécution relativement facile, sans danger et susceptible, dans presque tous les cas, de guérir radicalement ces perforations d'origine syphilitique, qui présentent à peu près toujours la même largeur, la même forme, la même situation, et que tant de malades considèrent à tort comme incurables.

POLYDACTYLIE

(Observation recueillie par M. LESENNE, interne.)

La lecture de l'observation de polydactylie, insérée dans le n° 82 de la *Gazette des Hôpitaux*, m'a remis en mémoire un cas à peu près semblable que j'ai observé il y a quelque temps et que je m'empresse de vous communiquer.

La nommée C... (Catherine), âgée de 43 ans, enceinte pour la cinquième fois, accouche très-heureusement le 28 avril 1871.

L'enfant, de sexe féminin, présente aux mains et aux pieds la disposition curieuse que voici :

Sur le bord cubital de chaque main, au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne, il existe un petit appendice cylindrique, long de près de 1 centimètre, et d'un diamètre de 3 à 4 millimètres ; un pédicule très-délié le supporte ; la coloration en est normale ; il n'y a pas traces d'articulations ; à l'extrémité se voit un rudiment d'ongle.

M. Lenoel enleva ces appendices avec des ciseaux ; un léger écoulement de sang s'ensuivit, qu'il arrêta en touchant la plaie avec le crayon de nitrate d'argent.

Aux pieds, le fait est plus curieux : il existe six orteils parfaitement

conformés, situés sur la même ligne et à la même hauteur, dont la longueur et le volume vont régulièrement en décroissant du premier au sixième; ce dernier est articulé à côté du cinquième, dont il est complétement indépendant, sur la tête élargie du cinquième métatarsien. Un tendon fléchisseur et extenseur spécial vient lui donner la même mobilité qu'aux autres orteils.

Aucune opération n'est pratiquée.

J'interroge alors la mère pour savoir s'il n'y a rien de semblable dans sa famille, et j'apprends que sur cinq enfants qu'elle a eus, trois ont présenté exactement la même disposition, qui existait aussi chez sa grand'mère maternelle.

. . . .

Dans le même service est accouchée, le 28 août, la nommée G.... (Pauline), enceinte pour la première fois. L'enfant n'a qu'une partie du membre supérieur gauche; le bras n'offre rien de particulier, mais l'avant-bras est réduit à une longueur de 2 centimètres; le cubitus et le radius y existent tous deux et donnent insertion au biceps et au brachial antérieur, ce qui fait que ce moignon jouit d'une grande mobilité; on sent à l'extrémité les bouts mousses du cubitus et du radius; la peau y est froncée; on y voit même cinq petits appendices, tout à fait rudimentaires (doigts en miniature).

DES RÉTRÉCISSEMENTS DU CONDUIT AUDITIF EXTERNE

Par M. le docteur C. Miot.

Les rétrécissements osseux n'ont pas suffisamment attiré l'attention des praticiens, puisque la plupart ont négligé de parler de cet état pathologique ou en ont dit seulement quelques mots.

Kramer, dans son traité, a signalé les rétrécissements du conduit sans parler des tumeurs osseuses de cette partie de l'organe auditif. Bonnafont n'a pas reconnu les rétrécissements inflammatoires, quand il dit que les périostites et les ostéites ont bien « plus de tendance à élargir le conduit par quelques pertes de substance qu'à le diminuer par son hypertrophie, et ce qui m'étonne le plus, c'est que cet obstacle étant donné, Kramer propose de le détruire avec le trépan. » Nous verrons tout à l'heure que ces états morbides peuvent produire un rétrécissement complet, permanent ou temporaire, de la portion osseuse du conduit.

Toynbée puis Bonnafont nous ont signalé l'existence des tumeurs osseuses du conduit. Le premier auteur en a publié neuf observations; le second, trois; moi-même je puis en citer trois.

Pour faire l'étude des déformations fibreuses ou osseuses du conduit, il est utile de les diviser en trois classes parfaitement distinctes qui comprennent : la première, les rétrécissements de la portion fibro-cartilagineuse; la seconde, les rétrécissements osseux; la troisième, les tumeurs osseuses.

Symptômes physiologiques. — Les rétrécissements de la portion fibro-cartilagineuse déterminent des élancements, des battements dans l'oreille, lorsqu'ils s'opposent à la sortie du pus.

Les rétrécissements osseux, qui surviennent à la suite d'une ostéo-périostite, causent des douleurs qui sont celles de l'otite désignée. Ces douleurs n'existent pas continuellement; elles surviennent lorsqu'une inflammation nouvelle éclate et produit le gonflement de l'os. Elles s'exagèrent beaucoup, à mesure que les parois antérieures et postérieures du conduit se rapprochent l'une de l'autre.

Quand celles-ci se touchent, il y a des douleurs encore plus vives qui sont dues à l'étranglement de la peau tapissant la portion osseuse du conduit. L'inflammation aiguë étant disparue, les douleurs diminuent et cessent. En même temps, les parois s'écartent l'une de l'autre à un degré variable et reviennent complétement sur elles-mêmes, de telle sorte que le conduit reprend peu à peu les calibres qu'il avait auparavant.

Mais il n'en est pas toujours ainsi, parce que chaque fois qu'il survient une inflammation nouvelle de l'os, les parois se tuméfient et reviennent de moins en moins sur elles-mêmes. Alors le conduit reste rétréci après avoir été atteint un certain nombre de fois par le processus inflammatoire. Que dans cet état les parois osseuses s'enflamment, il pourra se former un rétrécissement assez complet pour qu'on ne puisse pas le franchir, même au moyen d'une tige de 1 millimètre de diamètre. On comprend donc pourquoi, s'il existe en même temps une suppuration de la caisse, les douleurs seront très-vives, non-seulement parce qu'elles sont produites par l'inflammation de l'os et l'étranglement des tissus, mais encore parce qu'elles sont exagérées par le pus qui séjourne dans l'oreille moyenne et augmente l'inflammation des parties voisines.

Les douleurs sont accompagnées de bourdonnements et de surdité. Les bourdonnements en forme de battements sont tumultueux, très-incommodes, varient suivant l'état hypérémique de l'organe, et cessent lorsque le processus inflammatoire a disparu en totalité ou en partie.

La surdité est variable et dépend de l'état du nerf auditif, de l'hypérémie de l'organe, du degré du rétrécissement, du conduit ou de la quantité de matières étrangères (liquides, molles ou solides) renfermées dans l'oreille externe ou l'oreille moyenne.

Les tumeurs osseuses diffèrent des rétrécissements osseux, en ce qu'elles viennent à l'insu du malade et ne causent aucune douleur. Elles peuvent obstruer le conduit auditif à des degrés variables et causer une surdité complète. On les rencontre parfois chez le même malade, dans les deux oreilles, seulement elles sont rarement aussi développées l'une que l'autre. L'une d'elles produit un rétrécissement qui comprend un ou deux tiers du conduit, tandis que l'autre ferme complétement ou à peu près le conduit; c'est ainsi que je l'ai remarqué chez deux malades.

Les tumeurs osseuses causent une surdité subite ou graduelle. La surdité qui survient très-rapidement dépend de la cause suivante que j'ai constatée d'une manière très-évidente chez un de mes malades. Lorsque le conduit est excessivement rétréci, s'il survient une otite externe, par suite d'une cause quelconque, il y a un gonflement des tissus mous. En même temps des pellicules s'accumulent dans le conduit et surtout dans sa partie rétrécie, complètent le rétrécissement et produisent une surdité très-prononcée dans l'espace d'une nuit. C'est ce qui fait que le malade, entendant bien en se couchant, se réveille sourd le lendemain matin. Quelquefois, à la surface des tumeurs, on voit des granulations qui suppurent peu.

Le cérumen pourrait encore produire le même effet que les pellicules, mais j'ai remarqué que les malades porteurs de pareilles tumeurs ont des conduits dépourvus de cérumen.

La surdité peut venir graduellement; alors on la constate lorsque les parois osseuses se touchent et offrent un passage étroit aux ondes sonores.

Mais le malade dont une oreille fonctionne bien ne remarque pas de suite cette surdité; c'est par hasard qu'il s'en aperçoit ordinairement.

Indépendamment de la surdité, le malade éprouve quelquefois une sensation de pesanteur, d'oreille bouchée, très-rarement des douleurs assez fortes qui puissent faire penser à des lésions analogues dans l'oreille moyenne ou dans l'oreille interne. (Toynbée.)

Marche. — Durée. — Terminaisons. — Les rétrécissements fibreux se produisent lorsque l'oreille a suppuré pendant longtemps; alors des ulcérations se forment sur un point des parois, généralement sur les parois supérieures ou inférieures. Ces ulcérations se couvrent de bourgeons, qui se soudent peu à peu et rétrécissent le calibre du conduit, parfois même ferment complétement la lumière du conduit dans une étendue variable. La soudure comprend le méat seul, qui est fermé par un tissu cicatriciel résistant, assez mince et un peu déprimé, ou bien une partie de la portion fibro-cartilagineuse, le méat restant libre, mais rétréci et déformé. Quelquefois les parois de toute la portion fibro-cartilagineuse sont soudées entre elles.

Les rétrécissements osseux ont une marche assez rapide et ordinairement aiguë, c'est-à-dire qu'ils peuvent devenir complets en très-peu de temps.

La portion osseuse, déformée une première fois, peut l'être bien des fois à la suite d'inflammations nouvelles. Après quelques récidives, le rétrécissement de la portion osseuse persiste plus ou moins prononcé pendant toute la vie, et comme les malades affectés de pareilles lésions ont une constitution scrofuleuse, il n'est pas rare de constater l'existence de trajets fistuleux, et l'on voit fréquemment un écoulement purulent de la caisse entretenu par un point carié ou des granulations. Parfois cet écoulement cesse et revient sous l'influence d'une cause légère en apparence. Chez un grand nombre de ces malades, le tympan est détruit ou largement perforé, la plupart des osselets existants sont résorbés en partie ou entièrement détruits. Quant aux perceptions crâniennes et auditives, elles sont variables. La perception crânienne est excellente, faible ou nulle. La perception auriculaire est très-variable; elle est faible toutes les fois qu'il existe un état hypérémique de l'organe ou d'une partie de l'organe, ou que le passage des ondes sonores à travers le conduit auditif externe est gêné par un obstacle; c'est ce qui explique pourquoi l'audition peut varier plusieurs fois dans la même journée.

Au contraire, les tumeurs osseuses, que je regarde comme congénitales, ont une marche très-lente et tellement insidieuse, que le malade ne peut donner aucun renseignement capable de guider le praticien. Elles ne me paraissent pas susceptibles de disparaître spontanément, contrairement aux assertions de Toynbée.

Symptômes objectifs. — Les rétrécissements de la portion fibro-cartilagineuse sont faciles à reconnaître. Quand le méat seul est fermé, on voit à sa place, blanc-jaunâtre rosé, une surface plane ou un peu concave. En le touchant, on sent qu'il est résistant, assez mince et peut être déprimé en exerçant sur lui une certaine pression.

Quand le rétrécissement comprend une partie de la portiion fibro-cartilagineuse, on voit en dedans du méat, qui est déformé et rétréci, un espace libre, puis un espace beaucoup plus rétréci, à travers lequel on peu distinguer les détails des parties situées plus profondément.

Les rétrécissements osseux, ou plutôt les déformations de la portion osseuse du conduit auditif externe, sont faciles à distinguer des autres états pathologiques par leurs physionomies spéciales.

Les rétrécissements osseux, comprenant généralement la plus grande largeur du conduit, diffèrent des exostoses qui intéressent souvent une partie des parois antérieure et postérieure du conduit, l'une d'elles seulement, ou la paroi tout entière. Les rétrécissements osseux incomplets se présentent sous des formes variées. On voit la portion osseuse diminuée de largeur, plus ovale qu'à l'état normal, ou réduite à l'état d'une fente plus ou moins étroite.

Si les parois antérieure et postérieure se touchent, elles laissent toujours entre elles un intervalle qui correspond ordinairement aux parois supérieure et inférieure de la portion osseuse, mais plus souvent à la paroi supérieure. La surface lisse de ces parties déformées a une coloration rougeâtre, rosée assez vive, tant qu'il existe un certain degré d'hypérémie; mais peu à peu, la coloration devenant plus pâle, ces parties prennent une coloration jaunâtre rosée, assez comparable à celle de la peau qui recouvre la portion osseuse du conduit. Ces parties déformées sont couvertes de pus, ou laissent apercevoir dans l'intervalle qu'elles ont laissé libre ce liquide pathologique agité par des battements artériels, lorsqu'il existe une hypérémie de l'organe. En les touchant avec un stylet, elles donnent une sensation osseuse très-manifeste, ou un peu moins nette, à cause de l'épaississement de la peau (pachydermie chronique), qui est une conséquence fréquente des suppurations de l'oreille. Si la pression exercée par le stylet est un peu brusque ou un peu forte, le malade ressent des douleurs assez vives, beaucoup plus intenses lorsqu'il existe encore une hypérémie de l'organe.

Il n'est pas rare de voir à la surface de ces déformations osseuses des granulations fongueuses qui saignent au moindre contact.

Les exostoses se présentent sous la forme de tumeurs beaucoup mieux dessinées et bien plus distinctes des parois du conduit, auxquelles elles adhèrent par une base, large d'ordinaire. Elles ont une surface lisse, d'un blanc jaunâtre rosé, nullement opaque, mais comme translucide.

A voir quelques-unes de ces tumeurs, on dirait qu'elles sont gélatineuses, tant la couleur de la peau qui les tapisse est tendre.

On en voit d'autre qui ont une coloration d'un blanc jaunâtre, moins rosé et très-opaque.

Les exostoses se développent souvent sur la paroi postérieure du conduit et touchent parfois la partie antérieure au point de ne laisser aucun intervalle. Parfois il y a un petit espace comblé par des granulations. Généralement, les exostoses n'atteignent pas un volume aussi considérable et ne touchent point la paroi antérieure du conduit. Lorsqu'elles naissent sur les parois antérieures et postérieures du conduit, elles viennent à la rencontre l'une de l'autre. Après avoir atteint un certain développement, elles restent stationnaires ou augmentent de volume; alors peu à peu elles se touchent; l'une devient concave dans un point, l'autre convexe dans le point correspondant, comme si elles étaient moulées l'une sur l'autre.

Étiologie. — Les rétrécissements de la portion osseuse du conduit surviennent toujours pendant le cours d'une inflammation vive de ses parois, que cette inflammation ait pour causes un état aigu primitif ou venant compliquer un état chronique, ou une cautérisation trop forte de l'oreille externe, ou l'usage prolongé d'une solution trop concentrée. Il est probable que ces déformations osseuses auraient lieu moins souvent, si la constitution scrofuleuse du sujet ne prédisposait pas l'oreille à être modifiée aussi profondément.

Indépendamment de ces rétrécissements et de ces déformations inflammatoires qui siégent dans la portion osseuse, on en voit qui affectent la portion fibro-cartilagineuse au point de fermer complétement le méat. Cette soudure du méat se produit pendant le cours d'une suppuration chronique de la caisse, par suite de la formation de granulations qui se touchent et forment un tissu cicatriciel qui comble la lumière du méat et peut obturer celle de la portion fibro-cartilagineuse.

Quand la soudure est complète, on voit, à la place du méat, une dépression à peu près linéaire, formée par le tissu cicatriciel de nouvelle formation. Quand la soudure est incomplète, on aperçoit, à la place du méat, une ouverture de grandeur variable. Le rétrécissement ou la soudure de la portion fibro-cartilagineuse rend plus difficile ou empêche la sortie du pus, de telle sorte que, dans le premier cas, le pus séjourne plus longtemps qu'il ne faudrait et augmente la congestion de l'organe; dans le second cas, le pus séjourne dans l'oreille, devient très-fétide et augmente l'inflammation au point de déterminer des douleurs vives. Cette inflammation amène la résorption d'une partie ou de la totalité du tissu cicatriciel, et une ouverture se fait à la place occupée par ce tissu. L'ouverture persiste ou se referme pour s'ouvrir de nouveau à une époque variable. Les phases qui suivent ces rétrécissements, les symptômes qu'ils déterminent, nous indiquent quelle est la marche à suivre pour les traiter.

Les tumeurs osseuses, ou exostoses véritables, reconnaissent le plus souvent pour cause, d'après Toynbee, les diathèses rhumatismales ou goutteuses. D'après les faits que j'ai recueillis, je pense que ces tumeurs osseuses sont congénitales, qu'elles ne prennent dans certains cas aucun accroissement, mais que, dans d'autres, elles augmentent de volume et déterminent la surdité. Du reste, ces tumeurs peuvent laisser libre une partie du calibre du conduit sans causer la surdité; mais qu'il survienne un gonflement de la peau, un amas de pellicules, de pus, de granulations, l'intervalle laissé libre peut être comblé en quelques heures ou quelques jours, et le malade devient sourd brusquement. Il est donc important de ne pas se laisser induire en erreur en ajoutant foi aux détails racontés par le malade.

Diagnostic. — Par la description précédente, on voit qu'il est nécessaire de savoir distinguer deux états pathologiques parfaitement distincts : les déformations inflammatoires et les déformations congénitales; les premières indiquant des lésions graves beaucoup plus souvent que les secondes.

En effet, dans le cas où il existe un rétrécissement inflammatoire du conduit, on peut toujours constater les traces indélébiles

d'une inflammation chronique de la caisse, ou bien une suppuration persistante de la caisse, avec perforation ou destruction de la membrane du tympan et paralysie variable du nerf auditif.

Il n'en est plus ainsi dans le cas où l'on constate la présence d'une exostose. On ne voit aucune trace de suppuration ancienne ou persistante. La perception crânienne est excellente, à moins qu'il n'existe aussi des productions osseuses dans les oreilles moyenne et interne, comme Toynbée l'a démontré.

Pronostic. — Le pronostic varie suivant qu'il existe un rétrécissement ou une exostose. Quand il y a un rétrécissement inflammatoire peu prononcé, on peut examiner assez bien l'oreille externe et le tympan pour reconnaître les lésions existantes et porter un pronostic sérieux. Mais s'il existe un rétrécissement considérable ayant produit une obstruction à peu près complète du conduit, comme cela arrive dans certains cas, il est impossible de reconnaître l'étendue des lésions et d'émettre une opinion arrêtée.

Cependant on peut savoir si le tympan est perforé, si la trompe est perméable ou peut le devenir en ayant recours au cathétérisme, au procédé de Valsalva ou à celui de Politzer.

Il est bien entendu que pendant cette exploration de l'oreille moyenne, on doit correspondre avec l'oreille du malade au moyen d'un tube en caoutchouc (tube de Toynbée), de manière à pouvoir apprécier les bruits différents qui se produisent dans l'oreille moyenne. Après avoir fait cet examen, on note l'état des perceptions crânienne et auriculaire en tenant compte de l'hypérémie de l'organe, si elle existe, car on sait que les fonctions du nerf auditif sont très-désavantageusement modifiées toutes les fois qu'il y a un afflux de sang à l'oreille. C'est pourquoi, avant de porter un pronostic, on doit tenir compte de ce dernier état de l'organe, du degré de rétrécissement du conduit et de la quantité de matières étrangères qui se trouvent dans l'oreille externe et dans la caisse du tympan.

Comme le rétrécissement inflammatoire diminue toujours dès que le processus inflammatoire a disparu, on doit attendre ce moment avant de porter un meilleur pronostic.

Comme les matières étrangères peuvent souvent être expulsées au moyen d'une injection, il est bien préférable de la faire avant de porter un pronostic.

Dans les cas où il existe une exostose dans la portion osseuse du conduit, il est facile de savoir si elle s'oppose seule à la transmission libre des ondes sonores à la chaîne des osselets. Dans le cas contraire, on explore bien le conduit afin de reconnaître les corps étrangers qui complètent l'obstruction. Si l'oreille externe est libre et la surface de la membrane du tympan bien nette, on doit songer à l'existence d'exostoses dans les oreilles moyenne ou interne. Il est donc bien nécessaire de procéder à l'exploration de la trompe et de la caisse en se servant en même temps du tube de Toynbée, et de noter l'état des perceptions crâniennes et auditives.

Après avoir constaté qu'il n'y a pas d'autres symptômes que la surdité et que des bourdonnements, on pourra admettre avec raison que les oreilles moyenne et interne sont lésées ou que l'une d'elles seulement est atteinte.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 2 août 1871. — Présidence de M. Blot.

Le procès-verbal de la dernière séance est adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

— La *Gazette des Hôpitaux*;
— *L'Union médicale*;
— Le *Bulletin de thérapeutique*;
— La *Gazette médicale de Strasbourg*.
— *St Thomas's hospital Reports.* New series vol. 1. — Premier volume de cette remarquable publication adressé à la Société par le conseil de l'hôpital.

M. Verneuil dépose sur le bureau, en énumérant les principaux sujets traités, la *Clinique chirurgicale de Goyrand (d'Aix)*, recueillie et annotée par son gendre, le docteur Silbert.

Le présentateur insiste sur la valeur de ce travail, et considère comme une bonne habitude de recueillir les travaux épars des chirurgiens de villes de province. Cela offre l'avantage de perpétuer le souvenir de médecins éloignés des centres de publication et de favoriser les recherches des travailleurs qui ont besoin des travaux originaux de nos chirurgiens de province.

Des remerciements sont adressés aux auteurs.

Appareils amovo-inamovibles. — M. Sarazin, membre correspondant, présente à la Société un système d'appareils modelés en toile métallique, destinés au traitement des fractures par coups de feu des membres. Il a eu surtout en vue dans leur fabrication les difficultés et les nécessités que rencontre le chirurgien militaire dans les ambulances et sur les champs de bataille.

Ces appareils, dont l'idée n'est pas nouvelle puisqu'elle a été réalisée, en partie du moins, par Meretrie et Lafargue, se compose de la façon suivante : une attelle rigide en bois, des valves fixées à charnière ou clouées sur elle, faites en toile métallique, des courroies bouclées pour les maintenir, et pour remplissage un coton cardé. La toile métallique qui sert à la fabrication des valves est en fil de fer galvanisé, épais de 1 millimètre; sa maille a 1 centimètre; elle présente une rigidité suffisante et une malléabilité telle que la pression des mains du chirurgien moule facilement les valves sur les formes du membre brisé. Grâce à la présence de l'attelle et des courroies, l'appareil est assez solide pour se prêter au transport immédiat des malades.

M. Sarazin présente à la Société quelques-uns de ces appareils, qu'il a appliqués sur des blessés de son ambulance à la bataille de Frœschwillier.

Ces appareils sont légers, peu coûteux et d'un transport facile. Ils sont d'une application très-rapide, se prêtent bien aux pansements des plaies et maintiennent bien les fragments sans comprimer le membre fracturé. Ils sont enfin solides et inaltérables aux liquides.

En terminant sa communication, M. Sarazin fait remarquer que ses appareils ont rendu déjà de bons services et qu'ils ont obtenu l'approbation de plusieurs de ses collègues et celle de M. Sédillot, qui était venu à Haguenau pour mettre à la disposition de nos malheureux blessés sa vaste expérience et son patriotique dévouement.

Hernie obturatrice. — M. Éd. Cruveilhier communique une observation avec pièce à l'appui de hernie obturatrice.

Il s'agit d'une vieille femme de la Salpêtrière qui avait présenté des signes d'étranglement interne et chez laquelle on avait trouvé à l'autopsie une hernie sous-pubienne que rien ne pouvait faire reconnaître.

Ce qu'il y a de remarquable, dit le présentateur, c'est que, sur la pièce anatomique mise sous les yeux de la Société, il n'y avait pas un étranglement complet, mais bien un simple pincement d'une portion de l'intestin.

La séance est levée.

Le vice-secrétaire annuel : Armand Després.

DOCUMENTS

POUR SERVIR A L'HISTOIRE DU MOUVEMENT SCIENTIFIQUE PENDANT LE SIÉGE DE PARIS (1).

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 24 janvier. — Présidence de M. Wurtz.

(Suite)

M. Chauffard termine ainsi :

Je crains d'avoir lassé la bienveillante patience de l'Académie; cependant, Messieurs, je ne voudrais pas quitter l'étude de l'alcoolisme et de ses rapports avec le traumatisme sans vous soumettre mes réflexions, mes présomptions sur un point délicat et controversable, mais dont l'importance est considérable au point de vue du caractère et de la prospérité de notre race. Il est un fait propre à frapper : c'est la différence des effets produits par l'alcool suivant les individus, c'est la résistance si variable que les diverses personnes opposent à l'intoxication alcoolique, soit à l'intoxication accidentelle et aiguë de l'ivresse, soit à l'intoxication chronique, à l'alcoolisme. Je sais bien que ces différences s'observent à l'égard de tout poison, mais non à ce même degré, surtout en ce qui concerne les effets chroniques, les seuls que nous ayons à envisager ici. Les uns tombent dans l'alcoolisme, alors que d'autres ne ressentent aucun trouble fâcheux, quoique l'abus ait été le même dans les deux cas, ou même qu'il ait été plus considérable dans le second. Pour remonter à la cause de ces différences, il faut se rappeler les effets propres de l'alcool, son action antinutritive et antiplastique. Si donc les uns cèdent, et si les autres résistent à l'alcoolisme, il est logique d'en inférer une différence correspondante dans la force de résistance des facultés nutritives et plastiques. Cette énergie variable des forces plastiques, les chirurgiens l'observent tous les jours : chez certains blessés, elle est d'une faiblesse, et chez d'autres d'une puissance qui, pareillement quoique en sens inverse, frappent le praticien d'étonnement. Les uns ne surmontent pas les blessures les plus légères, les plus inoffensives en apparence; les autres supportent, sans perturbation appréciable, de vastes et profonds délabrements qui semblent défier toutes les ressources de la nature et de l'art. La mort vient là où la guérison paraissait assurée, là guérison se fait alors que la mort semblait inévitable, et cela sans qu'aucun incident particulier venant des circonstances ambiantes puisse expliquer ces issues inattendues. Les chirurgiens saisissent là sur le fait, et jusque dans ses manifestations extrêmes, la variabilité des forces plastiques. Les médecins peuvent, de leur côté, en soupçonner l'existence, soit par la manière dont les divers individus résistent à des impressions morbifiques identiques, soit par la façon dont les maladies aiguës s'expriment et se comportent dans les cas divers. Il est tel malade chez lequel une phlegmasie étendue, accidentellement survenue, éveillera une réaction générale à peine sensible, n'augmentera pas notablement la température et les déchets organiques, n'éteindra pas l'appétit, qui pourra se nourrir modérément sans que la fièvre croisse, et gardera la liberté de ses mouvements et de ses facultés intellectuelles; ce malade-là possède une puissance plastique calme, forte, solide sur sa base, la nutrition organique. Le tableau opposé, que je n'ai pas besoin de retracer, et qui ne se voit que trop dans nos grandes villes, témoignera de conditions inverses. N'est-on pas autorisé à présumer que ces différences dans l'énergie plastique règlent les différences observées dans les effets de l'alcoolisme, expliquent ici les dégénérations rapides et extrêmes, et là le maintien de la bonne vitalité des tissus?

De pareilles différences se rencontrent, suivant moi, dans les races. Il est des races qui supportent mieux que d'autres les grands ébranlements traumatiques, et qui accomplissent plus sûrement les réparations plastiques que ceux-ci nécessitent. La race anglo-saxonne me semble pouvoir, sans fléchir, tolérer les traumatismes considérables. La race française, au contraire, telle que l'a constituée, à travers de longs siècles, l'incessant mélange des nationalités primitives, successivement établies et absorbées sur le sol des Gaules, cette race qui ressent si vivement toutes les excitations, qui se soulève et réagit toujours de façon à troubler sans cesse les œuvres de la vie nutritive qui veulent avant tout le calme et comme l'inertie de la vie de relation, cette race, dis-je, est mal disposée aux grandes restaurations plastiques, supporte difficilement les délabrements d'un traumatisme étendu. Si l'on veut réfléchir et comparer tous les caractères moraux, physiques et pathologiques de ces races, les habitudes de leur vie sociale et physiologique, on se convaincra de l'extrême probabilité de l'opinion que je défends; elle s'offrira comme une opinion logique, comme une conclusion manifeste. Mais à qui repousserait ces comparaisons et la valeur de ces probabilités, il n'y a qu'à opposer la brutalité et le nombre des faits : pour quelque grande opération que ce soit, la statistique démontre que les succès obtenus sur la race anglo-saxonne dépassent, et de beaucoup, les succès obtenus chez nous. C'est là un fait général, absolu, qui n'est pas particulier à telle opération, à tel chirurgien, à tel faiseur de statistiques, mais qui ressort de tous les éléments de comparaison que la science fournit, qui est attesté même par les chirurgiens français qui ont été en situation de comparer, dans des conditions en apparence identiques, les succès obtenus sur les deux races. J'appellerai en témoignage le livre de notre savant collègue, M. Legouest, *Traité de chirurgie d'armée*, qui montre que, du côté de nos alliés en Crimée, on perdait, dans les opérations, 27 à 28 pour 100, tandis que nous, pour les mêmes opérations, nous perdions 70 pour 100. La disproportion est telle, que l'on ne peut seulement en accuser les différences dans les conditions spéciales où se trouvaient placés les opérés des deux armées; d'autant plus, je le répète, que ce n'est pas là un fait isolé ou exceptionnel, mais un fait de règle, confirmé par tous les documents sérieux. Il est donc permis de le dire, les forces plastiques, dans la race anglo-saxonne, sont plus fixes et plus résistantes que dans notre race française, et ce caractère, joint à une puissante fécondité, me paraît être le signe distinctif de cette race qui possède déjà une moitié du monde. Je n'entends pas par là établir sa supériorité. Les races humaines sont comme les individus qui les composent, elles tirent surtout leur dignité, leur éclat et leur grandeur de l'esprit qui les anime, de la mission morale qu'elles accomplissent, des œuvres qu'elles réalisent dans les régions supérieures du beau et du vrai. Sous tous ces rapports, nous pouvons le dire, non sans fierté, la race française n'a aucune comparaison à redouter; il n'en est pas qui ait rempli le monde de plus de dévouement et de lumière. Nous pouvons donc, sans fausse honte, reconnaître l'instabilité et en quelque sorte la fragilité de sa vie plastique. C'est là ce que nous avons à fortifier en elle, car c'est par là qu'elle peut déchoir. Or, Messieurs, en ce sens, l'alcoolisme est pour elle l'un des plus redoutables fléaux; elle y résistera moins bien qu'aucune autre race; les antiplastiques lui conviennent d'autant moins que la plasticité originelle est moins puissante.

Et comme s'il fallait que tout vînt converger pour nous rendre l'abus alcoolique plus nuisible, notons que la manière dont nos populations urbaines consomment l'alcool est la plus funeste qu'elles puissent choisir. L'Anglo-Saxon mange beaucoup et souvent; même dans l'état fébrile il ne veut pas de l'abstinence et la supporte mal. Quand il prend de l'alcool, c'est donc avec un estomac occupé, avec des vaisseaux qui absorbent en même temps des matériaux nutritifs. Les effets alcooliques en sont d'autant diminués. Chez nous, au contraire, c'est le matin à jeun, c'est avant le repas que les hommes, adonnés à l'alcool, le consomment. Le poison, ainsi ingéré, saisit un organisme sans défense, et ses propriétés toxiques s'en accroissent d'autant. Sans compter que l'estomac se déshabitue de cette introduction à vide de liquides irritants, et que bientôt une anorexie déplorable s'empare du buveur; il boit beaucoup, et ne mange plus, ou mange d'une façon insuffisante; double cause de ruine pour la vitalité plastique, double cause pour donner toute son activité à la régression granulo-graisseuse. L'alcoolisme, s'il continue à se propager ainsi, rendra de plus en plus souffreteuses, dégradées et infécondes les populations ouvrières de nos villes, et portera à la race française une nouvelle et funeste atteinte.

Où sont donc les remèdes, et quels sont donc les obstacles à opposer à ce mal menaçant? Ici, messieurs, je serai très-bref, car je répondrai mal au pressant appel que nous adresse notre collègue M. Verneuil. Je n'ai pas la même confiance que lui dans les ressources possibles de l'art; je n'ai pas l'espoir qu'en interrogeant de côté et d'autre la thérapeutique, nous arrivions à améliorer la situation actuelle. Je n'ai pas l'optimisme rassurant de M. Hardy, qui attribue, suivant moi, une efficacité trop générale à l'emploi de l'alcool dans les accidents divers de l'alcoolisme; je ne partage pas les espérances de notre collègue M. Gubler, dans la succession qu'il nous propose des moyens thérapeutiques, succession qui répond à celle de névrose et de congestion inflammatoire. Non, j'ai vu l'alcoolisme dans ses accidents redoutables; j'ai tenté et j'ai espéré de guérir; j'ai été déçu dans mes tentatives, dans des espérances qui, souvent, me paraissaient fondées; j'ai cherché à pénétrer la nature du mal, à me rendre compte de cette tendance funeste que rien ne pouvait enrayer; et à ces études, je dois l'avouer, j'ai perdu la meilleure part de ma confiance dans la puissance de l'art. Si le *delirium tremens* est pur, sans dégénération organique profonde, s'il est vraiment délire de stimulation et paroxystique, il aura le plus souvent sa guérison dans des crises naturelles; l'opium à haute dose, conseillé par les vieux maîtres de l'art, restera, dans les cas difficiles, le médicament le plus sûr; il calmera l'excès de la stimulation toxique, il favorisera l'établissement des crises; le chloral agit sans doute dans le même sens; l'expérience décidera si ce nouveau médicament est préférable à l'opium ou même le vaut. Si le délire de forme tremblante plus ou moins accentuée s'associe à une dégénération organique avancée, de façon à faire redouter un affaissement subit de la stimulation, et en même temps de la vie nerveuse, il faut soutenir cette stimulation, devenue nécessaire et momentanément bienfaisante, par l'emploi hardi de l'alcool, par l'acétate d'ammoniaque, par l'usage du café, peut-être, comme le conseille notre savant collègue M. Richet. Ce cas est le plus fréquent dans les délires alcooliques associés aux affections de cause interne; ici la cause morbifique vient ajouter ses effets à ceux de la faiblesse organique du système nerveux, elle ébranle le fonctionnement de ce système et le rend plus sujet à défaillir subitement. Aussi les médecins ont-ils été les promoteurs de l'intervention thérapeutique de l'alcool; et il faut rapporter l'honneur de cette pratique excellente à un homme dont le sens médical dominait tous les systèmes du temps où il vivait, à Chomel, qui sut

(1) Suite. — Voir le numéro du 18 septembre 1871.

montrer que l'alcool pouvait calmer le délire, fait qui semblait un paradoxe dangereux à ceux qui n'admettaient alors que les enseignements de la médecine dite exacte et physiologique. En dehors de cette indication très-restreinte dans son objet, l'administration de l'alcool ne saurait être d'aucun secours ; il ne peut rien dans ces délires alcooliques dont la forme primitive est méningitique et subinflammatoire, rien dans ceux où l'asthénie est le fait dominant dès le début. Dans tous ces cas, trop fréquents, la thérapeutique est radicalement impuissante ; elle ne peut pas même retarder l'issue funeste; toute prise manque à une action salutaire ; l'organe a été silencieusement détruit, la mort ne fait que terminer une œuvre entreprise dès longtemps et conduite si près de sa fin que celle-ci n'est plus qu'une dernière et inévitable conclusion. Il en est pareillement ainsi dans tous ces accidents chirurgicaux, phlegmons et suppurations diffuses, gangrènes qui s'étendent sans se limiter nettement, état de prostration qui descend promptement à l'extinction dernière. La raison de tous ces faits désespérés demeure pareille et fatale ; l'art ne peut ici que contempler la mort.

Vous le voyez, Messieurs, notre rôle médical dans l'alcoolisme est pauvre est triste. C'est à d'autres que nous à fournir le remède de ce mal honteux. Cette tâche incombe à ceux qui façonnent et qui vivifient l'esprit et le cœur des générations actuelles. Ces générations il faut les instruire et surtout les moraliser. Sachons-le bien, l'instruction seule demeurera impuissante. On aura beau apprendre à nos populations les funestes effets de l'alcoolisme, que, du reste, elles n'ignorent pas, elles ne se laisseront pas moins entraîner à la satisfaction de ces grossières jouissances. Jamais le sentiment de leur intérêt n'a retenu les masses humaines. Pour arrêter les hommes en face de leurs passions, il faut les pénétrer d'idées morales, d'idées de devoir et de dévouement, d'abnégation et de sacrifice. Que le médecin et le moraliste marchent de concert à cette œuvre devenue difficile; pour nous surtout, disons-nous bien qu'en raison même de l'autorité que nous donne notre science, il nous faut, plus que d'autres, éviter de causer le moindre ébranlement à l'édifice de la moralité humaine; disons-nous bien qu'il faut respecter tout ce qui la sert, tout ce qui la propage, tout ce qui l'affermit et l'élève.

— La séance est levée à cinq heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Les écoles vétérinaires n'ont admis jusqu'à ce jour que des élèves internes.

Afin de favoriser les études vétérinaires et de donner satisfaction à un désir souvent exprimé, il vient d'être décidé que ces écoles recevraient, à partir de la rentrée, fixée au 6 octobre prochain, trois catégories d'élèves, savoir :

1° Des internes, à la situation desquels rien n'est changé;

2° Des externes qui seront soumis au même règlement que les élèves internes, pour ce qui concerne les examens, les cours et les travaux intérieurs de l'école.

Leur admission se fera d'ailleurs exactement dans les conditions déterminées au prospectus des établissements, à l'égard des internes ; seulement parmi les pièces à produire au ministère de l'agriculture et du commerce avec la demande du candidat, le modèle de l'obligation relative au payement de la pension sera modifié en ce sens que le prix de l'externat n'est que de 50 francs par trimestre.

Les candidats à l'internat, reconnus admissibles par le jury d'examen d'une école, et qui ne pourraient entrer dans l'établissement faute de place, auront la faculté d'opter pour l'externat.

3° Des auditeurs libres, qui seront admis sans examen, en présentant au directeur leur demande, accompagnée de l'engagement régulier d'acquitter un droit de 50 francs par trimestre.

— Le *Times* rassure encore le public sur la santé de la reine, tout en annonçant que ses forces reviennent très-lentement.

— Le paupérisme à Londres :

Pauvres existant à Londres (3,251,804 habitants) au commencement de septembre 1871 : 118,571.

A la même époque de l'année, ce chiffre était de 127,842 en 1870; de 128,344 en 1869, et de 128,526, en 1868. (*Times.*)

— *Maison de santé* à vendre par suite de décès. Écrire à Mᵉ Collin, notaire à Nancy.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments ou autres objets).

Revue photographique des hôpitaux de Paris, par les docteurs De Montméja et Bourneville. 3ᵉ année; les numéros de mai et juin sont en vente. — Prix de chaque : 2 francs.

Étude sur la lèpre tuberculeuse ou éléphantiasis des Grecs, par le docteur Paul Lamblin. In-8° avec figures dans le texte. — Prix : 3 fr. 50.

L'Uranoplastie et les divisions congénitales du palais, par le docteur Rouge, chirurgien de l'hôpital cantonal de Lausanne. 1 volume in 8° avec figures dans le texte. — Prix : 3 francs.

Angines aiguës ou graves. Origine, nature, traitement, par le docteur Moura. Broch. grand in-8° de 68 pages. — Prix : 3 francs.

Le Directeur : Dʳ E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois... 8 fr. 50 c.
Six mois.... 16 —
Un an...... 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes.

SOMMAIRE. — SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE. — De l'ostéo-myélite dans ses rapports avec l'infection purulente (M. Demarquay.) — ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Des rétrécissements du conduit auditif externe (M. Miot). — Documents pour servir à l'histoire du mouvement scientifique pendant le siége de Paris. — Nouvelles. — Bulletin bibliographique.

Paris, le 20 septembre 1871.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le débat intervenu entre M. J. Guérin et M. Chauffard, sur les points de doctrine soulevés au sujet de la pathogénie de l'infection purulente, s'est terminé hie par un dernier échange d'explications, que nous appellerons, si on veut bien nous passer la vulgarité de l'expression, le coup de poing de la fin. M. Chauffard, naturellement, n'a point accepté la critique que M. J. Guérin a faite de sa doctrine et lui a renvoyé à son tour une fin de non-recevoir à l'égard de ses idées en étiologie, et particulièrement de sa théorie des maladies ébauchées. Le tout s'est passé d'ailleurs très parlementairement. Mais là où M. Chauffard a montré une certaine susceptibilité impatiemment contenue, c'est quand il a répondu au passage du résumé de M. J. Guérin, rappelant un précepte de Quintilien sur la simplicité du style scientifique. M. Chauffard, prenant peut-être un peu trop à la lettre le mot de Buffon, en a presque fait une question de personnalité, et nous avons vu le moment où il allait invoquer pour son style le bénéfice de la loi Guilloutet. Mais le style c'est l'idée, c'en est du moins la forme et le revêtement, et du moment où l'on écrit, style et idée sont également tributaires de la critique. Nous n'examinons pas en ce moment si, dans l'espèce, la critique était fondée ; nous nous bornons seulement à en constater les droits.

Mais ce ne sont là, qu'on nous passe encore l'expression, que les bagatelles de la porte. Nous examinerons prochainement le fond du débat, ainsi que la question spéciale qui en a été l'occasion.

Après la fin de ce débat incident, M. Demarquay a pris la parole.

On n'a pas oublié l'élément important que M. Gosselin a introduit dans la discussion, en appelant l'attention de ses collègues sur la part considérable qui revient à l'ostéo-myélite dans l'infection purulente, et en signalant la fréquence beaucoup plus grande de la septicémie et de la pyohémie dans les cas où il y a suppuration simultanée des grands os et des parties molles, que dans ceux où la suppuration n'envahit que les parties molles seulement.

M. Demarquay est venu apporter très à propos un appoint efficace à l'opinion de M. Gosselin. Mettant à profit le grand nombre de faits de grands traumatismes qu'il a eu l'occasion d'observer pendant les derniers événements, M. Demarquay a étudié le rapport qu'il pouvait y avoir entre l'infection purulente et l'ostéo-myélite. Des autopsies nombreuses qu'il a faites et des lésions osseuses qu'il a constatées, il est résulté que toutes les fois qu'il avait observé, pendant la vie, les signes de l'infection purulente, et après la mort les caractères anatomo-pathologiques de cette affection, il a constamment trouvé une ostéo-myélite bien caractérisée, affectant les os des membres fracturés. Et pour qu'on n'objectât pas que l'ostéo-myélite ne serait dans ce cas qu'une des nombreuses manifestations de l'infection purulente, comme les abcès viscéraux, M. Demarquay a fait remarquer que l'ostéo-myélite, dans tous les cas qu'il a observés, affectait particulièrement les os fracturés ou contusionnés et non point ceux qui étaient restés à l'abri de toute atteinte.

Enfin, pour compléter la démonstration et établir que c'était bien l'ostéo-myélite qui était dans ces cas le point de départ ou la cause de l'infection purulente, il a fait des expériences confirmatives de celles de M. Cruveilhier et de M. Ollier, prouvant la perméabilité de la surface interne des os aux liquides qui séjournent dans le canal médullaire, et, par suite, l'absorption de ces liquides. M. Demarquay a été conduit, en conséquence, par le concours et la concordance de ses observations et de ses expériences, à conclure, comme l'avait déjà fait M. Gosselin, que l'ostéo-myélite doit désormais tenir une plus grande place dans l'étude de l'infection purulente.

On trouvera plus loin l'exposé très-intéressant de ces faits et de ces expériences, dont nous aurons à tenir grand compte dans l'appréciation générale de la discussion.

M. le président, en ouvrant la séance, a annoncé à l'Académie, en quelques paroles émues, la perte douloureuse que l'Académie vient de faire dans la personne de M. Blache, l'un de ses derniers présidents. M. Blache était un des médecins les plus universellement aimés et estimés ; il sera vivement regretté de tous ; nous n'avons aucune raison de dissimuler ici toute l'affection que nous avions pour lui et les regrets profonds que nous cause sa mort.

Dr BROCHIN.

DE L'OSTÉO-MYÉLITE

DANS SES RAPPORTS AVEC L'INFECTION PURULENTE

Par M. DEMARQUAY.

(Mémoire lu à l'Académie de médecine.)

Avant que la discussion sur l'infection purulente soit terminée, je désire entretenir de nouveau l'Académie d'un point important dans l'origine de cette grave complication des grands traumatismes, je veux parler de l'ostéo-myélite, sur laquelle M. Gosselin a justement attiré déjà son attention.

J'aurais été heureux de pouvoir présenter les recherches considérables que j'ai faites sur ce sujet. Mais le temps m'a manqué pour mettre en ordre les matériaux que j'ai réunis sur ce point.

Je me suis fait un devoir, pendant les événements que nous avons traversés, d'étudier, avec soin, le rapport qu'il pourrait y avoir, dans les grands traumatismes intéressant les os, entre l'infection purulente et l'ostéo-myélite. J'ai donc fait avec soin l'autopsie des blessés morts dans mon service, à la suite de lésions des membres affectés de fracas des os ; et j'ai, de plus, fait reproduire par un artiste distingué, M. Hauteroche, les lésions osseuses que j'ai constatées. J'ai pu, ainsi, recueillir une série d'observations et de dessins sur le sujet qui m'occupe.

Or, il résulte de ces recherches que, toutes les fois que j'ai eu à constater, pendant la vie, les signes de l'infection purulente, et, après la mort, les caractères pathologiques de cette affection, j'ai constamment trouvé une ostéo-myélite bien caractérisée affectant l'os ou les os du membre fracturé.

Je vais avoir l'honneur de soumettre à l'Académie une série de dessins représentant tous les os du membre supérieur et inférieur atteints d'ostéo-myélite et recueillis sur des individus morts d'infection purulente, sans qu'il soit possible d'invoquer une autre cause rationnelle de cette grave complication.

1re OBSERVATION. — M... D..., 27 ans.

Coup de feu qui fracture l'humérus droit, le 19 janvier.

Le malade va bien jusqu'au 15 février.

A cette époque, les signes d'infection purulente se déclarent.

Le malade meurt le 23 février.

A l'autopsie on ne trouve, comme cause d'infection purulente, qu'une ostéo-myélite occupant tout le canal médullaire de l'humérus.

2e OBSERVATION. — J... (Jean), 36 ans, soldat au 95e de ligne.

Fracture, par un coup de feu, de la partie moyenne du bras gauche, en sept fragments.

Résection de la partie moyenne de cet os.

Mort d'infection purulente le 21 octobre, vingt-trois jours après la blessure.

On ne trouve, comme cause anatomique de l'infection purulente, que l'ostéo-myélite, affectant les deux extrémités de l'humérus réséqué.

3e OBSERVATION. — P... (Jean), 30 ans, soldat au 139e de ligne.

Entré à l'ambulance le 3 janvier.

Coup de feu qui a fracturé l'extrémité supérieure du radius.

Meurt le 3 février des suites de l'infection purulente.

On ne trouve, comme cause à cette grave complication, que l'ostéo-myélite du radius.

4e OBSERVATION. — R..., 27 ans, sergent au 2e régiment du génie.

Coup de feu qui casse les deux os de l'avant-bras, le 28 décembre 1870.

Meurt le 15 janvier d'infection purulente, déterminée par l'ostéo-myélite affectant les deux os de l'avant-bras.

5e OBSERVATION. — M..., 22 ans, du 124e de ligne.

Reçoit, le 1er décembre, un coup de feu qui lui fracture la cuisse gauche, et meurt le 20 du même mois d'infection purulente.

On ne trouve que l'ostéo-myélite du fémur pour expliquer l'infection purulente.

6e OBSERVATION. — L..., 21 ans, mobile.

Entre le 2 décembre à l'ambulance.

Un éclat d'obus lui a enlevé l'avant-pied droit, et un autre a brisé le calcanéum.

Amputation immédiate au lieu d'élection.

Mort le 29 décembre des suites de l'infection purulente.

A l'autopsie, on trouve une ostéo-myélite suppurée du tibia et du péronée.

7e OBSERVATION. — L....

Fracture du tibia à l'union du tiers inférieur avec le tiers moyen.

Meurt le 9 juin à la suite de l'infection purulente déterminée par une ostéo-myélite.

8e OBSERVATION. — H..., 22 ans.

Entre le 19 janvier 1871.

Coup de feu à la partie inférieure de l'humérus avec éclatement de l'os.

Résection de la partie inférieure de l'humérus et de l'olécrane seulement.

Mort le 9 février d'infection purulente.

Ostéo-myélite, non-seulement de l'humérus, mais du cubitus et du radius.

9e OBSERVATION. — B..., 28 ans, zouave.

Coup de feu, le 19 janvier, qui traverse le pied et fracture le calcanéum et l'astragale.

Il va bien pendant un mois, et, quand on le croit hors de tout danger, il est pris d'infection purulente.

A l'autopsie, on trouve de l'ostéo-myélite suppurée des os du tarse, du tibia et du péronée.

Mais, dira-t-on, dans l'ostéo-myélite dont vous nous donnez des dessins et des observations, rien ne prouve qu'elle soit la cause de l'infection purulente. Elle peut être considérée comme étant une de ses nombreuses manifestations pathologiques, comme les abcès viscéraux du poumon et du foie.

A cela, je répondrai que l'ostéo-myélite affecte particulièrement les os fracturés ou contusionnés, et non point ceux des membres opposés. Je ferai remarquer que plusieurs fois il m'est arrivé de voir succomber des malheureux blessés dont le traumatisme était, en apparence, peu grave : une balle était venue s'arrêter sur un fémur ou un tibia, ou bien avait contourné ces os sans déterminer, en apparence, qu'une légère contusion. Néanmoins le blessé, au bout de douze à quinze jours, était pris d'infection purulente ; et, les os sciés, on trouvait, comme cela se voit sur le fémur que je présente, un bel exemple d'ostéo-myélite.

Déjà, d'ailleurs, les chirurgiens savent que dans l'ostéo-myélite spontanée, si bien étudiée par M. Chassaignac, la mort survient, comme cela a lieu dans l'ostéo-myélite traumatique ; et, cependant, dans ces cas, nous n'avons point le contact de l'air qui vient altérer les liquides contenus dans le canal médullaire, et donne à ces derniers une fétidité bien connue des anatomistes. Pour que de pareils liquides restassent inoffensifs, il faudrait évidemment que la surface interne des os fût imperméable aux liquides qui séjournent dans le canal médullaire.

Déjà les expériences de M. Cruveilhier et celles plus récentes de M. Ollier avaient montré que l'absorption pouvait avoir lieu dans le canal médullaire.

Je viens de reprendre ces expériences, et je demande à l'Académie la permission de lui faire connaître, en quelques mots, les résultats que j'ai obtenus. Sur une première série de lapins, j'ai ouvert le canal médullaire de tous les os des membres, et, avec une seringue de Pravaz, j'ai injecté dans l'intérieur des os une solution de sulfate de strychnine. Au bout de quelques instants, quand l'expérience est bien faite, l'animal meurt avec tous les signes de l'empoisonnement par la strychnine.

Pour qu'il n'y ait point d'erreur, il faut bien protéger les parties voisines, et, pour que l'absorption soit rapide, il faut avoir soin de bien fixer l'animal et de faire l'injection doucement, afin de ne pas déchirer les petits vaisseaux qui entrent dans la composition de la moelle des os, ce qui amène une hémorrhagie qui gêne l'expérience.

A cette série d'expériences, on peut encore objecter que les vaisseaux minces et délicats de la moelle des os peuvent bien se laisser pénétrer par une solution aqueuse de strychnine ; mais rien ne prouve qu'ils laisseraient passer un liquide albumineux, comme du pus dilué.

J'ai répondu à cette objection en faisant les expériences que je poursuis encore en ce moment. J'ai injecté sur une autre série de lapins du pus dilué dans le canal médullaire, et mes lapins sont morts d'infection purulente ou putride.

A l'autopsie, j'ai trouvé les éléments pathognomoniques de cette redoutable affection.

Je dois ajouter que j'ai souvent pratiqué, sur des lapins, des traumatismes en tous points semblables à ceux qui m'ont permis de faire ces expériences, afin d'étudier le cal, et que les lapins ne succombent point à de pareilles lésions quand ils sont bien pansés et bien nourris.

En raison des faits cités plus haut, je pense donc, avec M. Gosselin, que l'ostéo-myélite devra désormais tenir une plus grande place dans l'étude de l'infection purulente ou putride, maladies bien voisines, se touchant par bien des points, mais distinctes

au lit du malade, et dont M. Guérin a bien fait apprécier les causes dans la dernière séance.

Je me propose de poursuivre expérimentalement l'ostéomyélite sur les animaux, de rapprocher les résultats que j'obtiendrai de ceux que nous constatons sur l'homme, et de les faire connaître ultérieurement dans un travail que je veux publier sur les causes de l'infection purulente.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 19 septembre 1871. — Présidence de M. BARTH.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné en 1870 dans le département de la Seine-Inférieure (Comm. des épidémies); — 2° un rapport de M. le docteur Jaubert sur le service médical des eaux minérales de Gréouls (Basses-Alpes); — 3° un rapport de M. le docteur Finance, médecin principal en chef, sur le service médical de l'hôpital militaire thermal de Bourbonne pour l'année 1869 (Comm. des eaux minérales).

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

Une lettre de remerciements de M. le docteur Henri Gintrac à l'occasion de son élection comme membre correspondant.

PRÉSENTATIONS

M. LARREY dépose sur le bureau une brochure de M. Tigri (de Sienne) sur la valeur de la théorie cellulaire en chirurgie.

M. LE PRÉSIDENT fait part à l'Académie de la perte douloureuse qu'elle vient de faire dans la personne de M. Blache, l'un de ses anciens présidents.

Une députation de l'Académie assistera à ses obsèques, qui auront lieu demain 20 septembre, à l'église de la Madeleine.

L'Académie s'associe aux témoignages de regrets exprimés par M. Barth.

LECTURE

M. DELIOUX (de Savignac) lit une note ayant pour titre : L'Anchylostome duodénal entozoaire, reconnu fréquemment chez les sujets atteints de l'anémie des pays chauds.

Cet helminthe de l'ordre des nématoïdes a été découvert en 1838, chez l'homme, par Dubini (de Milan), dans le duodénum et dans les portions de l'intestin grêle; il n'a que 8 à 10 millimètres de longueur. Il a été observé et étudié plus tard par les docteurs Pruner-Bey, Bilhary et Gresinger. Le spécimen que M. Delioux présente à l'Académie lui a été donné par M. le docteur Louis Vincent, médecin de la marine, qui le tenait d'un médecin exerçant à Bahia, au Brésil.

RAPPORT

M. CHEVALLIER, au nom de la commission des eaux minérales, lit deux rapports sur des demandes en autorisation d'exploiter de nouvelles sources minérales pour l'usage médical. Les conclusions négatives de ces rapports sont adoptées sans discussion.

Discussion sur l'infection purulente (Suite).

M. CHAUFFARD, après avoir exprimé les sentiments pénibles qui l'animent, se trouvant contraint de prendre la parole dans un jour de deuil pour l'Académie, la perte qu'elle vient de faire le touchant profondément, déclare que son intention n'est pas de rentrer dans le fond d'une discussion, qu'au point de vue scientifique, il regarde comme terminée. Sa réponse à M. Jules Guérin sera brève. Il ne se sent pas directement atteint par sa dernière argumentation. Les coups, dit-il, frappaient à côté. Il ne s'agit donc plus que d'une défense personnelle pour laquelle M. Chauffard se sent peu disposé; aussi ne saurait-il y mettre le cœur et l'énergie qu'il consacre toujours aux discussions dans lesquelles la science seule est en jeu.

M. Guérin, dit-il, a voulu exposer à ma place une idée doctrinale. Je ferai d'abord remarquer que je n'ai pas présenté de doctrine dans cette discussion; c'est M. Guérin qui l'a portée sur ce terrain. Et d'abord, je dois avouer que je ne me suis nullement reconnu dans les idées que m'a attribuées M. Guérin. Il m'a prêté des opinions complétement opposées à celles que j'ai toujours professées.

Le premier point de doctrine que m'attribue M. Guérin, contrairement à ce que j'ai toujours écrit et enseigné, est celui ci : l'antagonisme du corps vivant avec le monde extérieur. Le corps vivant, aurais-je dit, est en antagonisme perpétuel avec le monde extérieur : je prétends que pas un seul mot, dans mes discours, n'autorise M. Guérin à me prêter une semblable idée; car cette opinion me paraît l'erreur la plus fatale qu'on puisse commettre, et, si je la professais, je serais véritablement indigne de prendre la parole à cette tribune. Non, certes, le corps vivant n'est nullement en antagonisme avec l'extérieur. Il existe, au contraire, une harmonie incontestable, à nos yeux, entre l'organisme et le monde extérieur. Bien que je n'aime pas les citations, afin de fixer une fois pour toutes l'opinion de l'Académie sur mes idées à ce sujet, je lui demanderai la permission de lui rappeler ce que je disais dans mon livre *De la spontanéité et de la spécificité dans les maladies* :

« La vie, par cela qu'elle relève d'une causalité propre, ne s'établit pas en hostilité vis-à-vis des forces physiques. Loin de là, elle se développe à leur aide, leur demande les conditions multiples de son évolution. Cette loi est l'âme de la physiologie et de la pathologie; elle doit rejeter dans l'ombre et définitivement remplacer les fausses interprétations, les préjugés si justement reprochés au vitalisme ancien, et dont Bichat ne sut pas se défendre dans les *considérations*, si belles d'ailleurs, sur les *différences des forces vitales d'avec les lois physiques*. Non, jamais l'être vivant ne combat et n'altère les lois de la matière. La vie n'enfante pas le chaos, et n'est pas venue pour détruire rien de ce qui existait avant elle. Les lois physiques que l'on croyait ennemies de la vie en sont, au contraire, le support, le moyen nécessaire; mieux on les connaîtra, et mieux on connaîtra les conditions mêmes de la vie. Les lois physiques ne sauraient souffrir de prétendues hostilités, ni se transformer dans l'organisme vivant; elles sont immuables; la matière n'est rien sans elles; organique ou inorganique la matière est identique à elle-même. Il est donc contraire à la nature des choses de dire que les lois physiques perdent de leur pouvoir sous l'action des forces vitales; par contre, il n'est pas moins erroné de prétendre que les lois physiques rendent compte des phénomènes vitaux.....

Tout acte, tout fait vital trouve donc dans la vie sa cause propre, sa génération directe, et, dans le monde morganique, son excitant, sa cause occasionnelle plus ou moins prochaine ou éloignée... »

Voilà donc mon opinion et je me vois, dès le début, prêter des opinions absolument inverses. J'avoue que cette surprise dépasse toutes celles qu'il m'a été donné d'éprouver dans tout le cours de cette discussion.

Il en est de même de ce que j'ai dit de la réaction, et, à ce sujet, M. Guérin a bien le droit de dire que nous ne parlons pas le même langage philosophique.

Au reste, tout se tient. M. Guérin avait besoin de ce point de départ pour m'attribuer une autre opinion que je n'ai jamais professée : il s'agit de la fièvre traumatique. Une fois donné le sens que j'attache au mot réaction, il est facile d'en conclure ce que j'entends dire par la réaction de la fièvre traumatique. Mais de là à impliquer que la fièvre traumatique est une fièvre salutaire, il y a loin. Non, certes, la fièvre traumatique n'est pas une réaction salutaire, et il vaut mieux, évidemment, que le blessé n'en soit pas atteint. Au reste, M. Verneuil m'avait déjà prêté cette opinion, mais il m'a permis de protester au moment même, ce à quoi n'a pas consenti M. Guérin. Mais la protestation vient plus tard; et c'est ce qui m'oblige à revenir aujourd'hui sur un point qui doit être, aux yeux de l'Académie, jugé et décidé depuis longtemps. Pour en finir d'un mot avec cette question, il me suffira de rappeler que ce que j'ai dit antérieurement de la réaction s'applique à la fièvre traumatique. Je ne reviendrai donc pas sur cette harmonie fonctionnelle dont la fièvre traumatique n'est pas la condition, mais n'est tout au plus que le témoignage : je crois inutile d'insister davantage.

J'arrive maintenant à ce concensus que me reproche tant M. Guérin. Mais ce concensus est-il donc quelque chose de si extraordinaire? Pour moi, je ne le pense pas, et je ne connais pas de maladie qui n'en donne des preuves évidentes. Je crois qu'il ne peut y avoir de pathologie sans cela; et la physiologie elle-même ne nous en donne-t-elle pas des témoignages aussi évidents? Est-ce que dans la femme enceinte, par exemple, l'utérus seul est en jeu? Et la puberté n'est-elle donc que le développement d'un organe? Ne voyons-nous pas, au contraire, qu'il se fait à l'époque de la puberté une transformation complète de l'individu? Je ne puis donc accepter les critiques de M. Guérin à ce sujet, et je reste persuadé, contrairement à son opinion, que c'est là le fond de la médecine.

M. Gosselin m'avait opposé les fractures comminutives sans plaies extérieures; mais j'ai répondu qu'il n'y avait pas là de choses comparables. M. Guérin a reproduit cet argument, en y insistant d'une façon toute particulière; qu'on enfonce un trocart, a-t-il dit, sur un membre atteint de fracture comminutive, et tout change. Mais que fait-il, en agissant ainsi? Il fait d'une plaie fermée une plaie ouverte, et voilà tout. Maintenant, est-ce l'action de l'air sur les tissus qui produit la suppuration? Je n'ai pas à examiner cette question ici. Je la laisse donc de côté, pour arriver à une question plus grave; je veux parler de l'unité de ce grand fléau de la chirurgie, de l'infection purulente : j'en reste, pour ma part, entièrement convaincu. Je ne saurais admettre ce que M. Guérin appelle les formes ébauchées, et je ne puis accepter le reproche implicitement renfermé dans son argumentation, et qu'il adresse, à ce sujet, au professeur de pathologie générale. Non, certes, jamais le professeur de pathologie générale ne fera rentrer dans son enseignement l'histoire des maladies ébauchées. Je ne puis, en aucune façon, donner une signification quelconque à ce que M. Guérin appelle un dogme. Je ne connais pas de maladies ébauchées; je n'en ai jamais vu d'exemple, et je mets au défi M. Guérin de me montrer à l'hôpital une ébauche de maladie. Mes convictions sont, à cet égard, parfaitement arrêtées. Je maintiens donc la séparation de la pyohémie maligne de la pyohémie commune, séparation que j'ai cherché à faire comprendre dans un discours précédent, et sur laquelle il me paraît inutile d'insister davantage, d'autant plus que, sur cette question, je me trouve en parfait accord avec les maîtres les plus illustres de la chirurgie. Il est incontestable que c'est là l'opinion chirurgicale qui domine aujourd'hui. M. Guérin cherche à faire rentrer l'infection putride dans le même milieu que l'infection purulente. Je suis ici encore pour les enseignements que j'ai reçus des maîtres les plus autorisés de la chirurgie française, et je ne pense pas, comme le prétend M. Guérin, que j'aie fait à cet égard un pas rétrograde. L'infection putride est donc et reste distincte pour moi; c'est une unité morbide différente.

M. Guérin s'est, en outre, beaucoup egayé au sujet de ce que j'ai dit de l'absorption. Il me la fait tantôt admettre, tantôt repousser, selon les besoins de la cause. Je ferai remarquer à M. Guérin qu'il n'est pas dans ma nature d'être sujet aux variations, et je ne crois pas avoir varié sur ce sujet-là plus que sur les autres. Le malentendu sur cette question tient uniquement à ce que M. Guérin cite une phrase de mon discours que je m'appliquais à réfuter, et c'est ce que je présentais comme objection qui m'est retourné comme étant mon opinion propre.

M. Chauffard rapporte ici ce qu'il répondait à ce sujet à M. Gosselin, et termine par la citation de la phrase même qu'il réfutait et que M. Guérin a rappelée comme étant son opinion.

Il en est à peu près de même, reprend M. Chauffard, de la façon dont M. Guérin interprète ce que j'ai dit des escharres, et je ne puis vraiment ne pas protester contre l'accusation d'ignorance qu'il m'a lancée à ce sujet. Je parle des escharres qu'on rencontre dans le cours de la fièvre typhoïde, et ce que je dis de ces escharres, M. Guérin me le fait appliquer aux escharres dues à la cautérisation; puis il s'étonne de mon ignorance. Mais il y aurait, en effet, vraiment de quoi s'étonner; et si je l'avais, cette ignorance, j'en serais moi-même, je l'avoue, bien étonné. Il n'y a pas, en effet, de comparaison possible entre les escharres de la fièvre typhoïde et les escharres dues à la cautérisation. Je n'insiste donc pas, car ce n'est véritablement pas là une argumentation suffisamment scientifique. Je laisse donc cette question de côté, pour arriver à la spontanéité. Ici, encore, M. Guérin me fait un reproche que je n'ai pas mérité. Il a prétendu que j'avais emprunté ses idées, sans jamais le citer. J'avoue que je n'aurais jamais cru que M. Guérin réclamât comme siennes des idées vieilles comme la pathologie elle-même. Il proteste, en outre, contre des idées que j'aurais émises à ce sujet comme inconnues et nouvelles. Sur la question de priorité, il sera facile de nous entendre, car je n'en réclame aucune et ne prétends avoir rien inventé. Il n'y a donc pas de réclamation possible entre nous.

Pour présenter comme excessif le rôle que je prête à la spontanéité, M. Guérin me fait qualifier de secondaires les causes occasionnelles et provocatrices auxquelles, au contraire, j'attache la plus grande importance.

Je ne connais pas, en effet, de causes plus palpables, plus évidentes. Quant à la citation que M. Guérin a faite de la phrase de M. Pidoux : « Trop de spontanéité... » J'avoue que ce langage me paraît défectueux, car ce serait là, à mon avis, une spontanéité mal conçue; mais pour en revenir au reproche qui m'est adressé, de tenir trop peu de compte des causes occasionnelles et provocatrices, il me suffira de rappeler ce que j'ai écrit il y a déjà longtemps : « Je ne conçois la spontanéité qu'entourée de causes occasionnelles et provocatrices... » Il est donc facile par là de se bien convaincre de mon opinion à ce sujet.

Pour ce qui est du pronostic, je n'aurai que fort peu de mots à dire : l'observation, hélas! trop abondante que viennent encore de faire les chirurgiens dans ces tristes événements que nous venons de traverser, n'a fait que confirmer une fois de plus cette opinion que la mort est presque toujours fatale dans l'infection purulente. Mais de là à dire qu'il faut attendre la mort pour diagnostiquer l'infection purulente, il y a loin.

Je n'ai rien à répondre à M. Guérin au sujet du traitement, je me contenterai de maintenir ce que j'ai dit.

Mais il est un grief qu'a M. Guérin contre moi et sur lequel il faut que je m'explique : c'est de n'avoir pas parlé dans mes discours de la longue argumentation qu'il a produite. Je n'ai pas parlé, en effet, parce que je n'ai plus trouvé la doctrine qu'il prétend professer.

En toute discussion, en outre, je crois qu'on a le droit de choisir ses adversaires; or, j'ai cru devoir m'appliquer surtout à combattre une doctrine que je regarde comme d'autant plus dangereuse qu'elle est soutenue avec un grand talent par une génération jeune et laborieuse. Il y a là toute une école qui, à mon avis, s'engage dans une mauvaise voie; école d'autant plus à craindre que, je le répète, elle est douée d'un talent incontestable. C'est donc cette doctrine seule que je me suis appliqué à combattre, parce que je la regarde comme nuisible, à cause même de son importance considérable.

Je terminerai par une remarque très-accessoire :

M. Guérin s'est attaqué à mon style, qu'il a traité, avec une certaine légèreté, de phraséologie brillante. Je ne crois pas qu'il soit convenable, entre collègues, d'en venir à la critique du style. Chacun écrit et parle comme il l'entend, et l'on doit se contenter, à mon sens, de s'attaquer au fond des idées, et non aux formes qu'elles revêtent. Que dirait M. Guérin, si je m'amusais, à mon tour, à faire un tableau du style et du langage qui me sont opposés? C'est là une question trop personnelle pour qu'un collègue puisse se permettre de la juger, et mon avis est que, quand on a l'honneur de monter à cette tribune, on doit se montrer plus de respect.

M. DEMARQUAY donne lecture d'un travail sur l'infection purulente. (Voir première page.)

En terminant cette lecture, M. Demarquay fait connaître à l'Académie les résultats d'une autopsie qu'il a faite le matin même d'un lapin sur lequel il s'est livré aux expériences suivantes :

Il avait injecté du pus dans le canal médullaire des os de ce lapin, en ayant bien soin d'isoler des tissus ces os injectés. Ce lapin est mort, et M. Demarquay met sous les yeux de l'Académie le foie et les poumons de cet animal, qui sont pleins d'abcès métastatiques; mais ces lésions du foie et des poumons n'étant pas constantes dans la mort par infection purulente, M. Demarquay affirme que, chaque fois qu'une autopsie ne lui révélait pas les causes de l'infection purulente, il faisait scier les os et les trouvait alors dans l'ostéomyélite.

M. GUÉRIN demande à répondre quelques mots à M. Chauffard. Il prétend avoir étudié avec le plus grand soin ses différentes argumentations, mais il croit devoir avouer qu'il n'a pas toujours compris. Il est persuadé qu'il n'est pas le seul, et il ne serait même pas éloigné de croire que M. Chauffard lui-même ne se comprend pas toujours.

Nous sommes tellement séparés l'un de l'autre, ajoute M. Guérin, qu'il me paraît difficile d'arriver à nous entendre. M. Chauffard, d'un côté, est placé si haut, et moi, de l'autre, si bas, que, lui continuant toujours à monter, et moi ne cessant jamais de descendre, il nous reste bien peu de chance de nous rencontrer.

De ce que M. Chauffard n'admet pas les formes ébauchées, il n'en est pas moins vrai qu'il y a là toute une réforme dans la nosographie. Personne, aujourd'hui, ne peut nier les formes ébauchées du choléra. Je n'insisterai donc pas. M. Chauffard attribue à la spontanéité du corps humain toutes les facultés productrices. Cette doctrine-là, ai-je dit, ne tient pas compte des causes extérieures. Notre doctrine consiste, au contraire, à tenir compte du corps vivant comme système, soumis lui-même, comme tous les autres corps, aux lois physiques et chimiques. Ce système-là a été méconnu par M. Chauffard.

Si maintenant ses surprises sont grandes, les miennes sont au moins fondées, car j'ai été bien surpris en entendant M. Chauffard parler comme il l'a fait des plaies ouvertes et des plaies fermées. Il n'y a, en effet, que cette différence : c'est que, dans un cas, le poison reste en dehors, tandis que dans l'autre, la porte lui est ouverte : d'un côté, absence de causes extérieures; de l'autre, intervention de ces causes; et vous nous dites que cela n'est pas comparable?

Je ne répondrai que deux mots, en terminant, à la leçon de convenance que m'a donnée mon collègue. Je reconnais que le style de

M. Chauffard ne manque ni d'élégance ni même d'éloquence; mais la médecine aujourd'hui a la prétention d'être positive; or le style éloquent n'est pas de saison. Je crois donc rendre un service non-seulement à M. Chauffard, mais à l'Académie tout entière, en appelant l'attention sur cette nécessité de se contenter aujourd'hui d'écrire, en science, avec simplicité et clarté.

M. CHAUFFARD se borne à maintenir sa protestation.

La séance est levée à cinq heures et demie.

DES RÉTRÉCISSEMENTS DU CONDUIT AUDITIF EXTERNE

Par M. le docteur C. MIOT.

(Suite et fin.)

Traitement. — Comme il y a trois variétés de rétrécissements que l'on ne peut pas traiter de la même manière, il est nécessaire d'indiquer des modes différents de traitement. L'obstruction ou le rétrécissement qui siége dans la portion fibro-cartilagineuse du conduit est facile à détruire.

S'il y a une obstruction, une soudure complète du conduit, on sectionne le tissu citatriciel avec un bistouri, et l'on introduit une mèche graissée dans la voie artificielle, à travers laquelle on injecte des liquides s'il y a une suppuration de la caisse. On a soin de placer des mèches assez grosses afin d'empêcher la réunion des lèvres de la plaie nouvelle.

S'il y a un rétrécissement assez considérable qui empêche de faire convenablement les pansements ou qui nuise à l'audition, il est nécessaire de couper les tissus et de placer une mèche à travers l'ouverture comme dans le cas précédent.

S'il y a seulement un rétrécissement ou une soudure du méat, on sectionne le rétrécissement ou l'on perfore la couche cutanée qu'on enlève sous la forme d'un disque, et l'on place une mèche à demeure.

Dans les cas de rétrécissement osseux, on doit agir bien différemment, suivant que celui-ci est produit par une ostéo-périostite de nature inflammatoire chez un sujet strumeux ou par une exostose. Dans le premier cas, on doit prescrire un traitement général qui est très-efficace, puisque les sujets qui présentent cette complication sont presque tous entachés du vice scrofuleux. On indiquera donc l'huile de foie de morue en première ligne, puis les préparations iodurées, ferrugineuses, sulfureuses (à l'intérieur comme à l'extérieur), les amers, les antiscorbutiques, l'hypophosphite de soude pur, le phosphate de chaux. On recommandera un régime parfaitement azoté, un peu épicé et des exercices physiques au grand air. S'il y a une autre diathèse, on tâchera de la diminuer ou de la faire disparaître. Pour instituer le traitement local, il s'agit de savoir si l'affection est à l'état aigu ou subaigu.

Dans le cas où l'inflammation est encore vive et ne cède pas à l'emploi méthodique des émollients, calmants et des révulsifs, il est nécessaire, pour abréger le cours de la maladie et les douleurs du malade, de prescrire une ou plusieurs applications de sangsues (3 à 5 chaque fois) à la région mastoïdienne; mais il faut avoir soin de ne pas trop affaiblir le malade, parce qu'il n'a pas une grande résistance, à cause de sa constitution. L'inflammation disparue en partie, on engage le malade à continuer les instillations fréquentes dans les oreilles avec une décoction tiède de têtes de pavots (3 à 12 fois par jour). En même temps on prescrit des injections peu abondantes d'eau tiède pour empêcher le pus de séjourner dans l'oreille. Sous l'influence de ce traitement, le processus inflammatoire disparaît complétement, et les parois osseuses, revenant sur elles-mêmes, s'écartent l'une de l'autre et font disparaître le rétrécissement en partie ou en totalité. Si le rétrécissement n'est pas diminué sensiblement malgré la disparition du processus inflammatoire, on doit le cautériser avec une solution de nitrate d'argent au 30e ou 40e, une ou deux fois par semaine, et essayer de le dilater. Pour obtenir ce résultat, on introduit dans le rétrécissement un bout de corde à boyau enduite avec une de ces pommades.

Laudanum de Sydenham	*trois* grammes.
Cérat saturné	*trente* grammes.
Laudanum de Sydenham	*trois* grammes.
Cold cream	*trente* grammes.

Ces cordes à boyau ont une longueur de 1 centimètre ou plus, si cela est nécessaire. Elles sont introduites chaque jour dans le rétrécissement, au moyen de ma pince à corps étrangers, fabriquée chez M. Galante. On a soin d'augmenter progressivement leur grosseur et de les laisser en place pendant plusieurs heures ou pendant deux ou trois jours. Quand la corde à boyau doit séjourner pendant un temps aussi long dans l'oreille, on ne doit pas cautériser le rétrécissement, afin de ne pas déterminer une inflammation trop vive, qui causerait des douleurs au malade, augmenterait le gonflement et ferait perdre le bénéfice du traitement antérieur. La corde à boyau, en augmentant de volume, sort quelquefois du rétrécissement; c'est pourquoi il est nécessaire de lui faire franchir toute la parci rétrécie et de la maintenir en place, en tassant du coton dans les intervalles qui existent entre l'extrémité externe de la corde à boyau et les parois du conduit.

Pour ne pas déterminer de douleurs trop vives, on doit employer des cordes à boyau d'un diamètre un peu moindre que celui du rétrécissement; car la corde, en s'humectant, augmente de volume et exerce une pression suffisante sur les parois.

Peu à peu on augmente la grosseur de la corde à boyau, en ayant soin d'en continuer l'emploi pendant un temps assez long, jusqu'à ce que les parois du conduit soient suffisamment revenues sur elles-mêmes. On a employé aussi la *laminaria digitata* et l'éponge préparée pour dilater les rétrécissements du conduit auditif externe. Mais les douleurs horribles que ces corps étrangers déterminent en augmentant de volume ne doivent pas encourager les praticiens à les employer. Je les proscris de la manière la plus formelle, parce que mon expérience en cette matière est suffisante.

On a été probablement conduit à employer ces substances, parce qu'on a cru que pour dilater ces rétrécissements il fallait une grande force dilatatrice; il n'en est rien.

Les parois suffisamment déprimées excentriquement s'éloignent l'une de l'autre. Comme l'inflammation déterminée par la laminaria et l'éponge préparée est très-grande, on est forcé de suspendre les pansements, et l'on voit le rétrécissement augmenter. Au contraire, en le dilatant peu à peu, on cause une inflammation légère, mais suffisante, dont l'effet est probablement la résorption du tissu osseux, et dont la conséquence est la dilatation de la partie rétrécie.

On a encore employé les bougies en gomme de grosseur croissante, afin de déterminer, par contact et par pression légère, l'inflammation désirable. On dilate ainsi le rétrécissement, moins bien peut-être qu'avec les cordes à boyau. L'expérience clinique prouve donc que pour dilater un rétrécissement osseux il faut le cautériser modérément, y introduire des bougies ou des cordes à boyau, et surtout ne jamais déterminer une inflammation trop vive.

Toutes les fois qu'il existe des granulations autour du rétrécissement ou dans son intérieur, on doit le cautériser assez énergiquement (sol. de nit. au 30e), prescrire des instillations émollientes et cesser l'introduction du corps dilatant pendant quelques jours. Dès que l'inflammation a disparu, on emploie de nouveau le corps dilatant.

Pour faire disparaître l'exostose, on a conseillé divers traitements. Toynbee a recommandé les préparations iodurées à l'intérieur et à l'extérieur. Sous l'influence de ce traitement, dit ce praticien, la tumeur diminue assez de volume pour laisser un passage libre aux ondes sonores. Ce traitement ne m'a pas donné de bons résultats. M. Bonnafont, dans trois cas soumis à son examen, a obtenu trois guérisons en employant les bougies en gomme, dont il augmentait progressivement la grosseur, et les cautérisations à l'azotate d'argent.

On pourrait être tenté d'employer les instruments, afin d'obtenir des résultats plus rapides; mais il est utile de remarquer que toute tumeur qui n'obstrue pas complétement le conduit ne cause jamais une surdité prononcée. Et quand la tumeur paraît fermer complétement la lumière du conduit, il faut l'examiner avec soin pour savoir où est sa base d'implantation, et tâcher de trouver une fissure à travers laquelle on puisse introduire une tige fine, qu'on laisse à demeure pendant plusieurs heures ou plusieurs jours. Ensuite il ne reste plus qu'à mettre à demeure des bougies en gomme, dont on augmente progressivement le calibre jusqu'à ce que l'espace libre soit suffisant pour que les ondes sonores arrivent facilement au tympan (Bonnafont). On peut aussi employer les cordes à boyau avec autant de succès.

Pour faciliter la résorption des parcelles osseuses, on peut déterminer de temps en temps une inflammation légère en touchant le rétrécissement avec un bourdonnet de coton ou un stylet trempés dans une solution de nitrate d'argent au 30e. Généralement, les cautérisations et le passage des bougies déterminent une suppuration peu abondante, nullement préjudiciable au succès définitif. Car, peu après la cessation de l'emploi des bougies, la suppuration, quand elle est encore appréciable, disparaît sous l'influence des injections aqueuses.

Si la tumeur ne diminuait pas de volume, par suite de l'emploi journalier des cordes à boyau ou des bougies, on pourrait se servir de tiges de *laminaria digitata* ou de morceaux d'éponge préparée.

La laminaria, l'éponge préparée doivent être taillées en morceaux, dont la grosseur doit être proportionnée à la largeur de l'orifice à dilater et au degré de dilatation de ces substances; sans cela, on déterminerait des douleurs horribles, en augmentant beaucoup le processus inflammatoire. On devra donc, autant que possible, ne pas employer ces corps étrangers.

On pourra combiner les cautérisations légères et les cordes à boyau enduites avec des pommades à l'iodure de potassium ou au précipité rouge. Parfois, on doit trépaner la tumeur, comme je l'ai fait le premier deux fois avec succès, lorsque l'obstruction complète ne peut pas être détruite par les moyens ordinaires.

La première malade que j'opérai ainsi, le 10 novembre 1866, avait une tumeur osseuse, dont la base d'implantation était sur la paroi postérieure de la portion osseuse du conduit auditif externe. Je trépanai la tumeur en trois endroits au moyen d'un trocart fin et très-pointu et je parvins à enlever quelques débris osseux. Ces perforations multiples déterminèrent une inflammation vive à la suite de laquelle le reste de la tumeur disparut complétement. Le deuxième malade auquel je fis l'opération vint me voir le 1er mai 1869, et me donna les détails qui suivent : depuis quelque temps je suis devenu sourd sans avoir ressenti la moindre douleur ni le moindre bourdonnement; j'ai seulement une sensation d'oreille bouchée. Après avoir reçu des soins de M. le docteur Descroizilles, je viens près de vous afin de vous demander votre avis sur le genre de surdité qui m'affecte.

Après avoir constaté l'intégrité de la perception crânienne et avoir remarqué que la montre était seulement entendue sur l'oreille, j'explorai le conduit auditif externe au moyen de mon spéculum otoscope. Il existait à la partie moyenne de la portion osseuse du conduit une tumeur osseuse qui s'implantait sur la paroi postérieure du conduit et fermait complétement ce canal.

L'opération fut faite en présence de deux de mes élèves : M. le docteur de Capdeville, qui doit exercer maintenant la médecine à Marseille, et un médecin russe dont je regrette d'avoir oublié le nom.

Le malade, après avoir été soumis à l'influence du chloroforme par M. le docteur de Capdeville, fut opéré de la manière suivante :

J'introduisis dans l'oreille externe un perforateur dont l'extrémité bien trempée a une grande résistance et présente un pas de vis terminé par deux pointes courtes bien acérées et très-résistantes. Après avoir porté la pointe de l'instrument sur la partie antérieure de la tumeur, je la perforai en faisant exécuter à l'instrument des mouvements de rotation. Mais l'instrument, bien que suffisamment trempé et acéré, pénétra avec une grande difficulté. Je perforai ainsi la tumeur en plusieurs endroits avec beaucoup de peine, car l'instrument sur certains points glissait sans pénétrer. Après avoir ainsi foré plusieurs trous, j'essayai vainement d'ébranler la tumeur, dont la résistance était affaiblie par les trous que j'y avais pratiqués. Tout en diminuant le volume de la tumeur, de manière à créer une voie libre jusqu'au tympan, je pris le soin de maintenir l'instrument de l'autre main, afin qu'il ne pût pas pénétrer trop profondément pendant que je perforais la tumeur.

Pendant l'opération, le malade perdit une assez grande quantité de sang; mais les suites furent très-bénignes, puisqu'il ne ressentit pas la moindre douleur.

Les jours suivants, une suppuration louable s'établit et élimina un assez grand nombre de parcelles osseuses. Pendant un certain temps, je fis quelques cautérisations et je plaçai des cordes à boyau à demeure; le canal devint libre, et je vis la membrane du tympan qui était un peu opaline, mais n'offrait pas de modifications profondes. Le malade recouvra une ouïe si bonne qu'il put entendre ma montre à deux mètres de distance.

Depuis cette époque, la guérison s'est parfaitement maintenue. J'ai rapporté cette observation en détail, parce qu'elle prouve que la trépanation que j'ai faite le premier, je crois, réussit parfaitement et donne de beaux résultats.

Dans d'autres cas, j'ai pu rétablir une voie suffisante en employant les cordes à boyau et les cautérisations.

DOCUMENTS

POUR SERVIR A L'HISTOIRE DU MOUVEMENT SCIENTIFIQUE PENDANT LE SIÉGE DE PARIS (1).

24 JANVIER

XLIX. **Légion d'honneur.** — Par décret en date du 23 janvier 1871, ont été promus dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier. — MM. Mahé (Jean-Baptiste), médecin de 1re classe, ambulance de la marine.

Manin (Marius-Eustache), médecin de 1re classe, Hautes-Bruyères.

L. **Bombardement.** — *Du* 22 *au* 23. La canonnade dirigée sur Paris s'est un peu ralentie depuis hier, et les 5e et 16e arrondissements seuls ont reçu beaucoup de projectiles. Quoique plusieurs édifices et 32 immeubles privés aient été atteints, les dégâts matériels sont relativement peu importants. Il n'y a eu qu'une seule personne blessée, et l'on n'a pas eu de mort à déplorer.

A Saint-Denis, au contraire, le bombardement sévit avec une extrême violence. Cette nuit, dans l'espace d'une heure, 120 obus sont tombés sur la ville, surtout aux abords de la cathédrale, qui sert principalement de point de mire aux feux convergents des batteries prussiennes. La prison, en partie démolie, a dû être évacuée; un grand nombre de maisons particulières sont atteintes, et plusieurs se sont effondrées. Bien que les habitants se soient en partie réfugiés dans les caves, 15 personnes ont été tuées du 21 au 22, et le nombre des blessés, qui n'est pas encore exactement connu, est au moins égal.

Dans la nuit du 21, deux incendies ont été causés à Saint-Denis par le bombardement; l'un, très-grave, a complétement anéanti une fabrique de carton, l'autre s'est déclaré rue des Ursulines, dans une maison particulière, qui est en partie détruite.

Une seule victime (1 homme blessé).

26 JANVIER

LI. **Légion d'honneur.** — Par décret en date de ce jour, sont nommés dans la Légion d'honneur :

Au grade de chevalier. — MM. Coustan (Camille-César-Clément-Adolphe), médecin de 2e classe de la marine. Ambulance de la marine.

Thaly (Hilaire-Dosithée), médecin-major au 3e régiment d'infanterie de la marine. Faits de guerre.

Cazalis (Théophile), pharmacien de 2e classe de la marine : 13 ans de service. Ambulance de la marine; services distingués à Bazeilles.

LII. **Bombardement.** — *Du* 23 *au* 24. Les rapports qui rendent compte des observations faites durant la nuit ne signalent point une accentuation marquée dans la canonnade ennemie dirigée sur la rive gauche. Cent vingt-huit obus sont tombés sur les mêmes

(1) Suite. — Voir le dernier numéro.

quartiers, notamment ceux du Val-de-Grâce, du Luxembourg, Saint-Jacques, du Panthéon, des Invalides et de Montrouge.

Il est à remarquer que le 16e arrondissement (Auteuil et Muette), sur lequel l'ennemi concentrait il y a quelques temps ses efforts, est très-peu éprouvé depuis plusieurs jours, et que l'action des batteries d'attaque semble se porter maintenant sur Saint-Denis et sur Aubervilliers.

Dans les régions du sud, 41 immeubles privés ont subi des dommages. Peu de monuments ont été atteints, et il n'y a eu à constater que deux incendies dont on s'est promptement rendu maître.

12 victimes. — Enfants tués, 3. — Femmes tuées, 3, blessée, 1. — Hommes tués, 1, blessés 4.

LIII. **Alimentation publique.** — Les maires de Paris ont été réunis de nouveau dans la journée d'aujourd'hui pour entendre encore une fois les communications du gouvernement sur la situation des vivres et sur l'état des armées de province. Ces communications ont fait sur les magistrats municipaux la plus douloureuse impression. Ils s'en sont rapportés absolument au gouvernement pour prendre les résolutions suprêmes.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté en date du 15 septembre 1871, le ministre de l'instruction publique a déclaré vacante la chaire de zoologie et de physiologie à la Faculté des sciences de Bordeaux.

Les candidats à cette chaire devront faire parvenir leur demandes, titres et justifications à la Faculté des sciences, ainsi qu'au conseil académique.

— Le Bulletin hebdomadaire des causes de décès pour Paris, du au 15 septembre 1871, donne les chiffres suivants :

Variole, 1. — Scarlatine, 4. — Rougeole, 1. — Fièvre typhoïde, 25. Typhus, ». — Érysipèle, 6. — Bronchite, 39. — Pneumonie, 31. — Diarrhée, 69. — Dysenterie, 39. — Choléra infantile, 33. — Choléra nostras, 8. — Angine couenneuse, 4. — Croup, 4. — Affections puerpérales, ». — Autres causes, 563. — Total : 827.

Celui de Londres donne les chiffres suivants, du 3 au 9 septembre 1871 :

Variole, 81. — Scarlatine, 26. — Rougeole, 21. — Fièvre typhoïde, 15. — Typhus, 8. — Érysipèle, 6. — Bronchite, 47. — Pneumonie, 38. — Diarrhée, 293. — Dysenterie, 3. — Choléra infantile, ». — Choléra nostras, 24. — Angine couenneuse, 3. — Croup, 12. — Affections puerpérales, 9. — Autres causes, 836. — Total : 1,422.

— La fièvre jaune fait de grands ravages à Charleston ; les bureaux et les magasins de la douane sont fermés. Les mesures de quarantaine sont mises en vigueur dans tous les ports américains.

— On mande de Florence, 13 septembre :

Un décret royal de ce jour oblige tous les navires venant de la mer du Nord ou de la mer Noire à faire une quarantaine.

— *Clientèle aux environs de Paris*, à céder au prix d'un an du produit moyen (10,000 fr.), payable à raison de 20 p. 100 des recettes annuelles. — S'adresser au bureau du journal.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments ou autres objets).

De la fièvre syphilitique, par le docteur COURTEAUX. In-8°. — Prix : 2 francs.

Diagnostic des manifestations secondaires de la syphilis sur la langue, par le docteur SAISON. In-8°. — Prix : 1 fr. 50.

L'acte de la déglutition, son mécanisme, par le docteur MOURA, avec planches et gravures dans le texte. Br. in-4° de 60 pages. — Prix ; 3 fr.

Principes de chimie biologique, par le docteur E. HARDY, préparateur de pharmacologie à la Faculté de médecine de Paris, 1 volume in-18 de 500 pages avec figures dans le texte et une planche chromolithographiée représentant l'analyse spectrale du sang. — Prix : 7 francs.

Revue photographique des hôpitaux de Paris, par les docteurs DE MONTMÉJA et BOURNEVILLE. 3e année : les nos 1-2 (janvier-février), et 2-3 (mars-avril), avec photographies, sont en vente. — Prix de chaque livraison : 4 francs.

Traité pratique de laryngoscopie et de rhinoscopie, suivi d'observations, par le docteur MOURA. Ouvrage orné de planches explicatives. 2e tirage. 1 vol. gr. in-8° de 200 pages. — Prix : 4 fr.

Note sur certains cas curieux de boulimie et de polydipsie d'origine syphilitique, par le docteur Alfred FOURNIER, médecin de l'hôpital de Lourcine, professeur agrégé de la Faculté. In-8° de 28 pages. — Prix : 1 fr. 25.

Capvern. Ses eaux minérales. Applications thérapeutiques par le docteur MICHEL TICIER, médecin inspecteur des eaux de Capvern, ancien interne des hôpitaux de Toulouse, etc. 1 vol. in-8° de 300 pages. — Prix : 2 fr. 50 c.

Les spectres d'absorption du sang, par le docteur VICTOR FUMOUZE. In-4° de 150 pages, avec 3 planches coloriées. — Prix : 4 fr. 50.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois. . . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 21 septembre 1871.

HOPITAL DE LA CHARITÉ.

M. PETER, suppléant de M. le professeur SÉE.

Conférences cliniques sur les pelvi-péritonites,

(Recueillies par M. J. FINOT, élève en médecine.)

Messieurs, je vais aujourd'hui vous parler de la malade couchée au n° 6 de la salle Sainte-Anne, et qui présente à notre observation une péritonite d'une nature tout à fait spéciale. C'est une jeune femme de 22 ans, assez chétive et très-nerveuse d'ailleurs, comme l'indiquent la finesse de ses traits et son aspect général. Sa profession d'institutrice est du reste bien faite pour développer encore chez elle le tempérament nerveux.

Il y a trois ans, elle vint à Paris pour la première fois, y eut un érysipèle au bout de trois mois, et retourna dans son pays.

Elle revint de nouveau à Paris, il y a deux ans, et se prit à mener une vie assez aventureuse, si bien qu'elle devint grosse vers le mois d'août 1870. Dans le cours de cette grossesse, elle n'éprouva du côté du tube digestif que des troubles assez peu marqués, mais elle ressentit presque continuellement une douleur assez vive dans la fosse iliaque droite. Elle accoucha à terme et sans accident d'un enfant bien conformé et aujourd'hui encore bien portant; mais elle eut à la suite de son accouchement des douleurs abdominales assez vives qui ne se dissipèrent jamais complétement. Elle reprit cependant ses occupations ordinaires, mais ses règles ne reparurent qu'au bout de trois mois : ce qui était déjà un fait assez insolite. Cette fois, cependant, ses règles furent normales et eurent leur durée habituelle.

Les choses en étaient là, quand, dans la nuit du 15 au 16 août, ayant de nouveau ses règles depuis quarante-huit heures, la malade se livra avec ardeur au coït; elle n'en souffrit aucunement alors et put même se lever comme d'habitude, n'éprouvant à ce moment qu'une lassitude, bien naturelle d'ailleurs.

Mais, dans l'après-midi du même jour, elle fut prise de douleurs abdominales très-vives qui se généralisèrent d'emblée et provoquèrent au bout de quelques heures des vomissements incessants. Elle entra le soir même à l'hôpital, et voici dans quel état la trouva M. Choyau, chef de clinique du service :

« Le facies est grippé, les yeux sont profondément encavés et entourés d'un cercle bleuâtre.

Le pouls est petit, filiforme, régulier, fréquent (120 par minute). La peau est chaude et sèche.

La langue est humide et légèrement blanche; des nausées et souvent des vomissements bilieux tourmentent incessamment la malade.

Le ventre est tuméfié uniformément et très-douloureux dans sa totalité. Cette douleur abdominale est exagérée par tous les mouvements, volontaires ou involontaires de la malade, et par la pression la plus superficielle, jusqu'au point de provoquer des plaintes très-vives de la part de la malade. Elle est aussi plus intense dans la région sous-ombilicale. L'exploration du ventre est rendue presque impossible. L'augmentation de volume de l'abdomen paraît être plutôt due à un peu de météorisme, car dans aucun point on ne trouve ni la matité ni la sensation de *flot*.

La malade n'a pas été à la garde-robe depuis le début des accidents.

Le doigt, introduit dans le vagin dont la température semble excessive, sent que le cul-de-sac postérieur est déprimé par une tumeur souple, presque molle, mais très-douloureuse. L'utérus, dont le corps et le col ne présentent rien d'anormal, jouit d'une certaine mobilité; mais cette mobilité imprimée à la matrice réveille ou plutôt exaspère les douleurs abdominales.

Les urines sont fortement colorées et chargées d'urates.

La malade est un peu oppressée, son diaphragme est maintenu immobile; elle ne tousse pas, n'a jamais toussé du reste, et son état de maigreur qui est assez prononcé est chez elle ordinaire. L'examen de l'appareil respiratoire ne révèle rien d'anormal ainsi que celui du cœur. »

Voilà les faits : vous voyez qu'il y avait là tous les signes d'une péritonite généralisée.

Peu à peu, sous l'influence d'une médication appropriée, la malade se remit à peu près, c'est-à-dire que la manifestation protopathique redevint ce qu'elle était avant la généralisation.

Il y a huit ou dix jours, elle fut reprise à nouveau de péritonite généralisée, et, devant vous, elle me dit qu'elle était en proie à une vive *oppression*. Il me parut curieux de vous faire voir que cela seul suffisait à indiquer que l'inflammation avait envahi le péritoine diaphragmatique; j'amenai insidieusement la malade à déclarer qu'elle souffrait des épaules et des bras, mais surtout du côté gauche, et je vous démontrai, par l'analyse des points où l'on pouvait provoquer de la douleur, que les nerfs du diaphragme étaient pris, et que l'oppression dérivait d'une péritonite diaphragmatique.

Comme les douleurs abdominales avaient repris avec la même intensité, je touchai la malade ce même jour, et je constatai la même chose que M. Choyau. La tumeur avait alors le volume d'une grosse orange; cependant on ne pouvait en délimiter les contours supérieurs, l'introduction du doigt entre la tumeur et le sacrum étant trop douloureuse. Elle n'était plus élastique, mais résistante; ce qui tient à ce que, depuis l'examen de M. Choyau, elle s'est indurée.

L'étiologie de cette tumeur est évidente, mais nous ne sommes pas sans avoir quelques doutes sur sa nature. Comme elle s'est produite pendant la période menstruelle et que (j'avais à dessein omis de vous signaler ce fait) les règles se sont brusquement supprimées au début des accidents, on peut songer à une rétrogression du sang dans la cavité péritonéale comme point de départ de la maladie. Mais ce qu'il importe pour nous, c'est de constater l'inflammation; il est sans intérêt de savoir si oui ou non elle est franche : les résultats seront les mêmes.

Donc, nous avons affaire à un type de pelvi-péritonite aiguë, sujette à rayonner dans toute la cavité péritonéale par des bouffées subites; mais les accidents qui se produisent alors ne doivent pas nous préoccuper, attendu qu'ils cèdent toujours facilement à une médication appropriée. A l'occasion de cette malade, je vais essayer de vous faire l'histoire de la pelvi-péritonite, et je commence par l'étiologie.

C'est un singulier organe que l'utérus! Inerte pendant une première période la vie, il jouit, à partir de la puberté, d'une vitalité intermittente, pour redevenir inerte à l'époque de la ménopause. Sa vitalité se traduit par trois actes fonctionnels : la menstruation, le coït et la gestation. Dans chacun de ces actes l'inflammation peut se produire, l'hyperhémie physiologique nécessaire à leur accomplissement pouvant se transformer et devenir pathologique.

On a bien parlé d'un autre mode de production pendant le coït, et on a supposé alors un traumatisme qui produirait une *métrite balistique*, mais c'est là une véritable théorie d'artilleur qui suppose que, dans l'acte, une sorte de boulet s'envient battre en brèche le fragile édifice utérin. Or, il est bien évident que s'il en était ainsi, la femme se refuserait à un coït qui provoquerait de la douleur au lieu de la jouissance qu'elle y cherche, et alors pas d'inflammation consécutive.

Dans le cas que nous avons sous les yeux, les choses ne se sont pas passées de la sorte. Vous voyez qu'au contraire cette jeune femme a si bien pris plaisir à l'acte vénérien, qu'elle l'a répété plusieurs fois dans la nuit, et ce n'est que dans la matinée qu'elle a éprouvé de la douleur. C'est cependant bien le coït qui a causé l'inflammation, mais comment? C'est que pendant le rapprochement sexuel il y a une turgescence qui s'étend du clitoris et du vagin à l'utérus et à l'ovaire, en sorte que tout le système génital est hypérémié, comme on a pu le constater par l'autopsie de femmes surprises par la mort en flagrant délit d'adultère. Or, s'il y a quatre ou cinq coïts successifs, la turgescence se reproduit autant de fois, et autant de fois aussi se reproduit cet ébranlement général du système nerveux que vous connaissez. Il y a là pour ce système une cause profonde de déperdition résultant du spasme cynique.

Quoiqu'il en soit, il y a évidemment dans l'acte génital une hypérémie physiologique qui, pour un peu, deviendra l'hypérémie pathologique; et cette dernière se traduira tantôt par des métrorrhagies, tantôt, comme ici, par de véritables phlegmasies.

Il n'y a assurément rien d'étrange à cela; le fait est des plus fréquents, mais il frappe vos yeux sans frapper vos esprits; tel est le cas de la nourrice qui sèvre son enfant et dont la mamelle, brusquement déshabituée de faire du lait, fabrique du pus à la plus légère occasion morbide. L'hypérémie a changé de modalité; de sécrétante qu'elle était, elle est devenue phlegmasique.

Voulez-vous un exemple de phlegmasie par excès vénérien? Je vais en extraire un de l'ouvrage si complet de M. Bernutz. Il s'agit d'une jeune fille entrée comme bonne dans un hôtel de la rue Dauphine et qui, avec le plus grand abandon, se livrait sans compter à tous les jeunes gens de l'hôtel. Chaque nuit elle changeait de lit et chaque nuit elle répétait au moins trois fois l'acte génital. Pendant six semaines elle accomplit ce labeur corynthien; mais au bout de ce temps son bon vouloir fut vaincu; elle éprouva d'abord de vives douleurs lombaires, et bientôt apparut un écoulement jaune verdâtre assez léger. Puis, dans les deux fosses iliaques éclatèrent des douleurs très-vives, s'accompagnant de constipation, de frissons irréguliers, d'insomnie. Bref, c'est alors qu'elle entra chez M. Bernutz, qui diagnostiqua une pelvi-péritonite.

Ainsi le coït immodéré, comme la menstruation, peut causer la pelvi-péritonite; mais cette maladie est surtout occasionnée par la puerpéralité, qu'il s'agisse d'ailleurs d'un accouchement à terme, d'une fausse couche ou d'un avortement. Voici du reste les chiffres étiologiques fournis par l'observateur si consciencieux dont je vous parlais tout à l'heure.

Sur 99 cas, M. Bernutz en a signalé 43 d'origine puerpérale, dont 8 étaient la suite d'avortements et les autres d'accouchements. La blennorrhagie en avait causé 28, car la blennorrhagie amène aussi la pelvi-péritonite, mais par simple propagation, comme la blennorrhagie chez l'homme amène l'orchite. Vous savez que M. Bernutz, poussant jusqu'au bout l'analogie, a donné à l'inflammation ovarienne le nom d'*orchite féminine*. 20 de ces pelvi-péritonites étaient menstruelles, 8 étaient traumatiques ou prétendues telles, car 3 d'entre elles résultaient d'excès vénériens et 2 de l'évolution d'un chancre du col. Restent donc, comme véritablement traumatiques, les 3 dernières, dont 2 étaient dues à l'application de l'hystéromètre, et la 3e à l'arrivée, jusque dans l'utérus, d'une douche destinée au vagin seul.

Donc la puerpéralité met l'utérus dans une opportunité morbide plus grande encore que la menstruation et le coït. Cela se comprend d'ailleurs. Vous savez comme cet organe est à ce moment gorgé de sang, à quelle vascularisation, sans égale dans l'organisme, il est alors en proie. C'est que, tout d'un coup, débarrassé du produit de la conception, il doit revenir à une vie placide et presque à l'inertie.

Et voilà que, pendant ce temps-là, interviennent les manœuvres de l'accouchement; voire même l'introduction du forceps, ou, chose plus grave, celle de la main pour une version. Et ce n'est pas tout; il va rester la plaie placentaire et les lochies. Cette plaie peut s'enflammer, l'utérus à la suite, puis le péritoine pelvien, si bien même que cela ira jusqu'à la fièvre puerpérale quand la misère physiologique est trop grande ou qu'il y a quelque épidémie dans l'air.

Ainsi, la pelvi-péritonite ne vient pas par aventure, mais par la perturbation d'un acte physiologique, c'est-à-dire, et permettez-moi cette formule qui rend bien ma pensée, que *l'hypérémie a changé de modalité, et, de fonctionnelle qu'elle était, elle est devenue inflammatoire.*

Quoiqu'il en soit, il en résulte des accidents dont il me reste à vous décrire la marche et l'évolution; c'est ce que je ferai dans notre prochaine réunion.

ÉTUDE CLINIQUE DE LA FOLIE

AVEC PRÉDOMINANCE DU DÉLIRE DES GRANDEURS

Par M. Achille FOVILLE fils,
médecin adjoint de la maison de Charenton.

Nous extrayons de cet important mémoire, auquel l'Académie de médecine a décerné le prix Civrieux pour l'année 1869, les considérations thérapeutiques suivantes sur le traitement de la mégalomanie (délire des grandeurs) et la paralysie générale, ainsi que les conclusions finales qui résument l'ensemble du travail :

Considérations thérapeutiques. — Pour que la folie avec prédominance du délire des grandeurs pût donner lieu, au point de vue thérapeutique, à des considérations d'ensemble satisfaisantes, il faudrait, ou bien qu'elle constituât une espèce distincte d'aliénation mentale, ayant son individualité pathologique et comportant un traitement à part, ou bien que, même en n'étant qu'un symptôme, le délire des grandeurs entraînât, par sa seule présence, dans le traitement des différentes variétés de vésanies où il pourrait se rencontrer, certaines indications thérapeutiques spéciales.

Mais aucune de ces deux hypothèses n'est exacte; nous savons

déjà, par ce qui précède, que le délire des grandeurs ne constitue pas un genre particulier de folie; nous devons ajouter que, là où il se rencontre, dans les diverses formes de maladies mentales, il ne modifie pas sensiblement la nature des soins à donner.

Au point de vue thérapeutique, nous sommes donc obligé de modifier un peu la question, et de parler, non pas du traitement de la folie avec prédominance du délire des grandeurs, mais bien du traitement des genres de folie dans lesquels le délire des grandeurs peut être prédominant.

Une fois posée dans ces termes, la question se réduit encore; car ces genres de folie sont, on le sait, au nombre de deux : le délire partiel systématisé et la paralysie générale. Or, l'un et l'autre sont de ceux dont une pratique, malheureusement trop unanime dans ses résultats, proclame l'incurabilité presque absolue.

Mais là où il ne peut guérir, le médecin doit au moins, dans la limite du possible, atténuer les maux et consoler les malades; nous aurons donc à chercher quels sont les moyens les meilleurs pour obtenir ce résultat auprès des aliénés atteints de mégalomanie et de paralysie générale.

Quant à cette dernière, nous devrons, en outre, examiner si les modifications qui nous paraissent devoir être introduites dans la conception théorique de cette maladie, n'entraînent pas quelque indication thérapeutique nouvelle, c'est-à-dire que nous chercherons si la manie congestive comporte une médication à part, et si les chances de rétablissement dont elle est susceptible peuvent être favorablement influencées par ce traitement.

Traitement de la mégalomanie.—Parmi tous les troubles auxquels le système nerveux peut être sujet, il en est peu de plus persistants, de moins modifiables par le traitement, que les hallucinations.

Nous ignorons complétement quelles sont les modifications anatomiques qui les déterminent, en sorte que nous ne pouvons diriger contre elles une médication rationnelle; quant aux moyens empiriques, tous ceux que l'on a mis en usage ont échoué; nous ne pouvons accorder aucune confiance, sous ce rapport, aux saignées locales ou générales, aux révulsifs cutanés ou intestinaux, aux bains de différente nature, aux médicaments narcotiques ou antispasmodiques. Il y a quelques années, Hiffelsheim crut avoir trouvé un moyen de modifier ou même de supprimer les hallucinations, à l'aide d'un courant électrique continu; des essais furent faits par lui, dans le service de M. Baillarger, mais ils n'amenèrent la constatation d'aucun résultat général ni durable. Nous devons donc considérer les hallucinations comme un phénomène morbide à peu près rebelle à tout effort de traitement, et lorsque, au bout d'un certain nombre d'années, il finit par disparaître, comme l'Observation XXXII en est un exemple, il faut, croyons-nous, en faire honneur aux seuls effets de la nature bien plus qu'à ceux de la thérapeutique.

On se rappelle que, d'après nous, les hallucinations jouent un rôle prépondérant dans la mégalomanie, et que, lorsqu'elles n'en sont pas le premier symptôme, celui dont tous les autres découlent logiquement, elles ne tardent pas à se produire et à entretenir ou augmenter, par leur influence, le délire préexistant. On comprendra donc facilement pourquoi cette maladie, ou, d'une manière générale, le délire systématisé, dont elle n'est qu'une variété, constitue une forme à peu près incurable de maladie mentale.

Dès lors, le traitement à appliquer aux malades qui en sont affectés, ne pouvant pas avoir pour objet d'obtenir leur guérison, doit surtout tendre à les rendre inoffensifs pour les autres et pour eux-mêmes, et à leur assurer une manière de vivre répondant, dans les limites du possible, aux conditions dans lesquelles ils peuvent être le moins malheureux.

Parmi ces malades, il en est un certain nombre qui ne laissent jamais leur délire percer dans leurs actes, et qui, conservant pour leur for intérieur les idées de grandeur qui les occupent, font de leur vie deux parts bien distinctes, l'une, interne et délirante, dans laquelle ils se laissent aller à tous les dérèglements de leur imagination malade, l'autre, extérieure et assez régulière, dans laquelle ils se plient sans résistance aux conditions sociales qui leur sont faites, et ne tentent rien pour faire passer eurs chimères dans le domaine de la réalité; ces malades peuvent vivre en liberté sans compromettre l'ordre social ni nuire à la sécurité des citoyens.

Beaucoup plus souvent, le délire réagit sur la nature des actes et leur imprime un caractère extravagant ou dangereux. Tantôt ce sont les aspirations à une grandeur imaginaire qui dictent leur conduite, tantôt ce sont les idées de persécutions.

Dans le premier cas, les malades veulent réclamer le rang, le titre, la fortune qui leur sont dus; ils font des démarches pour rentrer en possession de leurs droits, et souvent c'est au souverain lui-même, ou à son entourage, qu'ils adressent leurs importunités.

Dans le second cas, les personnes qu'ils se croient autorisés à considérer comme leurs ennemis, et qu'ils regardent comme les auteurs des persécutions qu'ils ont à souffrir, deviennent l'objet de leurs poursuites, et parfois de sanglantes catastrophes se chargent de démontrer combien de pareils malades sont dangereux.

Il peut encore arriver que, sans donner précisément lieu à des actes tendant à la réalisation de conceptions imaginaires, le délire de ces malades s'affirme d'une manière tellement ostensible, que des mesures spéciales doivent être prises à leur égard.

Dans toutes les circonstances que nous venons d'énumérer, le résultat ordinaire des manifestations délirantes est le placement de ceux qui s'y livrent dans un établissement d'aliénés. C'est alors seulement, sauf de très-rares exceptions, que ces malades sont soumis à l'examen régulier d'un médecin et peuvent être mis en traitement.

Le premier traitement, et le plus important, c'est l'influence du nouveau milieu dans lequel ils se trouvent, l'absence de toute cause excitante extérieure, la régularité forcée introduite dans l'emploi du temps, dans la nature des occupations, dans la satisfaction des besoins physiques, trop souvent négligés jusque-là.

Le résultat le plus fréquent de ces conditions nouvelles d'existence, c'est la régularisation des actes des malades et la neutralisation, plus ou moins complète, des impulsions résultant de leur délire. Comme leur maladie constitue une folie partielle, ils conservent, sous certains rapports, l'usage de leurs facultés intellectuelles; ils en profitent pour donner à leur tenue, à leur conduite, les apparences de la raison, et souvent aussi pour dissimuler leurs idées maladives, dont ils ne s'avouent pas pour cela le défaut de réalité, mais dont ils ont bientôt reconnu qu'il est plus prudent pour eux de ne pas faire étalage. Seulement, à des intervalles plus ou moins éloignés, suivant les cas, ils ne peuvent résister au besoin d'exprimer leurs sujets de plaintes ou d'affirmer leurs droits, et ils le font souvent avec une certaine exaltation.

Celle-ci une fois passée, ils redeviennent calmes et dociles; la nature même de leurs idées les pousse souvent à prendre un soin particulier de leur personne, de leur toilette. Aussi est-ce à peu près exclusivement dans la division des malades les plus paisibles et ayant la meilleure tenue que, dans chaque asile, on peut rencontrer les quelques mégalomaniaques qui y sont placés.

Mais outre cette influence générale de milieu, il en est une plus individuelle, exclusivement réservée au médecin. Elle peut être de deux sortes et constituer un traitement physique ou un traitement moral.

Le premier peut puiser ses ressources dans tout l'arsenal du *Codex*, de la balnéothérapie ou de l'hydrothérapie; il peut être fort utile dans certaines périodes d'excitation ou de dépression qui se manifestent, à intervalles plus ou moins éloignés, chez ces aliénés, aussi bien que chez tous les autres. Quant à son influence directe contre le fond même du délire, nous avons déjà laissé pressentir que nous ne lui accordons que bien peu de confiance.

Le traitement moral, lui, est toujours opportun, mais il est loin d'être compris de la même manière par tous les médecins, et l'on a rangé sous cette dénomination commune des pratiques bien opposées.

Pour nous, les principes qui nous paraissent devoir y dominer et sur lesquels nous voudrions toujours régler notre conduite, sont ceux qui sont formulés de la manière la plus éloquente dans le passage suivant de Pariset :

« A défaut d'une doctrine proprement dite, il est, dans le traitement des aliénés, deux choses que l'on ne doit jamais perdre de vue, je veux dire un précepte et une maxime. Le précepte est de favoriser le renouvellement de l'organisation..... La maxime est de vous faire, sur vos malades, la seule autorité qui soit digne d'eux et de vous, la seule à laquelle ils se livrent d'eux-mêmes, parce que cet abandon de leur être est le fruit de leur confiance et du respect que vous leur inspirez. Mais cette autorité, mais cette confiance et ce respect, vous ne les obtiendrez que par la justice et la bonté : la justice, dont le sentiment ne meurt jamais dans le cœur des aliénés, et sur laquelle ils jugent vos moindres actions, avec une finesse et une sûreté merveilleuses; la bonté, qui n'est encore que la justice, et qui doit respirer dans tout ce que vous faites, dans tout ce que vous dites, dans les traits mêmes de votre physionomie, et jusque dans vos rudesses, dans vos sévérités; de telle sorte que, quels que soient vos rapports avec eux, les aliénés ne sentent, ne voient jamais que le tendre intérêt que vous prenez à leur situation (1). »

A côté de ce traitement moral, qui fait tant d'honneur à celui qui l'a exprimé dans ce beau langage, et aussi à tous ceux qui le mettent en pratique, quelque modestes que soient leurs aspirations, quelque obscur que soit le théâtre où ils l'exercent, il en est un autre, tout aussi honnête dans son but, nous ne voulons pas en douter, mais bien différent dans ses procédés; c'est celui que Leuret préconisa hautement, et par lequel il a prétendu avoir obtenu des guérisons rapides, quelquefois instantanées.

Tout le monde sait que, attaquant avec acharnement ses malades dans leurs conceptions délirantes, réfutant une à une toutes leurs erreurs, et appelant à l'appui de ses arguments des moyens de répression physique, la camisole et la douche, Leuret s'appliquait à extorquer aux monomanes la rétractation de leurs idées, et se flattait par là d'arriver à les guérir. Considérant l'aliéné comme un homme qui se trompe, il croyait le rendre à la santé rien qu'en lui faisant avouer son erreur.

Aussi ne pouvait-il se ranger aux préceptes de Pariset et n'hésitait-il pas à les réfuter. « A ne parler que des aliénés dont la maladie ne présente aucune complication de paralysie, et c'est seulement de ces malades qu'il peut être question ici, la justice et la bonté, dit-il, passeront sur leur délire sans y rien déranger; les conceptions délirantes et les hallucinations n'en persisteront pas moins, et, abritées par la bienveillance du médecin, elles grandiront comme ces stalactites qui naissent dans les cavernes dont l'air n'est agité par aucun souffle, dont les voûtes n'éprouvent jamais ni choc ni frottement. A sa naissance, gouttelette cristalline, la stalactite eût été enlevée par un léger effort; plus tard il faudra employer la massue pour la briser, et, en frappant, observer si la voûte qui lui sert de soutien ne menace pas de s'écrouler avec elle (1). »

Tout en rendant hommage à l'honnêteté des intentions de Leuret, nous devons dire qu'en tenant ce langage il n'est pas juste pour Pariset, car si ce dernier a parlé de rudesses et de sévérités, c'est sans doute pour ces cas où il est bon que la bienveillance banale du médecin ne favorise pas la cristallisation progressive du délire. A côté de ce déni de justice, Leuret émet une assertion dont rien, dans son ouvrage ni surtout dans les faits, ne nous paraît fournir la preuve. Comment affirmer, en effet, qu'un léger effort puisse suffire pour dissiper, à leur naissance, les hallucinations et les conceptions délirantes, alors que l'on sait que ces symptômes sont précisément de ceux qui sont le plus rebelles à tout traitement?

Il est important de bien établir que Leuret lui-même reconnaît son système de traitement moral inapplicable à tous les aliénés qui présentent des symptômes de paralysie générale, à tous ceux qui présentent des symptômes physiques liés aux symptômes intellectuels. Il le préconise uniquement pour ceux qui n'ont absolument que ces derniers, et il fait encore une autre distinction. « Les hallucinés, dit-il (p. 410), sont moins guérissables que les individus dont l'unique folie est d'avoir des conceptions délirantes, parce que les premiers ont un délire de sensations et un délire d'idées, tandis que les seconds ont un délire d'idées seulement. »

Nous pourrions donc dire à Leuret, comme il le reproche lui-même à ses contradicteurs, que les faits qu'il invoque sont exceptionnels, et que la réussite des moyens qu'il met en usage est peu sûre (p. 416); car, parmi les hommes qui composent un grand service d'hommes aliénés (Leuret ne parle que de malades de ce sexe), le nombre de ceux qui n'offrent ni paralysie, ni symptômes physiques, ni hallucinations, est bien restreint, et même parmi eux le traitement moral, tel que l'indique cet auteur, n'obtiendrait que peu de chances de succès.

Ce qu'il exige, par la peur des mesures de rigueur, c'est une rétractation du délire, une dissimulation de ses manifestations. Peut-on dire que ce résultat, même lorsqu'il est atteint, constitue une guérison, et surtout une guérison durable? Nous ne le pensons pas.

Sans doute, dans quelques cas, Leuret a obtenu, au moins pendant un certain temps, la suppression des propos et des actes délirants, et cela est un avantage que nous sommes loin de dédaigner; mais ne s'est-il pas fait illusion en croyant que ses malades étaient réellement guéris, et que, l'intimidation qu'il exerçait sur eux une fois interrompue, ils continueraient à se conduire sensément? S'il n'en a pas été ainsi, quelle valeur scientifique accorder à ses résultats?

Nous n'hésitons donc pas à considérer le traitement moral, tel qu'il a été préconisé par Leuret, comme presque toujours inefficace et inutilement cruel.

On ne saurait, néanmoins, refuser une certaine importance pratique aux résultats qu'il obtenait; ils témoignent de l'utilité, pour le médecin aliéniste, de payer hardiment de sa personne, afin de gagner un ascendant réel sur ses malades et d'arriver à régulariser leurs actes. Mais ce résultat peut, nous en sommes convaincu, être atteint par des moyens plus doux, et il constitue pour l'ensemble des malades pris en bloc, et pour chacun en particulier, une amélioration considérable. Dans quelques cas exceptionnels, il pourra même servir de préliminaire à une guérison réelle; mais jamais il ne saurait être obtenu sans des efforts continus et personnels du médecin lui-même et de tous ceux auxquels il doit communiquer son impulsion.

Si, à la place du traitement moral ainsi compris et pratiqué, on préconisait uniquement le traitement physique, et si l'on se contentait de regarder des aliénés sans pénétrer dans leur délire, de leur prescrire des médicaments et de leur donner des bains sans leur dire le but que l'on se propose, sans leur faire comprendre l'intérêt dont on les environne, sans expliquer aux auxiliaires dont on dispose le côté élevé de la mission qu'ils ont à remplir, le respect qu'ils doivent à leur semblable frappé dans son intelligence, on tomberait dans une exagération plus regrettable encore que celle de Leuret. Sans doute, son système ne peut pas donner les résultats qu'il s'en promettait; sans doute, il fait souvent trop bon marché des douleurs infligées à de pauvres malades; mais il a au moins le bon côté de forcer le médecin à se mettre personnellement en jeu, et à lutter contre la folie de ceux qui sont confiés à ses soins, avec son esprit et son cœur, autant qu'avec des pilules et des potions.

Cette discussion manque, du reste, d'actualité. Nous croyons que, aujourd'hui, tous les médecins aliénistes sont d'accord sur l'inefficacité des rigueurs et sur la nécessité de la sollicitude continuelle et des soins affectueux à l'égard des aliénés. Mais comme cette question a eu autrefois beaucoup de retentissement, et comme elle se rapportait intimement au traitement du

(1) Pariset, *Bulletin de l'Académie de médecine*. Paris, 1839, t. IV, p. 79.

(1) Leuret, *Traitement moral de la folie*. Paris, 1840, p. 126.

délire partiel avec idées de grandeurs, nous nous sommes laissé entraîner à la rappeler, et à profiter de cette occasion d'affirmer le devoir, pour le médecin aliéniste, de prendre, comme bases de toute sa conduite, ces deux conditions essentielles : la justice et la bonté.

(A suivre.)

TABLETTES DU MÉDECIN-LÉGISTE.

I

Accouchement. — Acte de l'état-civil, naissance, domicile d'un tiers, déclaration, assistant. — L'individu qui a assisté à un accouchement est tenu d'en faire la déclaration à l'officier de l'état-civil, même dans le cas où cet accouchement a eu lieu au domicile d'un tiers, les termes de la loi repoussant toute distinction et même tout ordre successif chez ceux auxquels elle impose l'obligation de la déclaration (C. Nap., 55 et 56; C. pén., 346).

A supposer qu'il en soit autrement, l'assistant ne serait pas fondé, lorsque la femme est venue accoucher, en dehors de sa résidence ordinaire, dans un appartement qu'elle a loué personnellement, à prétendre que, dans ce cas, c'est au propriétaire, comme étant la personne chez qui l'accouchement a eu lieu, qu'incombe l'obligation de faire la déclaration de naissance (C. Nap., 56). — Cour de cass., ch. crim., 28 février 1867. — Cf., Dalloz, *Jur. gén.*, 1867, 1re partie, p. 190.

— La personne chez laquelle a lieu un accouchement est seule responsable des défauts de déclaration de la naissance, quand bien même le mari de l'accouchée aurait été informé assez tôt pour pouvoir remplir lui-même la formalité (C. N. 55 et 56; C. p. 346; l. 20 sept. 1792, tit. 3, art. 2).

Elle n'est affranchie de cette responsabilité que lorsqu'elle justifie qu'elle était absente de son domicile ou que le mari était présent à l'accouchement.

C. cass., ch. crim., 12 déc. 1862. — Cf. Dalloz, *Jur. gén.*, 1863 (1re partie), p. 392.

II

Avortement. — La tentative d'avortement est punissable, mais seulement quand elle a été pratiquée par d'autres que la femme enceinte, et c'est aussi seulement dans le cas où la tentative est le fait d'un autre que la femme enceinte, que la complicité de cette tentative est punissable (C. p. 317, 2 et 59). — Cf. Dalloz, *Jur. gén.*, 1864, 1re partie, p. 406.

— En principe, les faits constitutifs d'un avortement, procuré à l'aide de manœuvres criminelles qui ont amené la mort de la femme enceinte, peuvent, en dehors du crime commis contre l'enfant, présenter, en tant que se rapportant à la femme, les éléments d'une seconde accusation pour blessures volontaires ayant occasionné la mort de celle-ci sans intention de la donner (C. p. 309 et 310).

Mais la chambre d'accusation refuse avec raison de relever ce second chef d'accusation, lorsqu'il lui paraît que le décès de la femme est dû, non à des violences directes sur sa personne, mais aux suites même de l'avortement, par exemple à la présence de l'embryon qui est resté dans la matrice et s'y est putréfié. — C. cass., ch. crim., 2 juillet 1863. — Cf. Dalloz, *Jur. gén.*, 1863 (1re partie), p. 482.

III

Eaux minérales. — L'arrêté pris par le préfet pour réglementer le débit et l'expédition des eaux fournies par une source minérale naturelle dont l'exploitation a été autorisée par le ministre, rentre, comme ayant pour objet d'assurer l'exécution des prohibitions de l'ordonnance du 18 juillet 1823, sur la vente des eaux minérales au public, parmi les règlements de police dont l'observation est sanctionnée par l'article 471, n° 15, C. pén.;

... Et il a ce caractère même à l'égard du concessionnaire de l'exploitation, qui ne peut, dès lors, sans contravention, livrer des eaux prises à des sources autres que celles comprises dans l'autorisation;

Peu importe que ce concessionnaire soit un pharmacien, cette qualité ne lui faisant une situation particulière que pour le débit d'eaux minérales effectué dans son officine, mais non pour le débit des eaux puisées directement à une source minérale. (Ord. 18 juill. 1832, art. 1.) C. cass., ch. crim., 7 fév. 1862. — Cf. Dalloz, *Jur. gén.*, 1862, (1re partie), p. 252.

Hydrologie

RÉSUMÉ HISTORIQUE ET MÉDICAL DES TRAVAUX ET OBSERVATIONS PUBLIÉS SUR LES EAUX MINÉRALES DE VALS.

Source Saint-Jean. — L'eau de cette source, on l'a vu par le tableau que nous avons publié, ne diffère pas, au fond, quant à sa composition, de l'eau des autres sources de Vals; c'est toujours une eau gazeuse bicarbonatée sodique, mais dans laquelle les proportions des éléments minéralisateurs sont moindres que dans toutes les autres; nous ne parlons pas, bien entendu, de la source Marie, qui renferme moins d'un demi-gramme de bicarbonate par litre, et qu'on peut, par conséquent, à peine considérer comme une eau minérale; aussi la laissons-nous de côté. Cependant elle peut, dans quelques cas rares, trouver ses applications.

Quant à la source Saint-Jean, malgré sa minéralisation relativement plus faible, c'est une eau parfaitement active, mais plus douce que toutes les autres, moins excitante, soit pour les organes gastro-intestinaux, soit pour le système général, plus agréable à prendre, par conséquent, et à supporter; et si nous disons plus agréable, c'est que, en fait de saveur agréable, les eaux de Vals, moins la Dominique, ne diffèrent que du plus au moins.

D'ailleurs, il arrive assez fréquemment que l'eau de la source Saint-Jean suffit seule à guérir radicalement les malades atteints de dyspepsie, de chlorose, d'anémie et d'autres débilités de cause mal déterminée, ainsi que nous en avons observé de nombreux exemples et publié quelques-uns (1); et, dans ces cas, c'est tout avantage pour les malades, car l'eau de la Saint-Jean est une véritable boisson d'agrément, mêlée au vin ou même seule, et dont les rapports, quand elle en donne, sont comparés par les malades à ceux que procure le vin de Champagne. Ces précieux avantages font, du reste, que les malades ne se lassent jamais de cette eau, tout au contraire, et qu'elle peut être ainsi continuée indéfiniment, en sorte que, chez les personnes d'une susceptibilité exagérée, on peut obtenir, à l'aide de la Saint-Jean, par la prolongation du traitement, ce qu'on obtient, avec l'eau des autres sources, dans un temps beaucoup plus court.

Enfin, même chez les malades qui supportent très-bien celles-ci, la bonne direction du traitement oblige assez souvent à les suspendre dans le cours d'une cure, et pendant les entr'actes de la cure par les grandes sources, l'eau de la Saint-Jean entretient avec avantage et agrément, ou même accroît les améliorations déjà obtenues. On voit par ces détails sommaires, dont les praticiens apprécieront la portée, sans que nous ayons besoin de les développer davantage, que les qualités d'une source à faible minéralisation sont plus précieuses encore que ne le suppose le fécond inspecteur d'Hauterive, et qu'une station qui est privée de cette source manque, ainsi que l'ont déclaré, du reste, tous les hydrologues désintéressés, d'un de ses éléments *essentiels*.

La source Saint-Jean est donc surtout celle qu'on devait désirer le plus dans une station d'eaux bicarbonatées sodiques puissantes; c'est aussi celle que tous les hommes compétents ont désirée, depuis le célèbre Prunelle jusqu'au savant M. Durand-Fardel; seulement, le premier de ces éminents praticiens n'ignorait pas qu'il y eût dans notre station les sources peu minéralisées, qui manquent à Vichy, et il a souvent adressé à Vals, qu'il considérait comme supérieur à Vichy, des malades qu'il ne croyait pas pouvoir traiter utilement dans cette dernière station, tandis que M. Durand-Fardel semble ignorer, on ne s'explique pas trop comment, que Vals possède le *desideratum* qui lui paraît à juste titre si important.

Le *desideratum* est si important, en effet, que, bien que les sources même les plus minéralisées de Vals soient beaucoup plus faciles à supporter que celles, moins minérales, de Vichy, nous considérons comme une règle générale de prudence de commencer presque tous les traitements par l'administration de l'eau de la source Saint-Jean, lorsque la débilité des malades, leur susceptibilité gastrique ou nerveuse générale peut faire redouter le moindrement qu'ils éprouvent quelque difficulté à s'acclimater à la médication hydrologique. Nous considérons surtout comme une indication formelle de débuter par l'eau de la source Saint-Jean, dans les cas de catarrhe vésical, de calculs phréniques ou hépatiques, de dispepsies gastralgiques et de chlorose ou anémie accompagnée de dégoûts qui en forment le cortége presque inévitable.

On n'a pas oublié, peut-être, que l'eau de la Saint-Jean renferme beaucoup moins d'acide carbonique libre que les autres sources, environ un demi-gramme (0,425) au lieu de 2 grammes ou plus que renferment les autres sources. Cette circonstance aurait pu faire craindre que l'embouteillage et le transport n'altérassent la composition de l'eau, et que ses principes minéralisateurs, le fer notamment, ne fussent pas maintenus dans un état de dissolution parfaite, ce qui est indispensable à la conservation des propriétés curatives; mais la composition des sources de Vals, on l'a remarqué bien des fois, offre une si heureuse harmonie, que l'acide carbonique de la Saint-Jean n'est réduit qu'en proportion des autres principes minéralisateurs, et qu'ainsi ces derniers sont maintenus parfaitement dissous et intacts, tout comme ceux des sources qui renferment plus de 2 grammes de gaz.

Nul doute que ce ne soit à ce triple et inappréciable avantage, d'être à la fois inaltérable par le transport, sérieusement curative et des plus agréables à boire, que la source Saint-Jean doit la grande extension qu'elle a prise dès qu'elle a été connue. Ce n'est plus aujourd'hui le remède des malades qui fréquentent Vals; c'est la boisson justement préférée et habituelle de tous les dispeptiques, de tous les débilités, de tous les tempéraments nerveux, à appétits capricieux, quelque climat qu'ils habitent.

(1) Voyez notre opuscule intitulé : *Emploi médical des eaux minérales de Vals.*

DOCUMENTS

POUR SERVIR A L'HISTOIRE DU MOUVEMENT SCIENTIFIQUE PENDANT LE SIÉGE DE PARIS (1).

27 JANVIER

LIV. **Ouverture des négociations.** — Le Gouvernement publie la déclaration suivante :

« Tant que le Gouvernement a pu compter sur l'arrivée d'une armée de secours, il était de son devoir de ne rien négliger pour prolonger la défense de Paris.

« En ce moment, quoique nos armées soient encore debout, les chances de la guerre les ont refoulées, l'une sous les murs de Lille, l'autre au delà de Laval; la troisième opère sur les frontières de l'Est. Nous avons dès lors perdu tout espoir qu'elles puissent se rapprocher de nous, et l'état de nos subsistances ne nous permet plus d'attendre.

Dans cette situation, le Gouvernement avait le devoir absolu de négocier. Les négociations ont lieu en ce moment. Tout le monde comprendra que nous ne pouvons en indiquer les détails sans de graves inconvénients. Nous espérons pouvoir les publier demain. Nous pouvons cependant dire dès aujourd'hui que le principe de la souveraineté nationale sera sauvegardé par la réunion immédiate d'une assemblée; que l'armistice a pour but la convocation de cette assemblée; que, pendant cet armistice, l'armée allemande occupera les forts, mais n'entrera pas dans l'enceinte de Paris; que nous conserverons notre garde nationale intacte et une division de l'armée, et qu'aucun de nos soldats ne sera emmené hors du territoire.

LV. **Bombardement.** — *Du 24 au 25.* Les régions au sud de Paris ont eu relativement moins à souffrir la nuit dernière, et le bombardement a subi, de ce côté, une décroissance ou, au moins, des intermittences assez marquées. Les quartiers atteints sont ceux de Grenelle, de Vaugirard, du Luxembourg, de la Glacière et de Montparnasse. Celui du Petit-Montrouge a été exceptionnellement éprouvé, sans doute à cause de sa proximité des forts; 69 obus sont tombés sur un seul établissement, l'asile Sainte-Anne, et la rue Darreau en a reçu 23.

Rue de la Glacière, un projectile a provoqué dans une fabrique de carton et de papier un incendie qui s'est propagé rapidement et qui l'a complétement anéantie, au bout de quelques heures. Un autre incendie s'est déclaré rue Clisson, 58, mais il a été promptement éteint.

49 propriétés particulières ont été endommagées, les édifices publics ont peu souffert.

La grêle meurtrière qui pleuvait sur Auteuil ces jours derniers a subitement cessé depuis hier, et, de ce côté, le tir de l'ennemi est limité au rayon du mur d'enceinte.

A Saint-Denis, au contraire, le bombardement redouble de violence et il est peu de maisons qui ne soient détériorées. Une partie de la population, entassée dans les caves, n'y est même pas toujours en sûreté. Les habitants ne peuvent se risquer sans danger hors de leurs retraites. Un grand nombre de ces infortunés, sans asile et sans ressources, ont dû venir chercher un refuge à Paris.

Les victimes sont nombreuses; plusieurs d'entre elles, frappées dans les étages supérieurs des maisons, restent sans sépulture, et le cimetière, qui touche à l'église, est lui-même tellement criblé d'obus, que l'on ne peut y pénétrer.

Aujourd'hui, surtout à partir de onze heures du matin, la canonnade a recommencé furieuse, incessante; aussi la situation de la malheureuse ville s'est-elle encore aggravée. La cathédrale a reçu cette après-midi un grand nombre de projectiles, et sa flèche est assez sérieusement endommagée.

22 victimes. — Enfants blessés, 2. — Femmes blessées, 2. — Hommes tués, 2, blessés, 16.

Du 25 au 26. On a constaté la nuit dernière une certaine recrudescence dans le bombardement, et le nombre des projectiles qui ont éclaté sur la rive gauche s'est élevé, d'un jour à l'autre, de 79 à 137. Quinze obus sont tombés sur l'hôpital du Val-de-Grâce, ainsi que sur l'asile Sainte-Anne, et, pour la première fois, l'usine à gaz de la Villette (quartier de la Chapelle) a reçu des projectiles.

47 propriétés particulières ont été plus ou moins endommagées. 3 incendies se sont déclarés : l'un au Val-de-Grâce, l'autre rue Brézin, le troisième, rue Thiboumery. Ils ont été promptement éteints, et pendant l'organisation des secours personne n'a été blessé.

L'ennemi a de nouveau dirigé le tir de ses batteries sur Auteuil et sur le Point-du-Jour. Rue Lafontaine, quelques maisons déjà ébranlées se sont totalement effondrées; d'autres, situées villa Montmorency, ont beaucoup souffert.

A Saint-Denis, la nuit du 25 au 26 a été assez calme. Il est tombé sur la ville quelques obus et des boulets pleins, qui ont produit des dommages peu importants, mais malheureusement trois personnes ont été mortellement atteintes dans la soirée d'hier. La gare du chemin de fer a été plus sérieusement éprouvée : une dizaine de projectiles, en éclatant principalement sur les salles des marchandises, y ont causé des dégâts assez sérieux.

3 victimes. — Femmes tuées, 1, blessées, 1. — Hommes blessés, 1.

Du 26 au 27. Le 26, de sept à onze heures du soir, la canonnade ennemie a été très-vive, et un grand nombre de projectiles ont éclaté sur les quartiers du Montparnasse, du Luxembourg, du Panthéon, du Val-de-Grâce, de Grenelle, de Passy, du Petit-Montrouge et de Necker. Ce dernier a principalement souffert et on y compte neuf victimes.

Deux projectiles tombés sur le gazomètre situé à la Chapelle ont déterminé l'explosion du régulateur et occasionné un incendie dont on s'est promptement rendu maître.

36 propriétés privées ont été atteintes par des obus, et quelques-unes ont éprouvé des dommages assez sérieux.

A partir de onze heures, le feu des batteries ennemies s'est sensiblement ralenti, et, une heure après, il a cessé complétement.

13 victimes. — Enfant tué, 1, blessés 3. — Femme tuée, 1, blessées, 2. — Hommes tués, 2, blessés, 4.

28 JANVIER

LVI. **Proclamation du Gouvernement.**

Citoyens,

La convention qui met fin à la résistance de Paris n'est pas encore signée, mais ce n'est qu'un retard de quelques heures.

Les bases en demeurent fixées telles que nous les avons annoncées hier :

L'ennemi n'entrera pas dans l'enceinte de Paris;

La garde nationale conservera son organisation et ses armes;

Une division de douze mille hommes demeure intacte; quant aux autres troupes, elles resteront dans Paris, au milieu de nous, au lieu d'être, comme on l'avait d'abord proposé, cantonnées dans la banlieue. Les officiers garderont leur épée.

Nous publierons les articles de la convention aussitôt que les signatures auront été échangées, et nous ferons en même temps connaître l'état exact de nos subsistances.

Paris veut être sûr que la résistance a duré jusqu'aux dernières limites du possible. Les chiffres que nous donnerons en seront la preuve irréfragable, et nous mettrons qui que ce soit au défi de les contester.

Nous montrerons qu'il nous reste tout juste assez de pain pour attendre le ravitaillement, et que nous ne pouvions prolonger la lutte sans condamner à une mort certaine deux millions d'hommes, de femmes et d'enfants.

Le siége de Paris a duré quatre mois et douze jours; le bombar-

(1) Suite. — Voir le dernier numéro.

dement, un mois entier. Depuis le 15 janvier la ration de pain est réduite à 300 grammes; la ration de viande de cheval, depuis le 15 décembre, n'est que de 30 grammes. La mortalité a plus que triplé. Au milieu de tant de désastres, il n'y a pas eu un seul jour de découragement.

L'ennemi est le premier à rendre hommage à l'énergie morale et au courage dont la population parisienne tout entière vient de donner l'exemple. Paris a beaucoup souffert; mais la République profitera de ses longues souffrances, si noblement supportées. Nous sortons de la lutte qui finit, retrempés pour la lutte à venir. Nous en sortons avec tout notre honneur, avec toutes nos espérances, malgré les douleurs de l'heure présente; plus que jamais nous avons foi dans les destinées de la patrie.

Paris, 28 janvier 1871.

Les membres du Gouvernement :

GÉNÉRAL TROCHU, JULES FAVRE, EMMANUEL ARAGO, JULES FERRY, GARNIER-PAGÈS, EUGÈNE PELLETAN, ERNEST PICARD, JULES SIMON. — LE FLÔ, *ministre de la guerre*, DORIAN, *ministre des travaux publics*, MAGNIN, *ministre de l'agriculture et du commerce.*

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

M. le docteur J. Bulard vient d'être nommé médecin en chef de l'Asile public d'aliénés de Bordeaux.

— *Ecole de médecine d'Arras.* — M. Germe, docteur en médecine, suppléant pour les chaires de médecine à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie d'Arras, est nommé chef des travaux anatomiques à la même école, en remplacement de M. Leviez, appelé à d'autres fonctions.

— *Cours public et pratique de laryngoscopie et de rhinoscopie.* — M. le docteur Ch. Fauvel a recommencé ce cours à sa *nouvelle clinique, rue Guénégaud*, 13, et le continue *les jeudis et lundis, à midi.*

Cette clinique a surtout pour objet l'étude des maladies chirurgicales du larynx et des parois postérieures des fosses nasales, et l'application des nouvelles méthodes de traitement apportées par la laryngoscopie et la rhinoscopie. — Le miroir laryngien est éclairé par la lumière de Drummond, afin de permettre à plusieurs personnes à la fois de bien voir l'image de la région explorée.

— *Maison de santé* à vendre par suite de décès. Écrire à Me Collin, notaire à Nancy.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments ou autres objets).

Traité pratique des maladies des yeux et de la vue, par le docteur J. CARNET, ancien interne des hôpitaux de Paris. 1 vol. in-12 avec figures dans le texte. 3e édition. — Prix : 5 francs.

Quelques considérations sur le crétinisme, par le docteur ALEXANDRE NIEPCE. In-8°. — Prix : 1 fr. 75.

Étude expérimentale et clinique sur l'absinthisme et l'alcoolisme, par le docteur CHALLAND. In-8°. — Prix : 2 francs.

De la thérapeutique de l'œil au moyen de la lumière colorée, par le docteur L. BOEHM, professeur à l'université de Berlin, etc.; traduit de l'allemand par Th. Klein, traducteur de l'*Optique physiologique* de Helmholtz. 1 vol. in-8° avec deux planches coloriées. — Prix : 4 francs.

Revue photographique des hôpitaux de Paris, par les docteurs DE MONTMÉJA et BOURNEVILLE. 3e année; les numéros de mai et juin sont en vente. — Prix de chaque : 2 francs.

Étude sur la lèpre tuberculeuse ou éléphantiasis des Grecs, par le docteur PAUL LAMBLIN. In-8° avec figures dans le texte. — Prix : 3 fr. 50.

L'Uranoplastie et les divisions congénitales du palais, par le docteur ROUGE, chirurgien de l'hôpital cantonal de Lausanne, 1 volume in 8° avec figures dans le texte. — Prix : 3 francs.

Angines aiguës ou graves. Origine, nature, traitement, par le docteur MOURA. Broch. grand in-8° de 68 pages. — Prix : 3 francs.

Étude sur le diagnostic et le traitement chirurgical des étranglements internes, par M. le docteur LARGUIER DES BANCELS, ancien préparateur du cours d'anatomie chirurgicale de l'amphithéâtre des hôpitaux. In-8°. — Prix : 3 francs.

Recueil d'ophthalmologie, par M. le docteur X. GALEZOWSKI. — 1re année; in-8, 128 pages. — Prix : 2 fr.

Traité des opérations qui se pratiquent sur l'œil, par le docteur E. MEYER, chevalier de la Légion d'honneur, et le docteur A. DE MONTMÉJA, ancien chef de clinique ophthalmologique, rédacteur de la *Revue photographique des hôpitaux*, ex-interne provisoire des hôpitaux de Paris. Un volume de 276 pages in-4°, relié demi-chagrin, doré en tête, avec 190 figures sur bois dessinées par Leveillé, gravées par Badoureau, et accompagné d'un atlas photographique de 22 planches (ouvrage terminé). — Prix : 40 fr.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

Nº 98 — JEUDI 17 ET SAMEDI 19 AOUT 1871. 44e ANNÉE. JEUDI 17 ET SAMEDI 19 AOUT 1871. — Nº 98.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois. . . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

SOMMAIRE. — HÔTEL-DIEU. Étude sur le traitement de la polyurie (M. Guéneau de Mussy). — Étude clinique de la folie (M. Achille Foville fils). — Tablettes du médecin-légiste. — Documents pour servir à l'histoire du mouvement scientifique pendant le siége de Paris. — Nouvelles. — Bulletin bibliographique.

Paris, le 22 septembre 1871.

HOTEL-DIEU. — M. GUÉNEAU DE MUSSY.

Études sur le traitement de la polyurie.

(Résumé de leçons cliniques faites à l'Hôtel-Dieu en 1864 et 1867.)

Pendant l'hiver de 1864, je reçus dans mes salles (1) une jeune fille de 20 ans, grasse, ayant au premier abord les apparences de la force; mais la bouffissure et l'empâtement de ses traits, la teinte violâtre et morbide de ses joues, la mollesse et la flaccidité de ses chairs portaient l'étiquette du lymphatisme, pendant que la coloration jaunâtre de la peau, autour du nez et de la bouche, accusait un certain degré d'anémie.

Cette jeune fille était tourmentée depuis son enfance par une soif insatiable, ardente; en même temps, elle urinait beaucoup. Elle estimait à 12 litres la quantité d'urine qu'elle rendait chaque jour, évaluation qui n'avait rien d'invraisemblable; car, après plusieurs jours d'un traitement qui avait déjà modifié notablement la diurèse, elle rendait encore 6 à 7 litres d'urine dans les 24 heures.

Pendant toute son enfance elle avait eu de l'incontinence d'urine nocturne. Réglée à 12 ans, elle l'avait été régulièrement depuis cette époque. Le flux cataménial était peu abondant et remplacé, après une courte durée, par un écoulement leucorrhéique. A chaque époque, elle éprouvait de la céphalalgie, des vertiges et un gonflement de la face.

L'appétit était modéré; deux portions lui suffisaient. Elle n'a jamais présenté cette boulimie qui accompagne quelquefois le diabète sucré.

Chaque jour elle buvait trois ou quatre pots de tisane et une quantité d'eau qu'elle ne peut exactement apprécier. Elle nous a montré, sur ses jambes, deux taches bleuâtres, traces de bulles qui s'y étaient développées l'an dernier, et pour lesquelles elle fut traitée à l'hôpital Saint-Louis. Ces bulles, d'après la description qu'elle en donne, devaient être du pemphigus.

Pour des raisons que j'exposerai plus tard, je prescrivis à cette malade l'extrait de belladone à la dose d'*un* centigramme deux fois par jour.

La tolérance fut complète; la pupille ne fut pas dilatée. La soif diminua, et bientôt après la diurèse. Cet effet de la belladone était d'autant plus remarquable que cette substance produit ordinairement une sécheresse de la gorge qui appelle l'ingestion des boissons.

Le troisième jour, la dose fut portée à *deux* centigrammes le matin et *deux* centigrammes le soir. Deux jours après, la malade en prit *six* centigrammes, et à ma grande satisfaction, sous l'influence de ce traitement, la quantité d'urine tomba de 10 litres à 6 litres, puis à 5, puis à 2; et, au bout de quelques jours, elle se réduisit à 1 litre et demi, c'est-à-dire au chiffre physiologique. La soif, qui avait diminué avant que la diminution des urines fût appréciable, était tout à fait normale. Un pot de tisane lui suffisait pour toute la journée.

Cet ordre de régression des phénomènes morbides pourrait être invoqué en faveur de l'opinion qui fait de la soif le phénomène initial et lui subordonne la polyurie.

En même temps que j'administrais la belladone à l'intérieur, je cherchais à exciter la sécrétion cutanée qui, dans l'état hygiénique comme dans les maladies, est souvent le pondérateur et presque l'antagoniste de la sécrétion rénale. Je fis prendre à la malade des bains sulfureux.

La polyurie avait, par les pertes imposées à l'organisme, ou peut-être aussi par le trouble nutritif dont elle était l'expression, favorisé le développement de l'anémie. Les ferrugineux étaient indiqués parmi les préparations martiales qui s'offraient à mon choix; je préférai le perchlorure, parce qu'il avait été préconisé dans la polyurie, en même temps que pour tonifier les organes digestifs et combattre l'élément lymphatique auquel les bains sulfureux s'adressaient déjà avec opportunité. Je donnai pour boisson à la malade de la décoction de feuilles de noyer, édulcorée avec du sirop d'écorces d'oranger.

Je maintins la malade sous cette médication pendant plusieurs semaines après sa guérison, et je ne la suspendis que graduellement, en administrant la belladone à des intervalles de plus en plus éloignés, méthode que j'ai adoptée dans toutes les maladies de longue durée, et qui a pour objet de ne pas soustraire trop brusquement l'organisme à l'action du modificateur qui a rétabli son harmonie fonctionnelle, et de consolider par l'habitude ce retour à l'activité normale si longtemps pervertie.

(1) Cette observation a été recueillie par M. le docteur Legroux, à cette époque interne du service.

—Le 7 décembre 1866, entra dans mon service un homme de 35 ans, charpentier; il avait toujours joui, assure-t-il, d'une excellente santé jusqu'au mois de mars de cette année; il n'a jamais eu ni syphilis, ni rhumatismes; sans avoir des habitudes d'ivrognerie, il avoue s'être enivré quelquefois.

Le 7 mars précédent, cet homme, occupé aux travaux de son métier, fit une chute d'un lieu élevé; il éprouva une forte commotion, mais ne perdit pas connaissance immédiatement; mais, le lendemain, ce phénomène se produisit, et il resta trente-six heures inconscient.

A la suite de cet accident, il fut transporté à l'hôpital; il n'était pas, à proprement parler, paralysé, mais il éprouvait une grande faiblesse dans les membres, surtout dans les membres inférieurs.

Le 31 août, il quitta l'hôpital bien portant. Le 1er octobre, il éprouva, pour la première fois, des crampes dans les pieds et dans les jambes. Depuis lors, il y est resté sujet; elles reviennent jusqu'à cinq ou six fois par jour. La marche prolongée les provoque. Depuis la même époque, c'est-à-dire depuis le 1er octobre, il commença à être tourmenté par une soif très-vive, obligé de boire beaucoup pour la satisfaire, et la quantité des urines excrétées devint très-abondante, *moindre cependant*, dit-il, *que celle des boissons ingérées;* il en rendait 10 litres par jour; il prétend qu'au début elles étaient noirâtres, couleur de marc de café; il faut, on le sait, accepter avec une grande réserve ces comparaisons des malades, qui sont souvent très-inexactes; elles laissaient déposer un sédiment abondant; en même temps, les facultés viriles s'éteignirent; l'appétit diminua.

Telle était la situation du malade quand il entra à l'Hôtel-Dieu. Alors les urines étaient limpides; elles ne contenaient ni albumine, ni sucre. La couche inférieure, examinée au microscope, ne renfermait pas de globules sanguins, ni de pus. La peau était sèche. Il dormait bien, mais il restait faible. La marche ramenait les crampes et les envies d'uriner.

On constatait dans les vaisseaux du cou un souffle diastolique très-intense. Je le soumis au traitement précédemment indiqué, et j'obtins une amélioration rapide; mais, dans le mouvement rétrograde de la maladie, la prédominance de la soif sur la diurèse se maintint, et il buvait encore 6 litres quand il n'en urinait que 4; j'arrivai à obtenir encore une diminution de 1 litre à 1 litre 1/2; mais le malade quitta l'hôpital avant d'être parfaitement guéri. J'ajouterai que l'emploi de la belladone avait amené chez lui un peu d'amblyopie.

La polydipsie ne doit pas être confondue avec la dipsomanie, l'une est une exagération, l'autre une perversion de l'instinct. Ces deux anomalies peuvent coïncider, le fait suivant en est un exemple; et voilà pourquoi je le rapporte ici, quoiqu'il ne nous fournisse aucun renseignement pour la solution de la question thérapeutique, qui est le principal objet de nos recherches.

— Un homme de 27 ans, charretier, entre à l'Hôtel-Dieu le 17 septembre 1866. Ses parents ont succombé, dit-il, à des maladies accidentelles, il ne peut nous donner aucun renseignement sur leur santé; il sait seulement que son père était buveur, et lui, fidèle aux traditions de son métier comme à celles de sa famille, s'est de bonne heure adonné à l'usage des alcooliques. Il est trop commun de voir des vices acquis par les parents se transmettre aux enfants, en dehors même de toute influence de l'exemple, par une prédisposition innée, et la responsabilité morale de l'homme s'étend ainsi et se prolonge au-delà de son existence individuelle. Notre malade but d'abord de l'eau-de-vie, mais la satiété amena le dégoût, il se rejeta sur le vin, et, poussé par la soif, en même temps que par sa passion, il en buvait depuis l'âge de dix-huit ans, six à huit litres par jour sans avoir jamais été ivre. J'ai vu d'autres polydipsiques qui avaient acquis avec leur maladie cette tolérance pour les alcooliques. Il urinait beaucoup et souvent. Depuis son enfance, il est sujet aux migraines, névrose qui n'est pas rare chez les buveurs; il est aussi sujet à la gastrorrhée et rejette le matin à jeun des *pituites*. Ses urines laissent un dépôt sédimenteux; ses artères sont légèrement indurées et flexueuses; sur le trajet de la radiale gauche, existe une dilatation ampullaire, une sorte de petit anévrysme.

A la pointe du cœur, on constate un prolongement soufflant au premier temps. Cet homme est sujet à des éruptions de lichen, de furoncles et d'acné, dont sa peau porte des traces nombreuses. Migraines, furoncles, induration des artères, voilà plusieurs symptômes qu'on observe dans l'arthritisme. Peut-être ce malade a-t-il puisé ce principe diathésique dans ses antécédents héréditaires? Mais il faut se rappeler que l'alcool, en altérant ou en diminuant le travail nutritif, peut produire des lésions plus ou moins analogues à celles de l'arthritisme, comme à celles que la vieillesse amène à sa suite.

Bien que chez cet homme, habitué à une vie très-active, les fonctions éliminatrices aient paru acquérir un surcroît d'activité, cet alcool, sans cesse brûlé dans l'organisme, a laissé dans beaucoup d'organes des traces de son passage. Il tousse depuis longtemps, il a eu même quelques crachements de sang; il est sujet à des accès de dyspnée et on constate de l'emphysème à la base du poumon droit. N'y aurait-il pas là un commencement d'asthme? Ce pourrait être encore regardé comme une présomption d'arthritisme. Mais il faut songer que l'alcool, éliminé en si grande quantité par la muqueuse bronchique, peut réclamer une part dans le trouble des fonctions respiratoires. Le foie, organe d'épuration placé à l'avant-garde de l'appareil nutritif est devenu, sous ce stimulus anomal, le siége d'un travail congestif, comme l'atteste son augmentation de volume. L'estomac manifeste par la dyspepsie et les régurgitations pituiteuses la gastrite alcoolique; enfin le système musculaire est très-peu développé chez cet homme, ce qui pourrait faire penser que le processus nutritif souffre et est en déchet. Ce n'est pas, du reste, pour ces troubles de la nutrition ou pour les accidents polyuriques que ce malade est entré à l'Hôtel-Dieu : il souffrait depuis sept à huit mois d'une névralgie sciatique du côté gauche, dont la persistance l'a forcé à interrompre son travail; la sciatique est très-souvent de racine arthritique, mais, comme d'autres névralgies, elle peut succéder à l'impression du froid et surtout du froid humide. Parmi les coefficients étiologiques qui ont pu influer sur le développement de cette affection, nous devons ajouter aux renseignements fournis plus haut, que cet homme habitait avec une blanchisseuse un grenier dans lequel celle-ci faisait sécher son linge.

La névralgie avait suivi une marche ascendante; elle avait débuté par l'extrémité postérieure du 4e espace intermétatarsien, et plus tard s'était étendue jusqu'à l'échancrure sciatique. Mais les élancements douloureux partaient toujours du foyer primitif, où la pression constatait une sensibilité morbide. On en constatait également au niveau de la tête de l'astragale, au niveau de la tête du péroné, du bord postérieur du grand trochanter, de l'échancrure sciatique, de l'épine iliaque antéro-supérieure et de la crête iliaque. La sensibilité tactile ne semblait pas diminuée dans le membre malade; la sensibilité à la chaleur paraissait augmentée. Par le toucher rectal et par la palpation abdominale on ne trouvait, vers les origines du nerf, aucune tumeur qui pût expliquer cette névralgie. D'ailleurs, la marche des douleurs et leur direction rendaient peu vraisemblable qu'on eût affaire à une névralgie symptomatique. On avait inutilement appliqué des vésicatoires sur le trajet du nerf.

Je le fis faire au malade des injections sous-cutanées avec un mélange de *dix* gouttes de solution de morphine et de *dix* gouttes de solution d'atropine, et je constatai ce que depuis bien des années j'avais observé, c'est que, loin de se neutraliser dans tous leurs effets, l'atropine et la morphine ajoutent leurs propriétés calmantes. Ainsi, ces *vingt* gouttes de mélange soulageaient le malade beaucoup mieux que *quinze* gouttes de la solution morphinée.

En même temps, je fis prendre au malade des bains avec *cent* grammes de sous-carbonate de soude et *six* grammes d'arseniate de soude.

La névralgie fut assez rapidement apaisée, et la soif diminua; la sortie du malade ne me permit pas de compléter cette observation.

Résumons les enseignements que nous offrent les deux premières.

Elles nous présentent, à un degré modéré, les caractères de l'affection désignée sous le nom de polydipsie-polyurie, parce qu'elle est constituée par deux symptômes dominants : l'exagération de la soif et l'abondance anomale de la diurèse.

Elle présente, en outre, un caractère négatif non moins important, l'absence du glycose. Aussi, l'a-t-on appelée diabète aqueux, diabète insipide.

De ces deux phénomènes qui dominent la scène morbide, quel est le fait primordial? la polyurie est-elle la conséquence de la polydipsie, ou les phénomènes morbides s'enchaînent-ils dans un ordre inverse?

Le mot diabète semble indiquer l'idée que les anciens s'étaient faite de la nature de la maladie : les liquides semblent traverser l'organisme comme l'eau traverse un vase percé. Ils lui avaient

donné aussi le nom pittoresque d'hydropisie du pot de chambre : *Hydrops ad matulam*.

Arétée de Cappadoce donne cette étymologie comme la plus vraisemblable ; puis il indique la connexité qui existe entre la soif et la diurèse ; la salive est épaisse, la bouche sèche, dit-il.

L'opinion qui a placé l'origine de la maladie dans une perversion de la soif, dans une sorte de vésanie de cet instinct qui appelle l'ingestion des boissons, a compté de nombreux partisans. Le mot polydipsie en fait foi.

Dans les deux cas que j'ai cités plus haut, l'évolution des phénomènes morbides a paru se faire dans cet ordre ; l'exagération de la soif a précédé la polyurie.

Il peut y avoir des vésanies de tous les instincts organiques, comme il y a des vésanies des facultés intellectuelles et des sentiments moraux. La boulimie, la pica et la malacia sont des aberrations des instincts ; et la boulimie a quelquefois coïncidé avec la polydipsie.

On peut, cependant, se demander s'il en est toujours ainsi. La soif exprime le besoin des liquides et surtout d'eau, condition essentielle des métamorphoses organiques, nécessaire pour dissoudre les principes introduits dans l'économie, véhicule des substances éliminées, élément constituant de tous les organes.

Si, sous l'influence de la chaleur, la peau élimine une trop grande quantité d'eau, la soif se développe ; les déperditions d'eau par l'intestin produisent le même phénomène, comme on l'observe dans le choléra.

On comprend de même que si une hyperstimulation de la sécrétion rénale entraîne hors de l'organisme une grande quantité de liquide, une polydipsie secondaire pourra se développer.

La question n'est donc pas facile à décider, si nous en cherchons la solution dans les données fournies par la clinique.

Souvent la proportion des urines l'emporte sur celle des boissons ingérées. Il est vrai que les aliments renferment une proportion d'eau considérable. On n'a pas déterminé si, dans ce cas, les perspirations cutanée et pulmonaire ont leur activité normale ; et cette appréciation serait nécessaire pour mesurer l'excès d'activité sécrétoire que les reins ont acquis. La prédominance de la diurèse sur la soif ne suffit pas pour juger la question.

La clinique nous montre donc tantôt la polydipsie dominant la polyurie, tantôt celle-ci paraissant le phénomène principal.

L'expérimentation physiologique a fait constater à M. Claude Bernard qu'en piquant à des hauteurs différentes le plancher du quatrième ventricule, on produisait tantôt la glycosurie, tantôt la polyurie. Cette expérience nous prouve que ces affections peuvent avoir leur origine dans une lésion nerveuse ; mais elle ne nous dit pas sur quelle fonction cette lésion retentit primitivement. Peut-être le processus morbide ne suit-il pas toujours le même ordre.

On conçoit que, dans certains cas, la polydipsie soit le phénomène initial, que dans d'autres elle soit consécutive au besoin de réparer les pertes d'eau produites par une diurèse excessive ; on peut même concevoir que ces deux fonctions, liées dans l'ordre physiologique par une connexité si intime, puissent être troublées simultanément.

(*A suivre*).

ÉTUDE CLINIQUE DE LA FOLIE

AVEC PRÉDOMINANCE DU DÉLIRE DES GRANDEURS

Par M. Achille FOVILLE fils,

médecin adjoint de la maison de Charenton.

(Suite et fin.)

Traitement de la paralysie générale. — Il est rare que la folie paralytique ne se traduise pas, à une période quelconque de son évolution, si variable, on le sait, dans sa durée et dans ses manifestations, par une explosion d'actes extravagants ou dangereux qui nécessitent le placement dans un asile d'aliénés ; c'est donc encore dans ce milieu que les malades atteints de cette affection sont le plus ordinairement soumis au traitement. Quelques-uns cependant, chez lesquels la démence ne se complique pas de violence, peuvent rester dans leurs familles, lorsque celles-ci ont assez de fortune et de dévouement pour pouvoir faire face à toutes les exigences de cet état maladif ; dans ces cas, du reste, les indications thérapeutiques diffèrent peu de celles qui dominent dans les asiles, et dont nous nous occuperons particulièrement ici.

Pour ces malades, plus encore peut-être que pour ceux dont il a été question précédemment, l'influence du milieu se fait sentir d'une manière bienfaisante. Nous ne parlons pas de ceux qui sont dans un état de démence avancée, et qui, le plus souvent, n'ont plus la conscience des lieux dans lesquels ils se trouvent ; ni de ceux qui, en proie à une dépression lypémaniaque intense, ne peuvent être distraits de la contemplation intérieure de leurs maux. Nous avons en vue, au contraire, les aliénés paralytiques à l'état expansif, ceux qui présentent un délire des grandeurs plus ou moins développé, et qui, laissés à eux-mêmes, se livreraient à des courses sans but, à des démarches extravagantes, à des actes souvent en opposition avec les lois ou les convenances. Pour ceux-là, disons-nous, la séquestration est un bienfait, parce qu'elle les soustrait à toutes les causes extérieures d'excitation, qu'elle les soumet à un mode d'existence parfaitement réglé, et qu'elle permet de leur appliquer un traitement approprié à leur état.

Mais nous avons à répéter ici ce que nous avons déjà dit au commencement de ce chapitre ; ce traitement, c'est surtout contre l'état général d'excitation qu'il doit être dirigé, et ce n'est pas d'après la nature spéciale des idées délirantes qu'il peut être réglé ; aussi les mesures prises en pareil cas sont-elles les mêmes que celles que l'on adopte d'ordinaire pour le traitement de la manie simple : bains prolongés, purgatifs, révulsifs, médicaments narcotiques et antispasmodiques.

La plupart des praticiens s'accordent aujourd'hui pour être très-sobres d'émissions sanguines dans les cas de ce genre.

Quant aux formes plus tranquilles du délire des grandeurs caractérisées par la béatitude sans motif et l'optimisme généralisé, elles ne réclament pas non plus de traitement à part ; elles coïncident d'ordinaire avec la démence, et les mesures hygiéniques et conservatrices, indiquées pour le traitement de celles-ci, leur sont en tout point applicables.

Nous pourrions donc borner ici nos considérations thérapeutiques sur le délire des grandeurs de la paralysie générale, et renvoyer pour plus de détails aux travaux où le traitement de cette maladie est exposé *in extenso*, abstraction faite de la nature du délire ; mais aux différents états morbides que l'on rattache d'ordinaire à la folie paralytique, nous avons ajouté, on se le rappelle, celui que M. Baillarger a appelé la manie congestive, et nous devons examiner s'il ne comporte pas certaines indications thérapeutiques spéciales.

L'état général d'excitation, dans la manie congestive, ressemble, à certains égards, à celui de la manie simple, et le même traitement peut lui être appliqué ; les bains tièdes prolongés sont un des moyens les plus usités. Mais M. Baillarger pense qu'il y a dans ces cas un élément de plus, l'élément congestif ; malheureusement il a omis de dire en détail en quoi consiste, d'après lui, cet élément, ce qui n'eût pas été sans utilité, aujourd'hui que tout ce qui se rapporte à la théorie de la congestion cérébrale est tellement mis en question et battu en brèche. Nous-même, bien que nous n'ayons touché à cette question que d'une manière tout incidente, nous avons fait quelques restrictions sur la constance de l'état congestif du cerveau dans ces cas ; mais nous reconnaissons que le plus souvent il paraît exister à un haut degré, et, quant à sa nature, nous pensons qu'il doit être considéré comme l'expression du relâchement paralytique des vaisseaux capillaires de toute la tête, par conséquent d'une névrose des nerfs vaso-moteurs. Nous devons donc nous demander, au point de vue du traitement, quels sont les moyens de remédier à ce relâchement des parois vasculaires, à cette névrose des vaso-moteurs.

C'est là une question toute nouvelle en thérapeutique, et sur laquelle peu d'essais ont été faits jusqu'ici ; nous rappellerons seulement que des travaux tout modernes tendent à expliquer les effets de la digitale, de la belladone, du tartre stibié, en leur attribuant une action spéciale sur le bulbe rachidien, action en vertu de laquelle les artérioles et les capillaires de la tête se contractent, en même temps que se produit l'effet nauséeux. Peut-être des recherches ultérieures permettront-elles de découvrir un moyen pratique et efficace de mettre à profit ces propriétés pour le traitement de l'état congestif des centres nerveux.

Mais il est un autre médicament qui mériterait d'autant plus d'être étudié qu'il exerce une influence bien connue dans des affections présentant, à certains égards, et notamment sous celui des troubles de la circulation locale, plus d'un point d'analogie avec la paralysie générale. Nous voulons parler de l'arsenic.

Dans l'accès de fièvre intermittente, les stades de froid, de chaleur et de sueur indiquent un état successif de resserrement convulsif et de relâchement paralytique dans l'ensemble des capillaires, placés sous la dépendance des nerfs vaso-moteurs ; or l'on sait, notamment par les travaux de Boudin et de Bergeron, que, dans cette affection, l'arsenic jouit d'une action spécifique presque égale à celle du quinquina.

D'après les dernières idées de M. Claude Bernard, on peut regarder le diabète comme l'expression d'un simple état de relâchement vasculaire et de paralysie vaso-motrice de la glande hépatique. L'arsenic est un des meilleurs moyens d'enrayer les symptômes du diabète et de faire diminuer considérablement, sinon entièrement disparaître, la présence du sucre dans les urines. Nous savons que ce traitement n'est pas très-généralement connu ni mis en pratique, mais nous n'en sommes pas moins convaincu de son efficacité, et des faits, en assez grand nombre, où il a produit, à notre connaissance, une amélioration rapide et durable, ne nous laissent aucun doute à cet égard.

La maladie de Basedow, ou goître exophthalmique, paraît encore due à une paralysie vasculaire ; l'augmentation du corps thyroïde, la dilatation des plexus veineux de l'orbite ont été rattachées, par Aran, Trousseau et autres, à un état maladif du grand sympathique, et dans cette maladie encore, l'arsenic a été vanté comme l'un des meilleurs moyens d'enrayer et de pallier les accidents.

Enfin, Cahen (1) montre qu'un grand nombre d'accidents peuvent être ainsi rattachés à un défaut d'action du grand sympathique, et il érige l'arsenic en agent thérapeutique spécifique de tous ces accidents. Sans avoir précisément les mêmes vues théoriques, le docteur Isnard a exprimé une opinion pratique très-analogue.

(1) Cahen, *Mémoire sur les lésions vaso-motrices*, couronné par l'Institut.

C'est d'après cet ensemble de données physiologiques et thérapeutiques que nous pensons qu'il y aurait lieu d'essayer l'arsenic comme moyen de traitement contre l'état de congestion habituel des centres nerveux.

Ce n'est pas là, du reste, une idée entièrement nouvelle, et si nous n'avons pas été à même de la mettre en pratique, nous savons du moins que ce moyen a déjà été essayé par d'autres ; mais nous ignorons quelles étaient les considérations théoriques qui les avaient poussés dans cette voie, et quels résultats ils ont obtenu. Un avenir prochain nous permettra sans doute de savoir quelle valeur peut avoir, dans le traitement de la paralysie générale, cette médication, si efficace pour d'autres cas.

Un dernier mot sur une autre indication qui, nous le croyons, n'a été jusqu'à présent l'objet d'aucune application pratique, mais qui mérite néanmoins d'être signalée. On a pu remarquer que celui de nos malades atteints de manie congestive, qui a présenté l'exemple le plus ancien d'un rétablissement en apparence complet (obs. XXXVII), a eu, au moment de sa plus grande agitation, d'abord un abcès du genou, suivi d'un phlegmon de la cuisse, ensuite un anthrax du dos, et que ces deux affections ont occasionné une suppuration abondante. C'est après la cicatrisation de l'anthrax que s'est produite l'amélioration, qui a été bientôt assez complète pour que le malade ait pu être rendu à la liberté et reprendre l'exercice de son métier. Bien que ce fait ne se soit présenté que cette fois, parmi les malades dont nous avons rapporté les observations, les cas dans lesquels le rétablissement succède ainsi à des suppurations importantes, soit par l'étendue d'un foyer unique, soit par la multiplicité de petits foyers isolés, sont assez fréquents. M. Baillarger a été frappé de cette fréquence, et il est disposé à croire que, entre ces deux phénomènes, il pourrait y avoir un rapport de cause à effet ; aussi s'est-il demandé s'il n'y aurait pas avantage, chez les malades qui présentent une grande excitation avec délire ambitieux et peu de troubles musculaires, à provoquer des suppurations analogues, non pas superficielles comme celles que déterminent un vésicatoire ou un cautère, mais plus profondément dans le sein même du tissu cellulaire sous-cutané ; le séton produit bien quelque chose de ce genre, mais ce moyen, qui donne de bons résultats dans certaines formes d'aliénation, notamment dans la mélancolie avec stupeur, n'en produit généralement pas de semblables dans le traitement de la paralysie générale ; peut-être serait-on plus heureux si l'on pouvait produire artificiellement une série de petits accès disséminés sur les différentes régions du corps.

CONCLUSIONS. — 1° On entend par délire des grandeurs celui dans lequel les malades se figurent, contrairement à la vérité, être comblés des avantages de la naissance, de la fortune, de la beauté, du talent, et exagèrent en bien tout ce qui se rapporte à leur personnalité.

2° Le délire des grandeurs peut s'observer presque dans toutes les formes d'aliénation mentale ; mais il en est quelques-unes, en particulier, dans lesquelles il a une importance prédominante ; il n'est donc, d'une manière absolue, caractéristique d'aucun genre de folie, mais il peut, dans certains cas, acquérir par sa prédominance une signification considérable au point de vue du diagnostic différentiel.

3° Le délire des grandeurs peut s'observer accidentellement dans l'imbécillité, la manie, la mélancolie, la folie à double forme, la démence, la folie épileptique. Dans tous ces cas, il n'a qu'une valeur accessoire, et reste subordonné aux symptômes plus spécialement pathognomoniques de chacune de ces formes de folie.

4° Il peut, au contraire, se manifester avec une prédominance caractéristique dans deux formes de maladies mentales bien distinctes, la folie partielle systématisée (ancienne monomanie) et la paralysie générale. Dans l'une ni dans l'autre, il n'est constant, et par conséquent il ne constitue pas un élément nécessaire de l'entité morbide ; mais lorsqu'il existe, il a une importance suffisante pour donner un cachet spécial à l'affection, et spécialiser soit une variété, soit une période.

5° La folie partielle systématisée, avec prédominance ambitieuse et orgueilleuse, peut être désignée avec avantage sous le nom de *mégalomanie* qui lui a été récemment donné. Dans cette affection, le délire des grandeurs a pour caractère essentiel, dans la période d'état, d'être raisonné, soumis à une apparence de logique systématique et coordonnée ; de plus, il est accompagné d'hallucinations chroniques, d'idées de persécutions et d'erreurs sur la personnalité.

6° Dans la paralysie générale, au contraire, le délire des grandeurs est général, universel, diffus, incohérent, inconséquent avec lui-même, contradictoire ; il n'offre ni systématisation, ni apparence de logique.

7° La prédominance d'idées de grandeurs, présentant les caractères qui viennent d'être énumérés, jointe à des troubles manifestes de la motilité et à des signes de démence, ne peut laisser de doutes sur l'existence de la paralysie générale ; même sans troubles actuels de la motilité, on devra croire à l'existence de la folie paralytique, si, en même temps que l'on observe un délire ambitieux incohérent et généralisé, on apprend que le malade a présenté, à d'autres époques, de l'embarras dans la parole, ou une période de délire hypochondriaque à forme spéciale, ou seulement un affaiblissement notable de l'intelligence avec modification injustifiée ou inexplicable du caractère, des habitudes, des aptitudes, des facultés affectives et morales, ou bien que les débuts de l'affection ont été marqués par des pertes

de connaissance, des vertiges, des accidents apoplectiformes ou épileptiformes. En l'absence de tous ces symptômes et de tout trouble de la motilité, il y aurait lieu, au contraire, de croire à l'existence d'une manie ou d'une démence simples.

8° Bien que les caractères indiqués plus haut (5° et 6°) soient de nature à faire presque toujours distinguer l'une de l'autre la mégalomanie et la folie paralytique, avec prédominance du délire des grandeurs, il y a néanmoins quelques cas très-rares où ce diagnostic ne peut être établi dès le début, et où la marche ultérieure de la maladie peut seule en faire connaître exactement la nature.

9° Les cas dont M. Baillarger a proposé récemment de faire une espèce à part de folie, sous le nom de *manie congestive*, constituent bien un état morbide spécial, reconnaissable à la réunion d'un certain nombre de caractères fixes ; mais nous pensons qu'au lieu de former une espèce à part de folie, cet état n'est en réalité qu'une période déterminée de la folie paralytique.

10° Au point de vue thérapeutique, la prédominance du délire des grandeurs fournit peu d'indications spéciales ; le traitement devra varier suivant la nature de la maladie, et être inspiré par les caractères d'ensemble de l'affection plutôt que par ce symptôme particulier.

TABLETTES

DU MÉDECIN-LÉGISTE

(Suite)

IV

Eligibilité. — L'inégibilité dont sont frappés les agents salariés de la commune, ne s'applique... ni aux professeurs et au directeur d'une école préparatoire de médecine, ces professeurs étant des fonctionnaires de l'Université, nommés par le ministre de l'instruction publique. (L. 5 mai 1855, art. 9);

.... ni au médecin en chef d'un hospice, alors que, nommé par la commission administrative de l'hospice, il est rétribué sur le budget de l'établissement;

Cons. d'Etat, 23 mai 1861. — Cf. Dalloz, *Jur. gén.*, 1862 (3ᵉ partie), p. 65.

V

Enseignement. — Discipline. — Peuvent être attaquées devant le Conseil d'État au contentieux les décisions du Conseil impérial de l'instruction publique, qui sont entachées d'incompétence ou d'excès de pouvoir.

La disposition de l'article 8 du décret du 29 juillet 1850, qui veut que, dans les affaires disciplinaires à lui soumises, le Conseil impérial de l'instruction publique, avant de statuer, entendre l'inculpé, si celui-ci le demande, s'applique non-seulement au cas où l'inculpé est présent, mais aussi au cas où il a écrit au ministre pour lui annoncer l'intention de se présenter devant le conseil ;

Est dès lors entachée d'excès de pouvoir la décision par laquelle le Conseil, sans avoir entendu ou appelé l'inculpé, qui avait écrit vouloir se défendre, rejette le recours formé par un chef d'institution libre contre une condamnation disciplinaire prononcée à son égard par un conseil départemental. — Cons. d'État, 23 janvier 1864. — Cf. Dalloz, *Jur. gén.*, 1864, 3ᵉ partie, p. 28.

VI.

Examens. — Le fait d'un individu de s'être présenté aux examens de baccalauréat au lieu et place et avec le consentement d'un étudiant, dont il a pris le nom en signant sur les registres de la Faculté, et d'avoir ainsi tenté d'assurer à celui-ci le bénéfice d'une admission à laquelle il n'avait aucun droit, constitue le crime de faux en écriture authentique et par supposition de personne (C. p. 145, 147, 150 et 151) — C. cass., ch. crim., 24 déc. 1863. — Cf. Dalloz, *Jur. gén.*, 1864, 1ʳᵉ partie, p. 56.

DOCUMENTS

POUR SERVIR A L'HISTOIRE DU MOUVEMENT SCIENTIFIQUE PENDANT LE SIÉGE DE PARIS (1).

27 JANVIER

LVII. **Ambulances.** — Nous reproduisons, d'après les *Annales d'hygiène et de médecine légale*, le travail suivant de M. Michel Lévy :

Note sur les hôpitaux-baraques du Luxembourg et du Jardin des plantes, par M. Michel LÉVY, médecin inspecteur de l'armée, etc.

I

Malgré les patriotiques anxiétés du moment présent, il n'est pas inopportun d'appeler l'attention des médecins et des administrateurs sur un épisode de l'histoire médicale du siége de Paris : nous voulons parler des hôpitaux-baraques qui, à notre instigation et d'après nos indications détaillées, ont été construits sur les terrains restés en dehors du jardin du Luxembourg, et sur un emplacement du Jardin des plantes compris entre les serres et une de ses allées principales.

La guerre n'était pas encore déclarée, que, dans un entretien avec M. le directeur de l'administration de la guerre, j'insistais sur la nécessité de sortir des vieilles routines du service de santé, de nous inspirer de l'expérience et des exemples des Etats-Unis pendant la guerre de la sécession, et d'imiter sur une large échelle leur système d'installations temporaires des blessés et des malades (1), de préférence à l'occupation précipitée de couvents, de casernes, d'églises, de vieux bâtiments mal appropriés à cet usage, etc.

(1) Suite. — Voir le dernier numéro.

Ce que j'ignorais alors et ce qui donne lieu à un rapprochement significatif, c'est que déjà, sur l'avis pressant de Virchow, on construisait à l'est de Berlin un hôpital en baraques, communiquant directement avec le chemin de fer et destiné à recevoir 1,500 lits.

En même temps, je proposais au ministre de la guerre d'affecter à l'organisation des ambulances la promotion des médecins stagiaires du Val-de-Grâce, tous pourvus du doctorat, et les deux divisions les plus avancées de l'école de Strasbourg, sous la réserve d'un prochain appel aux médecins et aux élèves civils ayant douze inscriptions, au besoin seulement huit.

Vers le 15 juillet, le ministre de la guerre me prescrivit de soumettre à des épreuves d'aptitude relative les diverses catégories de candidats qui, des registres d'inscription ayant été ouverts aux mairies, à la Faculté, au Val-de-Grâce, etc., s'étaient empressés d'offrir leurs services. Je passe sous silence les embarras, les lenteurs, les erreurs nés de la multiplicité des centres d'inscription ; l'instinct des masses redresse le vice des réglementations : l'immense majorité des candidats prit le chemin du Val-de-Grâce. Il ne serait pas juste de ne pas consacrer ici, même au prix d'une digression, le souvenir du noble enthousiasme des médecins, des pharmaciens et des élèves civils; 2,000 se sont présentés devant les quatre sections d'un même jury, sur lesquels 1,292 ont été reconnus admissibles aux emplois de médecins ou de pharmaciens auxiliaires de l'armée, depuis le grade de chef de service jusqu'à celui d'aide-major. Les doyens de la pratique médicale à Paris, les agrégés, les chirurgiens et médecins du Bureau central, les internes, les lauréats des hôpitaux et de la Faculté, les internes des hôpitaux de province sollicitaient l'honneur et l'occasion de se dévouer; des professeurs éminents de la Faculté ne l'ont pas déclinée, et ils savent avec quelle déférence leur concours a été accepté, et combien qui, retenus au loin, dans les départements ou par des empêchements divers, m'ont écrit pour obtenir leur inscription d'office sur les listes de répartition du personnel médical volontaire. Des septuagénaires se sont offerts à diriger des services situés dans leurs quartiers, à prendre charge des ambulances dans leurs arrondissements. Est-il besoin d'ajouter que les garanties de l'expérience et de la spécialité bien établie ont été recherchées avec soin pour les emplois de chefs responsables? Quant aux fontions en sous-ordre, le doctorat nous a paru les autoriser suffisamment; les internes n'ont eu à subir qu'une épreuve de médecine opératoire.

Le désintéressement de tous les candidats mérite aussi une mention. Parmi tant de zèle patriotique, de courage et d'initiative, pas une préoccupation d'intérêt, pas une question concernant les moyens de voyager, d'exister : car, à cette époque (juillet et août 1870), la perspective s'étendait encore au delà de Paris. Et pourtant la tradition administrative ne permettait aucune illusion sur les conditions rémunératrices de la réquisition dans le service de santé; je l'ai vue cotée à 50 francs par mois, à 1,200 francs par an, et au maximum à 1,800 francs. J'avais décidé M. l'intendant général Bosc à réclamer un tarif de solde convenable en faveur de nos auxiliaires; mes fixations n'ont pas prévalu; mais, telles que les a dispensées le ministre, elles constituent un progrès : 3,000 francs au médecin civil chargé d'un service de chef d'hôpital, 2,500 francs au docteur chef d'une division de malades, 2,100 francs à l'aide major docteur, 1,800 francs au simple élève faisant fonction d'aide-major (décision ministérielle du 9 août 1870).

II

Après le personnel, les locaux et le matériel. Dans les derniers jours de juillet, une lettre ministérielle me prescrivit de me joindre à M. l'intendant Bosc pour rechercher et visiter les locaux au point de vue de leur appropriation au service des ambulances et des hôpitaux. On n'avait encore en vue que les évacuations successives de blessés et de malades sur Paris et au-delà ; la prévision du siége actuel entrait si peu dans les esprits, que M. l'intendant général Bosc n'hésita pas à me conduire, sur ma demande, dans une localité située à 6 kilomètres de Meaux, qui, par la nature de son sol (sable), la richesse de ses eaux (Marne, D'huys, sources), sa proximité du chemin de fer, etc., se serait prêtée merveilleusement à une vaste et salubre installation de baraques. Dans un nouvel entretien avec M. Blondeau, directeur de l'administration, et dès ma première conférence avec M. l'intendant général Bosc, j'accentuais mes préférences pour les baraques bien construites sur les locaux et bâtiments détournés de leurs usages primitifs. Je n'ai cessé d'en demander, et, finalement, c'est au Luxembourg, comme annexe du Val-de-Grâce et au Jardin-des-Plantes, que j'ai obtenu, à titre d'essai, l'érection d'un certain nombre de baraques hospitalières, bien mieux comprises et mieux confectionnées que celles d'Orient (1854-1855). Leur construction ne commença que le 5 septembre. L'honorable colonel de Courville, directeur du génie de la rive gauche, donna l'ordre au capitaine Dreyssé de se concerter avec moi à ce sujet. M. de Courville avait lui-même, à Constantinople, dirigé l'édification d'un hôpital en baraques, celui de Gulhané (pointe du vieux sérail); il avait assisté à une partie de mes luttes pour l'assainissement de nos hôpitaux (2). M. Dreyssé ayant été envoyé à Saint-Denis, M. le lieutenant colonel du génie de Laussédat lui succéda et apporta à cette œuvre la même libéralité de vues et la décision d'un esprit convaincu. Dans l'intervalle, l'architecte, M. Jæger, instruit, judicieux, au courant de ce qui s'est fait en Amérique pendant la guerre de la sécession, et ayant visité récemment à Berlin les baraques du docteur Virchow, m'avait communiqué ses plans et pris note de mes *desiderata*. Je ne saurais trop me louer ici de la déférence intelligente et éclairée qu'ont rencontrée mes avis, soit dans le service du génie, soit auprès de l'entrepreneur, et surtout de M. Jæger, l'architecte par excellence de ces *chalets hospitaliers*, suivant l'heureuse expression de M. le docteur Guardia (3). M. Jæger a été lui-même bien secondé par M. Sabourand, inspecteur des constructions. Il est pourtant deux points où je n'ai pas obtenu satisfaction : 1° entre les extrémités de deux baraques, j'avais stipulé un espace libre de 15 à 20 mètres pour leur isolement, pour prévenir entre elles toute solidarité atmosphérique, tout échange d'effluves miasmatiques : c'est le tiers environ de cet intervalle qu'on a laissé entre les bouts, et, par un temps tiède et calme, cette proximité de portes alors ouvertes peut avoir ses inconvénients, voire même ses dangers; 2° les annexes, rejetées sur le bord du boulevard Saint-Michel, sont excentriques et trop distantes de la plupart des baraques.

(1) Voyez Schatz, (*Étude sur les hôpitaux sous tente* (*Annales d'hygiène*, 1870, t. XXXIV, 2ᵉ partie, page 257).

(2) Voyez Michel Lévy, *Discussion sur l'hygiène des Hôpitaux* (*Bulletin de l'Acad. de méd.* Paris, 1862, t. XXVII, p. 611) et *Traité d'hygiène*, 4ᵉ édit. Paris, 1869, t. II, p. 443.

(3) *Traitement et hygiène des blessés* (*Temps*, 2 décembre 1870).

Quoi qu'il en soit, étant donnés les terrains disponibles de l'ancienne allée du Luxembourg à l'Observatoire, avec la règle de construire sur les parties bitumées de cet espace, on en a tiré le meilleur parti. C'est en juillet que j'avais réclamé d'urgence ce baraquement, comptant le voir utiliser d'août jusqu'en octobre, terme des prévisions de guerre à cette époque. Divers retards n'ont permis de l'occuper qu'en novembre, dans les conditions d'une installation d'hiver, qui, bien surveillées, auront pour résultat de démontrer la possibilité d'approprier les hôpitaux-chalets aux diverses saisons. Outre l'avantage d'une exposition libre et aérée sur un des points culminants de Paris, ces terrains présentent une division à peu près régulière, par des rues bitumées en pente douce, qui, destinées à recevoir les baraques, leur fournissent, sous leurs parquets élevés en moyenne de 50 centimètres au-dessus du sol, une surface unie, compacte, imperméable, susceptible d'être entretenue dans un état constant de propreté; des trottoirs tout établis faciliteront la circulation des voitures tricycles couvertes, chargées de porter les médicaments et les aliments jusque dans l'intérieur des baraques à l'aide d'un petit plancher de raccord. Comme les égouts et les conduites d'eaux passent sous toutes ces rues, il a été facile de pourvoir à l'irrigation et à l'approvisionnement d'eau des baraques, ainsi qu'à l'écoulement des eaux sales et aux prévisions de sûreté en cas d'incendie. Un château d'eau de 150 mètres cubes d'eau a été construit sur le point le plus élevé de l'emplacement avec un système de distribution indépendant de celui de la ville. Cette contenance, tous les besoins de l'hôpital assurés, comporte une ample réserve d'eau, si un incendie s'y déclare ou dans le voisinage. A cet effet, chaque baraque a son réservoir de secours muni d'un robinet que dénonce au loin cette inscription en grands caractères : *Robinet d'incendie* ; et un autre robinet, établi en dehors de l'enceinte des baraques, visible sur tout le carrefour de l'Observatoire, alimentera les pompes en cas d'incendie dans les quartiers environnants.

Si la configuration du terrain et le tracé des voies bitumées ont commandé la disposition des baraques, le square, avec ses gazons, ses plates-bandes à fleurs, ses beaux arbres, ses statues, n'en ont pas souffert ; dans la plupart de nos baraques, chaque malade jouit dans son lit même de cette délectable vue ; convalescent, il trouve à sa porte la promenade salubre et ménagée, en été, des ombrages qui l'abritent.

Les principes qui m'ont guidé et que j'ai été heureux de faire adopter par le colonel du génie, M. de Laussédat, comme à son intelligent architecte M. Jæger, ont été les suivants :

1° Large dissémination des chalets-hôpitaux sur toute l'étendue de l'emplacement du Luxembourg, dont la surface est de 83,600 mètres.

2° Aération prompte et facile de l'intérieur de chaque baraque, percée sur ses deux façades longues de vingt fenêtres à l'opposite, qui descendent jusqu'à $0^m,65$ au-dessus du parquet ; par les portes établies aux deux extrémités, renouvellement de l'air en sens longitudinal ; sous le parquet, circulation libre de l'air, nulle stagnation d'eau pluviale ; mais ce qui donne à chaque salle, à chaque baraque une garantie d'aération permanente et de salubrité, c'est le toit à deux pentes avec lanterne au faîtage, avec châssis vitrés et mobiles; cette lanterne occupe le tiers de la longueur du toit ; ces châssis ouvrants ont $1^m,10$ de hauteur, et les fenêtres des longs côtés de la salle ayant $1^m,10$ de large pour $2^m,10$ de haut, les ouvertures d'aération sont aux trumeaux dans le rapport de 4 1/2 (M. Jæger).

3° Par un libéral emplacement des lits assuré aux malades, même lorsque les basses températures du dehors exigent la fermeture de toutes les ouvertures, une réserve d'air considérable en sus du cube d'air alloué par les règlements. Chaque baraque a 38 mètres de long sur 9 à 10 mètres de large ; en hauteur, 4 mètres du parquet à l'égout du toit et 8 mètres jusqu'au faîtage d'une lanterne de 3 mètres de large pour 1 mètre 50 de haut. Etant retranchée, à chaque bout, une travée de 4 mètres affectée à des services dont il sera parlé plus loin, et le volume d'air de la travée d'entrée devant s'ajouter à celui de la salle, M. Jæger estime ainsi le cube d'air de chaque baraque à $34^m,00$ (longueur) + $10^m,00$ (largeur) + $6^m,00$ (hauteur, moyenne réduite) = $2,040^m,00$, soit par malade 102 mètres cubes d'air, avec 20 malades par baraque ; c'est le chiffre que j'ai fixé comme une limite salubre. Au delà, c'est une expérience qui commence et dont les résultats devront être enregistrés avec soin. Il se trouvera peut-être des praticiens, habitués aux encombrements nosocomiaux, qui accepteront 30 malades avec 68 mètres cubes d'air, et même 40 avec 51 mètres cubes d'air pour chacun ; mais l'observation les rendra plus exigeants, surtout en faveur des blessés et des opérés, si perméables au poison subtil de l'infection putride. Oui, réservez-leur les 102 mètres cubes d'air, sous la condition encore d'une aération répétée plusieurs fois par jour, même en hiver; dès que la température s'adoucit, ne craignez pas d'ouvrir les fenêtres, les châssis de la lanterne. Et sans système de ventilation artificielle, sans fumigations ni désinfectants, ces chalets si bien placés, inondés de lumière et d'air, aideront au succès de nos savants chirurgiens.

Il a été question des travées extrêmes de chaque baraque, l'une d'entrée, l'autre de sortie, chacune de 4 mètres d'étendue : la première a un vestibule qui ouvre sur la salle par une porte à deux battants facilitant le passage des blessés soutenus par deux aides. Des deux côtés du vestibule sont quatre cabinets, dont l'un servira aux opérations, l'autre au médecin, le troisième aux sœurs et le dernier à un malade qu'il conviendra d'isoler. La travée extrême de l'autre bout, contenant les bains et les cabinets à l'anglaise, est complétement fermée en pignon contre la salle des malades, afin de soustraire ces derniers à toutes causes d'infection ; les cloisons et

plafonds de la salle des bains et des water-closets contribuent à ce résultat. La salle des bains admettrait deux baignoires, tant elle est spacieuse ; on y accède par le couloir ; la baignoire, très-abordable par la tête et les deux longs côtés, est alimentée par un robinet d'eau chaude et par un robinet d'eau froide placés au-dessus des pieds ; elle se décharge par le parquet. L'appareil de chauffage pour deux bains reçoit directement l'eau des conduites de la ville ; une demi-heure suffit à la préparation du premier bain chaud ; établi dans un cabinet adjacent à la salle de bains, sur un dallage en briques, séparé des cloisons par des revêtements en tôle, il fait en même temps l'office d'un calorifère pour la salle de bains, où il envoie de l'air chaud par de longues fentes pratiquées dans la cloison moyenne. Le même appareil contient un chauffe-linge et fournit de l'eau chaude à un laboratoire. Il fallait prévenir l'infiltration des vapeurs d'eau et des miasmes dans les surfaces rugueuses des parois en bois : M. Jæger, qu'il suffisait de rendre attentif à une indication pour qu'elle fût aussitôt remplie, les a tendues de calicot peint à l'huile, qui permet d'essuyer fréquemment la buée. Ainsi disposé, le cabinet de bains que possède chaque baraque a plus d'espace en tous sens et plus de confort que la plupart des bains de la ville. Il est suivi d'un autre cabinet de 1 mètre 20 = 1 mètre 20, ouvrant sur le couloir et servant au dépôt provisoire du linge sale ; il est aéré jour et nuit par des claires-voies dans le revêtement de pignon et dans le parquet. — Au côté opposé du couloir existe un petit laboratoire muni d'un évier de grès vernissé et de deux robinets, l'un d'eau chaude, l'autre d'eau froide ; on y dépose la vaisselle, les fioles, etc. Enfin, la baraque se termine par deux water-closets séparés auxquels on arrive par un dégagement spécial : siéges de chêne poli, cuvettes de porcelaine, lavage à grande eau ; la fosse à cheval sous le mur du pignon, construite en briques avec enduits intérieurs en ciment, est complétement isolée de l'intérieur de la baraque par un plancher hourdé en plâtre et en moellons et qui s'ouvre en plein air sur une trappe. Les matières tombent dans des tinettes avec diviseur de tôle galvanisée, et en communication directe avec l'égout où sont dirigés les liquides, tandis que les solides sont retenus hermétiquement. M. Jæger, auquel nous empruntons tous ces détails (note manuscrite), ajoute que, pour utiliser l'eau des bains, leur conduit d'écoulement a été ployé en siphon pour empêcher la remonte des émanations de l'égout à la bonde de la baignoire, et qu'il est greffé sur le tuyau collecteur des tinettes, de manière à laver continuellement à grande eau l'écoulement des urines. L'écoulement de l'évier est greffé sur celui des bains en avant du siphon, contribuant aussi à ce lavage. Enfin une bonde siphoïde, disposée au point le plus déclive du radier de la fosse, facilite la sortie des eaux de lavage, dans le cas où des fuites dans les tinettes, ou des négligences dans le service de leur enlèvement, nécessiteraient le lavage des fosses. — On comprend combien la tenue des water closets importe à l'hygiène de nos baraques, au salut des blessés qu'elles reçoivent. Ne nous attendons pas à voir réussir tout de suite ce qu'on appellera un luxe de propreté et ce qui nous semble pudeur et décence, en même temps que préservation et salubrité. Les cuvettes déborderont d'eau, la soupape sera faussée, le siége mouillé ; mais une surveillance de quelques jours réglera la manœuvre des water-closets, et les malades apprécieront, comme nous l'avons vu en divers hôpitaux, la suppression des latrines à la turque avec ou sans clapet, c'est-à-dire le communisme de la puanteur et de la saleté.

(*A suivre.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

—

M. le docteur Petrucci vient d'être nommé médecin en chef de l'Asile public d'aliénés de Maréville (Meurthe).

— Plusieurs cas de choléra asiatique sont signalés à Pera et dans les villages voisins. Quelques cas légers sont signalés à Smyrne.

— La Société médicale d'Indre-et-Loire met au concours la question suivante :

Des fractures des membres par armes à feu, et de la valeur comparative des amputations primitives et secondaires.

Les mémoires devront être envoyés, dans les formes académiques, à M. le docteur Picot, secrétaire général, avant le 1er juillet 1872.
Le prix décerné par la Société consistera en une médaille d'or.

— *Clientèle médicale* à vendre dans Seine-et-Oise, à cinq lieues de Paris. Recettes moyennes, 8,000 fr. dont 1,500 de fixe. — S'adresser à M. Brunet, éditeur, 31, rue Bonaparte.

— *Clientèle aux environs de Paris*, à céder au prix d'un an du produit moyen (10,000 fr.), payable à raison de 20 p. 100 des recettes annuelles. — S'adresser au bureau du journal.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments ou autres objets).

De la nécessité de l'éducation physique et de l'organisation des gymnases municipaux hydrothérapiques, par le docteur E. DAILLY. Brochure de 24 pages. — Prix : 1 franc.

Capvern. Ses eaux minérales. Applications thérapeutiques par le docteur MICHEL TICIER, médecin inspecteur des eaux de Capvern, ancien interne des hôpitaux de Toulouse, etc. 1 vol. in-8° de 300 pages. — Prix : 2 fr. 50 c.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

N° 99. — MARDI 22 AOUT 1871. — 44e ANNÉE. — MARDI 22 AOUT 1871. — N° 99.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 18 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois... 8 fr. 50 c.
Six mois..... 16 —
Un an...... 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 23 septembre 1871.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Du traitement de la hernie étranglée par l'aspiration sous-cutanée.

Aux faits déjà connus de ponctions abdominales et d'applications heureuses de l'aspiration sous-cutanée au traitement de la hernie inguinale, nous ajouterons quelques renseignements nouveaux, que nous trouvons dans une thèse toute récente de M. le docteur Autun, sur ce sujet.

Voici d'abord une deuxième observation de M. le professeur Duplouy (de Rochefort), qui a tenté une nouvelle application de l'aspirateur chez un jeune soldat d'infanterie de marine, apporté dans ses salles au moment même de la clinique. Le malade fut chloroformé, et le taxis échoua entre plusieurs mains. M. Duplouy la tenta lui-même sans succès. Il introduit alors dans la tumeur l'aiguille n° 2 de l'aspirateur, et aspire quelques gaz.... Il se proposait d'introduire une faible quantité d'eau dans la tumeur, lorsqu'un médecin présent à l'opération, profitant de l'ablation de l'aiguille que l'on devait piquer sur un autre point, explore la tumeur et y perçoit un léger gargouillement, bientôt suivi de la rentrée de l'anse intestinale étranglée.

M. Duplouy se demande si l'on doit attribuer la réduction à une anesthésie plus complète qu'au début, ou à l'extraction d'une certaine quantité de gaz. La question peut rester indécise relativement à la part respective de chacune de ces conditions dans le résultat constaté. Mais ce qui est certain, toutes réserves faites à cet égard, c'est la réduction facile de la hernie après l'aspiration et la nouvelle preuve d'innocuité qui en ressort, aucun accident ne s'étant manifesté consécutivement à la ponction.

M. le docteur Dugué (du Mans) a adressé à M. Collin, fabricant d'instruments de chirurgie, qui l'a transmis à M. Autun, le fait suivant :

M. le docteur Bourdy vint, il y a quelques jours, me prier de l'assister dans une opération de hernie étranglée qu'il devait pratiquer chez une femme des environs du Mans. La hernie était inguinale du côté gauche, elle était étranglée depuis quatre jours. C'était une entérocèle; l'intestin, fortement détendu et résistant, contenait gaz et liquide. Avant d'opérer, nous voulûmes essayer l'aspirateur. L'aiguille n° 1 plongée dans l'intestin, le corps de pompe se remplit très-vite, à deux reprises différentes, de gaz et de liquide, et la tumeur s'affaissa très-rapidement, devint molle, flasque; nous crûmes alors que la réduction allait se produire facilement; malheureusement il n'en fut rien : la hernie était adhérente. M. Bourdy procéda immédiatement à l'opération. L'intestin mis à nu, il nous fut impossible de trouver le point piqué, et pendant l'opération et au moment de la réduction, pas une goutte de liquide ni une bulle de gaz ne s'est échappée de l'intestin; les adhérences détruites, l'intestin est rentré avec la plus grande facilité. Quelques heures après l'opération, sous l'influence d'un purgatif, les gardes-robes se rétablissaient, et le lendemain matin, nous trouvions notre malade dans l'état le plus satisfaisant : ni fièvre, ni douleur, ni coliques, le ventre distendu et souple.

Si le succès complet de l'aspiration a été empêché ici par la circonstance de l'adhérence, on voit du moins dans ce fait, et une nouvelle preuve de l'innocuité de la ponction, et, en outre, un témoignage du concours utile qu'elle a prêté à l'opération.

M. Autun rapporte ensuite qu'à l'hôpital de Lariboisière, salle Sainte-Geneviève, MM. les docteurs Desnos et Chalvet ont fait, avec l'appareil de M. Dieulafoy, non pas une ponction dans le cas de hernie étranglée, mais une ponction de l'intestin dans un cas de tympanite hystérique; l'aiguille est allée dans l'intestin, et du liquide fécaloïde a jailli dans l'aspirateur. M. Desnos n'a vu survenir quoi que ce soit qui puisse faire redouter la ponction intestinale dans ces conditions. La malade n'a point souffert, et, au bout de quelques heures, ne s'apercevait plus de sa piqûre.

Enfin, M. Autun a fait quelques expériences : avec l'aiguille n° 2 de l'appareil Dieulafoy, il a pu traverser impunément, et à plusieurs reprises, l'intestin de lapins, qui n'ont depuis jamais été gênés de ces ponctions.

— Voici encore un fait que nous trouvons dans une communication faite par M. le docteur Phelippeaux (de Saint-Savinien) au *Bulletin général de thérapeutique*, sur diverses applications, presque toutes très-fructueuses, de l'aspirateur pneumatique sous-cutané. Il s'agit d'une femme qui, trois ans auparavant, jour pour jour, avait fait appeler M. Phelippeaux pour des accidents de hernie étranglée tout à fait semblables à ceux qu'elle éprouvait en ce moment. Dans le but de faciliter la réduction, notre confrère eut l'idée de recourir à l'aspiration des gaz ou matières liquides à l'aide de l'instrument de M. Dieulafoy. La grande aiguille n° 2 fut enfoncée doucement au centre de la tumeur jusqu'aux deux tiers environ de sa longueur (8 centimètres à peu près). Quelques gouttes de sérosité sanguinolente se montrèrent à l'orifice interne du robinet aspirateur. Après quelques minutes d'attente, l'opérateur retira lentement l'aiguille, de manière qu'elle fut un certain temps en contact avec les tissus qu'elle traversait. Rien ne fut aspiré.

Une seconde piqûre fut faite à côté de la première, et donna lieu à l'aspiration d'une très-petite quantité d'un liquide analogue. Le volume de la hernie ne fut pas diminué, et elle ne put être réduite. M. Phelippeaux eut recours alors à une médication qu'il avait déjà employée avec succès chez cette même malade, trois ans auparavant : le liniment *crotonique* (nous reviendrons sur cette médication); on fit avec ce liniment plusieurs frictions sur la hernie, qui fut recouverte aussi de larges cataplasmes émollients. Le lendemain, après un lavement purgatif, la débâcle eut lieu. La hernie, de dure qu'elle était, devint flasque et reprit son volume habituel.

Voilà donc encore un insuccès, mais un insuccès dont la cause est trop naturelle pour qu'il soit nécessaire de s'y arrêter un seul instant, et qui renferme un enseignement utile : car il montre à la fois et l'utilité de la ponction aspiratrice au point de vue du diagnostic, — il a fait voir qu'on avait affaire, suivant toutes les apparences, à une hernie épiploïque, — et encore une fois l'innocuité de l'opération, n'infirmant en rien, d'ailleurs, la valeur de la méthode démontrée par les premiers cas cités.

Iritis des convalescents de variole ou de varioloïde.

Dans l'une des dernières séances de la Société de biologie, M. le docteur Bouchard a signalé l'existence d'une iritis survenant le plus souvent à un seul œil chez les sujets convalescents de variole ou de varioloïde, lorsque la période de dessiccation est terminée et que la desquamation est en voie de se faire. M. Bouchard a recueilli le premier exemple de cette iritis en 1858 à Lyon; il l'a retrouvée depuis plusieurs fois, notamment à l'Hôtel Dieu de Paris en 1869 et 1870, et il l'a fait remarquer chaque fois aux élèves de la clinique. Enfin, cette lésion s'est offerte à son observation un assez grand nombre de fois pendant le cours de la dernière épidémie de variole dans une ambulance militaire de varioleux. Voici quelques-unes des particularités que M. Bouchard a remarquées.

L'iritis, qui apparaît tardivement, n'a été précédée ni de pustules des paupières ou de la conjonctive, ni de kératite. Elle se traduit par une douleur orbitaire avec retentissement à la tempe et à la racine du sourcil, par de la gêne de la vue, un arc grisâtre périkératique, avec vascularisation radiée très-fine de la sclérotique au voisinage, quelquefois modification de la couleur et de la contractilité de l'iris. L'action locale de l'atropine amène un soulagement et une guérison rapides. Mais dans un cas où le traitement ne fut pas administré, les douleurs devinrent intolérables et il resta un état de synéchcie antérieure. Dans un autre cas, il se développa une kératite secondaire.

La maladie s'est montrée, comme on le voit, en général bénigne.

Chez plusieurs malades, il est survenu en même temps des douleurs articulaires, quelquefois de la péricardite; dans un cas même il y eut endocardite. D'où M. Bouchard a été conduit à comparer cette iritis secondaire à celle de la blennorrhagie et à rapprocher ces manifestations de la variole sur les séreuses, de ce que l'on voit dans le rhumatisme blennorrhagique et dans le rhumatisme scarlatineux.

Quelques autres observateurs ont constaté aussi, durant la même période épidémique, des exemples d'iritis; M. Leven, entre autres, a dit en avoir observé un cas très-grave, qui s'est terminé par un phlegmon de l'œil. Mais dans la plupart de ces cas, ainsi que MM. Ollivier et Laborde en ont fait la remarque, il y avait eu précédemment des pustules de la conjonctive ou de la cornée. Nous avons eu l'occasion de faire la même remarque sur quelques-uns des varioleux de l'ambulance du Luxembourg. L'un d'eux, entre autres, chez qui nous dûmes recourir à des moyens assez actifs pour combattre l'iritis, avait encore une large taie sur la cornée, qui témoignait manifestement de l'existence d'une ancienne pustule. Ce même malade, qui avait eu une variole extrêmement confluente, avait, au moment où nous lui donnions nos soins, un rhumatisme articulaire aigu généralisé avec endo-

FEUILLETON

—

SUR L'USAGE DES EAUX

DANS LE VOISINAGE DES CIMETIÈRES

Une question d'hygiène publique d'un grand intérêt pour les grandes villes a été soulevée récemment, à l'occasion d'une mesure transitoire adoptée en vertu d'un arrêté préfectoral autorisant à faire des inhumations dans un terrain situé sur les confins de deux communes importantes des environs de Paris. Les habitants de ces communes, ayant réclamé contre cette mesure, se sont appuyés auprès de qui de droit de l'avis suivant, émis par M. Dumay, et qui renferme, comme on le verra, des renseignements et des principes extrêmement utiles à connaître sur la question de l'usage des eaux situées dans le voisinage des cimetières.

Les études poursuivies avec le plus grand soin, depuis quinze ans, dans les grandes villes de l'Europe, et même dans le nouveau monde, ont mis en évidence les effets funestes sur la santé publique des eaux chargées de matières organiques en décomposition.

Il est reconnu maintenant « que toute eau exposée à ce genre de souillure doit être éloignée de la consommation domestique. » C'est un principe absolu d'hygiène publique : il ne comporte aucune atténuation.

Les expériences effectuées à Londres démontrent que la purification spontanée des eaux contaminées par l'intervention des matières organiques est tellement lente, que la Tamise pourrait faire plusieurs fois le tour de l'Angleterre avant d'avoir été dépouillée, par l'action de l'air, des matières organiques qu'elle reçoit en traversant cette grande ville.

A l'égard de Paris, la Seine a été l'objet d'expériences qui démontrent que les matières organiques qui s'y déversent peuvent être suivies dans un long parcours; on a droit d'affirmer que beaucoup de celles qui sont solubles parviennent à la mer et s'y perdent, pouvant par conséquent exercer en route tous leurs effets.

Si les matières organiques, transmises aux eaux courantes, rendent ces dernières si rebelles à la purification, les eaux formant nappes souterraines les conservent bien plus longtemps.

On en a même un excellent exemple à Munich. Bâtie sur un terrain sableux, envahi par des infiltrations d'une nappe souterraine chargée de matières organiques, cette ville est soumise à des épidémies de fièvre typhoïde, qu'une longue suite d'observations précises, d'accord en cela avec le sentiment populaire, montrent en parfaite concordance avec les fluctuations de la nappe. Les années sèches ou humides se traduisent par le retour ou la disparition de la maladie.

A Londres, il a suffi d'interdire de puiser leurs eaux sur place aux compagnies qui alimentaient les parties de la ville situées en aval de la Tamise, pour faire descendre, pour 10,000 habitants, la mortalité, en temps d'épidémie cholérique, de 140, chiffre maximum des plus mauvais quartiers, à 8, chiffre minimum des plus favorisés. Dès qu'elles ont été forcées d'aller chercher les eaux de la consommation domestique loin de la ville et au-dessus du niveau du sol souillé de ses déjections, la santé, dans les paroisses mal notées, a repris le niveau normal.

Les découvertes de la physiologie et de la pathologie modernes démontrent si clairement que les spores, disséminés dans les eaux et transportés par elles, sont les plus habituels des agents de la propagation des maladies contagieuses, que tous les médecins s'accordent à conseiller en temps d'épidémie de veiller sur les eaux domestiques, d'en éloigner ou d'y tuer ces spores, c'est-à-dire :

De les purifier en les filtrant sur un lit de charbon;

De les soumettre à l'ébullition;

De les mêler à une certaine quantité d'alcool ou de vin généreux;

Ou même :

D'employer de préférence les eaux des sources ou celle des puits artésiens;

cardite et une roséole rhumatismale très-abondante répandue sur toute la surface du corps.

Nous ne prétendons pas dire que ces derniers faits infirment en quoi que ce soit la valeur des observations faites par M. Bouchard et que l'iritis, dans les cas rapportés par ce savant observateur, n'ait été, comme il le dit, indépendante du voisinage de pustules varioliques; mais nous avons pensé néanmoins qu'il pouvait être utile de les mettre en parallèle. Cette question, du reste, sera très-probablement reprise par M. le docteur Galezowki, qui doit prochainement nous communiquer les résultats de ses observations sur les rapports de la dernière épidémie de variole avec les maladies des yeux.

Dr B...

DE L'EMPLOI DE LA CRÉOSOTE A L'INTÉRIEUR

DANS LE TRAITEMENT DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE

Par M. le docteur Morache, professeur agrégé au Val-de-Grâce.

La note que l'on va lire a été présentée à l'Académie des sciences dans la séance du 13 juin 1870, et ses conclusions reproduites dans le compte rendu de cette compagnie. Depuis lors, les circonstances m'ont permis de vérifier les faits que j'établissais alors; notamment pendant la première partie de la campagne 1870-1871, et plus récemment dans nos hôpitaux de Versailles, j'ai largement employé la créosote chez nos nombreux typhoïdes. Fort de cette expérience, je crois pouvoir persister à en affirmer les bons effets.

Dans la séance du 15 mars 1869, M. le docteur Pécholier venait soumettre à l'Académie des sciences le résultat de ses expériences sur l'emploi de la créosote dans le traitement de la fièvre typhoïde au début; il insistait sur les effets heureux de cette médication essayée pendant plusieurs mois sur les malades de son service de l'hôpital Saint-Éloi, à Montpellier. Depuis cette époque, aucun autre clinicien n'a, je crois, publié de travaux à ce sujet; il est donc encore à étudier.

Ce n'est pas que l'emploi de la créosote n'ait déjà été recommandé; il y a quelques vingt ans ce produit, récemment découvert, était préconisé, en particulier, dans la thérapeutique chirurgicale; les journaux de 1835 à 1845 renferment un grand nombre d'observations à ce sujet. Plus tard, M. Laveran en conseilla l'usage en lotions chez les typhoïdes; mais nul n'en avait recommandé l'usage à l'intérieur.

Pendant la saison 1869-1870, la fièvre typhoïde avait sévi avec une intensité remarquable sur la population parisienne, et, comme toujours, l'armée a vivement ressenti cette influence. Chacun sait, en effet, que, de toutes les classes de la société, l'armée est plus que toute autre exposée aux affections hymotiques, et cela en raison de causes qu'il n'est pas nécessaire de rappeler en ce moment.

L'hôpital du Val-de-Grâce a reçu, en 1869 et 1870, un très-grand nombre d'hommes atteints de fièvre typhoïde; beaucoup d'entre eux ont été admis dans les salles que je dirige. Le traitement créosoté a été institué chez eux, en l'entourant de toutes les conditions d'observation méthodique qui me permettent d'arriver à une conviction personnelle sérieuse, en employant en particulier d'une façon scrupuleuse la mensuration thermométrique à plusieurs moments de la journée, procédé sans lequel il est presque impossible de faire de la bonne clinique.

Le résultat de ces recherches, appuyé sur les observations détaillées de chaque malade, peut être résumé ainsi qu'il suit :

1° Le dosage de la créosote est un peu incertain en raison des différentes densités que présente ce produit dans le commerce. Nous nous sommes servis d'une créosote provenant de la Pharmacie centrale des hôpitaux militaires, offrant les garanties les plus sérieuses de pureté; d'une densité de 1,037 environ, 10 gouttes peuvent être considérées comme pesant 42 centigrammes (compte-gouttes du Codex).

Il y a, du reste, peu d'inconvénients à dépasser un peu les doses moyennes; quelques gouttes de plus ou de moins n'exposent à aucun danger.

2° Donnée à des individus sains, à la dose de 10 à 20 gouttes, la créosote ne détermine aucun accident, aucune congestion, en particulier aucun trouble nerveux, comme le fait facilement l'acide phénique même pur. Peut-être produit-elle un abaissement de température de quelques dixièmes de degré; mais le fait ne me paraît pas, malgré mes expériences, suffisamment démontré.

Sous forme de potion, édulcorée par un sirop quelconque, elle est prise sans répugnance, et, même après un long usage, n'excite jamais de dégoût; on ne trouve donc aucune difficulté dans le mode d'administration.

3° 59 malades ont été soumis au traitement par la créosote, contenant de 4 à 8 gouttes par conséquent.

Ces 59 malades ont été choisis avec soin. En effet, pendant notre période d'observation, à côté des cas les plus manifestes de fièvre typhoïde, se présentaient des individus atteints de fièvre sub-continue avec phénomènes intestinaux et bronchite légère. Ces cas peuvent, sans doute, être considérés comme des formes bénignes de la maladie, le typhus *levissimus* des Allemands, la fièvre muqueuse des classiques français; on peut donner à l'appui de cette opinion les résultats des recherches thermométriques qui, dans ces formes, rappellent au début la marche de la fièvre typhoïde, et, bien plus encore, le fait remarquable de mort par perforation intestinale dans des cas apyrétiques auxquels on refuse le nom de fièvre typhoïde.

Néanmoins nous n'avons pas fait entrer ces cas légers en ligne de compte; ils guérissent en général très-facilement grâce ou concurremment à toute médication rationnelle. Nous n'avons admis dans ces cinquante-neuf observations que les malades offrant une éruption roséolée bien nette, ceux chez lesquels le typhoïsme était bien marqué, et, d'une façon générale, ceux qui présentaient la courbe thermométrique bien connue de la fièvre typhoïde caractérisée.

4° Les effets de la médication peuvent être envisagés sous trois points de vue principaux : abaissement de la température générale, modification dans l'aspect de la maladie, action sur la muqueuse digestive.

5° Chez tous nos malades, la courbe thermométrique, suivant d'abord cette marche ascensionnelle qui, vers le cinquième ou le sixième jour, arrive à donner 39°,5 ou 40° pendant la période d'exacerbation respirale, ne s'est pas, contrairement aux règles ordinaires, maintenue à ces hauteurs. Dès le second septénaire, se caractérisait une deffervescence notable le matin, la température respirale restant encore dans les environs de 38° ou 39°. En un mot, la courbe présentait, même pendant la période d'état, ces chutes brusques qui appartiennent aux cas les plus heureux. La defferveseence totale ne tardait guère à apparaître vers la fin du troisième septénaire, rarement plus tard que le quatrième.

6° La créosote agissant localement vers la muqueuse de la bouche et des voies digestives supérieures, on observe une reconstitution rapide de l'épithélium, l'absence de ces concrétions pultacées qui s'y accumulent, rouillent les dents et, par leur décomposition putride, ont une influence manifeste sur l'infection générale. La muqueuse des voies digestives présente vraisemblablement ces mêmes modifications, et l'on peut instituer une alimentation modérée, lactée de préférence; la durée de la convalescence ne laisse pas d'en être heureusement abrégée.

7° L'action de la créosote à l'intérieur se traduit encore par une désinfection des selles, qui prennent un aspect jaunâtre, en dehors même de l'alimentation lactée, et ne présentent pas cette odeur fétide des selles typhoïdes; elles sont encore diminuées comme nombre : nouvelle cause d'infection supprimée tant pour le malade lui-même que pour ses voisins et les gens de service.

8° Sur cinquante-neuf malades atteints de fièvre typhoïde caractérisée, cinq ont succombé; un, à la vérité, de perforation, trois de pneumonie, un seul sans présenter autre chose que les lésions intestinales. Chez ce dernier, la température s'était maintenue pendant les trois derniers jours aux environs de 41°. — Nous n'avons pas un seul cas de mort subite, alors que leur fréquence a été remarquée pendant l'épidémie 1869-1870.

Cette proportion de décès est moins considérable que celle des épidémies ordinaires de fièvre typhoïde qui se traduisent en général par une léthalité de 15 à 18 pour 100, même dans les séries heureuses; la nôtre, n'étant que de 8,5 pour 100, paraît inférieure à celle qui a été signalée à Paris pendant cette même période. Nous ne voudrions pas attacher à ce fait une trop grande importance, car nous n'ignorons pas combien ces évaluations sont délicates, quelle part doit être attribuée à la classe de population sur laquelle on observe, aux milieux dans lesquels les malades sont placés.

Il semble logique d'insister bien plus sur les faits résultant de l'évolution clinique caractérisée par une deffervescence plus rapide que de coutume, ce qui tendrait à prouver que la créosote agit sur l'évolution virulente qui constitue en définitive la maladie et se traduit à l'extérieur par la fièvre.

9° L'emploi de la créosote dans la fièvre typhoïde rentre dans la catégorie des médicaments spécifiques. Si l'on admet que cette affection est due à l'introduction, dans l'organisme, d'un virus dont le mode d'action est vraisemblablement l'évolution d'un ferment, la créosote pourrait être regardée comme modifiant cette évolution morbide.

A défaut de preuves plus directes, on peut invoquer la diminution de température, c'est-à-dire de la fièvre, l'absence de symptômes généraux dits typhoïdes, de lésions secondaires, et en particulier de modifications de tissus, de gangrènes qui indiquent un trouble profond de l'innervation des vaisseaux capillaires.

10° L'emploi de la créosote paraît préférable à celui de l'acide phénique, qui n'a pas, du reste, donné de très-bons résultats.

Il paraîtrait logique d'essayer le traitement créosoté dans d'autres maladies infectieuses, la variole en particulier, dont l'évolution se rapproche sensiblement de celle de la fièvre typhoïde.

(*Revue de Thérapeutique médico-chirurgicale.*)

TABLETTES

DU MÉDECIN-LÉGISTE.

(Suite.)

VII

Exercice illégal de la médecine. — Les éléments du délit d'escroquerie se rencontrent dans le fait, par une mère et sa fille, d'avoir de mauvaise foi et par spéculation, après avoir attiré des malades à leur domicile par la propagation du bruit de visions arrivées à celle-ci, et en suite desquelles elle aurait reçu la faculté de guérir, employé à l'égard de ces malades des manœuvres ou mises en scène pour faire croire à l'exercice d'un tel pouvoir et entretenir l'espérance d'une guérison prochaine, encore bien qu'elles n'auraient reçu d'autres rétributions que celles offertes volontairement (C. p. 405). — C. cass., ch. crim. 25 avril 1867. — Cf. Dalloz, *Jur. gén.*, 1867 (1re partie), p. 368.

— L'habitude est un des éléments constitutifs du délit de pratique illégale de l'art des accouchements (L. 19 vent. an II, art. 35).

Il n'en est pas de même du délit d'exercice illégal de la médecine ou de la chirurgie; un seul acte, ayant un véritable caractère médical ou chirurgical, suffit pour constituer ce délit;

En conséquence, se rend coupable d'exercice illégal de la chirurgie la sage-femme qui, hors le cas de force majeure ou d'urgence constatées, pratique l'opération césarienne sur un cadavre, avant la constatation officielle du décès et avant l'expiration des 24 heures à partir de ce décès, — C. de Metz, 13 nov. 1867. — Cf. Dalloz, *Jur. gén.*, 1867 2e partie), p. 242.

— Le pharmacien qui visite des malades, et leur prescrit de son chef l'emploi de certains remèdes commet le délit d'exercice illégal de la médecine, bien qu'il fasse rédiger l'ordonnance par un médecin, si d'ailleurs cette ordonnance est faite après coup, sur les indications du pharmacien, et sans que le médecin ait visité le malade (L. 19 vent. an II, art. 35 et 36).

En cas d'exercice illégal de la médecine, les médecins de la localité sont recevables à se porter collectivement parties civiles et à réclamer des dommages-intérêts à raison du préjudice matériel et moral que cette concurrence illégale a pu leur causer;

Les tribunaux, dans ce cas, ne peuvent se borner à une simple adjudication de dépens et refuser aux plaignants tous autres dommages-intérêts à raison de la minimité de leur intérêt individuel et de la difficulté d'apprécier cet intérêt au milieu du grand nombre des médecins; ils doivent faire cette appréciation sans se préoccuper de l'intérêt de ceux qui ne se plaignent point, et en ne considérant le préjudice qu'en lui-même (C. N. 1382).

C. d'Aix, ch. corr., 14 mars 1862. — Cf. Dalloz, *Jur. gén.*, 1862 (2e partie), p. 211.

— L'exercice illégal de la médecine, sans usurpation de la qualité de docteur en médecine ou d'officier de santé, bien que la connaissance en appartienne aux tribunaux correctionnels, ne constitue qu'une simple contravention, et dès lors il se prescrit par l'absence de poursuites pendant un an (L. 19 vent. an II). — C. de Chambéry, 2e ch., 3 oct. 1863. — Cf. Dalloz, *Jur. gén.*, 1862 (2e partie), p. 20.

VIII

Hygiène publique. — Comestibles nuisibles. — Fruits verts. — La mise en vente des comestibles simplement nuisibles, tels que des fruits non suffisamment mûrs, n'est plus, d'une manière générale, une infraction punissable; sur ce point, l'article 475, nº 14, C. pén., a été abrogé, sans qu'une nouvelle disposition soit venue le remplacer, par l'article 9 de la loi du 27 mars 1861;

D'user aux repas, si on le peut, de l'une de ces eaux faiblement minéralisées et bénignes, dont l'origine garantit la pureté, et dont le principal, sinon le seul mérite, consiste en cette pureté même.

Pour justifier ces prescriptions, il suffit de rappeler deux faits d'une facile vérification.

A Clichy, les habitants ne tardèrent pas à reconnaître que tous ceux qui faisaient usage des eaux du puits artésien, percé pour le service d'une distillerie, échappaient aux épidémies cholériques. L'usage s'établit dès lors d'en laisser l'accès ouvert à tous, et la population s'en trouva bien.

Dans les quartiers hauts de la rive droite de Paris, l'avant-dernière épidémie de choléra, ainsi que toutes les précédentes, avaient fait de tels ravages qu'ils étaient rangés parmi les plus maltraités de Paris. Dans la dernière, au contraire, ces quartiers ont été classés parmi les plus épargnés.

Or, entre les deux épidémies, ces quartiers avaient reçu les eaux de la Dhuys, c'est-à-dire les eaux d'une source éloignée de Paris et de toute agglomération, captée, au sortir de la terre, dans des conduits souterrains et conservée, à l'abri de l'air et de la lumière, jusqu'au robinet du consommateur.

Il serait facile de multiplier ces démonstrations. Mais, la meilleure preuve qu'on puisse offrir de la vérité des principes invoqués ici, c'est qu'après une longue et savante discussion, on s'est décidé, à Paris, à renoncer à l'emploi des eaux courantes pour les usages domestiques, et à recourir à leur égard aux eaux de source, exclusivement à toute autre. C'est ainsi qu'on a déjà amené les sources de la Dhuys et qu'on s'occupe à conduire à Paris celles de la Vanne, dans les mêmes conditions, c'est-à-dire à l'abri de l'air et de la lumière, depuis l'origine jusqu'à la consommation.

Les eaux de la Dhuys et de la Vanne ne renferment pas trace de matières organiques; mises en bouteille, elle peuvent se conserver indéfiniment. Les eaux de la Seine prises à Paris en contiennent beaucoup; elles s'altèrent si vite, en pareil cas, qu'en temps de sécheresse on les voyait autrefois prendre l'aspect et la consistance trouble et glaireuse du blanc d'œuf, par suite du développement des matières organiques dont elles avaient reçu les germes. Cet accident, avant l'établissement des égouts collecteurs, s'est manifesté, on s'en souvient, dans les tuyaux de conduite, du soir au matin, au grand scandale de la population.

Le bureau métropolitain de Londres n'a pas été moins convaincu que la municipalité parisienne. Par les mêmes motifs, après avoir donné les ordres nécessaires pour éviter l'emploi des eaux manifestement chargées de matières organiques suspectes, il a mis à l'étude l'établissement, dans les parties montagneuses de l'Angleterre, de vastes bassins destinés à recueillir les eaux pluviales et à les transmettre à Londres par des canaux souterrains. La dépense est évaluée à 300 ou 400 millions.

Le législateur, qui a successivement formulé à l'égard de l'établissement des cimetières : 1° leur translation hors des villes; 2° leur placement au nord sur des terrains élevés; 3° l'interdiction de creuser des puits dans leur intérieur ou à faible distance de leur enceinte, a formulé des prescriptions conformes aux connaissances que la science de l'hygiène ou l'expérience des populations mettaient à sa disposition, à un moment donné.

Les progrès de la physiologie et de la pathologie, en éclairant la nature et le mode de propagation des virus et des miasmes, lui dicteraient d'autres devoirs aujourd'hui. De même que la peste a conduit à l'établissement des quarantaines, de même que la peste bovine justifie de semblables précautions pour le bétail, le choléra, la fièvre typhoïde, l'angine couenneuse, etc., rendent nécessaires des mesures propres à arrêter la marche de leurs spores. Il y aura donc à tenir compte, désormais, du rôle des nappes d'eau et de celui des sources ou cours d'eau qu'elles contribuent à former, puisqu'on y voit les conducteurs les plus dangereux des spores.

C'est en nous plaçant à ce point de vue que nous allons examiner la question du cimetière de S..., nouvellement ouvert, et nous demandons à l'autorité municipale de cette commune, mieux éclairée, et au besoin à la police sanitaire d'interpréter la pensée du législateur.

Ce cimetière est placé au-dessus des habitations de B..., du B... M.... et de S.... Les eaux qu'il recevra sous forme de pluie pourront donc, en s'écoulant à travers le sol, infecter les nappes qui alimentent les diverses sources ou puits à l'usage des habitants de ces diverses localités.

A la vérité, les terres dans lesquelles sont creusées les tombes appartiennent aux marnes argileuses et sont considérées comme imperméables....

Mais l'autorité municipale peut, si elle le juge nécessaire, interdire l'exposition ou la mise en vente, sur les marchés publics, des fruits que leur défaut de maturité rendrait nuisibles à la santé des citoyens (L. 16-24 août 1790, tit. II, art. 3; L. 19-22 juill. 1791, art. 46). — C. cass, ch. crim., 17 nov. 1866. — Cf. Dalloz, *Jur. gén.*, 1867, 1re part., p. 44.

DOCUMENTS

POUR SERVIR A L'HISTOIRE DU MOUVEMENT SCIENTIFIQUE PENDANT LE SIÉGE DE PARIS (1).

27 JANVIER

Note sur les hôpitaux-baraques du Luxembourg et du Jardin des plantes, par M. Michel Lévy, médecin inspecteur de l'armée, etc.

II (Suite).

Les baraques sont construites en charpente, avec revêtement extérieur en planches de sapin du Nord de 0m,02 d'épaisseur, à doubles couvre-joints à l'extérieur et à l'intérieur. Dans les conditions du climat de Paris, il a paru suffisant d'établir le parquet en frises de sapin de 0m,027 d'épaisseur, ainsi que le voligeage simple de la toiture recouvert en carton bitumé. Les premières pluies ont indiqué quelques points, quelques fissures à calfeutrer; on s'est empressé de le faire, ainsi que le doublage des deux faces intérieures de chaque baraque par une tenture de toile forte avec papier Bulle, pour intercepter les courants d'air; une cloison, qui monte à 2 mètres de hauteur, abrite les malades dans leurs lits contre le même inconvénient. Le chauffage a été confié à MM. Geneste fils et Herscher frères, dont l'appareil a obtenu le prix au concours ouvert pour les écoles municipales de Paris. Chaque baraque a deux poêles de fonte et tôle à charge continue au coke, avec prise d'air extérieur qui circule autour du foyer et s'épanche dans la salle par des bouches de chaleur; l'air chauffé s'échappe par deux fentes longitudinales de 3 centimètres, toujours béantes à la base des lanternes qui couronnent la toiture; effet précieux de ventilation continue dont le malade ne souffre pas, parce qu'il se produit à 6 mètres au-dessus de lui dans la zone de l'atmosphère intérieure où passent les tuyaux de fumée des deux poêles au pied des lanternes; ajoutons que leur long développement augmente la surface de chauffe, l'utilisation du calorique produit et le prompt échauffement de l'air froid qui pénètre par les fentes. Une expérience à laquelle j'ai assisté en octobre, dans une baraque non encore occupée par des blessés, a montré, la température extérieure étant à + 6° c., que ces appareils, convenablement alimentés, procurent aisément une chaleur de + 15 à 16° c. Depuis, et par ces froids de — 4 à 5° (décembre), on a pu obtenir + 11 à 12° c., quoiqu'on n'eût pas à sa disposition le combustible le mieux approprié. Les baraques ayant été construites spécialement à l'usage des blessés et ceux-ci étant chaudement couverts dans leurs lits, on s'y accommode de quelques degrés thermométriques de moins que dans les services des fiévreux : il n'y a de réserve à faire qu'au profit des blessés à lésions traumatiques des voies respiratoires.

Outre les chalets de traitement, au nombre de vingt-deux (×20 blessés=440 blessés, sans compter les cabinets d'isolement), il y a des baraques pour la pharmacie, la tisanerie, le laboratoire, le médecin de garde, les bureaux, le poste des infirmiers, la cuisine, la dépense. Toutes ces installations, dont on pourra ultérieurement modifier l'assiette et corriger quelques détails, sont faites dans un esprit de progrès; l'eau et l'air circulent partout; dans le vestiaire, les effets déposés par les malades sont ventilés jour et nuit par la cheminée des cuisines, faisant appel à un canal qui communique par des créneaux avec ces vêtements.

Il est un inconvénient qu'il faut signaler, parce qu'il donnera lieu à des doléances et à des dénigrements : la surveillance de jour et de nuit condamnera les agents, les sœurs qui l'exercent, à s'exposer à des transitions de température, aux vicissitudes de l'air, etc. Cet inconvénient est le salut des malades; reliées entre elles par des corridors couverts et fermés, les baraques ne tarderaient pas à solidariser leurs atmosphères comme par des tubes d'aspiration; si jamais, dans l'intérêt de quelques services secondaires, on se décide à établir ces communications, que ce soient de simples allées sous une toiture légère, sans murs ni fenêtres.

III

Du 25 juillet au 12 septembre de cette année, j'ai visité, avec M. l'intendant général Bosc, tous les locaux qui ont été spontanément offerts ou signalés par la ville de Paris et par diverses autorités comme propres à recevoir des ambulances. Je passe sous silence quelques installations de luxe improvisées par la charité la plus courageuse, telles que les magnifiques salons du petit Luxembourg, ceux de la présidence du conseil d'État, ceux du Palais-Royal, préparés d'après les ordres de la princesse Clotilde. Il y avait à classer en première ligne les belles écoles récemment construites pour les enfants des deux sexes, et les salles d'asile dans les divers quartiers, particulièrement dans ceux que l'annexion a rattachés à Paris. Beaucoup de ces bâtiments, à peine terminés, semblaient avoir une double destination, hospitalière ou scolaire, tant leurs conditions hygiéniques y répondaient d'une manière également satisfaisante. Partout les frères, les sœurs chargés de ces établissements sollicitaient leur transformation en ambulance, et l'honneur de soigner de leurs propres mains les blessés, les malades qui leur seraient envoyés. Après cette énorme ressource de locaux scolaires, neufs ou refondus, et qui attestent l'intelligente libéralité de la ville de Paris pour les jeunes générations qui pullulent jusque dans les régions les plus excentriques, ce sont les institutions religieuses, ce sont les divers clergés, sans exception de communion, qui nous ont adressé les appels les plus ardents et fourni un ample contingent de succursales : tout le séminaire Saint-Sulpice, celui de Saint-Nicolas, les belles institutions catholiques de la rue Stanislas, y compris le collége, celle de la rue de Sèvres, l'élégant refuge des dominicains, les salubres et vastes maisons d'étude des jésuites de la rue Lhomond et de la rue de Vaugirard, qu'ils se sont empressés de mettre tout entières à notre disposition avec le matériel de couchage, etc. Partout où M. l'intendant général et moi nous mettions le pied, nous étions attendus, désirés, écoutés avec ferveur et confiance. L'âme tendre et pieuse de l'archevêque de Paris était partout présente. Même accueil chez les diaconesses de la rue de Rueil, dans le grand hôpital improvisé au nouveau collége Chaptal par un comité protestant, qui a eu le bonheur d'avoir pour inspirateur et pour représentant un éloquent pasteur, M. Bersier. Jusque dans le modeste hôpital israélite de la rue Picpus, l'une des innombrables bonnes œuvres de la famille de Rothschild, un bâtiment qu'on venait d'achever pour cinquante vieillards infirmes a été réservé à l'inauguration de nos blessés, isolés chacun dans une chambre, disposition si désirée par la chirurgie et l'hygiène. Pourquoi ne pas mentionner ici l'une des ambulances les plus saines, les plus confortables, les mieux desservies que nous avons été appelés à visiter au grand Orient? Je ne suis pas franc-maçon; mais j'ai trouvé là des visages amis, le souvenir du bon général Mellinet, les garanties d'un bon service pour nos blessés; et M. l'intendant général Bosc n'a pas hésité à sanctionner mes propositions en faveur des jésuites, des protestants et des francs-maçons : l'unité, l'égalité dans la charité, quel spectacle plus fortifiant en ces temps de dissolvante exégèse à coups de révolutions!

Il ne m'appartient pas de divulguer toutes les offres généreuses, toutes les marques de dévouement et d'abnégation qui se sont multipliées autour de nous; mais il est une création qui s'est révélée d'emblée avec des ressources financières énormes, avec un archipel d'hôpitaux ordonnés par la plus intelligente hygiène, peuplés de talents et d'énergiques volontés, création presque inaperçue d'abord, qui transforme en ambulances, pour ses débuts, l'École des ponts et chaussées, le Conservatoire des arts et métiers, les ateliers de construction des phares, près du Trocadéro, un logement à boudoirs de la rue Saint-Dominique, etc. Si elle est si vive, si expansive, si pleine de verve, d'entrain et de puissance pour le bien, c'est qu'elle a pour âme Ricord et Bauer, et elle s'appelle l'*ambulance de la Presse*.

Nous en étions là, nous avions choisi des locaux et fait préparer dans Paris 546 lits pour officiers, 12,398 pour sous-officiers et soldats, quand, le 13 septembre, M. l'intendant général Bosc me notifia gracieusement la fin de sa mission et de la mienne. Néanmoins, j'ai suivi jusqu'à la fin la construction des baraques du Luxembourg, et, grâce aux deux éminents officiers supérieurs du génie, MM. de Courville et de Laussédat, je n'ai pas cessé d'être consulté sur les détails de leur emménagement; elles étaient, je ne le cache point, l'objet de ma principale préoccupation, et grande est pour elles mon ambition. Je voudrais en finir avec le méphitisme séculaire des hôpitaux-monuments; je voudrais que nos baraques pussent devenir les hôpitaux de l'avenir, avec une durée de dix ans, et, au terme de cette période, détruits et remplacés sur d'autres terrains par des constructions nouvelles, avec les corrections que l'expérience aura suggérées.

Troisième partie

(Du 29 janvier au 15 mars 1871.)

29 JANVIER.

Alimentation publique. — Le Gouvernement a annoncé qu'il donnerait la preuve irréfragable que Paris a poussé la résistance jusqu'aux extrêmes limites du possible. Hier encore il y avait inconvénient grave à publier des informations de ce genre. Aujourd'hui que la convention relative à l'armistice est signée, le Gouvernement peut remplir sa promesse.

Il faut d'abord se remettre en mémoire ce que trop de personnes semblent avoir oublié : c'est qu'au début de l'investissement les plus optimistes n'osaient pas croire à un siége de plus de six ou sept semaines.

Lorsque, le 8 septembre, le *Journal officiel* répétant une déclaration affichée sur les murailles par M. Magnin, ministre du commerce, affirmait « que les approvisionnements en viandes, liquides et objets alimentaires de toute espèce, seraient largement suffisants pour assurer l'alimentation d'une population de 2 millions d'âmes pendant deux mois, » cette assertion était généralement accueillie par un sourire d'incrédulité. Or, quatre mois et vingt jours se sont écoulés depuis le 8 septembre.

Au milieu des plus dures privations, devenues, pendant ces dernières semaines, de cruelles souffrances, Paris a résisté aussi longtemps qu'il a pu raisonnablement espérer le secours des armées extérieures, aussi longtemps qu'un morceau de pain lui est resté pour nourrir ses habitants et ses défenseurs. Il ne s'est arrêté que lorsque les armées de province lui ont arraché tout espoir, en même temps que l'état de ses subsistances lui montrait la famine imminente et inévitable.

Le 27 janvier, — c'est-à-dire huit jours après la dernière bataille livrée sous nos murs et presqu'au moment où nous apprenions les insuccès de Chanzy et de Faidherbe, — il restait en magasin 42,000 quintaux métriques de blé, orge, seigle, riz et avoine, ce qui, réduit en farine, représente, à cause du faible rendement de l'avoine, 35,000 quintaux métriques de farine panifiable. Dans cette quantité sont compris 11,000 quintaux de blé et 6,000 quintaux de riz, cédés par l'administration de la guerre, laquelle ne possède plus que dix jours de vivres pour les troupes, si on les traite comme des troupes en campagne, savoir: 12,000 quintaux de riz, blé et farine et 20,000 quintaux d'avoine. Telle était la situation de nos approvisionnements en céréales à l'heure de l'ouverture des négociations.

En temps ordinaire, Paris emploie à sa subsistance 8,000 quintaux de farine par jour, c'est-à-dire 2,000,000 de livres de pain; mais, du 22 septembre au 18 janvier, sa consommation a été réduite à une moyenne de 6,360 quintaux de farine par jour, et depuis le 18 janvier, c'est-à-dire depuis le rationnement, cette consommation est descendue à 5,300 quintaux, soit un sixième de moins environ que la quantité habituelle, nous pourrions dire nécessaire.

En partant de ce chiffre de 5,300 quintaux, le total de nos approvisionnements représente une durée de sept jours.

A ces sept jours, on peut ajouter *un* jour d'alimentation fournie par la farine actuellement distribuée aux boulangers; *trois* ou *quatre* jours auxquels subviendront les quantités de blé enlevées aux détenteurs par tous les moyens qu'il a été possible d'imaginer, et l'on arrive ainsi à reconnaître que nous avons du pain pour huit jours au moins, pour douze jours au plus.

Il n'est pas inutile de dire que, depuis trois semaines, il n'existe plus de provision en farine. Nos moulins ne fournissent chaque jour que la farine nécessaire au lendemain. Il eût suffi de quelques obus, tombant sur l'usine Cail, pour mettre instantanément en danger l'alimentation de toute la ville.

En ce qui concerne la viande, la situation peut se caractériser par un seul mot : depuis l'épuisement de nos réserves de boucherie, nous avons vécu en mangeant du cheval. Il y avait 100,000 chevaux à Paris. Il n'en reste plus que 33,000, en comprenant dans ce chiffre les chevaux de la guerre.

Ces 33,000 chevaux, d'ailleurs, ne sauraient être tous abattus sans les plus graves inconvénients. Plusieurs services, indispensables à la vie, seraient suspendus : ambulances, transport des grains, des farines et des combustibles; services de l'éclairage et des vidanges, pompes funèbres, etc. Il nous faudra, d'autre part, beaucoup de chevaux pour le camionnage, quand le ravitaillement commencera. En réalité, une fois ces diverses nécessités satisfaites, le nombre

(1) Suite. — Voir le dernier numéro.

Mais, si cela était, et si les eaux pluviales devaient croupir dans les fosses et se dissiper par l'évaporation seulement, qui ne comprend combien leurs vapeurs seraient capables de souiller l'air? Qui ne comprend aussi combien, dans les pluies prolongées ou dans les moments d'orage, le trop-plein de ces eaux stagnantes, s'écoulant à la surface du sol, deviendrait un moyen infaillible de dissémination dans les localités inférieures pour tous les germes provenant des restes humains en décomposition?....

Il est donc impossible d'affirmer que la présence des corps déposés dans le nouveau cimetière de S.... n'aura pas pour conséquence de souiller les eaux qui desservent à une très-faible distance les puits et les sources utilisés par les habitants de B.... et de S....

L'intérêt est le même pour tous, et peut-être est-il plus sérieux pour nos voisins que pour nous-mêmes. La source si agréable et si saine qui alimente la manufacture de S...; les sources de B...-M..., dont le prestige est menacé, sont au moins aussi exposées à la souillure que les eaux de puits de B... ou des sources qui fournissent son bassin.

Ajoutons, en ce moment, où nous sommes menacés d'une nouvelle visite du choléra, que le territoire de B... n'a jamais été touché par ce fléau.

Il n'est certainement pas utile que l'épidémie qui pourra affecter encore S... atteigne aussi B..., par suite du mauvais emplacement du cimetière, et mieux vaut, à tous égards, que cette dernière localité conserve intacte la situation privilégiée qu'elle doit à la Providence.

Les lois anglaises, récemment édictées en matière de prescriptions relatives aux établissements insalubres de tout genre, sont beaucoup plus protectrices que les nôtres.

Nous n'aurions pas à discuter longtemps en Angleterre le point qui nous occupe ici. Il est admis, sans contestation, que la salubrité est un intérêt de premier ordre, et que nul n'a le droit d'infecter l'air ou l'eau. L'autorité s'y applique à détruire les causes d'insalubrité partout où elles existent. Elle n'accepterait pas qu'on en vînt créer là où elles n'existent pas.

Les Anglais ont compris, de même que l'ancienne municipalité parisienne, toute la profondeur du précepte formulé pour la première fois par Watt et recueilli par Arago : « *L'eau, comme la femme de César, doit être à l'abri du soupçon.* »

Nous demandons cette faveur pour nos eaux, et nous engageons nos voisins à y tenir pour eux-mêmes.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Traité pratique des maladies des yeux et de la vue, par le docteur J. Carnet, ancien interne des hôpitaux de Paris. 1 vol. in-12 avec figures dans le texte. 3e édition. — Prix : 5 francs.

Les spectres d'absorption du sang, par le docteur Victor Fumouze. In-4° de 150 pages, avec 3 planches coloriées. — Prix : 4 fr. 50.

Quelques considérations sur le crétinisme, par le docteur Alexandre Niepce. In-8°. — Prix : 1 fr. 75.

Angines aiguës ou graves. Origine, nature, traitement, par le docteur Moura. Broch. grand in-8° de 68 pages. — Prix : 3 francs.

De la thérapeutique de l'œil au moyen de la lumière colorée, par le docteur L. Boehm, professeur à l'université de Berlin, etc.; traduit de l'allemand par Th. Klein, traducteur de l'*Optique physiologique* de Helmholtz. 1 vol. in-8° avec deux planches coloriées. — Prix : 4 francs.

Revue photographique des hôpitaux de Paris, par les docteurs De Montméja et Bourneville. 3e année; les numéros de mai et juin sont en vente. — Prix de chaque : 2 francs.

Étude sur la lèpre tuberculeuse ou éléphantiasis des Grecs, par le docteur Paul Lamblin. In-8° avec figures dans le texte. — Prix : 3 fr. 50.

L'Uranoplastie et les divisions congénitales du palais, par le docteur Rouge, chirurgien de l'hôpital cantonal de Lausanne. 1 volume in 8° avec figures dans le texte. — Prix : 3 francs.

Étude sur le diagnostic et le traitement chirurgical des étranglements internes, par M. le docteur Larguier des Bancels, ancien préparateur du cours d'anatomie chirurgicale de l'amphithéâtre des hôpitaux. In-8°. — Prix : 3 francs.

des animaux disponibles pour la boucherie ne dépassera pas 22,000 environ.

En ce moment nous consommons, avec l'armée, 650 chevaux par jour, soit 25 à 30 grammes par habitant, après le prélèvement des hôpitaux, des ambulances et des fourneaux. *Vingt-cinq* grammes de viande de cheval, *trois cents* grammes de pain, voilà la nourriture dont Paris se contente à l'heure qu'il est. Dans dix jours, quand nous n'aurons plus de pain, nous aurons consommé 6,500 chevaux de plus, et il ne nous en restera plus que 26,500. Nous pouvons, il est vrai, y joindre 3,000 vaches réservées pour le dernier moment, parce qu'elles fournissent du lait aux malades et aux nouveau-nés. Mais, alors, comme il faudra remplacer le pain absent, la ration de viande devra être quadruplée, et nous serons obligés de tuer 3,000 chevaux par jour. Nous vivrions ainsi pendant une semaine environ.

Mais nous n'en viendrons pas à cette extrémité, précisément parce que le Gouvernement de la défense nationale s'est décidé à négocier. On dira peut-être : « Pourquoi avoir tant tardé? Pourquoi n'avoir pas révélé plus tôt ces vérités terribles? » A cette question, il y a à répondre que le devoir était de prolonger la résistance jusqu'aux dernières limites, et que la révélation de semblables détails eût été la fin de toute résistance.

Mais le ravitaillement marchera assez vite pour que nous ne restions pas un seul jour sans pain. Toutes les mesures que la prudence pouvait suggérer ont été prises, et, pourvu que chacun comprenne son devoir, pourvu que les agitations intérieures ne viennent pas troubler la reprise de l'activité industrielle et commerciale, de nouveaux approvisionnements nous arriveront juste au moment où nous aurons épuisé ceux qui nous restent.

Nous avons le ferme espoir, nous avons la certitude que la famine sera épargnée à deux millions d'hommes, de femmes, de vieillards et d'enfants. Le devoir sacré de pousser la résistance aussi loin que les forces humaines le comportent nous a obligés de tenir tant que nous avons eu un reste de pain. Nous avons cédé, non pas à l'avant-dernière heure, mais à la dernière.

29 JANVIER.

Légion d'honneur. — Par décret en date du 29 janvier 1871, ont été nommés ou promus dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier : M. Casal (Jean-Jacques), médecin de 1re classe de la marine. — Fort de Romainville.

M. Autic (Marius), médecin de 1re classe de la marine. — Bombardement de Saint-Denis.

Au grade de chevalier : M. Roux (Louis-Adolphe), médecin de 1re classe de la marine. — Bombardement de Saint-Denis.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris. — M. Polaillon, agrégé près la Faculté de médecine de Paris, est chargé, pendant le deuxième semestre de l'année classique 1870-1871, du cours de physiologie à ladite Faculté, en remplacement de M. Longet, décédé.

— *École de médecine de Rennes.* — M. Macé, pharmacien de première classe, est nommé suppléant à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Rennes, en remplacement de M. Louveau, dont la démission est acceptée.

— M. Delacour, directeur de l'École de médecine de Rennes, est nommé médecin du lycée de cette ville, en remplacement de M. Aussant, démissionnaire.

— M. le docteur Lecadre est nommé chirurgien du lycée du Havre, en remplacement de M. le docteur Duchesne, décédé.

— M. Darles, élève sortant breveté de l'École normale spéciale de Cluny, est chargé de l'enseignement de l'histoire au collége de Cognac (emploi nouveau).

— *École de médecine d'Alger.* — M. le docteur Texier, professeur de pathologie interne à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Alger, est nommé directeur de cette école, en remplacement de M. le docteur Trollier, démissionnaire.

— *École de médecine de Lille.* — M. Lotard, professeur adjoint d'histoire naturelle à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Lille, est nommé professeur titulaire de ladite chaire, en remplacement de M. Dhuicque, démissionnaire.

— M. le docteur Patureau est nommé médecin du lycée de Châteauroux, en remplacement de M. Bertrand, décédé.

— D'une statistique publiée par le docteur Everest, il ressort qu'il est mort aux États-Unis, dans l'espace de huit années, plus de 300,000 personnes des suites de l'ivrognerie. D'après la même statistique, en Angleterre, les excès de boisson tuent chaque année une moyenne de 50,000 personnes, dont 12,000 femmes au moins.

En Allemagne, les victimes de l'ivrognerie sont de 40,000.

En Russie, 15,000 environ.

En Belgique, 4,000.

En Espagne, 2.500 à 3,000.

En Italie, 1,800.

Enfin, en France, 1,500 seulement.

— *Clientèle médicale* à vendre dans Seine-et-Oise, à cinq lieues de Paris. Recettes moyennes, 8,000 fr. dont 1,500 de fixe. — S'adresser à M. Brunet, éditeur, 31, rue Bonaparte.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

N° 100 JEUDI 24 AOUT 1871. 44e ANNÉE. JEUDI 24 AOUT 1871. — N° 100.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois. . . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . . 16 —
Un an. . . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 23 septembre 1871.

HOTEL-DIEU. — M. Noël Guéneau de Mussy.

Étude sur le traitement de la polyurie (1).

(Résumé de leçons cliniques faites à l'Hôtel-Dieu en 1864 et 1867.)

Chez notre second malade, une chute grave avait déterminé une lésion des centres nerveux, attestée par la faiblesse de l'appareil locomoteur; cette faiblesse persistait quand la polydipsie se manifesta. Celle-ci diminua avant la diurèse qu'elle avait précédée. Les reins avaient probablement contracté une habitude fluxionnaire qui ne cessa pas immédiatement quand la soif s'apaisa. Cette circonstance ne me paraît pas infirmer la priorité du phénomène polydipsique; on pourrait même dire que si la diurèse avait commencé la scène morbide, sa persistance aurait dû entretenir la soif. Le même ordre dans la régression des phénomènes morbides fut observé chez notre première malade. Des émotions morales ont précédé quelquefois l'affection qui nous occupe, et peuvent avoir joué dans son développement le rôle qu'elles jouent dans l'origine d'un grand nombre de maladies (2).

L'hérédité, l'élément étiologique le plus important des affections chroniques, peut intervenir dans la production de la polyurie. Dans sa thèse très-intéressante, le docteur Lacombe relate l'histoire d'un polyurique dont les père, mère, frères, sœurs et enfants l'étaient également. Notre première malade nous racontait que ses frères et sœurs étaient atteints comme elle d'incontinence d'urine nocturne. C'est un fait pathologique distinct de la polyurie; cependant l'abondance de la diurèse favorise cette incontinence.

Suivant Trousseau, la polyurie aurait des affinités pathogéniques avec le diabète, se rencontrerait dans les mêmes races; il est impossible cependant de méconnaître les différences profondes qui séparent ces deux maladies.

Outre l'absence de glycose, l'urine des polyuriques diffère de celle des diabétiques par sa faible densité; tandis que dans la glycosurie, la pesanteur spécifique, notablement augmentée, oscille entre 1030 et 1040, elle n'est que de 1001, 1002, 1003 chez les premiers. Chez ceux-ci, les sels, l'urée, l'acide urique descendent au-dessous du chiffre normal. Mais pour apprécier cette différence, il faut déterminer la quantité de ces substances excrétées en 24 heures; car il est bien évident que la quantité restant la même, mais étant dissoute dans un véhicule aqueux plus abondant, à volumes égaux, l'urine des polyuriques en renfermera une proportion très-inférieure à celle de l'urine normale. A l'occasion du pronostic, nous dirons combien sont différents les retentissements que ces deux anomalies sécrétoires produisent dans l'ensemble des fonctions.

Les malades dont nous avons rapporté l'histoire ne nous ont offert qu'un degré moyen de cette affection; elle peut acquérir une intensité telle, que ceux qui en sont atteints boivent plusieurs seaux d'eau par jour; et le sentiment de la soif est parfois si impérieux, qu'on a vu des malades, pour la satisfaire, n'ayant pas d'autre liquide à leur disposition, avaler leur propre urine. Cette sensation de soif est accompagnée d'une insupportable sécheresse de la gorge, qu'ils cherchent à apaiser en ingurgitant à la fois une grande quantité de liquide. Quelques-uns en boivent plusieurs litres de suite, ce qui produit parfois une sensation de pesanteur et de froid douloureux dans la région épigastrique. La dilatation de l'estomac et de la vessie en est la conséquence habituelle. La peau devient sèche, quelquefois écailleuse.

Nous avons dit que les facultés génésiques n'étaient pas ordinairement abolies, mais elles sont ordinairement affaiblies, comme cela a lieu dans la plupart des maladies qui troublent la nutrition. Tandis que la boulimie n'est pas rare chez les diabétiques, on ne l'observe pas chez les polyuriques, qui sont habituellement dyspeptiques. J'ai hâte d'ajouter, cependant, que beaucoup de diabétiques le sont également. La fréquence de la miction produit l'agrypnie; l'anémie accompagne ordinairement tous ces désordres, et souvent il y a de l'amaigrissement.

Quelques malades acquièrent, sous l'influence de cette affection, une tolérance pour les alcooliques qu'ils ne possédaient pas auparavant. Trousseau en a cité des exemples; j'en ai moi-même observé plusieurs. La combustion devient-elle plus active ou l'élimination par la muqueuse pulmonaire est-elle plus rapide? Chez le malade dont j'ai rapporté l'observation, qui était un dipsomane, on pouvait faire valoir l'influence de l'habitude qui rend quelquefois l'organisme insensible à des poisons très-énergiques. Mais cette explication ne peut pas toujours être invoquée; dans quelques cas la polyurie paraît être une condition de tolérance pour les alcooliques.

Le diabète insipide a été généralement regardé comme beaucoup moins dangereux que la glycosurie. Trousseau a protesté contre cette opinion. Il croit même que, dans certains cas, la polyurie constituerait une affection plus grave que le diabète sucré. Les observations qu'il cite à l'appui de cette assertion ne sont pas très-concluantes. Chez deux de ses malades, on avait trouvé un peu de glycose dans les urines. Ce n'était donc pas de la polyurie simple.

Il résulte des recherches du docteur Lacombe, qui a analysé un grand nombre d'observations, que la polyurie n'amène pas ordinairement des troubles graves dans la santé, et n'entraîne pas avec elle, au même degré que la glycosurie, l'affaiblissement général, ni l'altération de la vue, ni une dépression aussi constante et aussi profonde des facultés génitales. Cependant la polyurie qui débute dans l'âge adulte paraît plus grave que celle qui se développe dans l'enfance.

Comme le diabète, la polyurie peut cesser ou être suspendue sous l'influence des maladies intercurrentes. Lacombe et Trousseau en ont cité des exemples.

L'analyse des symptômes, les recherches étiologiques, l'expérimentation physiologique, autorisent à placer dans le système nerveux le point de départ de cette affection. Des esprits avides d'explications et faciles à contenter ont prétendu que la paralysie des vaso-moteurs était la condition intime du phénomène. Depuis les beaux travaux de Claude Bernard, ses disciples, qu'il désavoue, ont fait de l'action vaso-motrice un passe-partout physiologique. Sous une fausse apparence scientifique, ils remettent en scène la vieille théorie méthodiste du *strictum* et du *laxum*. On déplorerait ces exagérations ridicules et ces déductions illogiques qui pouraient compromettre les plus belles découvertes de la science dont elles faussent l'interprétation, si l'histoire ne nous apprenait que toutes les grandes vérités ont passé sous ces épreuves. Il est peut-être nécessaire qu'on en exagère la portée pour qu'elles gardent leur place légitime dans l'esprit humain. Après Aselli, après Harvey, les lymphatiques et la circulation du sang ont tout expliqué. Le spasme d'Hoffmann, la congestion de Stahl, les fermentations de Sylvius, l'irritabilité de Baglivi et de Haller, ont dominé toute la pathologie. A chaque pas qu'il fait dans la science, l'homme aime à se persuader qu'il a atteint le dernier échelon.

Ainsi la polyurie ou polydipsie peut être regardée comme une névrose, et c'est aux médications dont l'efficacité a été constatée dans le traitement des névroses qu'il convient de s'adresser pour la combattre.

La première indication est de chercher à régulariser l'action nerveuse.

Il faut ramener à ses conditions d'activité normale la fonction uropoétique, calmer cette vésanie de la soif, qui paraît être, dans quelques cas au moins, le premier anneau de la chaîne morbide.

Si, comme cela est habituel, les malades présentent des symptômes de dyspepsie, on devra chercher à stimuler et à régulariser l'action digestive. L'exagération de la soif est un phénomène commun chez les dyspeptiques. Il convient aussi d'exciter l'action cutanée, si importante pour l'équilibre de la santé, si souvent troublée dans les maladies, et qui, dans l'état physiologique, semble balancer et compenser la fonction rénale.

Enfin l'anémie, bien qu'elle soit ordinairement consécutive dans ce cas, réagit, comme nous l'avons dit, sur les troubles d'innervation dont elle est la conséquence, les aggrave et devient une source d'indications.

Je ne m'arrêterai pas sur cette méthode qui consiste à priver les malades de boissons, et qui aurait obtenu quelques guérisons; elle a pour fondement l'incontestable empire que l'habitude exerce sur toutes nos fonctions: la faim, la soif, le sommeil, l'exercice, le besoin d'excréter et d'ingérer peuvent être modifiés par elle. Mais on ne peut adresser ce mode de traitement qu'à des malades d'une énergie morale exceptionnelle; défendez de boire à des gens qui boivent leur urine quand ils n'ont pas d'autre moyen d'apaiser la soif qui les dévore, et vous échouerez infailliblement. Cependant il y a quelque chose à prendre dans cette idée, et, en même temps que vous recourez à d'autres moyens, il faut recommander aux malades de boire le moins possible, de boire lentement et peu à la fois, de garder le plus longtemps possible dans leur bouche la boisson qu'ils doivent avaler, pour diminuer cette sécheresse pharyngienne qui est un des excitants de la soif.

Parmi les modificateurs de l'action nerveuse dont on a tenté et préconisé les effets dans la polyurie, je citerai, en première ligne, l'opium, qui a été opposé depuis longtemps aux différentes espèces de diabètes. Graves affirme avoir vu réussir la poudre de Dower chez les polyuriques. Je l'ai essayée il y a une vingtaine d'années sans résultat; mais je ne l'avais pas portée, il est vrai, à des doses aussi élevées que celles qui ont été indiquées par l'illustre maître irlandais.

La valériane a été vantée par quelques médecins, surtout sous forme d'extrait. Boyer s'est loué de son emploi. Troussseau cite l'observation d'un homme chez lequel *dix* grammes d'extrait de valériane, administrés pendant plusieurs jours, ont amené un amendement considérable. J'ai rencontré des malades qui avaient été inutilement traités par cette médication, et les essais que j'en ai faits, avec la poudre mêlée à du miel pour lui donner la consistance d'électuaire, ne m'ont conduit à aucun résultat décisif.

Prescrit dans le même ordre d'idées, le camphre a aussi compté quelques partisans.

Trousseau avait essayé la belladone à petites doses; mais elle ne fut pas tolérée. Le malade chez lequel il l'administra éprouva des accidents d'intoxication atropique, et le fait est d'autant plus remarquable que le même malade supportait sans aucun trouble des doses considérables d'alcool ou de vin. Cette intolérance força à en suspendre l'emploi. J'ignorais ce fait quand j'expérimentai ce médicament dans la polyurie, et je m'en félicite; car l'autorité de Trousseau m'eût probablement détourné d'entrer dans cette voie. J'y fus conduit par une observation qui m'avait vivement frappé en 1854.

Je fus appelé la nuit, dans le faubourg Saint-Germain, auprès d'un enfant atteint de faux croup. Après avoir administré l'ipéca, je prescrivis une potion, avec *un* centigramme d'extrait de belladone délayé dans 100 grammes de véhicule. Après chaque cuillerée à café de cette potion, la peau de l'enfant se couvrait d'une éruption érythémateuse spéciale, les pupilles se dilataient; en un mot, l'impression de la belladone sur l'organisme se manifestait par des phénomènes caractéristiques et très-accentués. Le lendemain, quand je retournai voir l'enfant, on me dit qu'il n'avait pas uriné. J'explorai la région hypogastrique par la palpation et la percussion, et je constatai que la vessie était vide; la position suspubienne de cet organe, chez l'enfant, en rend l'exploration bien plus facile et plus complète que chez l'adulte. Le soir, l'*anurie* persistait, et je trouvais un son clair et une absence de toute rénitence dans la région vésicale. Ce ne fut qu'au bout de plus de vingt-quatre heures que l'enfant urina.

Quinze jours après, chez un autre enfant du même quartier, je suis appelé dans les mêmes circonstances. J'institue le même traitement et j'observe les mêmes phénomènes; ce dernier, également au bout de vingt-quatre heures, n'avait pas rendu d'urine, et je m'assurai de la vacuité de la vessie. Ces faits (que j'ai racontés, en 1868, à la Société de thérapeutique) me firent penser que la belladone diminuait la sécrétion rénale, comme elle diminuait les sécrétions de la muqueuse pharyngienne. Je me suis demandé si ce ne pouvait pas être *un des éléments* de son action dans l'incontinence d'urine nocturne, et, s'il en était ainsi, son emploi se présentait naturellement à l'esprit dans les cas où la polyurie constituait sinon le phénomène primordial, du moins le phénomène le plus saillant de l'état morbide. De plus, la belladone, comme l'opium, excite l'action des glandes cutanées, antagonistes de la glande rénale; enfin, la belladone est, parmi les agents thérapeutiques, un des plus puissants modificateurs du système nerveux, un de ceux dont l'efficacité a été le plus souvent éprouvée dans les névroses.

Tous ces motifs me décidèrent à l'employer. Mais, quand je le prescris, je me suis fait une règle de toujours commencer par de très-petites doses; de tous les stupéfiants, c'est un des plus capricieux, un de ceux dont il est le plus difficile de prévoir d'avance la portée. En ce moment, nous avons dans nos salles une femme qui a éprouvé de véritables accidents toxiques après l'application sur la région épigastrique d'un emplâtre renfermant de l'extrait de belladone, emplâtre que j'emploie tous les jours depuis plus de vingt ans chez les enfants comme chez les

(1) Fin. — Voir le numéro du 22 septembre 1871.

(2) Le traumatisme, certaines affections cérébrales pourraient réaliser l'incitation anomale qui, dans les expériences de Claude Bernard, produisait la polyurie. Notre deuxième observation pourrait en être un exemple.

adultes, sans en avoir jamais observé d'inconvénients. J'ai vu chez une dame un cataplasme de feuilles de belladone, prescrit par Chomel, produire des accidents inquiétants. J'ai vu deux fois du délire provoqué par *deux* à *trois* centigrammes d'extrait de belladone appliqués sur des hémorrhoïdes douloureuses. Aussi je ne débute jamais chez l'adulte par une dose de plus d'*un* centigramme d'extrait et je reste souvent en deçà.

Je commençai chez ma malade par prescrire une pilule d'*un* centigramme d'extrait de belladone le matin et autant le soir. Le troisième jour, aucun signe d'intolérance ne se manifestant, les pupilles n'étant même pas dilatées, je portai la dose à 4 pilules. Le cinquième jour, guidé par les mêmes signes, je pus en donner six. La diminution de la soif d'abord, puis de la diurèse fut si prononcée et si rapide, que je n'eus pas besoin d'aller au delà de cette dose, sous laquelle je maintins l'organisme pendant un temps suffisant pour assurer la persistance de la modification obtenue; je voulais enraciner cette habitude d'action normale, substituée à une habitude vicieuse; et suivant la loi que j'observe toujours dans les affections qui ont impressionné profondément l'organisme par leur durée ou par leur intensité, au lieu de supprimer brusquement le médicament, j'en distançai les doses par des intervalles de plus en plus éloignés. En même temps, ce qui sans doute est contraire aux règles d'une expérimentation rigoureuse, mais ce qui me paraît conforme aux devoirs du médecin, j'employais des auxiliaires. La guérison du malade est le but suprême, et nous ne devons négliger aucun des secours qui peuvent nous aider à l'atteindre. Tandis que je cherchais à endormir l'activité du rein et l'excitation de la soif, je faisais appel à l'action de la peau par les bains sulfureux qui remplissaient en outre l'indication de tonifier l'organisme. Je fis mettre dans chaque bain *vingt-cinq* à *trente* grammes de polysulfure de sodium. Je préfère ce composé sulfureux au polysulfure de potassium, parce que, dans le commerce, il est en général plus pur, plus homogène; parce que le sulfure sodique est l'élément minéralisateur de la plupart des sources sulfureuses thermales, que nous cherchons à imiter; enfin parce que les sels sodiques ont en général plus d'affinité pour l'organisme animal que les sels à base de potasse.

Quant aux doses qui paraîtront beaucoup trop modérées à ceux qui suivent la formule banale de *cent* à *cent vingt-cinq* grammes de polysulfure par bain, je répondrai que les bains ainsi composés sont souvent trop excitants, et que les bains le plus puissamment minéralisés des Pyrénées, ceux de Baréges, de Cautrets, de Luchon, ne renferment pas *dix* grammes de monosulfure par bain; ceux des Eaux-Chaudes n'en renferment pas *deux* grammes. En admettant que les eaux naturelles soient plus actives que les eaux artificielles, je crois qu'en multipliant par deux ou par trois le chiffre de l'élément sulfureux dans les différentes sources, on compensera plus que largement la supériorité d'activité qu'on peut supposer leur devoir être attribuée. Cette énergie plus grande dépend peut-être moins, d'ailleurs, de la constitution chimique que du milieu ambiant et des autres conditions hygiéniques dans lesquelles elles sont administrées. Depuis bien longtemps, j'ai adopté cette formule, et je m'en suis bien trouvé, tandis que j'ai vu plusieurs fois des inconvénients résulter des doses plus élevées qu'on emploie habituellement. Ici d'ailleurs, comme dans toute médication, il faut s'abstenir de toute formule empirique, et, pour doser la minéralisation des bains minéraux artificiels, il faut consulter les effets obtenus, étudier la tolérance de chaque malade, et régler, d'après ces données, la durée, le nombre, la température, la composition chimique de ces bains. J'insiste sur ces détails, parce que je vois trop souvent une thérapeutique à formules banales remplacer cette médecine des indications dont les grands maîtres ont tracé les préceptes, et qui seule élève à la dignité d'art l'exercice de notre profession.

S'il existe une complication chloro-anémique très-accentuée, les ferrugineux seront prescrits concurremment avec les moyens précédents. Je l'ai fait chez notre première malade; le docteur Legroux a dans un cas de polyurie employé avec succès le perchlorure de fer, que ses propriétés astringentes lui avaient fait préférer. Nous sommes trop ignorants des transformations que les divers composés ferreux subissent avant d'être absorbés, pour affirmer les différences d'action qu'ils exerceront sur l'organisme d'après leurs propriétés topiques. Cependant on s'accorde à attribuer des propriétés astringentes aux persels de fer et au perchlorure en particulier. Rien ne prouve, du reste, dans le cas cité par Legroux, qu'il ait réussi à ce titre plutôt que comme modificateur de l'hématose et de l'innervation.

Si ces médications échouaient, si, comme dans le cas de Trousseau, la belladone n'était pas tolérée, ou même en dehors de ces circonstances, si l'état anémique, si les troubles dyspeptiques étaient très-prononcés, je n'hésiterais pas à conseiller l'hydrothérapie, qui se recommande au médecin dans cette affection comme un des puissants modificateurs et harmonisateurs de l'innervation comme le stimulant le plus efficace de l'activité digestive, comme un admirable incitateur de l'hématose et de la nutrition en général; enfin, comme un excitant énergique des fonctions cutanées.

Dans une affection qui tend à persister indéfiniment et qui a souvent duré plusieurs années, lorsqu'on est appelé à la combattre, on ne doit affirmer la guérison que quand les troubles morbides ont cessé depuis longtemps, et quand l'ensemble des fonctions est revenu à son type normal; il faut se défier des récidives, maintenir les malades dans des conditions hygiéniques propres à les prévenir, surveiller l'état général de l'organisme, et en soutenir les forces par un régime bien ordonné.

LA GOMME SYPHILITIQUE

AU POINT DE VUE DE L'HISTOLOGIE PATHOLOGIQUE

Par M. le Dr K. Ledegank.

La syphilis, le lupus et la lèpre, considérés sous le point de vue spécial des néoplasies qui les caractérisent, forment en quelque sorte une famille naturelle de maladies. Ce sont, pour ainsi dire, des *états morbides mixtes*, qui participent à la fois de l'inflammation et de la production hyperplasique. En effet, la prolifération des éléments du tissu conjonctif, dans ces divers états morbides, se rapproche tellement de la prolifération franchement inflammatoire (granulation), que Virchow propose de désigner ce groupe de maladies sous la dénomination générale de *productions granuleuses*. Il y a toutefois dans les manifestations de ces maladies bien autre chose que la simple inflammation. Il y a un caractère *anatomique* propre aux lésions de ce groupe, c'est le dépôt, *la condensation*, si l'on peut s'exprimer ainsi, *des nouveaux éléments* de prolifération, au milieu du tissu conjonctif, *sous forme de nodosités*, (tubercules). Mais ce qui est bien plus caractéristique encore, c'est *un état prolongé d'indifférence des néoplasies, entre l'organisation et la dégénérescence* (Rindfleisch). En effet, les nodosités, après une période stationnaire prolongée, donnent lieu, soit à la prolifération des éléments fibroplastiques, soit à la destruction suppurative, soit à la dégénérescence muqueuse de la substance fondamentale.

Pour ce qui concerne la néoplasie syphilitique en particulier, la *tumeur gommeuse* peut être considérée comme un produit spécifique de la diathèse; la spécificité consiste, non dans une texture propre au tissu morbide, mais dans la forme circonscrite, globuleuse, de la tumeur, destinée à subir des métamorphoses régressives ultérieures auxquelles les éléments du tissu conjonctif environnant restent complétement étrangers. Après un temps souvent considérable, la série des métamorphoses régressives commence par une dégénérescence graisseuse des éléments cellulaires, tandis que la substance fondamentale (intercellulaire) subit la dégénérescence muqueuse. Ce double ramollissement a pour effet la production d'un foyer circonscrit de substance semi-liquide, jaunâtre, translucide, englobé dans le tissu conjonctif resté indemne, et qui servira plus tard à opérer la cicatrisation. Les foyers de ramollissement du tissu gommeux présentent généralement le volume d'une lentille; rarement ils atteignent les dimensions d'une cerise. A cette période, la dégénérescence peut s'arrêter et la masse gommeuse disparaître totalement par résorption, sous l'influence de la médication spécifique. Mais il arrive fréquemment que le travail régressif se complique de nouvelles métamorphoses. La dégénérescence graisseuse venant de s'arrêter, la tumeur molle et translucide devient caséeuse, et la gomme syphilitique est en quelque sorte amenée à l'état de tubercule cru.

Telle est la marche normale de toute néoplasie syphilitique en général. Mais les choses se passent un peu différemment lorsque l'altération siége dans le tégument externe; la gomme syphilitique cutanée se montre rarement isolée; le plus souvent de petites tumeurs assez nombreuses sont disséminées par groupe sur une étendue plus ou moins considérable de la peau (Lupus syphilitique.) Les nodosités formées dans les couches *dermique* et *cellulo-adipeuse* (1) proéminent à peine sur la surface cutanée, mais on les sent facilement à la palpation. L'induration qui les caractérise disparaît après un temps relativement assez court, et fait place à un ramollissement parfaitement constatable. C'est un des caractères propres à la gomme cutanée, de subir rapidement un ramollissement complet, suivi d'autres métamorphoses destructives. Au ramollissement succèdent la dégénérescence graisseuse et la suppuration, qui, l'une et l'autre, ont pour effet la mortification et la destruction des éléments cellulaires du néoplasme. Enfin, le foyer de ramollissement vient s'ouvrir à la surface cutanée, et le contenu s'écoule au dehors, laissant après lui une perte de substance nettement délimitée. Le fond et les parois de cette cavité présentent à l'examen microscopique une couche assez considérable de jeunes cellules, qui indiquent un état de prolifération dans le tissu conjonctif environnant. Peu à peu, les cellules nouvellement formées se détachent, des faisceaux entiers de fibres conjonctives s'isolent et se mortifient, et l'ulcère s'étend rapidement, à moins que, par un traitement antisyphilitique énergique, le mal ne soit arrêté dans sa marche envahissante. Dans ce dernier cas, une couche de tissu germinatif s'élève au fond de l'ulcère et la cicatrisation suit sa marche normale. Toutefois, la cicatrice syphilitique offre quelque chose de caractéristique dans son aspect : c'est le plissement particulier de l'épiderme, sous l'influence de la rétraction du tissu cicatriciel.

Cette force de rétraction existe au plus haut degré dans le tissu cicatriciel succédant aux gommes, et telle est la compression qui en résulte pour tous les éléments anatomiques de la cicatrice, que les vaisseaux sanguins, complétement oblitérés, finissent par disparaître entièrement. Une injection, même la plus fine, poussée dans les vaisseaux de la peau, présente autant de lacunes arrondies, au milieu du réseau capillaire, qu'il y a de cicatrices isolées consécutives aux ulcérations des gommes.

En général, les nodosités gommeuses, primitivement isolées, se confondent pendant la période d'ulcération. C'est à cette variété de l'affection, où les foyers se confondent et s'étendent, pendant que d'autres sont encore à l'état d'induration, et que d'autres encore commencent à se cicatriser, qu'on a donné le nom de *Lupus syphilitique*. Si l'affection s'étend en surface, on verra des plaques ulcéreuses qui ne tardent pas à prendre la forme annulaire, du moment que leur centre présente un îlot de cicatrisation. (*Lupus syphilitique serpigineux*.)

Si, au contraire, l'affection s'étend en profondeur, on verra les ulcères atteindre jusqu'à la couche cellulaire sous-cutanée (*Lupus syphilitique rongeant, syphilide ulcéreuse*.)

Enfin, si les nodosités de la gomme siégent dans un tissu conjonctif en voie de prolifération, l'altération peut se présenter sous forme de *Lupus hypertrophique*. (*Presse médic. belge*.)

(1) Voir, pour la subdivision rationnelle de l'enveloppe cutanée en *six* couches, notre travail : *Sur les hypertrophies de l'épiderme, Presse médicale belge* 1869.

DOCUMENTS

POUR SERVIR A L'HISTOIRE DU MOUVEMENT SCIENTIFIQUE PENDANT LE SIÉGE DE PARIS (1).

30 JANVIER.

Légion d'honneur. — Par décret en date du 29 janvier, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier : M. Poignet, chirurgien major au 24e bataillon.

Au grade de chevalier : MM. Boutin, chirurgien major au 6e bataillon; Cahours, chirurgien major au 8e bataillon; Pondevaux, chirurgien major au 179e bataillon; Roussin, chirurgien major au 58e bataillon; Terrier, chirurgien major au 18e bataillon; Le Maguet, chirurgien major au 194e bataillon; Duplessis, chirurgien major au 116e bataillon; Delaunay, chirurgien major au 48e bataillon; Leménager, chirurgien major au 149e bataillon; Borchard, chirurgien major au 149e bataillon.

Santé publique. — Au milieu du deuil de Paris et de la nation tout entière, c'est presque une consolation d'avoir à enregistrer une diminution dans le chiffre de la mortalité. Le total de l'avant-dernier Bulletin était de 4,465 (*maladies régnantes et autres causes*); celui du Bulletin de cette semaine (du 21 au 27) ne s'élève qu'à 4,088; différence en moins, 377. On remarquera que la diminution des décès par la variole et par la fièvre typhoïde représente, pour chacune de ces maladies, le chiffre de 62. La mortalité par la bronchite et la pneumonie a baissé, pour la première, de 50, et pour la seconde de 52. Il y a eu aussi une amélioration notable dans le chiffre des décès causés par les affections chroniques et les autres affections accidentelles. En effet, le chiffre du précédent septenaire était de 2,382, tandis qu'il ne dépasse pas, dans le présent Bulletin, 2,140; différence, 242.

A ne considérer que le total général du dernier Bulletin, la diminution ne serait pas, à beaucoup près, aussi considérable qu'il semble par les chiffres comparatifs donnés plus haut. Cela tient à ce qu'enfin on a fait droit en grande partie à nos réclamations incessantes touchant la rédaction du Bulletin. On s'est décidé à supprimer les quatre colonnes où l'on annonçait gravement, chaque semaine depuis quatre mois, que nous ne recevions pas le bulletin des décès de New-York, de Saint-Pétersbourg, de Bruxelles et de Florence (2); on a substitué à cette belle révélation l'indication de l'âge des individus frappés par la mort. De plus, ainsi que nous l'avions également demandé, on nous fait connaître, mais au dernier moment, et quand il n'y aura plus de blessés, les cas de mort causés par les accidents de guerre. Toutefois, ne soyons pas ingrats, et remercions très-particulièrement notre honorable confrère M. le docteur Jules Worms, à qui l'on doit probablement ces réformes, car il signe le Bulletin de son nom, comme inspecteur du service de santé.

Si on veut que le chiffre de la mortalité continue à diminuer, il y a quelques mesures urgentes à prendre. Puisque les portes de la cité vont s'entr'ouvrir, on pourrait, nous le pensons du moins, facilement évacuer sur quelques vastes dépôts de province tous les infirmes, toutes les personnes atteintes de maladies chroniques non fébriles, tous ceux qu'on nomme les « administrés » et qui remplissent une multitude de lits dans nos hôpitaux, lits qui seraient plus utilement occupés par les individus pris de maladies aiguës. On rendrait ainsi un double service : d'abord aux malades évacués qui se trouveraient dans de meilleures conditions hygiéniques, puis à la population sédentaire de Paris qui aurait un refuge assuré en cas de maladie.

Si les fatigues de la guerre exposent l'armée à une foule de maladies terribles, l'oisiveté de la paix n'entraîne pas des conséquences moins funestes. Aussi nous ne saurions trop insister pour qu'on ne laissât pas dans l'inactivité la troupe à qui nos revers et la famine viennent d'arracher ses armes. Les occasions ne manquent pas hélas! après les désastres matériels de Paris et des environs, pour utiliser aussi bien l'armée que la population civile, suivant les aptitudes de chacun, à une foule de travaux de première nécessité. Nous sommes parfaitement assurés que, par suite de l'oisiveté et de l'absence de discipline, toutes sortes de désordres inévitables ne manqueraient pas d'entraîner bientôt une grande mortalité parmi les 100,000 hommes désarmés. On pourrait présenter des considérations d'un autre ordre à l'appui de cette proposition; mais nous désirons ne pas sortir de notre domaine.

Enfin nous sommes d'avis qu'il serait bon dès à présent de préparer des logements dans quelques stations thermales (Bourbonne, Baréges, Plombières, etc.) pour y envoyer, aussitôt que la saison le permettra, nos gardes nationaux et nos soldats qui auront besoin de ce complément de traitement. Le nombre en sera grand, après les rudes épreuves de cette campagne; car il s'agit de la province aussi bien que de Paris, sans oublier nos malheureux prisonniers, à qui ce service ne sera pas moins profitable.

Voici maintenant le bulletin des décès tel qu'il a été publié par les soins de M. Jules Worms. — Ch. Daremberg.

(1) Suite. — Voir le dernier numéro.

(2) Même en temps ordinaire, il n'importe pas beaucoup de donner dans un *Bulletin hebdomadaire* le détail des causes de mortalité en pays étrangers, cela n'est utile que s'il s'agit de grandes épidémies. Les autres indications peuvent être réservées pour le *Bulletin mensuel*.

Bulletin hebdomadaire des décès déclarés à l'état civil du 21 au 27 janvier 1871.

CAUSES DE DÉCÈS.	Au-desous de 1 an.	De 1 an à 15 ans.	De 15 ans à 50 ans.	De 50 ans et au-dessus.	Troupe de ligne et garde mobile.	Totaux.
Variole	42	40	197	25	23	327
Scarlatine	»	3	4	»	2	9
Rougeole	10	22	»	»	7	39
Fièvre typhoïde	»	35	68	5	205	313
Érysipèle	2	»	2	3	»	7
Bronchite	91	113	71	161	112	548
Pneumonie	30	40	104	145	159	478
Diarrhée	31	69	9	24	1	134
Dysenterie	1	8	12	20	7	48
Choléra	»	»	»	»	2	2
Angine couenneuse	1	11	1	3	»	16
Croup	4	8	2	»	»	14
Affections puerpérales	»	»	13	»	»	13
Affections chroniques et accidents divers	588	368	447	661	76	2,140
Accidents de guerre. Combat	»	2	54	4	171	231
Accidents de guerre. Bombardement	»	9	17	14	17	57
Totaux	800	728	1,001	1,065	782	4,376

Académie des sciences. — L'Académie tient séance.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 30 janvier 1871. — Présidence de M. FAYE.

MÉMOIRES ET COMMUNICATIONS DES MEMBRES ET DES CORRESPONDANTS DE L'ACADÉMIE.

M. VITET, directeur de l'Académie française, adresse la lettre suivante à M. le président de l'Académie des sciences :

« L'Académie française, dans la séance du 26 janvier, s'est associée aux sentiments de douloureuse sympathie qu'inspire à tous les amis des arts la mort glorieuse du jeune peintre de si haute espérance, Henri Regnault.

« L'Académie avait un titre particulier pour s'unir en cette circonstance à l'Académie des sciences : elle ne pouvait oublier que le jeune Regnault était l'arrière-petit-fils d'un de ses membres les plus regrettés, M. Alexandre Duval. »

M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL, après avoir donné lecture de la lettre de M. Vitet, s'exprime en ces termes :

« Les obsèques du jeune et grand artiste, mort pour la patrie, que la France a perdu, ont eu lieu vendredi.

« Le coup funeste qui frappait notre illustre confrère et ami dans ses plus chères affections, vivement ressenti de tous, l'était plus particulièrement par trois classes de l'Institut : l'Académie française, dont l'aïeul d'Henri Regnault faisait partie ; l'Académie des sciences, dont son père est depuis longtemps l'honneur ; l'Académie des beaux-arts, qui perd en lui son espérance et son printemps.

« Réunies toutes les trois, comme une famille, autour des restes chers et glorieux du jeune et héroïque artiste, et menant son deuil le jour de la cérémonie funèbre, elles ont donné à notre confrère inconsolable le témoignage suprême de toute leur affection et de leur profonde douleur. »

M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL, après avoir terminé le dépouillement de la correspondance, demande à l'Académie l'autorisation de signaler dans les Comptes rendus la nouvelle perte que les sciences ont éprouvée en la personne de M. Gustave Lambert, dont les projets d'expédition au pôle nord ont vivement occupé l'attention publique. Le zèle ardent qu'il avait déployé assurait la mise à exécution prochaine de son voyage, et sa conviction profonde pouvait en faire espérer une issue favorable. Frappé dans le dernier combat, à Montretout, M. G. Lambert vient de succomber aux suites de sa blessure. »

L'Académie décide, sur la proposition de M. le secrétaire perpétuel, que l'expression de ses regrets sera consignée au procès-verbal de la séance.

M. ÉLIE DE BEAUMONT rappelle le mémoire lu il y a quatre ans à l'Académie par M. Gustave Lambert sur les *lois de l'insolation*.

« Ayant étudié par moi-même et sur les lieux (1), disait l'auteur en débutant, les phénomènes des courants et des glaces dans les mers boréales, j'ai acquis la conviction motivée que l'on pouvait atteindre le pôle nord par la voie de Behring. J'ai dû, à ce sujet, me préoccuper des lois de l'insolation à la surface de la terre. Je savais que feu Plana avait publié sur ce point des recherches mathématiques. Ne connaissant pas ses travaux, j'ai cherché de mon côté... »

Partant d'une construction géométrique simple, développée par quelques calculs presque élémentaires, M. Gustave Lambert établit, entre autres choses, que les jours du solstice d'été les effets de l'insolation vont en croissant depuis le cercle polaire (latitude 66°32') jusqu'au pôle. Ils vont de même en croissant du cercle polaire à l'équateur, et ils ont ce jour-là la même intensité au pôle qu'à la latitude de 59 degrés nord. L'auteur trouve, en outre, que, pendant tout l'été, les effets de l'insolation vont en croissant à la fois vers le pôle et vers l'équateur à partir d'un certain parallèle qui n'est plus le cercle polaire, mais un cercle intérieur et concentrique à celui-ci. De là il résulte nécessairement que l'insolation exerce sur le point de la surface terrestre correspondant au pôle un effet *maximum*.

Le mémoire de M. Plana, auquel M. Gustave Lambert fait allusion, a été lu à l'Académie des sciences de Turin le 21 juin 1863, imprimé dans le Recueil des mémoires de cette savante compagnie (2e série, t. XXIII), et présenté à l'Académie des sciences de Paris le 25 janvier 1867 (2), le jour même où elle a appris la mort si regrettable de son illustre associé. Dans ce travail intitulé : *Mémoire sur la loi du refroidissement des corps sphériques et sur l'expression de la chaleur solaire dans les latitudes circumpolaires de la terre*, M. Plana déduit d'une analyse de l'ordre le plus élevé, que « l'intensité *moyenne* de la chaleur solaire est croissante depuis le cercle polaire jusqu'au pôle. Il donne aussi l'expression de la loi de la chaleur au pôle, et il ajoute : « Le résultat, ainsi démontré d'une manière incontestable, suffit pour rendre très-probable le fait que la mer qui inonde le pôle boréal doit être libre de glaces pendant plusieurs mois de l'année. »

Les navigateurs hollandais avaient pressenti, il y a deux siècles, l'existence au pôle d'une mer libre de glace. C'est appuyé sur le curieux théorème de physique mathématique, dont il avait donné lui même une démonstration, que M. Lambert se voua, avec une activité qui a absorbé ses dernières années, au projet de pénétrer dans cette mer polaire libre dont on a soupçonné l'existence à différents titres, mais que personne n'a encore vue. Des recherches hydrographiques qui lui sont propres lui avaient fait conclure qu'on y arriverait plus facilement par le détroit de Behring que par toute autre voie, et il était parvenu, par une grande persévérance et une grande force de volonté, à faire préparer pour cette expédition le navire *le Boréal*, qui n'a pu partir en 1870, et qui est encore en armement dans le port du Havre.

Ancien élève de l'École polytechnique et doué d'une imagination active, M. Gustave Lambert exerçait son initiative sur des sujets variés. S'étant associé volontairement aux dangers de la défense de Paris, dans la dernière péripétie de laquelle il a trouvé, le 19 janvier 1871, une mort glorieuse, il avait employé une partie des loisirs forcés du siége à rédiger un mémoire sur un *Projet de communication entre Paris assiégé et la province*. Ce mémoire a été présenté à l'Académie dans sa séance du 12 décembre dernier (1) ; mais son contenu ne pouvant être publié pendant l'investissement, il a dû être renvoyé à l'examen d'une commission.

M. le secrétaire perpétuel, dit M. CHASLES, vient de signaler un travail de M. G. Lambert se rattachant à son projet d'expédition au pôle nord, et dans lequel se trouvaient des considérations mathématiques, indépendamment des résultats de l'étude qu'il avait faite, sur les lieux mêmes, du phénomène des courants et des glaces dans les mers boréales. Je crois pouvoir ajouter qu'il y a une quinzaine d'années, M. Lambert, alors professeur d'hydrographie, m'avait paru vouloir tourner ses vues vers certaines recherches mathématiques et m'avait envoyé un travail destiné à faire le sujet d'une thèse pour le doctorat. C'est par l'intermédiaire de M. Poinsot que nous avons été mis en relation. Depuis, nous nous sommes revus quelquefois, et particulièrement quand M. G. Lambert s'est occupé, avec une ardeur et un courage bien dignes de nos sympathies et de nos regrets, des préparatifs de son expédition au pôle nord.

NOMINATIONS

L'Académie procède, par la voie du scrutin, à la nomination d'une commission qui sera chargée de juger le concours pour le *prix Savigny*.

MM. Decaisne, Brongniart, Duchartre, Naudin, Trécul réunissent la majorité des suffrages. Les membres qui, après eux, ont obtenu le plus de voix sont MM. Tulasne, Gay.

MÉMOIRES PRÉSENTÉS

Conservation des grains, graines et farines au moyen du vide. — M. LOUVEL. Toutes les avaries des céréales étant presque nécessairement déterminées par les insectes, les rongeurs de toutes sortes ou la fermentation, on conçoit que le vide, en rendant impossible la vie animale et la fermentation, fera disparaître toute cause d'avarie.

En lisant les travaux de Doyère sur la conservation des céréales, j'ai pu y trouver une confirmation précieuse des opinions que j'avais émises, il y a longtemps, sur ce sujet, dans un précédent mémoire.

Après des expériences, faites dans mon cabinet, d'abord sur des céréales de bonne qualité, puis sur des céréales avariées par les insectes ou la fermentation, ma conviction étant absolue, j'ai pu en faire d'autres devant une commission présidée par M. le maréchal Vaillant et composée de MM. Doisneau, syndic de la boulangerie de Paris, le docteur Senard, délégué par la mairie, Tisserand, Borie, Lecouteux et Boussingault. Ces expériences ont été suivies depuis le milieu de juin jusqu'au 24 janvier.

Dans un réservoir contenant environ 50 hectolitres de blé, j'avais mis au moins 20 litres de charançons. Le vide a été fait à 65 millimètres: l'appareil était en plein air, dans la cour de la ferme. J'avais demandé le droit de faire le vide une seconde fois, si l'air rentrait trop promptement dans l'appareil ; je n'ai pas eu besoin d'avoir recours à cette précaution. Il en fut de même pour un troisième réservoir, contenant des biscuits de la guerre, aux trois quarts dévorés par des insectes. Après six mois, à l'ouverture des appareils, les charençons des blés et les insectes des biscuits étaient morts; écrasés sous l'ongle ils décrépitaient comme un charbon que l'on broie.

Pour compléter l'expérience, les blés furent livrés à la meule ; avec ces farines et celle du réservoir. on fit du pain qui fut trouvé, par tous les juges, d'une qualité vraiment supérieure.

Enfin MM. Boussingault et Borie prirent, chacun de son côté, une poignée de grains, qui furent jetés en terre et donnèrent lieu à une très-belle germination. Voilà donc bien un moyen sûr, facile et commode de conserver des céréales, et le prix de conservation n'atteint pas la moitié du prix dépensé dans tous les entrepôts.

Un avantage de ce système est d'être parfaitement applicable aussi bien aux farines qu'aux blés, aux avoines, colzas, riz, et même aux légumes secs. Le meunier, après avoir mis ses blés dans des appareils pour les conserver à l'abri de toute avarie, lorsqu'il juge le moment convenable de les livrer à la meule, peut conserver la farine dans le même appareil, pour attendre le moment convenable de la vendre.

(Commissaires : MM. Payen, Brongniart, Decaisne, Bussy.)

M. THIERRY-MIEG soumet au jugement de l'Académie un mémoire sur les succédanés du lait. L'auteur indique la formule d'un mélange de corps réduits en poudre impalpable à laquelle il donne le nom de *galactoïde*, et dont quelques essais lui paraissent avoir déjà démontré l'efficacité.

(Renvoi à la commission nommée pour les questions relatives à l'alimentation.)

CORRESPONDANCE

M. L'INSPECTEUR GÉNÉRAL DE LA NAVIGATION adresse les États des crues et diminutions de la Seine, observées chaque jour au pont de la Tournelle et au pont Royal, pendant l'année 1870.

Les plus hautes eaux ont été observées le 21 et 22 décembre, au pont de la Tournelle à 2m,70, et au pont Royal à 3m,55; les plus basses, au pont de la Tournelle, le 27 juillet, à 0m,60 au-dessous du zéro, et au pont Royal, le 28 février, à 0m,70 au dessous du zéro. La moyenne a été de 0m,40 au pont de la Tournelle, et de 1m,84 au pont Royal.

Sur la constitution des globules du beurre, par M. A. SANSON. — Si peu favorables que soient les circonstances actuelles aux discussions théoriques, il n'en est pas moins vrai que les assertions énoncées dans les *Comptes rendus* de l'Académie des sciences doivent survivre à ces circonstances, et qu'il peut être utile de les réfuter, lorsqu'elles sont de nature à entraîner des conséquences facheuses. Cette remarque s'applique, ce me senble, à l'affirmation de M. Dubrunfaut, au sujet de l'absence d'une membrane d'enveloppe autour des globules butyreux du lait. Si ce savant s'était borné à préconiser, pour l'état de siége dans lequel nous sommes, le lait artificiel dont il a donné la formule, ce serait un devoir de s'abstenir de toute critique, encore bien qu'il y eût beaucoup à dire sur l'assimilation des huiles végétales avec les matières grasses du beurre. Mais M. Dubrunfaut pense et assure que son lait artificiel pourra être utilement employé, en tout temps, pour l'éducation des veaux, ce qui permettra, dit-il, de restituer à la consommation alimentaire de l'homme les quantités considérables de lait que cette éducation absorbe. La science zootechnique enseigne précisément qu'un des vices essentiels de la pratique la plus répandue, parmi les éleveurs, consiste dans un allaitement trop parcimonieux, le lait de la mère absorbé à satiété étant leplus sûr moyen d'assurer au jeune animal son meilleur développement, ainsi que le savent bien les bons éleveurs anglais, qui adjoignent le plus souvent une nourrice à la mère elle-même. Ils savent aussi que rien ne peut suppléer convenablement, pour l'élevage du moins, le produit de la mamelle. Mais, indépendamment de cela, les notions exactes sur la constitution même des globules de beurre ont des conséquences pratiques trop importantes, dans l'appréciation des procédés de préparation d'un produit qui forme le principal revenu de beaucoup de nos fermes de Normandie et de Bretagne, pour qu'il soit possible de se dispenser de relever l'erreur capitale énoncée par M. Dubrunfaut, au sujet de cette constitution.

En outre des raisons incontestables formulées par M. Dumas pour démonter l'existence d'une enveloppe protéique autour du globule butyreux, il y en a d'encore plus directes. Si l'on traite, sous le microscope, comme l'a fait Furstenberg, les globules butyreux par l'acide acétique, on assiste à la dissolution progressive de leur enveloppe, et l'on voit la matière grasse de plusieurs globules ainsi entamés s'en échapper, pour se réunir en gouttes plus grosses que les corpuscules primitifs, dont le diamètre varie de 0mm,004 à 0mm,016. D'un autre côté, lorsqu'après avoir étendu une couche très-mince de crème sur une lame de verre, on la laisse s'y dessécher, les globules y apparaissent avec leur volume normal et leur propriété réfringente. En les traitant à cet état par l'éther, celui-ci, au bout de peu de temps, dissout la matière grasse, et le corpuscule n'en persiste pas moins, avec sa forme primitive ; seulement il s'est établi un espace vide dans son intérieur. Par ces deux voies qui se contrôlent, l'enveloppe albuminoïde du globule butyreux est donc mise en évidence. On ne saurait donc douter de sa réalité. J'ajouterai que les beurres de premier choix et dont le goût est, à juste titre, réputé le plus fin, sont ceux qui se fabriquent, soit avec du lait frais, soit avec de la crème n'ayant point encore subi le moindre commencement de fermentation lactique, qui a pour effet certain d'altérer à la fois ce goût et l'arôme, qui est une des principales qualités de ces beurres de premier choix. Cela enlève, je crois, toute valeur à l'argument que M. Dubrunfaut tire de l'acidité du sérum du lait, en faveur de son opinion sur l'absence de la membrane du globule butyreux.

M. FAYE rappelle, à ce sujet, une expérience qu'il a faite en 1861 (1) et dont il a eu l'honneur d'entretenir l'Académie. Elle avait pour but de mettre en évidence la faculté que possèdent les lames de Plateau, formées par un liquide visqueux, de subsister indéfiniment dans les liquides gras, tels que les huiles, et d'y englober, sous forme parfaitement sphérique, des amas de toute grosseur, lorsqu'on vient à imprimer à ces lames certains mouvements. Si l'on continue l'opération, on subdivise indéfiniment ces amas sphériques en sphérules de plus en plus petits qui, tous, ont pour enveloppe une lame mince élastique, fournie par le liquide visqueux, jusqu'à ce qu'on arrive à transformer les deux liquides superposés en une véritable émulsion.

Pour opérer, il suffit de verser dans un verre une solution concentrée de savon et au-dessus une couche d'huile assez épaisse. Pour former les lames minces, on se sert d'un fil de fer terminé par une large boucle, qu'on soulève de manière à la faire passer verticalement du premier liquide dans le second. En promenant cette lame mince dans l'huile, on voit se former une poche plus ou moins allongée, qu'une légère secousse sépare de la boucle ; alors cette poche se transforme immédiatement en une sphère, et l'on constate aisément, par les effets que produit la lumière réfléchie à la surface, que cette sphère a pour enveloppe isolante une lame mince du liquide visqueux.

Il m'a paru que ces essais, suggérés par les belles recherches du célèbre physicien de Bruxelles, venaient à l'appui des considérations développées, à l'instant, par M. le secrétaire perpétuel et par M. Sanson, sur la nature du lait et des émulsions.

La séance est levée à quatre heures trois quarts.

30 JANVIER.

Ordre du jour. Sont mis à l'ordre du jour pour leur belle conduite dans la journée du 19 janvier :

MM. Blanchon, aide-major au 111e bataillon; Parent, infirmier au même bataillon ; Bazalgette, aide-major au 82e bataillon; Desnos, chirurgien-major au 17e bataillon ; Guérin-Méneville, aide-major

(1) *Comptes rendus*, t. LXIV, p. 156 (séance du 28 janvier 1867).
(2) *Comptes rendus*, t. LVIII, p. 181 (séance du 25 janvier 1864).

(1) *Comptes rendus*, t. LXXI, p. 845.

(1) *Comptes rendus*, t. LIII, p. 463.

au même bataillon; Parisel, chirurgien-major au 105e bataillon; Rebout, aide-major au même bataillon; Jousset, chirurgien-major au 43e bataillon; Keravel, sous-aide-major au 140e bataillon; Dujardin-Baumety, chirurgien-major au 97e bataillon.

31 JANVIER.

Légion-d'Honneur. — Par décret en date du 31 janvier 1871, M. Quod (Mathieu-Albert), médecin aide-major de 1re classe, 7 ans de service, 5 campagnes, a été nommé chevalier de la Légion-d'Honneur.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Transmissibilité des facultés intellectuelles. — M. Hyde Clark a lu, le 20 juin dernier, dans une réunion de la Société de statistique de Londres, un mémoire sur la transmissibilité des facultés intellectuelles en Angleterre. Comme exemple, il a cité, d'après la biographie, le relevé de 2,000 auteurs dont 750 étaient nés à la campagne et 1,250 dans les villes. Discutant ce dernier chiffre, il a trouvé 333 auteurs nés à Londres, 73 à Edimbourg et 53 à Dublin. Les nombres relativement les plus forts ont été trouvés dans les villes où il existe des cathédrales et des colléges. Il tire de ses recherches la conclusion que l'activité intellectuelle est inégalement répartie, mais qu'elle l'est plus abondamment dans les villes ou dans les populations cultivées que dans celles des campagnes. Il a fait observer que plus la population instruite est condensée, plus l'intelligence s'y développe, et a trouvé des exemples à l'appui de cette opinion dans ce que nous savons de la Grèce, de Rome et de l'Europe moderne. Les grands centres actuels d'industrie, en Angleterre, occupent relativement un rang peu élevé dans la liste, mais ils commencent depuis quelque temps à y prendre plus de place. L'auteur assure que la classe apte aux lettres provient surtout de la classe qui a reçu de l'éducation et non de celle qui en a été privée. Quoique aucune éducation ne puisse donner un grand génie, les qualités littéraires dépendent, d'une manière plus marquée, de la culture littéraire, et l'auteur croit que, si l'on étendait l'éducation aux autres classes de la société, on élèverait, dans de certaines limites, la capacité intellectuelle du pays (*Engineer*).

— Le congrès international d'anthropologie et d'archéologie préhistoriques, cinquième session, à Bologne, Italie, s'annonce sous les plus heureux auspices. Les savants, surtout ceux de la France, y seront en nombre considérable.

Au grand intérêt des lectures et des discussions s'ajoute l'attrait des excursions à Modène pour étudier les terramares, à Marzabotto pour voir une ancienne nécropole, enfin à Ravenne, cette cité sans rivale pour l'histoire de l'art.

Les municipalités ont pris des délibérations pour assurer au congrès une réception sympathique et brillante.

L'exposition italienne d'anthropologie et d'archéologie préhistoriques sera fort remarquable.

La cotisation, fixée à 12 francs, donne droit à la carte de membre du congrès et à toutes les publications.

Les compagnies de chemins de fer de la Haute-Italie ont accordé aux membres du congrès une réduction de 50 p. 100.

On souscrit en écrivant à M. le professeur J. Capellini, secrétaire du comité d'organisation, à Bologne, qui donnera tous les renseignements possibles.

Le congrès s'ouvre le 1er octobre.

— *Clientèle médicale* à vendre dans Seine-et-Oise, à cinq lieues de Paris. Recettes moyennes, 8,000 fr. dont 1,500 de fixe. — S'adresser à M. Brunet, éditeur, 31, rue Bonaparte.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments ou autres objets).

De la nécessité de l'éducation physique et de l'organisation des gymnases municipaux hydrothérapiques, par le docteur E. Dailly. Brochure de 24 pages. — Prix : 1 franc.

Capvern. Ses eaux minérales. Applications thérapeutiques par le docteur Michel Ticier, médecin inspecteur des eaux de Capvern, ancien interne des hôpitaux de Toulouse, etc. 1 vol. in-8° de 300 pages. — Prix : 2 fr. 50 c.

De la fièvre syphilitique, par le docteur Courteaux. In-8°. — Prix : 2 francs.

Diagnostic des manifestations secondaires de la syphilis sur la langue, par le docteur Saison. In-8°. — Prix : 1 fr. 50.

L'acte de la déglutition, son mécanisme, par le docteur Moura, avec planches et gravures dans le texte. Br. in-4° de 60 pages. — Prix : 3 fr.

Principes de chimie biologique, par le docteur E. Hardy, préparateur de pharmacologie à la Faculté de médecine de Paris, 1 volume in-18 de 500 pages avec figures dans le texte et une planche chromolithographiée représentant l'analyse spectrale du sang. — Prix : 7 francs.

Revue photographique des hôpitaux de Paris, par les docteurs De Montméja et Bourneville. 3e année : les nos 1-2 (janvier-février), et 2-3 (mars-avril), avec photographies, sont en vente. — Prix de chaque livraison : 4 francs.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :

Trois mois. . . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 26 septembre 1871.

LE DÉLIRE DES PERSÉCUTIONS (1)

Par M. LEGRAND DU SAULLE,
Médecin de l'Hospice de Bicêtre.

Quelle opinion générale et sommaire doit-on se faire tout d'abord lorsqu'on apprend qu'un individu est atteint du *délire des persécutions*? Quels sont les signes nets, scientifiques, exacts et facilement reconnaissables, qui décèlent cette variété si fréquente d'aberration mentale?

L'homme sérieusement prédisposé au délire des persécutions a un caractère timide, pusillanime et soupçonneux. Qu'il appartienne ou non à un milieu élevé, il ne possède en général qu'un niveau intellectuel moyen, et, comme s'il avait un sentiment intime et mal défini de sa faiblesse relative, il se défie de lui et jalouse les autres. Devenu malade, il est impatient, susceptible, irritable; il prend ombrage de tout et n'accorde sa confiance à personne. Il se croit la victime de menées souterraines, de machinations hostiles : on lui en veut, on le poursuit, on cherche à lui nuire, on va lui faire du mal.

Son délire est-il simplement vague et indéterminé, il reste soucieux, mécontent, malheureux. Soit qu'il y ait chez lui une exagération inconsciente de son état, soit que les phénomènes perçus aient réellement une acuïté extraphysiologique, les plus petits faits acquièrent aussitôt la signification la plus défavorable. Autour de lui, tout est changé : on ne lui prodigue plus les mêmes égards et les mêmes soins; on ne reçoit ses doléances qu'avec un visage froid ou sinistre; on ne lui témoigne que des dispositions fâcheuses; on connaît sa mauvaise chance; on lui surprend ses plus secrètes pensées ; on veut le faire parler, on le domine, on s'empare de lui, il ne s'appartient plus! Il n'exhale aucune plainte précise, n'articule aucun grief positif, ne formule aucune accusation saisissable, mais il se déclare tourmenté de mille manières différentes : tantôt il ressent des impressions anormales très-douloureuses, et déplore amèrement les procédés disgracieux, perfides ou dommageables dont on use envers lui; tantôt il énumère les piéges qui sont tendus à sa bonne foi, les tortures morales qui l'accablent sans cesse, et s'en va requérir l'assistance du commissaire de police de son quartier; tantôt enfin, il tient difficilement en place, contracte des habitudes singulières, change fréquemment de domicile, et imagine les moyens les plus bizarres pour se soustraire à l'acharnement de ses ennemis. Dans cette forme un peu mystérieuse du délire, il ne soupçonne, ne désigne ou ne dénonce personne. Les auteurs de tous ses maux échappent, de sa part, à la flétrissure nominale, ils sont contumax.

Son délire s'organise-t-il, se systématise-t-il, prend-il un corps, le malade entend des voix qui l'insultent ou l'accusent, qui lui dénoncent les manœuvres de ses ennemis, qui l'avertissent du danger qu'il court, ou qui lui commandent d'échapper par le suicide aux complots dirigés contre lui. Les circonstances les plus insignifiantes, il les interprète dans le sens de ses idées délirantes : le rire d'un passant le couvre de ridicule; le mugissement du vent lui apporte des menaces; le son des cloches lui transmet des injures; les paroles proférées à distance ouvrent à son imagination égarée tout un horizon de machinations et de trahisons; le tonnerre est pour lui « la preuve électrique des coalitions qui l'enlacent »; le chant des oiseaux lui apprend qu'on va pénétrer dans sa demeure à l'aide de fausses clefs; le bruit d'un marteau l'informe que l'on cloue un cercueil, et, comme il ne peut parfois concentrer en lui-même les impressions mélancoliques qui l'accablent, — surtout dans les premiers temps de son affection mentale, — il se confesse sans réserve au premier venu, se dévoile sans détours, et raconte aussitôt ses craintes, ses tourments, ses peines et ses maux. Il se dit exposé aux maléfices de puissances occultes, qu'il désigne sous les noms de *physique*, d'*électricité* ou de *magnétisme*; à l'aide de batteries cachées, on lui envoie des secousses, des décharges électriques; on fait passer des courants contraires à travers sa personne; on aimante ses cheveux, ses yeux, ses dents et sa langue; on galvanise tout son système circulatoire; on lui fait respirer des poudres invisibles et des « atmosphères Lafarge »; on lui subtilise sa salive; on le dessèche intérieurement au moyen d'un feu concentré; on le place pendant son sommeil sous une grande machine pneumatique; on le fait vivre au milieu d'odeurs malsaines; on contamine son linge de corps; on injecte du gaz par le trou de sa serrure; on met du vitriol dans son vin, du soufre dans son café, de l'opium dans ses aliments, de l'arsenic dans son pain; il est effaré, terrorisé; il n'ose plus dormir, manger et boire; il se barricade chez lui, couche la fenêtre ouverte, et, pour déjouer les projets funestes de ses ennemis, ou pour tromper la police qu'il croit acharnée à sa perte, il fait certains gestes, prend certaines poses, et prononce parfois quelques paroles cabalistiques.

Dans ses lettres, il exhale la douleur qui l'oppresse, et il retrace, dans des redites nombreuses, les intrigues ourdies contre lui, les guet-apens dont il a été victime; il dresse la liste de ses ennemis, et va même jusqu'à les catégoriser, selon qu'ils en veulent, d'après lui, à son honneur, à sa fortune ou à sa vie. Il écrit au chef de l'Etat, aux ministres et aux diverses autorités administratives ou judiciaires : il énumère ses angoisses, fait part des périls qu'il court, désigne les hommes qui l'injurient dans la rue, et il sollicite au besoin l'autorisation de porter constamment sur lui des armes diverses et de défendre chèrement sa vie si menacée.

Au moyen âge, le persécuté était obsédé par des puissances démoniaques; il est aujourd'hui victime de sortiléges ou « traqué par des influences occultes, clandestines, instantanées et à distance ».

La voix de la raison est lettre morte. L'hallucination commande. Le malade expose l'origine, la cause première et les éléments principaux de « son affaire »; il coordonne tous les fils de cette trame ténébreuse, et, cette fois, il formule, il précise, il nomme, il attaque. S'il a une foule d'ennemis, le péril encouru par ces derniers n'est pas grand; mais s'il n'en a qu'un seul, malheur à celui-là. Son honneur ou sa vie vont être en jeu. Il le diffame, en effet, dans des brochures; il le dénonce par la voie des journaux, le cite devant les tribunaux, et épuise résolûment toutes les juridictions, même les juridictions imaginaires et de pure fantaisie délirante. Le persécuté, après avoir interverti les rôles et entassé défaite sur défaite, n'a plus que la ressource suprême de se rendre justice à lui-même. Il se fait persécuteur. Verger s'est cru persécuté par l'archevêque de Paris, et c'est l'archevêque de Paris qui a expiré sous le couteau de Verger!

Bien que l'état mental du persécuté porte une estampille spéciale toujours identique et aisément reconnaissable, bien que les caractères généraux du délire soient stéréotypés, il existe cependant une nuance différentielle très-précieuse au point de vue du pronostic. C'est ainsi qu'il importe, avant toute chose, de savoir quel était le caractère antérieur du malade.

Le persécuté — chose extraordinaire et vraiment remarquable — a beau subir d'importantes modifications dans l'exercice de ses facultés intellectuelles et affectives, il reste cependant, sous le rapport de son caractère antérieur, ce qu'il était auparavant. Celui-ci, avant sa maladie, était doux, bon, calme et patient; eh bien, tel il va rester dans son délire. Les humiliations lui causeront une douleur discrète, les injures le trouveront résigné, et il étouffera tout projet de vengeance. Persécuté passif, il attentera peut-être à ses jours, mais il respectera la vie d'autrui. Celui-là était vif, colère, emporté, violent, et tel il reste également. Il s'irrite et tempête, il menace et accuse. Persécuté actif, il frappera peut-être et tuera.

Le médecin est exposé à se laisser tromper par les apparences de la raison, et il ne se méfie pas toujours assez de ces gens qui parlent et discutent *ut cæteri sanæ mentis homines*. Sous l'enveloppe d'un de ces hommes habite parfois un persécuté qui dissimule son trouble partiel et dont il importe de continuer à mettre au grand jour les principales particularités psychologiques.

Égoïste à l'excès, ombrageux, insouciant, imprévoyant, n'aimant personne et n'étant susceptible d'aucune pensée bienveillante, d'aucune action libérale, ne pensant qu'à lui-même et à ses ennemis, oubliant totalement la gestion de sa fortune, ne s'acquittant plus de ses fonctions, méconnaissant tous ses devoirs, le persécuté s'enferme en quelque sorte dans son cercle d'anxiétés douloureuses et de misanthropie haineuse.

Mais il n'est arrivé à cet état calculé de dissimulation que parce qu'il n'a convaincu personne. On lui faisait ceci ou cela, et on ne l'a pas cru; il avait telles ou telles craintes, et on ne les a pas partagées; il devait se venger de telle ou telle manière, et il n'a rencontré que des incrédules! Que fallait-il logiquement qu'il fît? qu'il se tût. C'est ce qu'il a fait.

Il a affecté dès lors une quiétude parfaite. Resté dans le monde, il a détourné tous les soupçons. Séquestré dans un asile d'aliénés, il a pu en sortir. A part quelques paroxysmes de désespoir furibond qui auront pu faire tomber son masque, il se sera assoupli, dominé, contenu; mais prenez garde : la préméditation est de son fait. Vous êtes en face d'un volcan couvert de neige!

Si le délire revêt enfin la forme la plus grave et la plus terrible, le malade se complaît dans une solitude calculée : il se soustrait à toute préoccupation étrangère, s'éloigne du commerce des hommes et s'isole absolument du contact des affaires mondaines. Ayant peur d'être empoisonné, il change chaque jour de fournisseurs; il achète et prépare lui-même ses aliments, et va se désaltérer en tapinois à la borne-fontaine, car qui sait ce que renfermerait une bouteille? Soupçonneux, sombre et taciturne, il fuit le bruit et la foule; il se met aux aguets, épie et commente les actes, les paroles, les gestes ou le regard de ceux qui l'approchent, et, au milieu des transes d'un qui-vive perpétuel, il reste volontiers à l'affût de la méchanceté nouvelle qui va être imaginée contre sa personne. D'une longanimité en apparence résignée, il s'assimile silencieusement les hostilités qui l'atteignent et il les emmagasine avec la secrète préméditation d'une terrible représaille à venir. Il y a plus : il se construit *in petto* son propre piédestal, et, dans son échange constant de communications intimes avec lui-même, il s'enorgueillit des colères qu'il allume, des ressentiments qu'il suscite, des orages qu'il déchaîne. Ne le consolez pas : jaloux d'une douleur qu'il savoure, il la veut sans partage et se séquestre avec elle.

Un jour cependant, la mesure est comble et l'exaspération arrive. La résignation apparente a fait son temps, l'heure de la rébellion a sonné. Deux moyens, tout d'abord, se présentent : sortir volontairement de la vie, et, dans une déclaration suprême, rejeter sur ses ennemis la déshonorante responsabilité de ce suicide lentement provoqué par eux seuls, ou s'armer d'un fer homicide et assassiner le chef supposé du complot, dont une opiniâtre hallucination de l'ouïe a dévoilé toute la trame.

Le meurtre est perpétré d'ordinaire avec le plus atroce sang-froid. Une fois qu'il a donné « une sévère leçon » à son ennemi ou à celui de ses ennemis « qui a payé pour les autres, » et qu'il a remporté ainsi sa sinistre victoire, l'aliéné se relève allégé et presque content. Une détente vient de s'opérer chez lui, et, comme s'il n'avait plus rien désormais à souhaiter, il se tue ou se livre spontanément à la justice.

Les fastes criminels enregistrent chaque jour des événements de ce genre. Ces forfaits n'inspirent fatalement que l'horreur, et l'on oublie trop souvent encore de rechercher si le meurtrier n'était pas un persécuté méconnu, un être irresponsable!

Dans quelques cas exceptionnels, on voit cette forme très-grave du délire des persécutions se prolonger pendant un certain nombre d'années, puis enfin l'édifice cérébral ne peut plus résister à tant de chocs! L'aliéné tombe alors dans un affaissement mental qui le rend étranger à toutes les choses du monde extérieur. Sa santé physique s'altère, et le marasme vient clore une scène pathologique qui a été navrante pour tous.

Qui a vu un véritable persécuté en a vu cent. Ces malades, à part les nuances spéciales qui ont été esquissées, semblent sortir du même moule, et un phénomène psychologique leur est commun à tous : c'est l'absence des hallucinations de la vue, toutes les fois qu'il n'y a pas d'habitudes invétérées d'ivrognerie.

Lorsque le persécuté est mort, tout n'est pas fini. L'administration, la justice ou les familles se trouvent d'ordinaire en présence d'écrits, de dénonciations d'outre-tombe ou d'actes de dernière volonté. Le malade a appelé sur ses ennemis toutes les malédictions du ciel; il a déshérité les siens et accusé ses parents ou ses voisins de toutes les infamies; il a donné des ordres pour son autopsie, et il a exigé que l'on proclamât ultérieurement, dans un procès-verbal officiel, toute la pureté de sa vie; il a arrêté l'heure de la cérémonie funèbre et tracé l'itinéraire de son convoi, car « pour des raisons secrètes » certaines rues doivent être évitées; il a pris toutes ses précautions pour que sa sépulture fût à l'abri des profanations, et parfois il a composé son épitaphe. Souvent, dès le lendemain, d'interminables procès s'entament.

D'autre part, certain persécuté — candidat au suicide — mène la vie la plus errante : il se déguise et se grime « afin de dépister les policiers », il ne mange jamais deux fois dans la même maison et ne s'abrite jamais deux fois sous le même toit, il change de nom ou tait le sien, il brûle ses papiers et anéantit tout ce qui pourrait établir son identité. Il s'éloigne de plus en

(1) Extrait d'un ouvrage inédit intitulé : *le Délire des persécutions*, qui paraît aujourd'hui à la librairie Henri Plon, rue Garancière, 10. — Un vol. in-8° de 524 pages.

plus de la contrée où il a vécu, et, lorsqu'il commet son crime sur lui-même, les constatations judiciaires n'aboutissent en somme qu'à cette seule mention : *Inconnu!* En procédant ainsi, qu'a-t-il voulu ? échapper aux poursuites et enlever à ses ennemis la joie de le savoir mort. On trouva cependant, un jour, sur le cadavre de l'un d'eux un petit carré de papier avec cette égoïste et sotte déclaration : *Après moi le déluge.* Comme l'écriture pouvait devenir un signe de présomption d'identité, ces quatre mots avaient été assemblés là en caractères d'imprimerie!

Tel est le persécuté. C'est, on le voit, un être très-dangereux pour lui-même et pour autrui. Vulgariser son portrait, c'est appeler les mesures que la prudence commande.

HOPITAL DE LA CHARITÉ.

M. PETER, suppléant de M. le professeur SÉE.

Les pelvi-péritonites.

IIe CONFÉRENCE

Messieurs, nous avons vu ensemble, dans la dernière conférence, comment la pelvi-péritonite pouvait résulter de la transformation d'une hypérémie fonctionnelle en hypérémie pathologique, et comment le fait advenait à l'occasion d'un acte physiologique de l'utérus : coït, menstruation et accouchement. Enfin, je vous ai cité, comme exemple probant de l'influence d'un coït excessif sur la production d'une pelvi-péritonite, le cas de notre jeune malade du n° 6 de la salle Sainte-Anne.

Vous savez, messieurs, ce qu'a dit Beaumarchais par la bouche d'Antonio, le jardinier : « Boire sans soif et faire l'amour en tout temps, il n'y a que ça qui nous distingue des autres bêtes. » Et ce privilége incontestable est un triste privilége; car « boire sans soif » conduit à l'alcoolisme, comme « faire l'amour en tout temps », c'est-à-dire hors de propos et de saison, nous a donné les maladies vénériennes : de sorte qu'à le bien prendre il vaudrait mieux pour l'homme n'être pas une bête si distinguée.

Aussi, pour les malheureuses atteintes de pelvi-péritonite, l'acte génital restera-t-il une cause de rechute permanente, surtout dans le monde interlope et pour le coït extra-conjugal, en général plus actif et plus passionné.

Cela dit sur l'étiologie de la pelvi-péritonite, voyons quelles en sont les *lésions*.

On ne les connaît bien que depuis peu de temps, et cela grâce à un médecin de cet hôpital, M. Bernutz, dont je vous ai déjà signalé les consciencieux travaux.

En effet, antérieurement, et c'était déjà une première étape de la science vers la vérité, Lisfranc avait donné à l'affection qui nous occupe le nom d'*engorgement utérin*. L'appellation était assez médiocrement précise, mais elle traduisait la connaissance des symptômes locaux; elle signalait l'existence d'une tumeur. Quant au traitement de Lisfranc, peut-être était-il par trop antiphlogistique.

Un peu plus tard, un médecin fort distingué, M. Nonat, transforma l'engorgement utérin en *phlegmon péri-utérin*. Le nom était déjà plus vrai, puisqu'il annonçait une inflammation. M. Nonat supposait que l'inflammation siégeait dans le tissu cellulaire péri-utérin (je dis qu'il supposait, parce qu'il n'avait pas de nécropsie à l'appui). Par suite de cette inflammation, il se développait une tumeur qui ne pouvait être qu'un phlegmon, puisqu'il en pouvait résulter un abcès, et que le pus s'écoulait alors par le rectum ou le vagin, et même s'épanchait dans la cavité péritonéale. Dans toute cette théorie, l'inflammation seule est réelle; mais la tumeur, interposée entre l'utérus et le péritoine, est une illusion anatomique : cette tumeur sous-péritonéale n'existe pas.

Cependant, la théorie de M. Nonat avait droit de cité dans la science, quand M. Bernutz, alors médecin de Lourcine, eût occasion de la contrôler par une nécropsie.

La doctrine ne résista pas à cette épreuve. Le tissu péri-utérin était sain, et la tumeur était constituée par un magma informe, dans lequel entraient l'S iliaque, des anses intestinales, un exsudat plastique accolant le tout à l'utérus, et enfin çà et là, dans les intervalles, de petits îlots de pus. Telle était la constitution de cette tumeur, que M. Bernutz, et le public médical après lui, a nommée *pelvi-péritonite;* mais qui est bien souvent, par son origine comme par ses symptômes, une *métro-pelvi-péritonite*.

Eh bien! c'est précisément ce qui a été réalisé chez notre malade, comme je vous l'ai indiqué dans ma dernière leçon. Seulement, la tumeur apparut le jour même qui suivit le coït immodéré, et, comme la malade avait alors ses règles, nous devons penser que le point de départ de l'affection a été la chute du sang menstruel dans le péritoine, ou, comme on dit, une hématocèle. Vous savez ce qui arrive en pareil cas. Il y a rétrogression du sang que la trompe vomit dans la cavité péritonéale, et la présence de ce corps étranger occasionne une phlegmasie, accompagnée dès le début d'une tumeur molle, qui devient ensuite plus consistante par suite de la coagulation du sang épanché.

Cette tumeur que nous rencontrions dans le cul-de-sac postérieur du vagin, M. Choyau l'a trouvée molle le premier jour, tandis que j'ai constaté, quelques jours après, qu'elle était modérément consistante; ce qui s'accorde bien avec l'idée d'hématocèle.

D'autre part, la malade était en proie à des troubles fonctionnels, tels que nausées, vomissements; elle se tenait dans son lit les cuisses relevées et écartées, comme si elle eût voulu éviter de comprimer sa tumeur par les plans musculaires de l'abdomen. Habituellement constipée, elle éprouvait de vives douleurs en allant à la selle, cet acte physiologique déterminant, lui aussi, la compression de la tumeur. Vous m'avez vu combattre ce symptôme par des lavements, destinés surtout à ramollir les matières fécales.

Ce n'est pas tout; de temps à autre, il y avait recrudescence dans les symptômes, soit à la suite de mouvements involontaires, soit par l'effet d'un écart de l'imagination. Cette dernière cause pourra vous paraître plus suprenante; mais quand, comme moi, vous commencerez à vieillir, vous obtiendrez de vos clientes des aveux circonstanciés, et vous saurez alors qu'un rêve lascif, que la vue de l'objet aimé suffisent pour réveiller le mal avec une certaine acuité, parce que, vraisemblablement, cette émotion spéciale suffit à provoquer une nouvelle hyperhémie du système génital. Vous avez vu, dans une de ces rechutes, chez notre malade, les phénomènes de propagation s'étendre jusqu'au péritoine diaphragmatique : d'où une oppression notable et une névrite du phrénique.

Mais ces douleurs ne sont pas les seules qui se produisent dans l'affection qui nous occupe. Les malades se plaignent de souffrir des reins, et alors, invariablement, elles montrent la base du sacrum. C'est le plexus hypogastrique qui est atteint.

En outre, il y a des douleurs associées, véritables *points de côté abdominaux*, qui de l'un des flancs ou de tous les deux rayonnent sur tout l'abdomen. La grande branche abdominale est intéressée, et l'on trouve alors un point spécialement douloureux, qui est le point sus-pubien : tout cela s'observe chez notre malade du n° 6.

Enfin, d'autres douleurs encore, que M. Bernutz appelle avec beaucoup de raison *hystéralgiques*, résultent de la propagation de l'inflammation au nerf sciatique, au nerf crural, etc.

La malade qui m'a amené à vous entretenir de cette affection n'est pas restée assez longtemps, et sa lésion n'est pas assez ancienne pour qu'on ait pu constater ces dernières douleurs; mais j'espère trouver bientôt quelque autre exemplaire de la même maladie, qui me permettra de mettre sous vos yeux un vaste ensemble de phénomènes douloureux.

Ainsi, non-seulement il y a des douleurs profondes et locales, mais encore il y a des douleurs de rayonnement.

Maintenant, que va devenir la tumeur? Et l'affection qu'elle entraîne sera-t-elle légère ou sera-t-elle grave? Eh bien! cela dépendra de la constitution de la malade et de son degré de sagesse. Cela dépend aussi de la cause occasionnelle. Si l'affection provient d'un excès de coït, et que la malade soit d'une bonne constitution et reste continente, il se fera une petite poussée au moment de l'époque menstruelle prochaine; puis, dans le courant du mois qui suivra, tout rentrera dans l'ordre. C'est là ce que nous apprend M. Bernutz, avec la grande expérience qu'il a des faits de ce genre.

Mais, si la constitution est mauvaise, la femme indocile, ou si la cause est d'origine puerpérale, la maladie se prolongera beaucoup plus. Il faut donc faire ses réserves, alors qu'il s'agit d'un organe exposé fatalement, chaque mois, à une sorte de phlogose physiologique qui vient s'enter sur l'inflammation morbide. A ce moment, le molimen hémorrhagique pourra rester normal; mais, le plus souvent, il y aura une nouvelle poussée inflammatoire ou une nouvelle métrorrhagie. Et vous comprenez l'inexorable gravité de pareils faits, puisque vous ne pouvez empêcher la malade d'être femme; vous ne pouvez faire qu'elle n'ait pas ses règles.

Et, d'autre part, vous ne pouvez guère l'empêcher de satisfaire aux désirs plus ou moins légitimes d'un conjoint légal ou illégal. Voilà comment l'affection péri-utérine pourra se prolonger indéfiniment et empoisonner l'existence de la pauvre femme.

Vous aurez alors une tumeur qui constituera un énorme gâteau et entravera plus ou moins les fonctions du tube digestif, non-seulement en arrêtant les matières fécales, mais encore en gênant le cours des substances alimentaires. Il en résultera les troubles les plus graves et une inanition qui fera des progrès rapides. C'est là ce que je redoute pour notre jeune institutrice, qui ne me paraît pas devoir donner des leçons de sagesse.

Maintenant, au point de vue social, une question vous sera posée, celle de savoir si, après une pareille affection, la femme est en état de concevoir. Eh bien! très-souvent elle deviendra stérile.

Il y aura là un phénomène analogue à celui que M. Gosselin a si bien décrit à propos de l'épididymite, laquelle amène trop souvent l'oblitération de la queue de l'épididyme. Si le fait se produit des deux côtés, l'homme reste viril, parce que ses deux testicules continuent à sécréter; mais il devient infécond, parce qu'une barrière infranchissable s'oppose à la sortie du sperme. Il n'éjacule alors que le liquide venu des vésicules séminales et de la prostate, liquide qui ne contient pas de spermatozoïdes.

Or, la même chose peut arriver pour la femme; l'oviducte ne conduit plus rien; la trompe, immobilisée par l'exsudat inflammatoire, ne peut plus s'ériger pour embrasser l'ovaire de son pavillon au moment de la chute de l'œuf. La femme alors devient stérile, malgré la persistance de la menstruation; elle pond dans son péritoine au lieu de pondre dans son utérus.

Vous voyez que cette maladie ne laisse pas d'avoir sa gravité, malgré ses apparences bénignes. Elle a ses accidents prochains, qui sont ceux de la péritonite généralisée; puis elle entrave matériellement la nutrition, et nuit ainsi à l'individu; ultérieurement, elle peut entraîner la stérilité, si elle atteint les deux trompes, et nuit de la sorte à l'espèce. Voilà donc bien des raisons pour être réservés dans votre pronostic.

D'autres accidents plus graves peuvent survenir encore; je veux dire la *paraplégie*, dont je vous entretiendrai dans une prochaine conférence.

DOCUMENTS

POUR SERVIR A L'HISTOIRE DU MOUVEMENT SCIENTIFIQUE PENDANT LE SIÉGE DE PARIS (1).

3 FÉVRIER

Hygiène. — Par arrêté en date du 3 février 1871, M. Gavarret, professeur à la Faculté de médecine, a été nommé vice-président de la commission centrale d'hygiène et de salubrité.

6 FÉVRIER

Académie des Sciences. — L'Académie tient séance.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 6 février 1871. — Présidence de M. FAYE.

MÉMOIRES ET COMMUNICATIONS DES MEMBRES ET DES CORRESPONDANTS DE L'ACADÉMIE.

M. DUMAS, qui a eu déjà plus d'une occasion de signaler à l'Académie les causes qui ont, depuis quelque temps, empêché plusieurs de ses membres de prendre part à ses travaux, donne, relativement à l'un d'eux, les détails suivants :

Notre confrère M. Babinet étant empêché de se rendre aux séances de l'Académie, me prie de lui en témoigner ses regrets; je lui ai fait connaître l'intérêt que ses confrères ont pris à sa situation. Ses sentiments patriotiques, son âge, l'état fâcheux de sa santé et sa demeure placée dans le quartier du Luxembourg, visitée avec tant d'acharnement par les obus prussiens, tout contribuait à aggraver, pour M. Babinet, les douleurs du siége. Il les a courageusement supportées, et il m'a chargé de remercier l'Académie des marques de sollicitude dont il a été l'objet de sa part.

Histoire des sciences — M. CHEVREUL. J'ai fait un tirage à part de plusieurs des écrits que j'ai présentés à l'Académie pendant le siége de Paris, et j'ai ajouté quelques lettres dont ils ont été l'occasion. Aujourd'hui je complète par les communications suivantes un recueil dont le titre sera : *Distractions d'un membre de l'Académie des sciences de l'Institut de France, directeur du Muséum d'histoire naturelle, lorsque le roi de Prusse Guillaume Ier assiégeait Paris de 1870 à 1871.*

Quatre-vingts obus au moins ont frappé le Muséum du 8 au 22 de janvier.

L'Académie se rappellera peut-être qu'elle a bien voulu consacrer le XXXIXe volume de ses *Mémoires à mes recherches sur le suint* commencées depuis plus de quarante-cinq ans. J'ai la satisfaction de lui en présenter les cent premières pages imprimées, et en la remerciant profondément de la faveur qu'elle m'a faite, je lui apprendrai que si, heureusement, toutes mes craintes sur le bombardement des Gobelins n'ont point été réalisées, c'est par l'effet du hasard; car un obus a éclaté dans l'atelier de teinture au-dessous même de mon laboratoire, et n'a causé que des dégâts matériels; M. Vaillant, teinturier, et Mme Vaillant, qui se trouvaient dans le couloir des fourneaux au moment de l'explosion de l'obus, n'ont point été atteints; un éclat suivant la diagonale de la cour a frappé l'entrée de l'ambulance établie par les personnes attachées aux Gobelins, sans causer d'accident. Enfin plusieurs obus ont passé sans éclater au-dessus du bâtiment où se trouve mon laboratoire, et j'ai été heureux après ces circonstances, en y rentrant, de trouver toutes choses dans l'état où je les avais laissées.

Je termine cette communication par trois notes du domaine de la science, mais qui, chronologiquement, appartiennent à la période du siége de Paris.

1re NOTE : *Découverte de l'acide avique dans un albatros.*

Le jeudi, 19 de janvier, de midi à 2 heures, un obus, après avoir traversé le toit de la maison que j'habite au Muséum, éclata dans un petit laboratoire de chimie annexé à ma bibliothèque, et qui en est séparé par un couloir de 1m,2 de largeur. Heureusement qu'alors je prenais part à une *conférence du Journal des savants* au ministère de l'instruction publique. Que j'eusse été assis à mon bureau, et j'aurais eu la tête écrasée par une porte qui tomba violemment sur mon fauteuil. Le danger auquel j'avais échappé changea mes habitudes.

Jusque-là, après avoir passé les nuits dans la partie des serres du Muséum où se trouvent des appareils de chauffage, je rentrais chez moi de 6 à 7 heures du matin pour y dormir quelques heures. L'expérience m'ayant appris que je n'y étais pas en sûreté, un matelas fut placé dans une des pièces du local de l'administration, et c'est là, à mon réveil, après avoir ouvert la fenêtre et respiré l'air du dehors, qu'une odeur que je connaissais depuis longtemps attira mon attention et me suscita le désir d'en connaître la cause.

C'est alors qu'en explorant les objets qui étaient à ma portée, je mis la main sur un paquet enveloppé de papier où je reconnus la cause de la sensation que j'éprouvais. C'était un oiseau aquatique, un albatros, dont l'origine m'est inconnue encore, et l'odeur de ses plumes était bien celle de l'acide que j'ai découvert dans le suint de mouton, et de la découverte duquel j'ai parlé à l'Académie sous la dénomination d'*avique* : aujourd'hui, ce nom se trouve justifié par l'observation que je viens de faire.

Voici les expériences qui le prouvent :

On met des plumes dans un flacon avec un peu d'eau de baryte, on la secoue pour atteindre toutes les plumes avec le liquide, et après quelques jours l'odeur de l'acide avique a disparu de l'atmosphère du flacon. L'eau de baryte enlevée du flacon est inodore ou à

(1) Suite. — Voir le dernier numéro.

peu près ; mais dès qu'on a versé un acide inodore, comme l'oxalique par exemple, l'acide avique manifeste son odeur.

Le même effet se produit plus lentement lorsque les plumes sont mises dans une atmosphère limitée où l'on a placé une capsule plate remplie d'eau de baryte.

On constate encore avec l'hématine convenablement préparée la propriété acide dans les plumes, et l'odeur d'ammoniaque lorsque l'eau de baryte agit sur elles. Je ne doute pas qu'une partie de l'acide est neutralisée par cet alcali.

Plusieurs raisons m'ont déterminé à entrer dans ces détails. La première, c'est le parti qu'on peut tirer de l'usage de nos sens pour arriver à prendre une idée exacte de la manière de procéder dans l'analyse organique immédiate, afin d'acquérir la preuve qu'en appliquant un réactif à une matière d'origine organique on en sépare un principe immédiat non altéré. Evidemment cette preuve est acquise dès qu'on retrouve, dans des principes séparés d'une matière organique, les propriétés qu'on avait reconnues à cette matière avant l'analyse. Lors donc qu'on retrouve l'odeur des plumes dans un principe qu'on en a séparé au moyen de l'eau de baryte, on a la preuve que l'odeur de la plume dépendait de ce principe.

C'est grâce à l'étude que j'ai faite de l'exercice des sens du toucher, du goût et de l'odorat que j'ai pu acquérir la conviction des états divers où peut se trouver ce dernier organe relativement à son aptitude plus ou moins grande à recevoir l'impression des corps odorants. Ainsi, j'avais passé plusieurs heures dans le local où cette peau d'oiseau était déposée sans m'en apercevoir, et c'est après avoir respiré l'air extérieur que j'éprouvai la sensation qui m'a fait reconnaître, pour la première fois, l'acide avique dans un oiseau.

Quand nous avons demeuré quelque temps dans une pièce où l'air est échauffé, il peut être odorant sans que nous puissions en être affecté, à cause de la continuité de la sensation; mais si l'on respire l'air du dehors, surtout après avoir dormi, l'organe devient alors susceptible d'être affecté d'une sensation à laquelle il avait été insensible auparavant.

Dans des écrits antérieurs, j'ai parlé de cas, plus nombreux en physiologie qu'on ne pense, où l'on a attribué à une cause prétendue active des effets qui ne sont que la cessation d'action de causes qui agissaient d'une manière continue, mais sans qu'on s'en aperçût. Je renvoie à un article du *Journal des savants* où j'ai parlé, sous ce rapport, des expériences de Flourens sur l'ablation des canaux semi-circulaires de l'oreille interne, dans lesquelles il attribuait les phénomènes qui se manifestaient à la cause que l'ablation avait dû faire disparaître.

2e NOTE : *Explication de sons articulés, produits dans l'intérieur du corps, dont on peut rapporter la cause au monde extérieur.*

Cette explication, je l'indique sans la donner aujourd'hui; elle correspond au principe que je fis connaître en 1833 dans la *Revue des Deux Mondes* : je l'avais formulé dès 1813.

Je reproduis le principe en ces termes :

Lorsque l'on tient un pendule formé d'un fil et d'un corps pesant au-dessus d'un objet quelconque « avec la pensée que la présence de cet objet peut mettre le pendule en mouvement, celui-ci oscille, quoique cette pensée ne soit pas la volonté qui commanderait le mouvement. »

C'est par ce principe que j'ai expliqué les phénomènes si variés, attribués au pendule explorateur, à la baguette divinatoire et aux tables tournantes.

Ce principe, je l'ai étendu dans un supplément, encore inédit, au livre imprimé chez Mallet-Bachelier en 1854, aux tables parlantes.

Et j'ajoute aujourd'hui que l'explication que je donne des sons non articulés produits dans l'intérieur du corps dont on peut rapporter la cause au monde extérieur peut s'étendre au cas où l'on croit percevoir des sons articulés produits dans l'intérieur du ventre, et que l'explication à laquelle je fais allusion correspond au principe publié en 1833, et étendu postérieurement aux tables parlantes.

J'ai été si étonné de voir plusieurs auteurs, qui ont parlé de la cause des mouvements que j'attribue à la *pensée* et non à la *volonté*, chercher à faire croire à leurs lecteurs qu'ils avaient découvert un principe nouveau en s'emparant sans scrupule de mes recherches et en lui donnant un nom nouveau, que je ne publierai l'explication, dont je parle aujourd'hui, que plus tard, curieux de savoir s'ils la trouveront de leur côté, comme ils prétendaient avoir découvert le principe des oscillations du *pendule explorateur, de la baguette divinatoire et des tables tournantes.*

3e NOTE

Pour compléter mes écrits composés pendant le siége de Paris, je dois faire mention d'un *opuscule* intitulé :

D'une erreur de raisonnement très-fréquente dans les sciences du ressort de la philosophie naturelle qui concernent le concret, expliquée par les derniers écrits de M. Chevreul.

L'ouvrage est terminé, mais l'absence de quelques-uns de mes confrères m'oblige à en remettre la publication à leur retour.

Note sur les températures observées à Montsouris pendant le mois de janvier 1871. — M. CH. SAINTE-CLAIRE DEVILLE. Les mêmes motifs qui m'ont engagé à entretenir l'Académie des froids exceptionnels du mois de décembre dernier lui feront, j'espère, accueillir avec intérêt quelques nombres extraits des observations de températures faites à Montsouris durant le mois de janvier qui vient de finir.

Le minimum, qui s'est produit le 5, a été de — 11°,9, inférieur, par conséquent, de 0°,2 au minimum observé le 24 décembre. La température, qui s'était élevée, le 15 décembre, jusqu'à 14°,4, n'a atteint, en janvier, qu'un maximum de 6°,7, le 22. La période de froid, qui avait commencé le 21 décembre, s'est poursuivie jusqu'au 17 janvier, avec une seule interruption de deux jours (les 7 et 8, dont la température moyenne a été respectivement 3°,45 et 0°,90). Du 17 au 26 janvier (9 jours), la température moyenne a été supérieure à zéro et a atteint, le 17, 5°,05, jour le plus chaud du mois. Du 26 au 31, nouvelle série de jours dont la température moyenne est inférieure à zéro (1).

La température moyenne du mois, conclue de la demi-somme des maxima et minima diurnes, a été de — 1°,39 (2). Celle de décembre 1870 avait été de — 1°,07. La température moyenne de janvier, à l'Observatoire astronomique de Paris, pendant les cinquante ans qui se sont écoulés du 1er janvier 1816 au 1er janvier 1866, a été, d'après les calculs de M. Renou, de + 2°,32. La température moyenne de janvier 1871 a donc été inférieure à la moyenne générale de 3°,71. La moyenne de décembre 1870 ayant été inférieure à la moyenne générale de 4°,61, la moyenne température de ces deux mois a été de 4°,16 plus basse que leur moyenne température pendant les cinquante ans. Cette circonstance, bien que les minima absolus n'aient pas, à Paris, dépassé — 12 degrés, permet donc, jusqu'à présent, de considérer l'hiver de 1870-1871 comme l'*hiver central* du groupe. Il reste, néanmoins, encore à attendre la période prochaine des *Saints de glace* de février.

N. B. — Depuis que la présente note a été lue à l'Académie, j'ai reçu de notre confrère, M. Naudin, les lignes suivantes, en date du 3 février :

« L'hiver a été exceptionnellement froid à Collioure. A plusieurs reprises, le thermomètre est descendu à — 6 degrés, et même à — 6°,6. En janvier, il y a eu seize jours de gelée. Des plantes indigènes, très-communes ici, ont gelé. A Montpellier, la température s'est abaissée une fois au-dessous de — 16 degrés, et fréquemment à — 14 degrés et — 15 degrés. A Bordeaux, on a observé jusqu'à — 17 degrés, et — 23 degrés à Périgueux. »

Les prévisions de M. Renou, pour l'hiver de 1870-1871, sont donc parfaitement justifiées, et la météorologie peut enregistrer, dès maintenant, un des plus grands progrès qu'elle ait faits depuis longtemps.

M. CH. SAINTE-CLAIRE DEVILLE, relativement à une observation présentée, dans la dernière séance, par M. Élie de Beaumont, sur l'obstacle que pourraient avoir offert les barrages établis en aval et en amont de Paris à la congélation par l'effet des grands froids de décembre 1870, communique l'extrait d'une lettre à lui adressée par M. G. Lemoine, ingénieur des ponts et chaussées. Cette lettre indique, en effet, l'action remarquable de ces barrages ; mais l'auteur pense qu'il y aurait lieu de remettre à une prochaine communication les détails plus précis que comporte la question.

(1) Je demande la permission de rappeler que ces observations sont dues principalement à M. Chatelain, attaché depuis longtemps à l'observatoire de Montsouris, qui ne les a pas interrompues un seul jour, malgré le danger du bombardement, qui a frappé tout le quartier de Montrouge, surtout pendant les 23 et 24 janvier.

(2) La température moyenne de janvier 1870, observée à Montsouris, avait été, au contraire, fort élevée et égale à + 3°,71, supérieure, par conséquent, de 1°,39 à la moyenne des cinquante ans pour janvier. Entre les deux températures moyennes de janvier 1870 et de janvier 1871, il y a une différence de 5°,10.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

LE CONCOURS DANS LES HOPITAUX DE LILLE. — La commission administrative des hôpitaux et hospices civils de Lille vient d'instituer le concours pour la nomination aux fonctions médicales et chirurgicales de ses établissements hospitaliers.

Un concours sera ouvert, le 4 décembre 1871, à neuf heures du matin, dans une salle de l'hôpital Saint-Sauveur, à Lille, pour deux places de médecin et deux places de chirurgien-adjoint des hôpitaux et hospices civils de cette ville.

Les candidats devront : être Français; avoir le diplôme de docteur en médecine, conféré par une faculté française; — avoir deux ans, au moins, d'exercice en qualité de docteur dans l'arrondissement de Lille, ou trois ans dans toute autre localité française ou dans les armées de terre et de mer.

Seront exemptés de cette condition d'exercice, les internes, nommés au concours, des hôpitaux de Lille et de Paris, lorsqu'ils auront rempli leurs fonctions d'internes pendant tout le temps que leur accorde l'Administration de ces hôpitaux.

Les candidats devront déposer au secrétariat de l'administration des hospices, à Lille, rue de la Barre, 41, avant le 1er novembre 1871, leur acte de naissance; leur diplôme de docteur; l'indication du lieu de leur résidence depuis l'obtention de ce diplôme, et une notice sur leurs travaux et leurs services antérieurs.

Voici les termes du rapport qui institue le concours et du règlement qui doit en assurer l'exécution :

Règlement relatif à la nomination des médecins et chirurgiens des hôpitaux et hospices civils de Lille.

La Commission administrative des hospices civils de la ville de Lille,

Considérant qu'il est de son devoir d'assurer aux malades confiés à sa charge les soins les plus intelligents et les plus dévoués, en désignant pour les services de médecine et de chirurgie des hôpitaux les praticiens les plus éminents et les plus capables ;

Considérant que, bien qu'elle tienne de la loi de 1851 le droit exclusif de nomination, elle ne se reconnaît cependant pas la compétence nécessaire pour juger en parfaite connaissance de cause l'aptitude des candidats;

Considérant que le concours présente les plus sûres garanties pour apprécier le mérite des candidats, et que l'expérience que plusieurs villes comme Paris, Lyon, Marseille, etc., en on faite, a donné depuis longtemps, les résultats les plus satisfaisants, tant au point de vue du traitement des malades, qu'à celui de l'instruction pratique des médecins;

Considérant enfin que le renouvellement fréquent des chefs de service entretient dans le corps médical une émulation salutaire en rendant les fonctions de médecin et de chirurgien des hôpitaux accessibles à un plus grand nombre;

Arrête les dispositions suivantes :

1° *Dispositions générales* — Art. 1er. — Les médecins et chirurgiens des hôpitaux et hospices civils de la ville de Lille seront désormais nommés au concours.

Art. 2. — Lorsqu'il y aura lieu de procéder à un concours, l'administration en fera l'annonce, trois mois à l'avance, par tous les moyens de publicité dont elle dispose.

Art. 3. — Il y aura un concours spécial pour les places de médecins et chirurgiens.

Le nombre de places à donner en une seule fois, pour chacun de ces concours, ne pourra, en aucun cas, dépasser deux.

Art. 4. Pour se présenter au concours, les candidats devront réunir les conditions suivantes :

1° Etre Français;

2° Avoir le diplôme de docteur en médecine conféré par une faculté française;

3° Avoir deux ans au moins d'exercice en qualité de docteur dans l'arrondissement de Lille, ou trois ans dans toute autre localité française ou dans les armées de terre et de mer;

Seront exemptés de cette condition d'exercice les internes, nommés au concours des hôpitaux de Lille et de Paris, lorsqu'ils auront rempli leurs fonctions d internes pendant tout le temps que leur accorde l'administration des hôpitaux.

Art. 5. — Les candidats devront déposer leur acte de naissance, leur diplôme de docteur, l'indication du lieu de leur résidence depuis l'obtention de ce diplôme, et une notice sur leurs travaux et leurs services antérieurs, au secrétariat de l'administration, un mois au moins avant l'époque fixée pour l'ouverture du concours.

Art. 6. — L'administration vérifiera les titres des candidats; elle aura le droit de ne point admettre au concours les médecins qui s'en seraient rendus indignes par leur conduite privée ou par le manque d'honorabilité professionnelle.

2° *Composition et attributions du Jury.* — Art. 7. — Le jury du concours sera composé ainsi qu'il suit :

1° Un membre de la commission administrative, président;

2° Six juges, désignés par l'administration. — Elle choisira quatre juges parmi les docteurs en médecine attachés à ses établissements hospitaliers, et les professeurs titulaires de clinique de l'Ecole de médecine; deux juges parmi les docteurs en médecine étrangers à ces établissements.

L'administration désignera également deux suppléants pour remplacer les juges titulaires, en cas d'absence. L'un devra appartenir aux établissements hospitaliers, et l'autre leur être étranger.

Les suppléants devront suivre les épreuves du concours avec voix consultative; ils n'auront voix délibérative qu'en cas d'absence d'un juge titulaire.

Art. 8. — Les médecins et chirurgiens adjoints, nommés au concours, pourront être désignés comme juges des concours ultérieurs, aussi bien que les médecins et chirurgiens titulaires.

Art. 9. — Ne pourront faire partie du jury les personnes qui auraient un degré de parenté ou d'alliance avec l'un quelconque des concurrents.

Art. 10. — Le membre de la commission administrative, président, sera chargé de veiller à la stricte exécution du règlement et d'empêcher toute fraude dans les opérations du concours, fraude qui entraînerait immédiatement l'exclusion du candidat.

Art. 11. — Les juges, médecins et chirurgiens poseront les questions et jugeront seuls la valeur des épreuves.

Art. 12. — Après chaque épreuve, le jury exprimera son jugement par un nombre de points dont le maximum sera de trente.

Si ce nombre ne peut résulter d'une entente entre les juges, ceux-ci exprimeront individuellement leur appréciation en écrivant un nombre sur un bulletin qu'ils signeront. On fera la somme de tous les nombres, puis on la divisera par le nombre des juges. Le nombre moyen ainsi obtenu exprimera la valeur de l'épreuve. Le président du jury en donnera connaissance aux concurrents à la fin de chaque épreuve.

Art. 13. — Les chiffres indiquant la valeur totale de chaque épreuve seront ensuite additionnés, et les concurrents qui auront obtenu le plus grand nombre de points seront admis.

Art. 14. — Le rang des concurrents admis sera déterminé par le nombre de points qu'ils auront obtenus.

Art. 15. — S'il arrive que deux concurrents obtiennent, à la fin des épreuves, un nombre égal de points, alors, mais alors seulement, le jury tiendra compte des travaux scientifiques et des services antérieurs des candidats. Le choix du concurrent sera fait, après discussion, par un vote au scrutin secret, vote auquel prendra part le président du jury.

3° *Épreuves du concours.* — Art. 16. — Les épreuves du concours seront :

1° Une composition écrite;

2° Une épreuve de clinique orale;

3° Une consultation écrite;

4° Une épreuve de médecine opératoire (épreuve imposée seulement aux concurrents pour des places de chirurgien).

Art. 17. — La composition écrite portera, pour les concurrents aux places de médecins, sur un sujet de pathologie interne, dans lequel l'anatomie pathologique sera nécessairement représentée; pour les concurrents aux places de chirurgiens, sur un sujet de pathologie externe, dans lequel l'anatomie normale sera nécessairement représentée.

Art. 18. — Chaque titulaire présentera une question, laquelle devra être admise par la majorité du jury.

Un des concurrents tirera au sort une de ces questions.

Art. 19. — Le temps assigné à la composition sera de quatre heures. Les compositions seront remises au président, qui les enfermera dans une boîte scellée du sceau de l'administration, où elles resteront jusqu'au moment de la lecture publique. Chaque concurrent lira lui-même sa composition devant le jury.

Art. 20. — L'épreuve clinique sera répartie en deux jours. Chaque concurrent aura, chaque fois, vingt minutes pour examiner les malades, et quinze minutes pour la dissertation orale, après cinq minutes de réflexion.

L'appréciation de chaque demi-épreuve se fera par des points qui ne pourront dépasser quinze.

Art. 21. — L'épreuve de la consultation écrite consistera en une dissertation sur un malade. Chaque concurrent aura vingt minutes pour l'examen et trois quarts d'heure pour la rédaction.

Art. 22. — L'épreuve de médecine opératoire consistera en deux opérations sur le cadavre.

Art. 23. — Toutes les épreuves du concours seront publiques.

4° *Fonctions et attributions des médecins et chirurgiens nommés au concours.* — Art. 24. — Les médecins et chirurgiens, nommés au concours, auront le titre de médecins et chirurgiens adjoints des hôpitaux. Ils auront le droit exclusif de suppléer les médecins et chirurgiens titulaires en cas d'absence. De plus, ils seront à la disposition de l'administration, qui leur confiera exclusivement toutes les missions temporaires ou définitives qu'elle croira devoir établir pour le service des malades.

Art. 25. — Un médecin ou chirurgien adjoint sera attaché à l'hôpital Saint-Sauveur; il sera chargé des admissions, du traitement des cas urgents et des cas difficiles, à défaut du médecin ou chirurgien titulaire, et du traitement des malades étrangers, admis aux bains médicinaux. Ce service sera fait, à tour de rôle, par tous les médecins et chirurgiens adjoints, pendant six mois.

Art. 26. — Lorsque l'hôpital Sainte-Eugénie sera ouvert aux malades, un médecin ou chirurgien adjoint y sera attaché, avec les mêmes attributions.

Art. 27. — Le service médical des hospices Comtesse, Ganthois et Stappaert sera confié aux médecins et chirurgiens adjoints, à l'expiration des fonctions des titulaires actuels.

Art. 28. — Un règlement ultérieur établira les conditions de ces services.

Art. 29. — Les médecins et chirurgiens adjoints recevront la moitié du traitement des titulaires, lorsqu'ils les suppléeront pendant un mois au moins. Lorsqu'ils rempliront un service assigné par l'administration, leur rétribution sera proportionnée à la durée de leur service, et réglée sur le taux de 600 francs par an.

Art. 30. — Le nombre des médecins et chirurgiens adjoints ne pourra dépasser huit.

Art. 31. — Les médecins et chirurgiens adjoints seront, pendant cinq ans, à la disposition de l'administration. Au delà de cette époque, et s'ils n'ont point été nommés médecins et chirurgiens titulaires, ils cesseront d'être en exercice, mais en conservant leurs droits à être nommés médecins ou chirurgiens titulaires. L'administration pourra toujours les rappeler temporairement à l'activité, si elle a besoin de leur services.

5° *Médecins et chirurgiens titulaires.* — Art. 32. — Les services médicaux et chirurgicaux de l'hôpital Saint-Sauveur, de l'Hospice-Général et de l'hôpital Sainte-Eugénie, seront confiés à des médecins et chirurgiens titulaires.

Art. 33. — Les médecins et chirurgiens adjoints seront, à l'exclusion de tous autres, désignés pour les places de médecins et de chirurgiens titulaires vacantes, conformément à leur rang d'ancienneté et de nomination.

Art. 34. — Néanmoins, l'administration se réserve le droit de ne pas nommer titulaires les médecins et chirurgiens adjoints qui auraient cessé d'être honorables, ou qui se seraient acquittés de leurs fonctions avec négligence.

Art. 35. — Les fonctions de médecins et de chirurgiens titulaires seront conférées pour dix ans; elles pourront être prolongées pendant cinq ans, mais jamais plus.

Art. 36. — Les professeurs titulaires de clinique de l'Ecole de médecine ne pourront être chargés d'un service médical ou chirurgical autre que celui qui est affecté à la clinique.

Art. 37. — Les médecins et chirurgiens titulaires, qui auront eu quinze ans de service comme titulaires, deviendront médecins et chirurgiens honoraires des hôpitaux de Lille.

Art. 38. — Ces dispositions ne sont point applicables aux médecins et chirurgiens titulaires actuellement en exercice, dont les fonctions continueront à être régies par les règlements en vigueur à l'époque de leur nomination; elles ne sont point non plus applicables aux professeurs titulaires de clinique de l'Ecole de médecine.

— Un docteur, médecin et chirurgien, chevalier de la Légion d'honneur, désire acquérir, à Paris, une bonne clientèle. — S'adresser, par lettre affranchie, à M. A. B., aux bureaux du journal.

— *Clientèle médicale* à vendre dans Seine-et-Oise, à cinq lieues de Paris. Recettes moyennes, 8,000 fr. dont 1,500 de fixe. — S'adresser à M. Brunet, éditeur, 31, rue Bonaparte.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments ou autres objets).

Du service de la pharmacie militaire; son importance, sa situation actuelle. Réformes à introduire dans son organisation, par M. le docteur C. Roucher, pharmacien principal de 1re classe en chef à l'hôpital militaire du Gros-Caillou. Paris, 1871, in-8° de 32 pages. — Prix : 1 fr. 25 c.

Traité pratique des maladies des yeux et de la vue, par le docteur J. Carnet, ancien interne des hôpitaux de Paris. 1 vol. in-12 avec figures dans le texte. 3e édition. — Prix : 5 francs.

Les spectres d'absorption du sang, par le docteur Victor Fumouze. In-4° de 150 pages, avec 3 planches coloriées. — Prix : 4 fr. 50.

Étude expérimentale et clinique sur l'absinthisme et l'alcoolisme, par le docteur Challand. In-8°. — Prix : 2 francs.

Note sur certains cas curieux de boulimie et de polydipsie d'origine syphilitique, par le docteur Alfred Fournier, médecin de l'hôpital de Lourcine, professeur agrégé de la Faculté. In-8° de 28 pages. — Prix : 1 fr. 25.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois. . . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 27 septembre 1871.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

M. Piorry a apporté son contingent à la discussion sur l'infection purulente, consistant en deux faits récemment observés par lui, et dont il a déduit quelques considérations qui peuvent se résumer à peu près en ces termes : l'infection purulente consisterait — c'est du moins ce qu'il assure avoir eu lieu dans ces deux cas — en un dépôt des matières septiques dans la rate, qui augmente de volume et devient le point de départ d'une fièvre intermittente ou rémittente. Le mécanisme de la formation des abcès métastatiques ne serait pas beaucoup plus difficile ; ils seraient dus à l'arrêt des globules purulentes dans les capillaires, où ils déterminent autour d'eux des coagulations sanguines qui causent des *phlebemphraxies*, et qui donnent lieu, par suite, à l'infiltration des parties sous-jacentes. Tout cela est fort simple.

Au tour de M. Bouillaud pour mardi prochain. M. Bouillaud, si nous avons bien saisi son intention, interviendrait dans la discussion pour rappeler, à l'égard de quelques-unes des idées émises pendant le cours de ce débat, des titres de priorité oubliés ou méconnus. Mais il profiterait de l'occasion pour pénétrer de plain-pied dans le fond du sujet, que nous n'en serions point étonné. Il en a bien le droit.

Mais sera-ce bien mardi prochain que nous entendrons M. Bouillaud? Cela est douteux. Voilà six semaines que M. Bergeron est inscrit pour donner lecture à l'Académie du nouveau projet d'instruction de la commission de l'alcoolisme. L'ordre du jour l'appelait aujourd'hui. Douze membres à peine restaient à leur place. Pouvait-on faire voter un projet aussi important par une pareille minorité? On a eu raison de renvoyer la lecture à la séance prochaine. Mais si chacune des trente-trois propositions dont se composent la nouvelle rédaction de la commission donne lieu à une discussion, — nous ne répondrions pas que cela n'arrivât point, — à quand la fin de la discussion sur l'infection purulente?

Au commencement de la séance, M. Roger a donné lecture à l'Académie d'une notice biographique sur le collègue si estimé et si universellement aimé qu'elle vient de perdre. Nul, mieux que M. Roger, l'élève le plus affectueux et l'ami le plus constant de Blache, ne pouvait peindre avec plus de fidélité et de délicatesse cette physionomie si bienveillante et si aimable, ce type si accompli du praticien, en qui semblaient s'être réunies toutes les conditions et toutes les qualités qui lui avaient mérité le titre incontesté de premier médecin des enfants. Nous sommes heureux de pouvoir mettre cette notice sous les yeux de nos lecteurs.

Nous cédons et la place et la plume à notre distingué collaborateur M. Legrand du Saulle, qui a bien voulu nous donner la primeur du très-intéressant travail qu'on va lire sur l'état mental des habitants de Paris pendant les événements de 1870-1871.

Dr BROCHIN.

DE L'ÉTAT MENTAL DES HABITANTS DE PARIS
PENDANT LES ÉVÉNEMENTS DE 1870-1871.

Par M. LEGRAND DU SAULLE(1).

I

Il n'est rien qui fasse plus vite son chemin dans le monde qu'une appréciation fausse. L'esprit humain, comme s'il avait pour l'erreur une sympathique attraction, n'oppose qu'une résistance débile à la lutte ouverte contre les préjugés. Et cependant, bien qu'ils portent sur beaucoup de choses des jugements égarés, les hommes se mettent volontiers à la recherche du vrai : le bon sens les guide non vers celui qui flatte et trompe, mais vers celui qui avertit et éclaire. Il ne faut donc pas hésiter à battre en brèche les opinions inexactes, surtout lorsqu'elles sont accueillies par tous avec la plus inconsciente docilité. La contradiction illumine un débat, prépare les solutions pacifiques et scelle les durables alliances.

On croit généralement et l'on répète sans cesse que les événements politiques exercent une influence très-marquée sur le développement de la folie, entraînent une élévation considérable du chiffre des aliénés et conduisent aux catastrophes cérébrales les plus inattendues. C'est là une erreur. Les révolutions et les émeutes ne frappent que l'intelligence des individus prédisposés, et ne font que précipiter l'échéance d'une infortune qui devait entrer dans les choses prévues. Une cause efficiente toute autre que la chute d'un trône ou que la fusillade de la rue aurait identiquement produit le même résultat. Les grandes perturbations sociales n'ont point d'action désastreuse sur les facultés intellectuelles d'une nation, parce qu'elles n'ont qu'une durée temporaire. De 1847 à 1854, il est entré à l'hospice de Bicêtre un nombre égal de malades, eu égard aux oscillations connues de la population parisienne à cette époque. Dans un établissement renfermant mille aliénés, M. Morel n'en a trouvé que cinq, de 1848 à 1856, que l'exagération des idées politiques avait menés tout droit à l'aliénation mentale. « Encore faut-il faire la part, dit-il, des sentiments exaltés et des théories fausses qui avaient depuis longtemps troublé leur raison. » Que M. Belhomme ait déclaré avoir observé quelques cas de folie en 1848, à la suite des émotions politiques, je le sais et je le concède, mais ses malades appartiennent à la grande classe des prédisposés.

Des auteurs ont émis cette opinion, que lorsque de graves événements venaient à bouleverser la face des sociétés, on pouvait voir, en vertu de l'effet salutaire des crises, des guérisons absolument inespérées de névropathies, et ils ont affirmé que l'on en avait observé des exemples probants en 1789 et en 1848. Il est possible que certains individus amollis par la vie facile, l'oisiveté et la richesse, se soient soudainement relevés ; il est possible que des existences frêles, chagrines et traversées par des accidents nerveux, soient devenues robustes et saines à partir du jour où l'infortune s'est appesantie sur elles ; mais comment proclamerait-on que les défaillances physiques et morales trouvent un remède dans le malheur et puisent de l'énergie dans les larmes? Les faits exceptionnels, je les note, mais je passe outre.

Pour imprimer sur le cerveau humain une tache pathologique, il faut plus qu'une commotion politique : il faut une altération lente, continue et progressive de l'éducation, des habitudes et des mœurs publiques ; il faut des surexcitations passionnelles prolongées, des dépenses excessives d'activité cérébrale ou des vices crapuleux. C'est alors que sous l'influence de ces causes perturbatrices les fonctions du système nerveux se modifient et se dépravent, que la folie éclate et que le suicide augmente.

Si les cas d'aliénation mentale se sont accrus depuis trente ans en France dans la proportion la plus inquiétante, il convient de l'attribuer à l'éducation relâchée, au mode vicieux d'instruction, à l'absence de toute croyance, au défaut de tout sens moral dans la littérature, au culte de l'égoïsme, à la convoitise des jouissances matérielles, à la soif de l'or, aux spéculations effrénées, aux inquiétudes incessantes résultant d'une position commerciale très-tendue, aux jeux de Bourse, aux modifications subites dans l'état des fortunes et des personnes, aux appréhensions de l'avenir, aux progrès constants de l'alcoolisme et aux raffinements honteux de la débauche. Il n'en faut pas tant pour diminuer le niveau mental d'un grand peuple, pour voiler ses aspirations généreuses, pour dénaturer ses tendances traditionnelles, pour dessécher sa fibre chevaleresque, et surtout pour multiplier de plus en plus dans ses rangs les naufrages intellectuels.

Je veux toutefois faire la part des événements politiques, et je reconnais que pendant les grandes crises sociales, le délire porte l'empreinte des idées, des émotions et des orages du jour ; que la guerre, la défaite, l'occupation ennemie, le pillage, le bombardement, la famine, l'émeute et l'incendie peuvent conduire à la terreur, et que la terreur communique aux troubles de la raison une couleur spéciale. Aussi vais-je tenter la description des particularités psychologiques qu'il m'a été donné d'observer, pendant la triste et calamiteuse année qui vient de s'écouler, au Dépôt de la préfecture, c'est-à-dire à la première clinique cérébrale de l'Europe.

II

Au lendemain de la bataille de Reichshoffen, la France tressaille de douleur, d'orgueil et d'espérance. Notre armée est battue, elle s'est couverte de gloire, elle peut se relever!

Le désastre de Sedan et la marche des troupes prussiennes sur Paris jettent aussitôt une alarme profonde dans toute la population *extra muros* du département de la Seine. Les familles, déjà très-troublées par le rappel des anciens militaires de 25 à 35 ans, et privées la plupart de leurs défenseurs naturels, s'abandonnent entièrement aux partis les plus extrêmes que conseille la peur, prêtent l'oreille aux bruits les plus sinistres et les

(1) Cet extrait sert d'appendice au livre *le Délire des persécutions*, qui paraît en ce moment à la librairie Henri Plon, rue Garancière, 10.

FEUILLETON

BLACHE

M. Blache, notre estimé, notre bien-aimé collègue, qui fut médecin des hôpitaux pendant trente-cinq années ; qui appartenait à l'Académie depuis 1855 et qui en fut l'honoré président, en 1869 ; M. Blache, par une volonté formelle, expression sublime de sa modestie, a demandé que sa mort ne fût l'occasion d'aucune pompe, qu'aucun discours d'apparat ne fût prononcé sur sa tombe. Mais il n'a pas voulu, cet ami, qui en comptait de si nombreux, qu'un oubli immédiat et complet se fît sur sa mémoire ; il n'a point refusé, ce confrère si plein de bienveillance, le concours respectueux de confrères attristés ; il n'a pas repoussé, ce médecin aux entrailles de père, la foule empressée des mères de familles, ni leurs pleurs contenus, dernier hommage de la reconnaissance.

Il n'a pas rejeté, cet homme aux sentiments élevés, la présence des religieuses de l'hôpital des Enfants, ses anciennes collaboratrices dans le bien.

Il n'a point défendu, enfin, ce cher collègue dont nous venons d'être séparés, qu'un adieu suprême lui fût adressé ici, au milieu de notre Compagnie, glorieuse fraction de la famille médicale.

D'ailleurs, l'eût-il fait, que, pour moi, qui fut uni à M. Blache par une amitié datant des premières années de la vie, amitié doublée de gratitude et qui dura immuable pendant près de cinquante années, ne pas obéir devenait un devoir, le silence eût été presque de l'impiété.

Et puis, n'est-ce pas une œuvre utile à la grandeur et à la vitalité des corporations, que de fixer, par des témoignages écrits, le souvenir de leurs dignitaires ; de prendre, à la dernière heure, l'empreinte, autrement si vite effacée, des chers et illustres morts, nobles images qui deviennent alors un exemple pour les contemporains et pour les générations futures?

Nommé médecin des hôpitaux en 1831, au premier concours qui fut institué après 1830 ; M. Blache, après quatorze années passées au bureau central, à l'hospice des Incurables et à l'hôpital Cochin, arriva, en 1845, à l'hôpital des Enfants, qui fut pour lui la source d'excellents travaux de pathologie infantile, et le théâtre d'une vaste pratique et d'une longue expérience.

Déjà il s'était fait connaître par plusieurs écrits estimables où se décélait son esprit pratique. Il avait, en 1832, remporté un prix à la Société de médecine de Lyon, pour un mémoire sur la *coqueluche*, dont il montrait l'extrême gravité chez les jeunes enfants, et dont il décrivait avec talent les principales complications, et la plus fréquente de toutes, la pneumonie lobulaire.

Un des plus zélés collaborateurs du *Dictionnaire* en 30 volumes, vaste répertoire des connaissances médicales, grande œuvre de la médecine de son temps, il n'y inséra guère moins d'une quarantaine d'articles de pathologie, de thérapeutique, et surtout de pathologie infantile, soit seul, soit associé à des maîtres célèbres : Chomel et Guersant. Les articles qu'il composa en collaboration avec ce dernier (*la Chorée*, dont il exposait le traitement par la gymnastique, lorsqu'il fut candidat à l'Académie; *le croup*, où il établit la distinction si importante entre le faux croup, si effrayant en apparence, et le vrai croup (cette terreur des mères), si effrayant en réalité ; les convulsions, le muguet, la gangrène de la bouche, etc.; ces articles, dont quelques-uns sont de véritables monographies, réunis en volumes, auraient pu former un *Traité complet de médecine de l'enfance*.

Ces divers travaux, fondés sur l'observation et l'expérience cliniques, sont marqués au coin d'une sévère analyse ; ils révèlent l'observateur judicieux, le médecin sagace et consciencieux, dont toutes les aptitudes comme tous les efforts sont consacrés à la recherche du vrai et de l'utile.

Mais les meilleures œuvres sont encore le bien qu'on fait, et l'on peut dire que M. Blache fut, à cet égard, un auteur remarquable et fécond.

En effet, qui fut jamais plus généreux que lui? J'en atteste toute une phalange de médecins distingués, dont, à l'hôpital des Enfants,

plus absurdes, et demandent en vain au calme de la nuit un repos qui les fuit. On disait et on répétait alors que les Prussiens, à leur arrivée dans une localité, s'emparaient des hommes valides et les plaçaient en avant de leurs lignes, qu'ils saccageaient les habitations et qu'ils y mettaient le feu, qu'ils outrageaient les femmes, qu'ils égorgeaient les enfants et les vieillards, etc., etc.

En deux ou trois jours, les habitants des environs de Paris essayent de mettre en lieu sûr tous leurs objets les plus précieux, s'ingénient à trouver des cachettes, et, comme s'ils s'étaient tous donné le mot, ils enfouissent le linge et les vêtements dans la cave; ils enterrent les provisions les moins encombrantes du ménage au pied d'un arbre du jardin; ils déposent l'argenterie dans la plus sombre anfractuosité de la cheminée, et, s'alarmant mutuellement, ils déplacent bientôt leur butin pour le placer ailleurs et le replacer autre part encore. Ils finissent par ne plus se souvenir des endroits qui recèlent telle ou telle de leurs valeurs! Le trouble des esprits est à son comble. Les uns — et c'est le plus petit nombre — sont silencieux, navrés, froidement résignés; les autres, exaltés par la douleur, crient, vocifèrent, maudissent les envahisseurs, s'agitent et sont incapables de faire le plus insignifiant préparatif; ceux-ci pleurent, se lamentent, gémissent, répètent constamment les mêmes paroles, regrettent d'avoir trop vécu et appellent la mort; ceux-là sont tremblants, ont peur de tout, sont effarés, s'attendent à tout, et, véritables victimes d'illusions sensoriales, ils croient entendre le pas des chevaux des éclaireurs, le tintement sinistre du tocsin ou le sifflet de l'avant-garde ennemie, et, s'imaginant qu'ils vont être pris et passés immédiatement par les armes, ils courent se cacher dans quelque coin obscur. A ce moment, on observe quelques cas de suicide aigu.

A partir des premiers jours d'août jusqu'au 15 septembre 1870, le chiffre des individus atteints ou soupçonnés de folie fléchit sensiblement au Dépôt municipal des aliénés. La population, on vient de le voir, passe par toutes les préoccupations et par toutes les angoisses; les commissaires de police ont moins de temps à consacrer aux enquêtes sur les malades, et ajournent les cas les moins pressants; les jeunes hommes appelés à faire partie des levées extraordinaires se mettent en route; le mouvement des affaires se suspend tout d'un coup, et tous les rouages sociaux s'arrêtent à la même heure.

La clinique cérébrale commence à se modifier, et le contingent habituel de nos hôtes perd déjà sa physionomie traditionnelle. Nous recevons, par exemple, des alcoolisés aigus, dont l'âge oscille entre dix-sept et vingt-deux ans! Ces jeunes ouvriers se sont trouvés sans ouvrage ou se sont enflammés à la patriotique pensée de la défense du drapeau national. Ils ont trop fêté leur départ, ou ils ont cherché trop de consolations à leur tristesse. L'expectation, quelques bains et un repos de trois jours suffisent le plus souvent pour rappeler l'état normal.

Suivons le cours des événements.

III

Paris est investi. La garde nationale s'exerce à toute heure, dans les rues, au maniement du fusil; elle s'équipe, elle s'arme, elle va monter sa faction aux fortifications. L'excitation intellectuelle est générale, l'activité se dépense en démarches mal combinées, en discours inutiles, en oisiveté professionnelle coûteuse, en boissons exagérées. L'ouvrier lit les journaux, ne travaille pas, boit le montant de sa solde et entame ses économies. La femme et les enfants sont au logis ou errent dans les rues; la gêne menace, la misère se prépare.

Les sergents de ville et les gardes de Paris ont disparu depuis le 4 septembre. La garde nationale se charge de la police intérieure de la grande ville, et elle arrête des individus à mine douteuse qui rôdent auprès des fortifications. La foule les prend pour des espions prussiens, et leur fait parfois un mauvais parti. Ce sont des aliénés abandonnés à eux-mêmes, et qui font de leur liberté l'usage le plus inconscient.

Parmi les gens de cette catégorie, j'examine un jour un prétendu Allemand à peu près déguisé en prêtre et ayant de mystérieuses allures. Il porte une très-longue barbe noire, parle avec une surprenante facilité et se présente avec un aplomb presque intimidant. C'est un missionnaire français; il est ardent, convaincu et brave, et connaît aussi bien la Chine et le Japon que Paris et l'hospice de Bicêtre. Il a été partout, et plusieurs fois sa raison s'est passagèrement éclipsée. Je le trouve exalté, mais lucide, et certainement inoffensif. Il revient une seconde fois, tout couvert de contusions; il a été battu auprès du donjon de Vincennes par une patrouille avinée. Je gronde ce récidiviste, je l'engage à servir comme aumônier militaire, je statue encore favorablement sur son état mental. Que devint-il? Le 24 mai 1871, à la Roquette, à sept heures quarante-cinq minutes du soir, — le premier des otages, — il était fusillé! il s'appelait l'abbé ***.

Tandis que la garde nationale envoie chaque jour au Dépôt des alcoolisés à tous les degrés, le gouvernement de la défense nationale reçoit des lettres sans nombre d'une quantité de donneurs de conseils, atteints la plupart de délire partiel ou de paralysie générale au début. Il leur accorde même des audiences. Toute la série des *inventeurs* y passe, et les plans les plus ridicules sont proposés, soutenus et discutés.

Une nuit, à trois heures du matin, un lieutenant se présente chez le ministre des travaux publics. Il est porteur de papiers d'une importance extrême, et son entrevue avec le ministre ne peut pas souffrir une seule minute de retard. M. Dorian se lève et reçoit le visiteur, qui déroule aussitôt des dessins représentant tout un système de canons superposés, rapidement transportable d'un point à un autre, mû par une machine à vapeur, et pouvant aisément broyer dix mille Prussiens en cinq minutes. Le ministre inscrit le nom et l'adresse de l'officier. Le lendemain, il fait prendre de ses nouvelles. — Ce malheureux malade, que je vois souvent, est incurable aujourd'hui.

Le délire mélancolique, avec prostration, pleurs, gémissements, panophobie, hallucinations de l'ouïe, dégoût de la vie et refus d'aliments, se montre chez la femme. Quelques cas paraissent très-graves.

Les hémiplégiques, qui dans certains bataillons n'ont pas pu se faire accepter comme cantiniers, plantons, secrétaires, brancardiers ou préposés divers, se trouvent sans ouvrage, sans solde, sans pain et sans asile. Le Dépôt est leur suprême ressource.

IV

Du 10 au 16 septembre, les habitants de la banlieue, au nombre de trois cent cinquante mille, viennent s'enfermer dans Paris. Le gouvernement de la défense nationale et les municipalités des vingt arrondissements font les plus grands efforts pour recueillir, loger et secourir toutes ces victimes de l'invasion. On met en réquisition les logements vacants, et l'on abrite une quantité considérable de malheureux dans les wagons qui heureusement encombrent toutes les gares. Je visite ces installations sommaires, et je me demande ce qu'il faut le plus admirer, ou de la bienfaisance sincère du gouvernement ou de la résignation stoïque des assistés. Cependant le dénûment est si profond et les besoins de la population suburbaine se multiplient tellement, au fur et à mesure que les soirées deviennent fraîches, qu'il est bien difficile de sécher toutes les larmes! Les réfugiés songent alors à se séparer de ce qu'on appelle « les bouches inutiles », et le Dépôt hospitalise les enfants infirmes, faibles d'esprit, arriérés, imbéciles, épileptiques ou idiots, qui jusque-là sont restés sous l'aile protectrice de la mère, ainsi que les vieillards affaiblis, décrépits, paralytiques, déments ou gâteux, sur lesquels ont toujours veillé, dans des temps moins durs, les institutions de bienfaisance, la charité privée ou une filiale commisération.

Un sérieux embarras survient: l'administration générale de l'assistance publique doit, aux approches de l'ennemi, faire évacuer les hospices et maisons de secours de la banlieue, et assurer une indemnité quotidienne en argent à tous ses pensionnaires. La population invalide s'accroît d'autant.

Il importe de faire ici un rapprochement. A Paris, les ouvriers ne conservent pas et n'assistent pas à domicile leurs ascendants. Ils les font placer dans les salles de la vieillesse, à Bicêtre et à la Salpêtrière, dans les quartiers d'incurables, à Ivry, dans les établissements des Petites-Sœurs des pauvres, ou dans les grands dépôts de mendicité de Villers-Cotterets et de Saint-Denis. Les suburbains, au contraire, logés en général d'une façon plus spacieuse, gardent avec eux les septuagénaires ou les octogénaires, et lorsque ces derniers sont encore un peu valides, ils les occupent à de menus travaux, soit au jardin, soit aux champs, ou leur confient la surveillance et le soin des bestiaux. Les réfugiés entrent donc à Paris avec leurs ascendants, mais les événements rendent difficiles et onéreux les secours de la famille. A charge à leurs enfants et à charge à eux-mêmes, les vieillards tombent nécessairement à la charge de la ville. Le Dépôt leur ouvre ses portes, et me voici étudiant l'usure cérébrale sénile à toutes ses périodes de dégradation progressive, depuis la simple diminution intellectuelle jusqu'à l'abolition des instincts.

Les suburbains fournissent assez peu de cas d'aliénation mentale aiguë. Je dois cependant une mention particulière à R..., arrêté le 16 septembre, sur un boulevard, pour scandale sur la voie publique et coups portés à l'une des personnes de l'attroupement. Il entre comme prévenu au Dépôt, et est interrogé presque immédiatement par un magistrat, ainsi que le veut la loi récente sur les flagrants délits. R... est très-exalté, et ne veut à aucun prix se séparer du drapeau dont il est porteur. Je suis commis pour procéder sans retard à l'examen de son état mental, et je m'acquitte aussitôt de mon mandat d'expert en mon honneur et conscience. A peine R... a-t-il commencé à me raconter que « Dieu lui a révélé, depuis bientôt six ans, que les enfants de Louis-Philippe premier et dernier sont les descendants du geôlier Chiappini, qui n'ont aucun droit comme princes de sang royal », et qu'il est *en communication parlée avec les anges*, que je l'interromps: « Dans les premiers jours de novembre 1852, lui dis-je, vous étiez un soir à l'Opéra-Comique. Le président de la République était dans sa loge. Pendant un entr'acte, vous êtes monté sur une banquette, vous avez récité des vers et proclamé Napoléon empereur de France et d'Algérie. Vous avez été conduit à Charenton; c'est là que je vous ai connu, j'y étais alors interne en médecine. Vous êtes R..., ancien *** à ***, je vous connais. » Ma mémoire m'avait fidèlement servi: c'était lui. J'atteste la folie. Le parquet se dessaisit du dossier. L'autorité administrative envoie le malade à l'asile Sainte-Anne, et c'est de là, quelques jours après, qu'il écrit à M. le général Trochu une lettre dont voici quelques fragments:

23 septembre 1870.

« ..... J'apporte avec moi le drapeau de Jeanne d'Arc, que je considère comme la nouvelle patronne de la France. Ce drapeau contient les inscriptions suivantes: *Jesus, Maria. — Vive la nation! — Jeanne d'Arc, vierge et martyre, protége la France.*

« Je suis républicain, quoique catholique fervent et convaincu. J'ai une grande confiance en mon drapeau, que j'ai fait bénir par un prêtre.

« Avec ce drapeau pour seule arme, j'offre de défendre le fort de Paris le plus maltraité par l'ennemi, en me soumettant aux exigences de l'autorité militaire et en conservant mon costume civil, et même, s'il n'y a aucun inconvénient, mon costume de pauvre et d'aliéné.

« ..... Si le gouvernement de la défense nationale adopte mes idées, j'espère conduire l'armée et les citoyens français à une victoire éclatante dans une attaque vigoureuse et de nuit, faite à ces cris formidables poussés simultanément et par nous tous: *Au nom de Dieu et de Jeanne d'Arc, mort aux Prussiens!* »

R... se calme, s'améliore promptement et quitte l'asile. Le premier usage qu'il fait de sa liberté est de m'intenter un procès en police correctionnelle « pour attentat à la liberté individuelle », et de me demander dix mille francs de dommages et intérêts! Je fais défaut. Il plaide lui-même, déploie son drapeau devant les juges, et est condamné aux dépens. Il en appelle à la Cour. Je continue à faire défaut. Il prend encore la parole, mais il ne lui est pas permis cette fois d'exhiber l'étendard de Jeanne d'Arc. La Cour confirme. — Avec l'argent que lui coûtent ses procès, que de choses R... pourrait faire en faveur de ses cinq enfants! Ce n'est pas un méchant homme. Je le plains bien. Puisse-t-il guérir!

---

il avait parfait l'éducation scientifique, et dont, en ville, il commença la fortune médicale par une initiative tutélaire.

Mais revenons à la vie scientifique de M. Blache.

Ses travaux spéciaux le désignèrent de bonne heure à l'opinion publique comme médecin d'enfants; c'était pour lui comme une vocation naturelle, et cette vocation fut fixée par son alliance avec la famile Guersant. Éminent praticien, Guersant jouissait depuis longtemps d'une juste renommée, due à ses écrits et à son enseignement clinique à l'hôpital des Enfants.

Professeur libre, et seul professeur, il avait formé plusieurs générations de médecins à cette étude si peu connue jusque-là, et, depuis, cultivée avec un succès progressif.

Lui-même fils de médecin, M. Blache entra ainsi dans une famille où la haute honorabilité et le talent de praticien étalent des qualités héréditaires: une famille aux solides vertus, où régnaient l'union inaltérable et le bonheur intime, bonheur réciproque qui dura près d'un demi-siècle.

Il rehaussa de ses mérites propres le légitime éclat de cette famille; il en augmenta le patrimoine moral et le transmit à de dignes fils, dont l'un, atteint d'un mal contagieux, est mort victime de son dévouement professionnel, et dont l'autre a hérité des qualités sérieuses et aimables de son père.

Les dons du caractère qui brillaient réunis, chez M. Blache, à l'égal du savoir, lui gagnèrent bien vite le cœur des mères.

Et, en effet, « certaines qualités sont plus particulièrement requises chez le médecin des enfants: à la fois prudent et décidé, il devra saisir d'un coup d'œil les premiers traits de la maladie, la deviner à travers les obscurités d'un diagnostic complexe; il devra être prompt à porter un jugement certain et fondé sur l'expérience; mais, avant tout, il devra être doux et patient; qu'il ait l'art d'aborder ses petits malades, qu'il leur sourie, qu'il s'accommode à leur langage et se prête même à leurs jeux; qu'il aime les enfants; qu'il soit bon et affable; qu'il ait le *cœur maternel.*

« Le praticien savant et expérimenté qui possède l'heureux assemblage de ces dons de l'esprit et de ces qualités morales sera le médecin des enfants par excellence. Et que de services il rendra aux familles, à la société, en protégeant contre la maladie ces frêles existences, en assurant la conservation de ces êtres délicats et charmants qui sont la fleur de la vie! »

Quand j'ai tracé ce portrait, c'est M. Blache qui posait devant moi.

Véritable médecin, dans la plus large et la plus sympathique acception du mot, combien il était habile à guérir et habile à consoler! il venait au secours des souffrants le sourire aux lèvres et au cœur. Comme il savait dissimuler ses craintes, ne laissant briller que l'espérance sur sa physionomie pieusement menteuse! Comme il était touché réellement de ces inquiétudes, de ces douleurs des mères, exagérées parfois jusqu'à la folie et si naturelles par leur exagération même; et comme aussi il s'associait à leurs joies alors que, triomphant du mal, il avait pu leur conserver leur enfant!

Combien excellent il se montrait en consultation avec les médecins qui réclamaient l'aide ou le contrôle de son immense expérience! Quelle simplicité, quelle aménité, quelle confraternité vraie dans ses rapports avec ses confrères, toujours disposé à s'effacer lui-même pour les faire valoir! Et comme en même temps il savait leur être utile par la sûreté de son diagnostic et par les ressources presque inépuisables de sa thérapeutique!

M. Blache fut également le type du médecin d'hôpital: d'une exactitude à faire envie aux plus jeunes, il soignait les enfants des pauvres avec un zèle et une ardeur soutenus, et il donnait ainsi à ses disciples, dans sa visite doublement fructueuse, des leçons de savoir et de charité.

Tous ces mérites le désignèrent naturellement lorsqu'il s'agit de choisir un médecin pour des enfants princiers. Montrant auprès des grands les qualités qu'il déployait auprès des humbles, il ne tarda pas à conquérir l'affectueuse estime d'augustes clients, et le médecin de l'hôpital des enfants devint l'ami de la royale maison de France.

Plus tard, les douleurs de ces augustes clients devinrent comme les siennes propres. Au jour de la catastrophe, il avait veillé jusqu'au dernier moment sur les jeunes princes, et si, trop de liens sacrés le retenant au rivage, il ne put les suivre dans leur exil, du moins fit-il aux nobles bannis des visites répétées et fut-il toujours avec eux par la pensée.

Aussi quelle joie vive (et pure de tout intérêt personnel, car déjà il se sentait frappé à mort) quand ces citoyens honnêtes, que leur

V

Dans la seconde quinzaine du mois de novembre et pendant le mois de décembre 1870, les populations agglomérées souffrent. La santé publique devient mauvaise. Les hôpitaux regorgent de malades. La variole sévit avec une redoutable intensité. L'hospice civil de Bicêtre, à Gentilly, bien que placé sous le feu de l'ennemi, est converti depuis les premiers jours du siége en hôpital militaire de varioleux, et le voici qui reçoit cent cinquante malades par jour, sortant des rangs de l'armée ou de la garde mobile. Le chiffre de la mortalité, à Paris, s'élève de plus en plus. Le rationnement devient chaque jour plus exigu. Les provisions s'épuisent. Les queues aux portes des cantines municipales s'allongent. Le moral de la population est très-bon. Personne ne songe à se plaindre !

Au Dépôt, si le délire alcoolique est loin de diminuer chez les hommes, il est de plus en plus fréquent chez les femmes. La viande de cheval est si rare et elle coûte si cher, que beaucoup de personnes trempent leur pain dans du vin ! Les troubles les plus variés apparaissent du côté de l'intelligence, des appareils des sens et de la motilité, et l'on observe un nombre très-considérable d'alcoolisés subaigus, avec idées de persécution, craintes d'être poursuivi, arrêté et fusillé, hallucinations de la vue, angoisses mélancoliques lugubres, idées de suicide, insomnie absolue, etc., etc. Le véritable délire des persécutions se remarque aussi. La paralysie générale est rare. Quelques femmes, présentant déjà les signes les plus évidents d'un appauvrissement physique très-marqué, sont affectées de délire mélancolique sérieux. Le défilé des démences apoplectiques et des démences séniles continue toujours.

Le combustible manque partout. Le froid est très-vif. Le 25 décembre, le thermomètre descend, à Bicêtre, à — 15° 1/10° (et depuis longtemps il n'y a de feu dans aucune salle), mais il n'accuse que — 13° 6/10° à Paris. La variole augmente encore. Les lésions aiguës des voies respiratoires sont d'une exceptionnelle gravité. Les vieillards notamment succombent avec une rapidité anormale. Que peut donc nous apporter la prochaine année?

(*A suivre*).

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 26 septembre 1871. — Présidence de M. Barth.

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

Elle comprend : 1° une observation de M. le docteur Dechaux (de Montluçon) relative au passage d'une pièce de 5 francs en argent à travers les voies digestives et aux inconvénients du crochet œsophagien de Graeff (Comm.: MM. Gosselin et Demarquay); — 2° un mémoire sur l'*Oidium aurantiacum*, par M. Besnou, ancien pharmacien à Avranches (Comm.: MM. Larrey, Poggiale, Behier, Gaultier de Claubry et Vulpian); — 3° une lettre de M. Desfemmes, médecin vétérinaire à Feltin (Creuse), qui demande, au nom du conseil municipal de cette commune, l'avis de l'Académie sur l'opportunité de la vaccination dans le cours d'une épidémie de variole (Comm. de vaccine).

PRÉSENTATIONS

M. Richet présente, de la part de M. le professeur Sirus Spirondi (de Marseille), le compte rendu de la clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu de cette ville pendant le semestre d'été 1869.

M. Poggiale dépose sur le bureau une note de M. Commaille, pharmacien militaire, sur la diffusion des liquides albumineux au contact de l'eau distillée.

M. Blot, à l'occasion du procès-verbal, demande à faire des réserves au sujet de la communication que M. Demarquay a faite dans la dernière séance. On se rappelle qu'à l'appui de cette communication, M. Demarquay avait mis sous les yeux de l'Académie les poumons et le foie d'un lapin dans les os duquel il avait injecté du pus et chez lequel il prétendait avoir ainsi provoqué l'infection purulente.

M. Blot, qui a examiné ces pièces avec une grande attention, affirme n'avoir rien trouvé dans les poumons qui ressemblât à des abcès métastatiques. Quant au foie, il a bien constaté la présence d'une petite tumeur blanchâtre, mais sur le caractère de laquelle, selon lui, il est impossible de se prononcer avant l'examen microscopique. Rien ne prouve donc, aux yeux de M. Blot, que M. Demarquay ait provoqué chez ce lapin une infection purulente.

M. J. Guérin dit que les dessins joints à cette communication, dont vient de parler M. Blot, témoignent seulement de la présence de matière purulente dans les os atteints. Ces os fracturés peuvent devenir un foyer d'infection, mais il n'est pas nécessaire, ajoute M. Guérin, qu'il y ait d'ostéo-myélite.

LECTURE

M. Roger a la parole pour la lecture de la notice nécrologique qu'il a faite sur M. Blache.

Cette lecture est accueillie par les applaudissements de l'Académie (Voir le feuilleton).

Discussion sur l'infection purulente (Suite).

M. Piorry donne lecture de deux observations qu'il a eu l'occasion de recueillir pendant les événements du second siége de Paris, et qu'il présente comme de nouveaux exemples de pénétration de pus dans les veines; il s'agit de plaies par armes à feu, dont l'une était compliquée de fracture de deux métacarpiens et l'autre de fracture comminutive du péroné. Ces blessures ayant été traitées par l'occlusion et les malades ayant présenté des accidents pyoémiques, M. Piorry se demande s'il eût été préférable de pratiquer l'amputation des membres blessés avant l'apparition des accidents traumatiques, de l'inflammation et de la suppuration. M. Piorry déclare qu'il fallait ne pas opérer, à cause des chances périlleuses qu'aurait présentées à ce moment l'amputation de l'avant-bras et de la jambe. Nous avons eu d'ailleurs, ajoute M. Piorry, à nous féliciter d'avoir agi conformément à cette manière de voir; car le blessé qui fait le sujet de la première observation a vécu vingt-sept jours après la blessure, et c'est au moment où les fractures étaient dans le meilleur état, qu'une esquille a déchiré une veine et que le pus devenu fétide a pénétré dans le sang, a causé une splénopathie et une hémorrhagie bronchique devenues promptement fatales.

Quant à l'autre malade blessé il y a plus de trois mois, malgré un œdème de la jambe droite et un petit abcès pleurétique à gauche, affection qui s'améliore chaque jour, tout fait espérer une guérison parfaite.

Dans ces deux cas, presque immédiatement après la pénétration du pus fétide dans les veines, se sont déclarés avec intumescence de la rate, des accès fébriles intermittents, qui ont cédé à l'administration de l'extrait de berberisse et du sulfate de quinine. Ces faits démontrent que les matières septiques se déposent dans la rate, qui augmente de volume et devient le point de départ d'une fièvre intermittente ou rémittente. M. Piorry, discutant le mécanisme de la formation des abcès métastatiques, les attribue à l'arrêt des globules purulents dans les capillaires, où ils déterminent autour d'eux des coagulations sanguines qui causent des *phlembemphraxis* et qui donnent lieu, par suite, à l'infiltration des parties sous-jacentes.

Suivant M. Piorry, il n'est pas nécessaire pour expliquer les phénomènes traumatiques d'invoquer une disposition, un état particulier que l'on proclame vital; le traumatisme, dit-il, est la réunion d'actes purement organiques, qui parfois manquent, varient de caractère, de degré, d'intensité, suivant une foule de circonstances afférentes à la constitution de l'individu ou à l'état de la plaie.

M. Bergeron monte à la tribune pour donner une seconde lecture d'un projet d'instruction populaire, sur les dangers de l'abus des boissons alcooliques.

Sur la proposition de M. Hardy, l'Académie décide le renvoi de cette lecture et de la discussion de ce projet au commencement de la prochaine séance.

La séance est levée à cinq heures.

TABLETTES

DU MÉDECIN-LÉGISTE

(Suite)

IX

Maisons de santé. — Les maisons de santé, où l'on reçoit à demeure et à titre onéreux les femmes enceintes pour y faire leurs couches, ne peuvent être confondues avec les lieux publics, sur lesquels la police est appelée à exercer une surveillance, si les préfets n'ont été investis, à l'égard de ces établissements, d'aucun droit de réglementation (C. pén., 471, n° 15).

Par suite est illégale la disposition d'un arrêté préfectoral qui assujettit à la surveillance de l'administration les maisons d'accouchement où les femmes sont reçues à titre onéreux. — C. cass., ch. crim., 23 janv. 1864. — Cf. Dalloz, *Jur. gén.*, 1864, 1re partie, p. 152.

X

Maladie (dernière). — **Faillite.** — Le privilége, établi par l'article 2101-3°, C. Nap., pour les frais de la dernière maladie, ne s'applique qu'aux frais causés par la maladie suivie du décès du débiteur, et non à ceux de la maladie qui a précédé l'époque où l'insolvabilité du débiteur a éclaté, et, par exemple, l'époque de la déclaration de sa faillite (C. Nap., 2101).

En conséquence, le médecin n'a droit à aucun privilége, pour la rémunération des soins qu'il a donnés au débiteur dans une maladie à laquelle ce dernier n'a pas succombé, alors même qu'il les lui aurait donnés jusqu'au jour de la déclaration de sa faillite. — C. cass., ch. civ., 21 nov. 1864. — Cf. Dalloz, *Jur. gén.*, 1864, 1re partie, p. 457.

— Quelle qu'ait été la durée de la maladie pendant laquelle a été fait le testament et à laquelle a succombé le testateur, les dispositions faites dans ce testament en faveur des personnes mentionnées en l'article 909 C. Nap. doivent être annulées, alors même que le cours de cette maladie a été marqué par des intermittences qui laissaient un peu de repos au malade, et lui permettaient de se livrer à certains travaux, si d'ailleurs il est constant, en fait, qu'il a toujours été atteint de cette maladie depuis son invasion, maladie qui, persévérant dans son cours, a été fatale dans son issue (C. Nap., 909).... — C. de Toulouse, 12 janv. 1864. — Cf. Dalloz, *Jur. gén.*, 1864, 2e partie, p. 9.

DOCUMENTS

POUR SERVIR A L'HISTOIRE DU MOUVEMENT SCIENTIFIQUE PENDANT LE SIÉGE DE PARIS (1).

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 6 février 1871. — Présidence de M. Faye.

(Suite.)

Réflexions à propos de la lettre du comte de Cassini. — M. Chasles. Je regrette très-vivement que deux points des observations de M. Delaunay (séance du 23 janvier) me mettent dans la nécessité de reprendre la parole.

Premièrement : M. Delaunay change l'état de la question et intervertit les rôles. Il dit : « Mon rôle est bien simple. J'ai trouvé dans les papiers que Cassini IV a laissés à l'Observatoire, en 1793, la copie d'une lettre.... Je donne cette lettre telle qu'elle est, sans avoir à y joindre aucun commentaire. Maintenant qu'elle est publiée, chacun l'appréciera. »

Ainsi voilà le rôle que se donne M. Delaunay, et cependant c'est lui qui a introduit *la discussion*; car s'il a communiqué la lettre du comte de Cassini, d'abord sans commentaire, j'ai agi de même à l'égard de l'ouvrage de Ch. Perrault.

J'ai fait précéder la lecture du passage de cet ouvrage d'un préambule fort court, que j'avais eu l'intention de communiquer à M. Delaunay avant de demander la parole, et par lequel j'annonçais simplement qu'il existait un récit de Ch. Perrault tout opposé à celui du comte de Cassini; puis, sans émettre aucun jugement sur les deux pièces, j'ai donné lecture, dans le livre même de Perrault, du document annoncé.

C'est après cette lecture que M. Delaunay a pris la parole pour réfuter le récit de Ch. Perrault. Il avait déjà fait, pendant ma lecture même, cette objection, que Ch. Perrault était le frère de Claude, l'architecte de l'Observatoire, c'est-à-dire qu'il n'inspirait pas toute confiance : objection qu'il n'a pas reproduite, ayant réfléchi sans doute qu'elle pourrait tourner contre l'auteur de l'anecdote de famille de Cassini IV.

J'ai dû répondre aux objections de M. Delaunay, et ma réponse, insérée au *Compte rendu* de la séance, constate l'exactitude du court exposé actuel de la manière dont la discussion a été introduite. Car

(1) Suite. — Voir le dernier numéro.

---

patriotisme avait éloignés, quand ces vaillants princes, que ramenait leur patriotisme, touchèrent le sol de la patrie, qui leur était enfin rendue, mais à force de malheur.

M. Blache fut un des membres les plus assidus de notre compagnie; il y fit plusieurs rapports remarqués, et entre autres sur la chorée, sur le traitement de la phthisie par les voyages maritimes.

Homme de devoir avant tout, il tenait à s'acquitter complétement des obligations académiques; malgré les empêchements d'une longue et cruelle maladie, doucement et philosophiquement supportée, il assista jusqu'aux dernières semaines à nos séances: et de même, malgré cette redoutable affection, qui épuisait son sang et sa vie, sans troubler les sérénités de son âme, il avait courageusement rempli ses fonctions de président.

C'est le même sentiment, la même religion du devoir, qui le fit rester dans Paris investi, et, pendant un long siége, si douloureux à son patriotisme, se soumettre volontairement à des souffrances et à des privations périlleuses pour son organisme ébranlé.

Messieurs, en nous rappelant quel fut M. Blache, nous comprenons sa fortune médicale, sa haute et enviable position, ses succès dans la science et dans la profession, succès auxquels tous, élèves, contemporains et maîtres mêmes, ont toujours cordialement applaudi; c'est que M. le docteur Blache avait plus que le savoir, il avait la *bonté*, ce charme de tous les âges, cette grâce suprême du vieillard.

Les récompenses accordées au mérite, et qu'il serait injuste de réserver seulement au mérite militaire, ne pouvaient manquer à M. Blache : comme Ambroise Paré, chirurgien sous trois rois, il fut nommé chevalier de la Légion d'honneur sous Charles X, officier sous Louis-Philippe, et commandeur en 1870. Mais ces décorations lui étaient venues sans poursuite de sa part; et, aussi peu soucieux de l'ostentation de la mort qu'il l'avait été de l'ostentation de la vie, il recommanda d'une manière expresse qu'elles ne fussent pas fastueusement placées sur le char funèbre.

Mais l'Académie tout entière; mais les médecins des hôpitaux et de nombreux confrères de la ville n'en ont pas moins fait à notre éminent et affectionné collègue des funérailles dignes de son cœur noble et aimant : unanimes dans nos regrets, comme nous l'avions été dans nos suffrages en ce jour si honorable, si fortuné pour M. Blache, où il fut nommé président de l'Académie de médecine tout d'une voix et comme par une acclamation sans exemple dans les élections académiques; unanimes dans nos profondes sympathies, nous lui avons fait un cortége de nos douleurs; nous avons enseveli silencieusement le mort bien-aimé dans nos respects et notre sincère affliction.

Je m'arrête : si je laissais parler entièrement mes sentiments, si je louais pleinement M. Blache, ainsi qu'il mériterait de l'être, je craindrais d'offenser sa mémoire : car la louange, que d'autres aiment excessive et même prolongée outre-tombe, il ne la souffrait que discrète et mesurée. Il me faut donc refouler au dedans de moi l'expression éclatante du deuil commun : qu'il me soit permis du moins, à moi qui perds le plus dans cette amère séparation, de répéter avec le poëte :

Multis ille bonis flebilis occidit,
Nulli flebilior quàm mihi.

Docteur Henri Roger.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments ou autres objets).

De la nécessité de l'éducation physique et de l'organisation des gymnases municipaux hydrothérapiques, par le docteur E. Dailly. Brochure de 24 pages. — Prix : 1 franc.

Capvern. Ses eaux minérales. Applications thérapeutiques par le docteur Michel Tigier, médecin inspecteur des eaux de Capvern, ancien interne des hôpitaux de Toulouse, etc. 1 vol. in-8° de 300 pages. — Prix : 2 fr. 50 c.

De la fièvre syphilitique, par le docteur Courteaux. In-8°. — Prix : 2 francs.

Diagnostic des manifestations secondaires de la syphilis sur la langue, par le docteur Saison. In-8°. — Prix : 1 fr. 50.

j'ai dit : « Puisque des observations me sont opposées en faveur de la lettre, je dois y répondre par quelques considérations que je pensais qu'il ne me serait point nécessaire de produire. »

Ainsi voilà un point de fait parfaitement clair : ce n'est pas moi, mais bien M. Delaunay qui a introduit la discussion. Son rôle a donc été tout autre que celui qu'il s'attribue.

Deuxièmement : M. Delaunay dit « qu'il ne lui serait pas difficile de réfuter, une à une, les diverses parties de l'argumentation de M. Chasles. » Et il donne trois preuves ou exemples, à l'appui de son assertion.

1° Il m'oppose que la copie de lettre qu'il a publiée est de la main du comte de Cassini. Or, il ne l'avait pas dit ; mais, du reste, je n'ai point exprimé le contraire, puisque j'ai émis simplement cette double hypothèse, que cette pièce pouvait être un premier projet, conçu par Cassini lui-même, ou par un secrétaire.

Il n'y a donc point là une preuve qu'il serait facile à M. Delaunay de réfuter les différentes parties de mon argumentation.

2° J'ai dit que l'on ne saurait croire que le comte de Cassini aurait écrit que son bisaïeul ne savait que fort mal le français, quand ses ouvrages et ses nombreux mémoires prouvaient tous qu'il était parfaitement familiarisé avec notre langue. Et j'ai dit, en même temps, que l'on ne saurait croire non plus que Perrault se serait permis, et cela en présence du roi et de Cassini lui-même, ces paroles grossières, rapportées dans l'anecdote : *Ce baragouineur-là ne sait ce qu'il dit.*

M. Delaunay ne relève que la première partie de cette double observation ; il cite un passage des mémoires de D. Cassini qui dit que sur l'invitation de ses collègues de l'Académie qui le forcèrent de parler bien ou mal en français, il fit ce qu'il put pour les satisfaire, tellement qu'au bout de *peu de mois*, s'étant trouvé à l'Observatoire avec le roi, Sa Majesté lui fit compliment de ses progrès dans la langue française.

Il se pourrait bien que cette conférence avec le roi, à l'Observatoire, fût précisément celle dont il est question dans l'anecdote. Car, d'une part, Cassini ne parle point de cette dernière, et, en outre, l'on ne trouve point, je crois, dans l'histoire du règne de Louis XIV qu'il eût coutume d'aller à l'Observatoire.

L'objection de M. Delaunay n'est donc pas parfaitement fondée ; néanmoins je ne la récuse pas. Mais je fais remarquer que notre confrère passe sous silence la seconde partie de mon argument, qui est la plus importante comme se rapportant très-directement à l'anecdote que j'ai mise en doute, et dont il évite avec grand soin de parler, malgré mon insistance.

Il n'y a donc pas encore ici de preuve qu'il lui serait facile de réfuter une à une les diverses parties de mon argumentation.

Je passe au troisième paragraphe, qui est plus important.

3° M. Delaunay dit : « M. Chasles, et c'est là *l'objet principal de ses observations*, tend à établir que D. Cassini n'a proposé que deux modifications au plan de l'Observatoire, et que ses demandes à ce sujet ont été accueillies, malgré les insistances de Perrault en faveur de son projet primitif déjà en voie d'exécution. »

Ici M. Delaunay déplace la question. Ce qu'il rapporte, en me l'attribuant, comme étant l'objet principal de mes observations, se trouve dans l'ouvrage de Perrault que j'ai opposé, nûment et sans commentaires, à l'anecdote du comte de Cassini : et mes observations, en réponse aux objections de M. Delaunay, ont porté sur deux points très-différents : sur ce fait très-significatif et sur lequel j'ai insisté, savoir, que le comte de Cassini a passé sous silence l'ouvrage de Ch. Perrault ; et sur l'anecdote que j'ai réfuté par bien des considérations et dont M. Delaunay ne veut pas parler, bien qu'elle soit le seul sujet qui m'ait induit à opposer l'ouvrage de Ch. Perrault à la lettre du comte de Cassini, comme je l'ai toujours dit.

M. Delaunay ajoute : « Perrault ne se préoccupe que de *la grande corniche et du grand escalier* de l'édifice imaginé par son frère. » Mais comment n'a-t-il pas vu que ces deux parties du monument qu'il a fallu modifier en gâtant le projet primitif de l'architecte pour satisfaire à la demande de D. Cassini, sont la preuve manifeste que cette grande salle d'observation que l'illustre astronome exigeait lui a été accordée. Tout le monde reconnaît que l'escalier formé de deux parties si disparates a été gâté. Qui oserait dire que tel a été le projet primitif de Claude Perrault, dont on n'a cessé d'admirer dans tous les temps les conceptions grandioses et magnifiques?

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La Société de chirurgie reprendra ses séances mercredi 4 octobre.

— Le Bulletin hebdomadaire des causes de décès pour Paris, du 16 au 22 septembre 1871, donne les chiffres suivants :

Variole, ». — Scarlatine, 2. — Rougeole, 6. — Fièvre typhoïde, 35. Typhus, ». — Érysipèle, 1. — Bronchite, 45. — Pneumonie, 33. — Diarrhée, 55. — Dysenterie, 35. — Choléra infantile, 17. — Choléra nostras, 2. — Angine couenneuse, 4. — Croup, 5. — Affections puerpérales, 2. — Autres causes, 590. — Total : 832.

Celui de Londres donne les chiffres suivants, du 10 au 16 septembre 1871 :

Variole, 57. — Scarlatine, 32. — Rougeole, 16. — Fièvre typhoïde, 25. — Typhus, 11. — Érysipèle, 7. — Bronchite, 58. — Pneumonie, 39. — Diarrhée, 268. — Dysenterie, 1. — Choléra infantile, ». — Choléra nostras, 15. — Angine couenneuse, 8. — Croup, 5. — Affections puerpérales, 10. — Autres causes, 870. — Total : 1,422.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

N° 103. — JEUDI 31 AOUT 1871. 44e ANNÉE. JEUDI 31 AOUT 1871. — N° 103.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois... 8 fr. 50 c.
Six mois..... 16 —
Un an...... 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 28 septembre 1871.

DE L'ÉTAT MENTAL DES HABITANTS DE PARIS
PENDANT LES ÉVÉNEMENTS DE 1870-1871

Par M. LEGRAND DU SAULLE (1)

(Suite et fin.)

VI

Le 1er janvier, l'artillerie prussienne occupe une très-solide position sur le plateau de Châtillon, et ouvre jour et nuit un feu incessant sur Montrouge, la barrière d'Enfer, le faubourg Saint-Jacques, l'Observatoire et le Panthéon. La population de ces quartiers est épouvantée et ne dort plus ; elle déménage ou descend dans les caves, ne peut rester en place, s'abandonne à un besoin irréfléchi de mouvement et colporte les bruits les plus sinistres : « Telle maison vient de recevoir tant d'obus, telle personne vient d'être tuée dans la rue, le feu est à tel endroit, le Panthéon va sauter. » Les sujets à imagination impressionnable, à intelligence faible, à préoccupations hypochondriaques, à tendances mélancoliques ou à menaces cérébrales héréditaires n'offrent au péril et à toutes les conséquences du bombardement aucune résistance morale et se laissent gagner par la terreur. En proie à une panophobie réelle, à des illusions et à des hallucinations de la vue et de l'ouïe, aux conceptions délirantes de l'ordre le plus lugubre, à de l'hypéresthésie cutanée et à des tremblements de tous les membres, ils arrivent au Dépôt municipal, le corps infléchi en avant, dans l'attitude de la plus navrante douleur, pleurant, gémissant et répétant toujours les mêmes mots : *Ah ! mon Dieu ! — Tout est perdu ! — Qu'est-ce que je vais devenir ? — Mais je n'ai pas fait de mal !*

Les épileptiques qui, jusqu'à présent, ont été soignés dans l'intérieur des familles, deviennent un objet d'effroi. Leurs parents se tourmentent, redoutent les émotions de la guerre, admettent sans discussion que les accidents nerveux vont nécessairement s'aggraver et se rapprocher, et cherchent à abriter quelque part ces malheureux convulsifs. Ce qu'il y a de certain, c'est qu'à l'ambulance Jenner, (2) qui a été bombardée deux fois, — en janvier par la Prusse et en mai par l'insurrection postée sur les hauteurs du Père-Lachaise, — je n'ai pas observé, dans mes salles d'épileptiques, une seule attaque de plus qu'à l'ordinaire. Je n'ai noté que des attaques en moins chez ceux qui étaient en traitement par le bromure de sodium ou par le bromure de potassium. Mais les familles ne se rendent pas à l'évidence. Je suppose qu'elles ont plus d'un motif qu'elles n'avouent pas.

Pendant tout le mois de janvier, le froid est excessif. Les nouveau-nés et les vieillards succombent dans une effrayante proportion. Il n'y a plus de lait pour les enfants et les malades. Le rationnement est d'une exiguïté excessive. Le pain est noir. Le combustible fait défaut partout. Aux portes des cantines, des boucheries municipales, l'attente est si longue que beaucoup de femmes grelottantes ne peuvent pas supporter la fatigue et la souffrance qu'entraîne une pareille station ! Elles rentrent chez elles sans provision aucune, s'alimentent de la façon la plus problématique, tombent dans un état profond de dépérissement et d'adynamie, étanchent leur soif très-vive avec de l'eau vineuse, et certaines d'entre elles présentent bientôt de l'incertitude intellectuelle, des illusions sensoriales et du véritable délire par inanition. Au fur et à mesure que l'on nourrit régulièrement et à peu près sainement cette catégorie si émouvante des victimes du siége, les accidents nerveux diminuent et disparaissent.

Dans l'espace de quelques jours, j'ai eu à examiner plusieurs cas de cet état rare que l'on désignait autrefois sous le nom de *stupidité*, et que l'on appelle avec raison aujourd'hui la *mélancolie avec stupeur*. Les malades sont immobiles et insensibles ; ils voient très-confusément, entendent à peine, ne souffrent pas, peuvent difficilement prononcer quelques mots, et sont subjugués par un délire intérieur de nature triste dont ils ont conscience et dont ils se souviennent après leur retour à la raison. Leurs yeux sont à demi-ouverts et fixes ; leur salive découle de la bouche, leur intestin s'exonère involontairement. Ils ont quelquefois des hallucinations terrifiantes, et ils font alors les tentatives les plus désespérées de sévices sur eux-mêmes, de mutilation et de suicide.

Cette sorte de suspension ou d'anéantissement temporaire de toutes les facultés, dont on est témoin dans la mélancolie avec stupeur, a été signalée par les auteurs anciens et aurait été vue dans des cas de commotion profonde, d'événement extraordinaire subit, de joie excessive ou de frayeur extrême. Pinel, par exemple, a rapporté les faits que voici :

« Un artilleur, l'an deuxième de la république, propose au Comité de salut public le projet d'un canon de nouvelle invention, dont les effets doivent être terribles ; on en ordonne pour un certain jour l'essai à Meudon, et Robespierre écrit à son inventeur une lettre si encourageante, que celui-ci reste comme immobile à cette lecture, et qu'il est bientôt envoyé à Bicêtre dans un état complet d'idiotisme. A la même époque, deux jeunes réquisitionnaires partent pour l'armée, et, dans une action sanglante, l'un d'eux est tué d'un coup de feu à côté de son frère, l'autre reste immobile et comme une statue à ce spectacle. Quelques jours après, on le fait ramener dans cet état à la maison paternelle ; son arrivée fait la même impression sur un troisième fils de la même famille. La nouvelle de la mort d'un de ses frères et l'aliénation mentale de l'autre le jettent dans une telle consternation et une telle stupeur, que rien ne réalisait mieux cette immobilité glacée d'effroi, qu'ont peinte tant de peintres anciens et modernes. J'ai eu longtemps sous mes yeux, ajoute Pinel, ces deux frères infortunés dans les infirmeries de Bicêtre, et, ce qui était encore plus déchirant, j'ai vu le père venir pleurer sur ces tristes restes de son ancienne famille. »

Les souffrances des habitants atteignent aux plus hautes limites. Chacun souffre. Personne ne dit mot. Le patriotisme est admirable. Paris donne un grand exemple au monde.

VII

Les préliminaires de paix sont signés. Un armistice est conclu. La grande ville affamée va se ravitailler. Les communications avec la province se renoueront à la première heure. La nation est convoquée dans ses comices.

Ces nouvelles sont accueillies avec étonnement et sans joie. Les habitants étaient décidés à tous les sacrifices, et ils sont presque désappointés de ne pas pouvoir prouver jusqu'à quelle extrémité généreuse pouvaient les conduire leur amour du pays et leur exécration de l'étranger.

Au mois de février, l'état sanitaire ne s'améliore pas. Il y a partout affluence de malades. La mortalité s'élève de plus en plus. Un très-grand nombre d'individus ont courageusement lutté pendant le temps des épreuves imposées et des privations nécessaires, mais lorsque les denrées alimentaires reparaissent dans les marchés rouverts, il n'y a chez eux ni entrain, ni appétit, ni désirs. Leur économie est profondément altérée, leur amaigrissement est notable, leur intelligence est inerte.

En lisant la relation des grands voyages de circumnavigation, j'avais remarqué tout ce qui avait été dit au sujet d'une affection caractérisée par de l'abattement des forces, de la fétidité de l'haleine, du ramollissement, de la turgescence et de la putridité des gencives, des taches sous-cutanées rouges ou bleuâtres à la peau, des tumeurs sanguines et des troubles gastriques graves. Cet état, dû à une altération profonde du sang, était attribué à l'usage exclusif des viandes salées, qui avaient défrayé l'alimentation des équipages. On appelait la maladie *le scorbut*.

Mais, en y regardant bien, voici que des cas nombreux de scorbut éclatent dans Paris. C'est que l'affection scorbutique n'est pas spéciale à la navigation et n'est pas seulement déterminée par l'abus des salaisons. Pendant le siége de Paris, il a été très-peu fait usage de viandes salées, mais la population a été insuffisamment nourrie, a enduré de grandes fatigues et a été soumise à d'excessives déperditions. En faut-il donc davantage pour amener le scorbut ?

L'administration s'émeut, fait passer l'inspection minutieuse de tous les hôtes des prisons de la Seine, et elle ouvre un grand service temporaire de scorbutiques à Sainte-Pélagie. M. le professeur Lasègue en est nommé le médecin.

Les aliénés du Dépôt présentent surtout les formes dépressives du délire et tous les attributs de ce qu'on est convenu d'appeler « la misère physiologique ». La plupart n'ont qu'un trouble passager, éminemment superficiel, qui n'autorise pas une séquestration, mais qui réclame impérieusement des distributions de bon pain, de viande fraîche et de vin.

VIII

La révolution du 18 mars s'accomplit et intimide profondément la population. Les peureux sont en assez grand nombre, et, qu'ils aient ou non charge d'âmes, ils se sauvent dans toutes les directions. Que devait faire le médecin ? Rester auprès de ses malades. Pour lui, la politique n'existe pas. Il doit constamment planer au-dessus des discussions de parti, des petitesses gouvernementales, des passions factieuses, des trames insurrectionnelles, et ne jamais descendre dans ces brûlantes arènes où les hommes débutent par des discours et finissent par des forfaits.

Pour le médecin, toute question relative à la forme du gouvernement doit être lettre morte. Ce qu'il doit recevoir, conserver et transmettre, c'est la tradition médicale. Ce qu'il doit aimer, c'est le progrès scientifique. Ce qu'il doit servir, c'est l'humanité aux prises avec la souffrance. Par son rôle bienfaisant pour tous, il est à l'abri des attentats révolutionnaires, et lorsqu'il panse une plaie, a-t-il donc à rechercher la nationalité de l'arme vulnérante ? La blessure est là, sous ses yeux ; et que lui importe, à lui, qu'elle ait été pratiquée par la mitrailleuse d'un souverain, le fusil d'une république ou le revolver d'un peuple soulevé ? Il doit mettre son savoir, son habileté et son cœur au service du militant tombé. Voilà tout.

Au moment de la proclamation de la Commune, je ne pensai pas qu'il fallût fuir parce que quelques exaltés délibéraient tumultueusement à l'Hôtel-de-Ville.

Mais le Dépôt de la préfecture ? La situation y devint d'un péril extrême. M. le professeur Lasègue fut subitement remplacé dans le service médical dont il s'acquitte avec tant de talent depuis plus de vingt ans. Le directeur fut emprisonné. L'aumônier dut prendre la fuite. Les 18 religieuses furent expulsées. Je restai et n'eus l'air de m'apercevoir de rien. C'est ainsi que je comprenais le véritable mandat. J'avais accepté et rempli des fonctions pendant les jours de calme et de prospérité : pouvais-je me cacher pendant les jours de trouble et de deuil ? Non ; au péril de ma liberté et de ma vie, il fallait que je fusse là. Des hommes, trop bienveillants sans doute, m'ont appris depuis que je n'avais pas été inutile à beaucoup d'otages. Je ne m'en souvenais pas.

Pendant toute la durée de la Commune, les rouages municipaux sont totalement désorganisés. C'est à peine si les gardes nationaux amènent deux aliénés au Dépôt par jour, alors que la moyenne, en temps ordinaire, oscille entre sept et douze. Des insensés, toutefois, sont placés d'office dans les hôpitaux de l'assistance publique, et évacués de là sur les établissements spéciaux.

Le *delirium tremens* à forme grave et rapidement mortelle devient fréquent, et, à la suite de perturbations très-grandes apportées dans les positions de fortune, — revers commerciaux ou emplois perdus, — on observe volontiers chez les prédisposés les formes aiguës de la folie : le délire maniaque et le délire mélancolique.

Si nous passons maintenant du Dépôt municipal des aliénés au Dépôt des prévenus, nous voyons dans la cellule n° 6 du rez-de-chaussée un vieillard souriant, d'une exquise politesse, d'une remarquable distinction. Il est borgne. « Je suis, me dit-il, le président Bonjean. J'étais avant-hier à Mantes, me rendant au château d'Orgeville, auprès de ma femme et de mes enfants, que je n'ai pas vus depuis le mois d'août dernier. J'apprends en route la révolution du 18 mars, je comprends qu'il est du devoir de tout fonctionnaire honnête de ne point déserter son poste au moment du danger, et je monte dans le premier train se dirigeant sur Paris. Je rentre chez moi, rue de Tournon, le 20 mars au soir. Le 21, à peine revenu de l'audience, on vient m'arrêter à mon domicile et l'on m'incarcère ici. C'est une illégalité. C'est un attentat ! »

Je visite chaque jour cet homme éminent, et, dans de longs entretiens, je peux admirer sa mémoire prodigieuse, son érudition extraordinaire, son admirable élocution, et par-dessus tout sa sérénité parfaite. Il porte sur les événements et sur les hommes des jugements qui de point en point devaient se réaliser deux mois plus tard. Que de fois ne m'a-t-il pas dit : « Nous reverrons fatalement les journées de septembre. Dans cette prison ou dans une autre, je serai massacré. » Et sa gaieté reparaissant aussitôt, il s'abandonnait à une fine causerie sur le Sénat ou sur les péripéties politiques de la fin du dernier règne, puis il mettait sa main loyale dans la mienne, et nous nous séparions. Au

(1) Cet extrait sert d'appendice au livre *le Délire des persécutions*, qui paraît aujourd'hui à la librairie Henri Plon, rue Garancière, 10.

(2) Du 15 septembre 1870 au 21 juillet 1871, j'ai été le seul médecin de cette grande dépendance de l'Assistance publique. J'avais sous ma direction 465 infirmes ou septuagénaires et octogénaires, et 60 épileptiques. Deux de mes infirmiers ont été atteints par le second bombardement. L'un a été tué. L'autre a été blessé.

sortir de sa cellule, je rencontrais l'agent de la Commune qui avait écouté à la porte.

Le 29 mars, le président Bonjean est indisposé. Il se plaint de manquer d'air. Il a la fièvre. Il ne mange pas.

Le 30, il a eu pendant la nuit des sueurs extrêmement abondantes. Il est triste et abattu. Je lui propose de demander son transfèrement à la Maison municipale de santé, mais il refuse, dans la crainte de me compromettre. Je rédige néanmoins et je fais passer le certificat suivant :

« Le président Bonjean est sérieusement indisposé depuis quarante-huit heures. Il accuse le retour de douleurs rhumatismales anciennes. Il tousse et a de l'embarras gastrique. Son pouls est à 94. N'y aurait-il pas lieu de le faire transporter dans la journée à la Maison municipale de santé du faubourg Saint-Denis? »

La démarche n'aboutit point. Mon certificat fut déchiré dans le cabinet du préfet.

Le 31, l'état du malade ne s'étant point amélioré, j'envoyai le certificat qu'on va lire :

« Le président Bonjean ne va pas bien. Il a de la bronchite, de l'oppression, de l'inappétence et un grand malaise général. Son pouls est à 96. Ce vieillard a le moral excellent; mais, physiquement, il résiste mal à un séjour aussi prolongé dans une cellule sans feu.

« Dans ma conscience de médecin, j'affirme que je ne suis pas sans quelque inquiétude, et j'atteste qu'il y a lieu de transférer d'urgence le malade à la Maison municipale de santé (hospice Dubois). »

M. Kahn, commis-greffier au Dépôt, reçut quelques heures après du cabinet du préfet le certificat annoté ainsi qu'il suit à l'encre rouge : *Bon pour faire conduire immédiatement à Dubois.* Signé : DUBOIS. C'était écrit de la main du général Duval, et le sceau du préfet avait été apposé sur la pièce. Mais en vertu de quelle variété de distraction cérébrale le général Duval avait-il signé Dubois? Cette distraction étrange ou malsaine devait coûter la vie au président. Le martyre était dans sa destinée!

Le 1er avril, M. Kahn, le certificat à la main, se présente chez le préfet, afin d'obtenir la rectification de la signature. Le général Duval venait de partir aux avant-postes! Raoult Rigault reçoit M. Kahn, prend la pièce, l'examine attentivement et dit : « Bonjean sortira quand Blanqui aura signé sur cette table l'ordre de sa mise en liberté. » Le commis-greffier, jeune homme très-brave, insiste et appuie sur les termes du certificat, mais d'un geste impérieux il est éconduit. Quelques jours après, M. Kahn était arrêté et jeté en prison.

Des soins appropriés triomphent de l'indisposition du président, et le 3 avril je lui apporte les compliments les plus affectueux de l'archevêque de Paris, écroué de la veille.

Le 7 avril, ces deux hommes éminents se rencontrent auprès d'une voiture cellulaire ; ils s'embrassent, montent avec une digne fierté, et roulent bientôt dans la direction de Mazas, où les attend le dévouement délicat et courageux de mon collègue, M. G. de Beauvais.

..... Un peu plus tard, dix-neuf balles frappent le président, toutes à la région antérieure du corps. La tête n'est pas même effleurée, les membres sont fracassés. La victime tombe, mais se soulève une dernière fois, et dirige encore sur ses assassins un regard d'une étincelante animation. Un coup de feu à l'apophyse mastoïde gauche..... Et la France perd l'une de ses plus pures illustrations.

Bonjean avait écrit à sa femme : « Ne cherchez pas à connaître les noms de ceux qui me retiennent ici contre toute justice et toute raison ; et surtout ne recherchez jamais à en tirer aucune vengeance directe ou indirecte. » Et à ses fils, dans une lettre datée du 20 mai, il avait dit : « Que la persécution que je souffre et la mort sanglante qui d'un moment à l'autre peut terminer ma laborieuse vie ne soient pas pour vous une cause de découragement..... En ce moment solennel, je vous affirme que, si misérable que puisse être la fin qui paraît m'être destinée, je ne voudrais à aucun prix avoir agi autrement que je ne l'ai fait. C'est que le premier bien, mes chers enfants, c'est la paix de la conscience ; et que ce bien inestimable ne peut exister que pour celui qui peut se dire : *J'ai fait mon devoir.* »

Bonjean fut un héros. Si quelque chose me surprend, c'est qu'il n'y ait pas encore à Paris un grand boulevard qui perpétue son souvenir! Mais, que dis-je, son nom n'est-il pas impérissable ?

IX

Les splendeurs de Paris sont en feu. Le tocsin tinte jour et nuit. Le canon tonne dans la rue. Les poudrières font explosion. La fusillade est partout. L'incendie gagne de proche en proche. L'artillerie fédérée gravit les hauteurs et épuise sur nos maisons son immense provision d'obus au pétrole. La bataille dure sept jours.

Le Palais de justice et la Préfecture de police sont en cendres. Le Dépôt, grâce à l'énergie de deux surveillants, est miraculeusement soustrait aux flammes criminelles. Il est inondé, mais intact. Je m'y rends, le 26 mai, en passant à travers les décombres des barricades. Les murs des anciens bâtiments de l'administration centrale s'effondrent avec fracas, les ruines fument, et des millions de feuilles de papier noirci ou brûlé voltigent dans les cours. Les pompiers du Loiret entourent la Sainte-Chapelle et la protégent. Ils me croisent partout la baïonnette, et ils ont l'ordre de faire feu sur quiconque transgresse la consigne.

J'arrive cependant, et je trouve quatre aliénés camisolés, témoins depuis quatre grands jours de tous les désastres! L'un d'eux, ancien sergent de ville, avait été visité le 24, à trois heures moins un quart, par Ferré, au moment même où ce préfet, quittant son cabinet, venait d'y faire mettre le feu. Il l'interrogea, établit tant bien que mal son identité, puis donna l'ordre de le fusiller. « Eh bien, non ! lui dit avec autorité le surveillant Réjaud, les fous, ça ne se fusille pas ! » Ferré ne répliqua point. Il désigna d'autres victimes au chef du sinistre peloton qui l'accompagnait, et l'aliéné eut la vie sauve.

Les quatre malades étaient affolés de terreur. Ils n'avaient ni mangé ni dormi. Du ton le plus plaintif, ils se lamentaient sans cesse. Sans la camisole, il y aurait eu parmi eux un ou deux suicides.

A propos de suicide, je tiens à relever ici un détail très-significatif. Pendant tous les événements qui se sont accomplis depuis neuf mois, les cas de mort volontaire ont été rares. Comme il y en a d'ordinaire un peu plus de sept cents à Paris par an, il est facile de se rendre un compte exact de la situation. Trop préoccupés, trop tourmentés et trop émus par les douleurs de la patrie, les habitants voyaient leurs chagrins disparaître en face du deuil national. S'associant pleinement aux convulsions du pays, aux privations du siége, aux périls du bombardement ou aux alarmes de la guerre civile, la pensée ne leur est pas venue de déserter la vie en un pareil moment. Les candidats au suicide ont spontanément reculé l'échéance de leur résolution préméditée. Par le fait, ils ont été des courtisans du malheur.

Dans la première semaine de juin, j'observe au dépôt trois femmes atteintes de mélancolie avec stupeur dans la même journée. L'une a été trouvée immobile et inerte dans une cave ; l'autre a vu fusiller son mari et a failli elle-même être passée par les armes ; la troisième a été transportée sans renseignement aucun. — Plusieurs aliénés sont panaphobes et gémisseurs ; on les poursuit, on va les arrêter et les fusiller, ils sont innocents, ils n'ont pas mis le feu ; ils pleurent, se jettent à genoux, demandent grâce et répètent constamment les mêmes mots : *Ah! mon Dieu, mon Dieu!... achevez-moi!...*, *mais ce n'est pas moi!*

Le seul point dont il faille un peu tenir compte, à l'occasion de l'influence que les événements politiques peuvent exercer sur le développement de la folie, est celui-ci : les révolutions sont capables d'amener la terreur, et la terreur peut non-seulement modifier l'état intellectuel des générations présentes, mais s'appesantir encore lourdement, par la voie de l'hérédité, sur les dispositions mentales des générations futures. Ne sait-on pas, en effet, que tel enfant conçu alors que l'un de ses auteurs se trouvait dans telles conditions déterminées, est exposé beaucoup plus que tout autre à l'irritabilité, à la mobilité, à la mélancolie, à l'imbécillité, à l'épilepsie? L'alcoolisé ne procrée-t-il pas un fils dégénéré ?

Cette action exercée par les grandes émotions terrifiantes est certainement très-rare, et, après les horribles événements de Paris, je ne sache pas qu'il y ait eu un chiffre sérieux de cas d'aliénation aiguë dépendant certainement des catastrophes subies par la population ; mais enfin il convient de prendre le fait en considération. Cela a été dit et avancé d'ailleurs par d'autres, et M. Morel, par exemple, a cité les exemples suivants : « J'ai donné successivement, dit-il, mes soins à deux frères dont l'un, témoin de l'incendie de sa fabrique, est tombé subitement dans une morne stupeur, à laquelle succéda une violente exaltation maniaque. L'autre, juré dans une affaire où le peuple ameuté envahit le sanctuaire de la justice, fut à son tour frappé d'une telle frayeur, que l'oppression mélancolique qui l'envahit se termina ultérieurement de la manière la plus déplorable. — Un artilleur, exposé pendant les journées de juin au feu le plus terrible, et resté seul de tous ses camarades sur la pièce qu'il servait, tomba immédiatement dans une profonde stupeur, et fut longtemps retenu à l'asile par un état consécutif de manie avec fureur. Un incendie effroyable détermina chez plusieurs habitants d'un village entièrement détruit par cet accident, des crises de désespoir, auxquelles succédèrent des états mélancoliques avec tendance au suicide. »

Du 8 au 30 juin, l'alcoolisme disparaît presque complétement. Les hommes jeunes font défaut. La folie frappe les femmes de préférence. Le délire des persécutions semble être tout à fait à l'ordre du jour. Cette variété délirante s'organise d'autant plus volontiers que les dénonciations s'exercent sur une plus grande échelle, que les arrestations sont plus nombreuses, que les mesures d'ordre public sont plus intimidantes, et que les actes de répression sont plus terribles. L'angoisse générale des esprits prédisposés aux lésions morbides rencontre là un aliment dangereux. A ces calamiteuses époques, il ne faut être ni impressionnable, ni turbulent, ni déprimé, ni débile. Le calme est l'apanage du fort. L'orage ne frappe que les têtes recommandées.

Si nous sortons encore une fois du domaine de la pathologie cérébrale pour jeter un coup d'œil sur le Dépôt des prévenus, nous voyons défiler, à la consultation du médecin, Assi, Lullier, Rossel, Urbain, Régère, Courbet, Ferré, Grousset, Maroteau, les officiers supérieurs de l'armée fédérée, les fonctionnaires, les magistrats, les officiers ministériels et les agents divers de la commune, les gardes nationaux blessés et arrêtés à domicile, les brigades de pétroleuses, etc., etc. Le médecin ignore ce qui s'est passé. Des malades s'adressent à lui, et il est aussi attentif et aussi bienveillant pour eux qu'il l'a été jadis pour les otages et pour le clergé de Paris. Le jour où la politique s'introduira dans les choses de la médecine, je n'exercerai plus !

X

Pendant l'été de 1871, le chiffre total des aliénés est de beaucoup au-dessous de la normale. En admettant même une diminution considérable dans la population, par suite de la mortalité excessive de l'hiver, de la guerre civile, des exécutions sommaires de la fin de mai, du départ des étrangers et d'un plus ou moins grand nombre de peureux et d'individus compromis, du transfèrement à Satory ou ailleurs de quarante mille fédérés, et même de la décapitalisation provisoire de Paris, il n'en est pas moins démontré une fois de plus que les événements politiques les plus graves, — s'ils donnent au moment où ils surviennent une couleur spéciale au délire, — ne produisent nullement un accroissement d'aliénés, ainsi qu'on le croit d'ordinaire.

La France est aujourd'hui en convalescence. La vie facile avait fait pulluler les paresseux et les fous. Un choc est venu, et le malheur a transformé le pays. La nation a retrouvé son génie dans les larmes. Les habitudes sévères de l'avenir mettront beaucoup plus l'intelligence humaine à l'abri des défaillances. L'honneur du nom français veut que la société se prête aux exigences de la situation. Elle s'y prêtera. Le courage n'est-il pas le fils de la douleur?

KING'S COLLEGE HOSPITAL

Service de M. le professeur WOOD.

Résection de l'articulation de la hanche.

Le cas de maladie de la hanche dont il s'agit dans cette observation se présenta chez un jeune homme, un groom.

Il y a quelque temps, à la suite d'un accident, il ressentit des douleurs à la hanche; plus tard, il tomba dans un état d'extrême faiblesse, conséquence d'une suppuration longue et continue. Le pus s'écoulait par deux ouvertures, l'une communiquant avec l'articulation, l'autre située au niveau de la tubérosité ischiatique.

M. Wood fit d'abord une incision longitudinale au devant de l'articulation, et ensuite, pour avoir plus d'espace, il fit une seconde incision verticale, coupant la première par son milieu et se prolongeant en dessous d'elle.

Il disséqua alors avec soin l'articulation, et divisa les ligaments.

Il devait, maintenant, enlever la tête et le col du fémur, et pour cela scier le col avec une scie à manche relevé, connue sous le nom de scie de Wood, et ensuite appliquer de fortes pinces.

Il rencontra de grandes difficultés pour exécuter ce temps de l'opération, et cela parce qu'une portion de la tête de l'os était ankylosée avec le bord supérieur de la cavité cotyloïde.

Il fut nécessaire d'employer la gouge et l'élévateur, et ainsi il put énucléer la tête de l'os.

Il fallut ensuite enlever toutes les parties osseuses malades, et cela au moyen de la gouge, de pinces recourbées, de pinces à séquestres; il enleva ainsi tout ce qui paraissait malade.

Ce premier temps de l'opération terminé, il s'agissait d'ouvrir largement le sinus, qui était situé au niveau de la tubérosité ischiatique, pour s'assurer s'il ne communiquait pas avec celui qui conduisait à l'articulation. On ne constata aucune communication.

Dans un troisième temps, on divisa les tendons et les muscles biceps auxquels était due la contraction de l'articulation du genou.

On épongea avec soin les plaies, on les lava avec de l'acide carbonique et de l'huile; on réunit les bords des plaies avec quelques sutures, et on fit un léger bandage.

Le malade fut ensuite remis au lit, et on appliqua un appareil d'extension. M. Wood fit remarquer que c'était là un exemple de carie de l'os, qui, si l'opération n'avait pas été faite, eût entraîné certainement la mort de ce pauvre jeune homme, soit par la suppuration, soit par la pyohémie.

Il était difficile, dit-il, de préciser, avant l'opération, les conditions dans lesquelles on eût trouvé les parties dans l'articulation malade, et les complications que l'opération pouvait présenter. C'est ainsi que, par rapport à l'articulation, dans ce cas on trouva une adhérence de la tête du fémur au bord du bassin. Dans le fait, la nature tâchait de réparer le mal; mais, toutefois, cette adhérence rendit bien difficile l'enlèvement de la tête de l'os.

Ensuite, la carie dont étaient atteints, en bonne partie, les os nécessita assez de temps pour enlever toutes les parties malades (c'est-à-dire : Shaft and great trochanter).

Quand la seconde incision fut faite, on découvrit que la tubérosité de l'ischion était également cariée; il fallut enlever aussi les os malades, et enfin faire la section sous-cutanée des muscles et des tendons du biceps, pour remédier à la rétraction de l'articulation du genou.

En règle générale, dit M. Wood en commentant ce cas, la résection de l'articulation de la hanche n'offre pas les complications et les difficultés que ce cas présenta; généralement, les cas sont simples, et chez les enfants on trouve communément la tête du fémur luxée.

Une autre considération à noter dans les opérations de cette nature et spécialement dans ce cas, c'est la petite quantité de sang que perd le malade.

Quant aux conditions générales de l'individu, M. Wood fait remarquer qu'elles se sont beaucoup améliorées sous l'influence

de l'administration du fer (sulfo-carbonate de fer). — Depuis l'opération, le malade va bien, son état général s'améliore de jour en jour; seulement il reste un trajet fistuleux au niveau de l'ischion. E. D.

(*The med. Thimes and Circular*, 2 august. 1871.)

DOCUMENTS

POUR SERVIR A L'HISTOIRE DU MOUVEMENT SCIENTIFIQUE PENDANT LE SIÉGE DE PARIS (1).

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 6 février 1871. — Présidence de M. FAYE.

(Suite.)

M. CHASLES continue :

Enfin, M. Delaunay termine cette partie de sa réponse en citant un passage des mémoires de J.-D. Cassini, qui énumère diverses demandes qu'il avait faites, et auxquelles on n'a pas eu égard, nonobstant l'appui qu'il avait obtenu de Colbert. Mais M. Delaunay termine sa citation un peu trop tôt; car quelques lignes après, que j'ai citées (*Comptes rendus*, p. 103), prouvent qu'on a fait des constructions proposées par Cassini, et qu'on a renoncé à d'autres qui étaient dans le projet primitif. Peut-il y avoir une réfutation plus directe de cette assertion de Cassini IV, que l'on n'a tenu aucun compte des demandes de son bisaïeul, ce qui fait que *l'Observatoire n'a pas le sens commun?*

Cependant tout cela forme la troisième preuve donnée par M. Delaunay.

On peut juger si elle ajoute aux deux premières, et si les trois réunies portent la moindre atteinte à mon argumentation, et justifient la confiance avec laquelle mon honorable adversaire vient dire à l'Académie « qu'il ne lui serait pas difficile de réfuter une à une les diverses parties de l'argumentation de M. Chasles. »

Enfin, je rappellerai que le comte de Cassini a évité, pour cause sans doute, de parler de l'ouvrage de Claude Perrault; qu'il n'a pas dit un seul mot de l'anecdote dans aucun de ses écrits; qu'il n'a rien dit non plus qui pût justifier ces paroles, que *l'Observatoire n'a pas le sens commun*; paroles, au contraire, en opposition flagrante avec celles par lesquelles il termine ses mémoires, savoir, qu'il peut se faire gloire d'avoir assuré à jamais la conservation et la durée d'un établissement dans lequel ses ancêtres et lui même ont rendu de si grands services à l'astronomie pendant cent cinquante années consécutives.

Pourquoi M. Delaunay, à qui la chose n'offrirait aucune difficulté, refuserait-il de s'expliquer sur ces différents points qui ont fait le sujet de mes observations?

J'ai émis des hypothèses sur les causes du silence gardé par le comte de Cassini au sujet de son anecdote; mais il peut s'en présenter d'autres. Ne peut-on pas croire que l'anecdote et ses paroles tranchantes que l'Observatoire n'a pas le sens commun n'avaient pour objet que d'agir, dans le moment, sur l'esprit du comte d'Angivilliers, qui, en effet, a accordé tout ce qu'on lui demandait, et ne devaient point aller plus loin? Ou bien encore le comte de Cassini aurait-il été arrêté dans son projet de publication, par cette réflexion de Voltaire, qui sera vraie dans tous les temps : « Défions-nous de ces *ana*, de toutes ces petites anecdotes. Un sûr moyen de dire des sottises est de répéter au hasard ce qu'on a entendu dire. »

Quoi qu'il en soit, aucun historien des sciences ne s'appuiera, j'en ai la très-ferme conviction, sur la lettre du comte de Cassini; et l'on y reconnaîtra, au contraire, une exagération et une injustice coupables envers les astronomes français, Auzout et Picard particulièrement, de même qu'envers Claude Perrault, ainsi que quelque apparence d'ingratitude de la part du quatrième Cassini, comme je l'ai montré. Aussi personne ne s'étonnera qu'il n'ait pas dit un mot, dans ses mémoires sur l'Observatoire, de cette lettre au comte d'Angivilliers, non plus que de son anecdote, qu'il annonçait devoir publier.

P. S. Après la lecture de cette note, M. Delaunay prend la parole et reproduit cette phrase, « que son rôle est bien simple, qu'il a trouvé une pièce... » — J'ai répondu sur-le-champ que cela était bon à dire après la lecture que j'avais faite du passage du récit de Perrault, mais non après que M. Delaunay avait introduit une discussion pour réfuter ce récit, puisque ainsi il intervertit les rôles, ce qui fausse la vérité des faits de la séance.

M. Delaunay continue, et reproduit de même cette autre phrase, qui est le second point de mes observations (je pourrais dire de mes plaintes très-fondées), « qu'il lui serait très-facile de réfuter une à une les différentes parties de mon argumentation; » mais il ajoute *qu'il ne veut pas abuser des moments de l'Académie.*

Sur mon insistance, pour faire comprendre à M. Delaunay qu'il ne peut point se borner à une assertion dénuée de tout fondement; qu'il doit la soumettre à une discussion sérieuse, quand surtout il a été l'agresseur, quoiqu'il veuille faire entendre le contraire, M. Delaunay répète une deuxième fois la même réponse.

Je dois ajouter que pendant ma lecture même, M. Delaunay, au sujet de la visite du roi à l'Observatoire, s'est empressé de dire qu'elle avait eu lieu deux jours après l'arrivée de Cassini. Cela n'a exigé aucune rectification de ma part, puisque je disais simplement que l'objection de M. Delaunay n'était pas parfaitement fondée, et que néanmoins je ne la récusais pas.

Il n'y avait absolument rien dans ma citation du livre de Perrault qui pût blesser notre confrère, dont j'avais même évité de prononcer le nom, et à qui de plus j'avais eu l'attention de communiquer ma note avant de demander la parole, me proposant d'y faire quelques modifications s'il le désirait. Il m'a rendu ma note sans m'en dire un seul mot, et s'est empressé, après ma lecture du livre de Perrault, de réfuter son récit. C'est ainsi qu'il a introduit la discussion; c'était son droit, certainement. Mais pourquoi s'est-il écarté des usages, et je puis dire de son devoir dans la circonstance, en n'insérant pas dans le *Compte rendu* de la séance la part qu'il avait prise à une discussion introduite par lui même? S'il l'eût insérée, il ne lui serait pas venu sans doute à la pensée d'intervertir les rôles comme il l'a fait après huit jours d'attente, et d'une manière regrettable.

M. DELAUNAY ne croit pas devoir prolonger le débat soulevé par M. Chasles, en réfutant les nouvelles assertions mises en avant par l'éminent géomètre; il veut s'en tenir à la déclaration par laquelle se termine sa note du 23 janvier.

(1) Suite. — Voir le dernier numéro.

Remarques sur la structure des fougères (cyathéacées).— M. A. TRÉCUL. Bien que la structure de la tige des cyathéacées ait été souvent étudiée, son histoire présente encore quelques lacunes, et parmi les additions qui ont été faites par divers auteurs à la description donnée par M. Mohl, il en est qui ont besoin d'être rectifiées et d'autres complétées. Je ne traiterai aujourd'hui que de la distribution du système vasculaire.

On sait, surtout depuis le travail de M. Mohl publié en 1833 (*Icon. sel. pl. cr. Br.* Mart.) que, vu longitudinalement dans son ensemble, débarrassé de tous les tissus environnants, le corps cellulo-vasculaire principal, entouré de toutes parts par une gaîne prosenchymateuse, dont il est séparé par une couche mince de parenchyme semblable à celui de la moelle et de l'écorce, se montre comme un étui plus ou moins ondulé, traversé çà et là par des fentes à bords saillants en dehors, dont chacune correspond à une insertion de feuille, et qui, à cause de cela, ont été appelées par les anatomistes : *ouvertures foliaires, fentes* ou *lacunes foliaires*. C'est à l'existence de ces fentes qu'est due, sur la coupe transversale, l'apparence de faisceaux semi-lunaires, à cornes infléchies vers l'extérieur, et dont quelques-uns plus larges que les autres, souvent à double courbure, simulant l'assemblage de deux faisceaux, représentent la portion du tube coupée au-dessus ou au-dessous d'une insertion de feuille, comme l'a dit M. Mohl.

Au bord de ces ouvertures aboutissent : 1° des faisceaux radiculaires, 2° des faisceaux pétiolaires, 3° quelquefois un bourgeon adventif au-dessous de l'ouverture foliaire, 4° des faisceaux intramédullaires, 5° des faisceaux intracorticaux dans certaines espèces.

Je vais m'occuper successivement de chacun de ces divers ordres de faisceaux.

De ceux des racines adventives je rappellerai seulement qu'ils naissent près du bord saillant des ouvertures du tube vasculaire, principalement sur la partie de ce bord qui porte les faisceaux pétiolaires dorsaux, et qu'il naît aussi de ces racines adventives en grand nombre, et suivant une ou deux rangées, à la face externe de la portion basilaire des faisceaux du pétiole encore plongés dans le parenchyme cortical de la tige.

Les faisceaux pétiolaires qui émanent des bords de l'ouverture, se partagent en dorsaux et en antérieurs ou supérieurs. Les dorsaux occupent la moitié ou les trois quarts inférieurs de l'ouverture foliaire. Les antérieurs sortent de chaque côté de la partie supérieure de l'ouverture; mais, suivant l'âge des plantes ou la dimension des tiges, la forme de l'ouverture sur laquelle ces faisceaux s'insèrent, varie dans son contour, et ce changement de forme occasionne aussi dans la disposition des faisceaux du pétiole, et par conséquent de ceux des cicatrices que les feuilles laissent sur la tige après leur destruction, des modifications notables dans la même espèce.

Avant d'indiquer ces variations, et parce que les cicatrices traduisent quelques-uns des principaux caractères anatomiques de ces plantes, je crois devoir rappeler l'arrangement des faisceaux dans les cicatrices chez les plantes âgées, arrangement dont nombre de figures ont été données dans les ouvrages de A.-P. de Candolle, Brongniart, Mohl, Corda et Mettenius, et dont M. Mohl a tracé (*l. c.*, p. 42) la description suivante, qu'il dit convenir à toutes les espèces examinées par lui :

« Les faisceaux forment dans la cicatrice deux arcs semi-lunaires, dont l'un est parrallèle avec le bord supérieur et l'autre avec le bord inférieur. Les extrémités de ces deux demi-cercles, qui sont tournés l'un vers l'autre, avec le bord inférieur. Les extrémités de ces deux demi-cercles, qui sont tournés l'un vers l'autre, étant distantes de quelques lignes, qui ne sont pas unies immédiatement, mais par l'intermédiaire de deux série droites de fascicules, qui courent de dehors en dedans et de haut en bas vers la ligne médiane de la cicatrice, et là se *joignent* sous un angle aigu. De plus, dans l'espace qui est enfermé par les deux séries droites supérieures et par l'arc marginal semi-lunaire d'en haut, sont contenus quelques fascicules vasculaires, réunis en un petit groupe et séparés des autres. »

Cette description me paraît devoir donner lieu à deux observations. La première, c'est que ce dernier petit groupe central n'est pas aussi séparé, aussi indépendant que le croit M. Mohl, ce qui sera démontré plus loin. La seconde consiste en ce que l'auteur ne me semble pas autorisé à dire que les deux arcs de faisceaux se joignent par les extrémités des séries des fascicules rentrantes.

Cette seconde remarque n'est pas sans importance, car il convient de faire ressortir combien est tranchée la séparation des arcs supérieur et inférieur des faisceaux du pétiole. Si les faisceaux extrêmes des deux lignes rentrantes d'un même côté sont quelquefois assez rapprochés, ces deux lignes ou séries n'en sont pas moins distinctes, et sans connexion immédiate. Elles appartiennent à des groupes si différents, que les faisceaux de chaque ligne supérieure émanent d'un lobe rentrant d'un tube vasculaire, tandis que les faisceaux de chaque ligne inférieure proviennent d'un lobe courbé en sens inverse, vers le dehors.

C'est que les faisceaux phériphériques *de la cicatrice* et ceux de ses quatre lignes rentrantes ne représentent pas seulement des faisceaux distribués suivant une ligne sinueuse, et sortis tous du pourtour de l'ouverture foliaire, ils se partagent nettement dans les plantes adultes en deux groupes : un arc supérieur et un arc inférieur (avec leurs dépendances), qui chacun se subdivise lui-même à l'insertion sur l'ouverture foliaire en deux groupes partiels : l'un de droite et l'autre de gauche. C'est pour cela que dans le pétiole, à une certaine hauteur, tous les faisceaux sont répartis, comme nous le verrons, en quatre groupes, et plus haut en quatre faisceaux symétriques deux à deux.

La division des faisceaux du pétiole en groupes de droite et en groupes de gauche est très-marquée à l'insertion, surtout pour les supérieurs, qui n'embrassent pas le sommet de l'ouverture foliaire comme les inférieurs entourent sa base.

Dans des plantes jeunes, les bords des ouvertures foliaires sont peu ondulés, tous les faisceaux en émanent comme des deux côtés d'une boutonnière béante. A mesure que les plantes grossissent, les places qui portent les faisceaux supérieurs et les inférieurs se différencient davantage. De chaque côté de la partie supérieure de la boutonnière se forme ordinairement un lobe court, et large en proportion du nombre des faisceaux supérieurs qu'il soutient, et qui sont d'abord réduits à trois, quatre ou cinq de chaque côté. Les deux ou trois faisceaux les plus haut placés sur un côté donné, et la partie du lobe qui les porte, s'il est visible, se dressent ou s'infléchissent en dehors pour concourir à la formation de l'arc supérieur, tandis que la partie du lobe qui soutient le faisceau inférieur du même groupe s'infléchit vers le centre du pétiole. C'est là le commencement de la série rentrante de ce côté de l'arc supérieur, dont les faisceaux se multiplient avec l'âge de la plante, comme je le dirai plus loin.

A l'arc inférieur, les séries ne commencent que beaucoup plus tard, quand celles de l'arc supérieur ont souvent déjà quatre ou cinq faisceaux. Comme au-dessous de ce dernier, le bord de la lame qui porte les faisceaux s'élève, mais il s'infléchit en dehors, en produisant vers chaque extrémité de l'arc inférieur un lobe dirigé obliquement de bas en haut, et de dedans en dehors, en sens inverse du précédent.

A son origine, ce lobe, peu saillant, ne porte de faisceaux que sur son côté postérieur, et contribue ainsi à l'extension de l'arc; mais, à mesure qu'il croît en hauteur, des faisceaux apparaissent sur le bord antérieur, dont ils semblent contourner le sommet, et donnent lieu à une série rentrante.

On voit par là que les deux séries rentrantes des extrémités de l'arc supérieur de la cicatrice, étant formées par des lobes rentrants, et les deux séries rentrantes de l'arc inférieur par des lobes sortants, ces deux ordres de séries ne sont point superposés près de l'insertion des faisceaux, comme ils le sont dans la cicatrice. Ce n'est qu'en montant vers le pétiole que leur superposition s'effectue. Par conséquent, malgré le rapprochement de leurs extrémités, les séries inférieures et supérieures n'en appartiennent pas moins à des groupes de faisceaux très-distincts.

En ce qui regarde l'insertion des faisceaux pétiolaires, M. Mettenius, au mémoire duquel je renvoie (*Abh. d. math. phys. Cl. d. kon. sachs. Gesell. d. Wiss.*, Leipzig, 1864, t. VI, p. 525 et suiv.), avait déjà fait quelques additions importantes au travail de M. Mohl; mais il est des faits d'un haut intérêt pour la théorie qui sont restés inaperçus de mes prédécesseurs. Tels sont les suivants entre autres.

Ils n'ont pas vu, par exemple, qu'outre les séries rentrantes des faisceaux *aux extrémités* des arcs désignés, il en est deux autres qui ont pour siége ou point de départ *le milieu* de l'arc supérieur, et que c'est à elles que doivent être rapportés les faisceaux enfermés dans cet arc supérieur. Cela est frappant au premier coup d'œil pour une partie de ces faisceaux, surtout dans certaines plantes; pour les autres, je donnerai une explication qui aura pour elle au moins la vraisemblance.

Les exemples que je citerai démontreront, contre l'opinion de M. Mohl et de M. Mettenius, que les faisceaux centraux enfermés dans l'arc supérieur ne sont pas dus exclusivement à la prolongation de faisceaux intramédullaires.

Voyons d'abord quels rapports ces derniers, venus de la moelle centrale, ont avec les ouvertures foliaires. Chemin faisant, l'exposition des faits que je viens d'annoncer trouvera sa place.

Les *faisceaux intramédullaires* ont été découverts par M. Mohl, qui pensa, qu'épars dans la moelle, ils se dirigent vers les fentes du tube vasculaire, et qu'en montant ils rencontrent d'autres fascicules purement fibreux, qui les entourent à petite distance sous la forme d'une gaîne, et qu'ensuite ils passent de la moelle dans le pétiole, dans lequel, après un bref parcours, ils s'unissent en une lame avec ceux qui sont nés du cylindre ligneux (*l. c.*, p. 49, *Abh. d. kon. Akad. d. Wiss. zu Berlin*, 1847, p. 195), « les faisceaux intramédullaires ont, suivant M. Ib. Korsten, une origine diverse. Les uns naissent au milieu du tissu médullaire; les autres émanent du cylindre ligneux là où les tissus de la feuille se séparent de la tige; ils courent ensuite par en haut à travers le milieu du parenchyme de la moelle, après quoi, ils se tournent de nouveau vers le pourtour de la tige, et entrent tout droit dans une feuille, dont ils occupent le milieu du pétiole, qu'ils parcourent dans toute sa longueur. »

M. Lestiboudois (*Comptes rendus*, 1851, t. XXXIX, p. 882), dit « que les fibres qui occupent le centre du pétiole proviennent plus habituellement des fibres éparses dans le centre médullaire, et que ces fibres s'unissent souvent aux fibres qui occupent la partie supérieure du contour du pétiole. »

M. Mettenius a décrit avec plus d'exactitude à quelques égards le passage des faisceaux intramédullaires aux feuilles (*l. c.*, p. 525 et suiv.). Il a vu que, suivant les espèces et la dimension des tiges, les faisceaux intramédullaires entrent dans chaque feuille en une, deux ou plusieurs paires symétriques ou à peu près, et il cite des exemples dans lesquels les uns, après s'être unis au bord de l'ouverture foliaire, forment les faisceaux moyens antérieurs de la cicatrice; un ou plusieurs autres aboutissent à l'extrémité interne de la rentrée des extrémités de l'arc supérieur, et quelques autres sont unis à une partie des faisceaux mêmes de l'arc supérieur; enfin un autre aboutirait quelquefois aux faisceaux de la rentrée de l'arc inférieur, après avoir envoyé une petite branche à un des faisceaux voisins de l'arc inférieur.

Bien que M. Mettenius décrive en réalité quelques-unes des principales disposions de ces faisceaux, sa description manque de précision à divers égards, et elle est entachée de quelques erreurs dont, faute d'espace, je ne signalerai ici que la plus considérable. Elle consiste, comme je l'ai déjà dit plus haut, en ce qu'il prétend (*l. c.*, p. 528) que « les faisceaux qui sont enfermés dans l'arc supérieur doivent leur origine seulement à des faisceaux du plexus intramédullaire. » Il a évidemment méconnu le véritable état des choses,

ce qui l'a empêché de donner une théorie satisfaisante de la cicatrice.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Instruction publique dans le royaume d'Italie. — *L'Annuaire de l'instruction publique* du royaume d'Italie, pour l'année 1870-1871, vient de paraître à Florence.

Nous lui empruntons des renseignements statistiques qui ne seront pas lus sans intérêt.

Il y a dans le royaume d'Italie 17 universités royales et 4 universités libres. Les universités royales sont celles de Bologne, de Cagliari, de Catane, de Gênes, de Macerata, de Messine, de Modène, de Naples, de Padoue, de Palerme, de Parme, de Pavie, de Pise, de Rome, de Sassari, de Sienne et de Turin. Les universités libres sont celles de Camerino, de Ferrare, de Pérouse et d'Urbino.

Les universités de Cagliari, de Catane, de Gênes, de Palerme, de Pise, de Turin comprennent cinq Facultés : théologie, jurisprudence, médecine et chirurgie, science physique, mathématiques et naturelles, philosophie et lettres. L'université de Rome a une faculté de théologie, une faculté de jurisprudence, une faculté de médecine et chirurgie, une faculté des sciences physiques et mathématiques, une faculté de philologie. Bologne, Messine, Naples, Pavie, ont des facultés de jurisprudence, de médecine et chirurgie, des sciences, de philosophie et lettres, mais n'ont point de faculté de théologie. Modène, Parme, Ferrare, Pérouse, n'ont ni faculté de théologie, ni faculté de philosophie et lettres. Padoue a des facultés de théologie, des sciences juridiques et politiques, de médecine et chirurgie, de mathématiques et de philosophie. Sassari n'a ni faculté des sciences, ni faculté de philosophie et lettres. Sienne et Camerino n'ont point de faculté de théologie. Urbino n'a qu'une faculté de jurisprudence et une faculté de mathématiques pures. Macerata n'a qu'une faculté de jurisprudence et des cours spéciaux de médecine, de chirurgie, d'art vétérinaire et de pharmacie.

Le nombre des étudiants inscrits dans les facultés est de 7,238, qui se répartit ainsi entre les diverses facultés : Bologne, 568 ; Cagliari, 103 ; Catane, 183 ; Gênes, 412 ; Macerata, 101 ; Messine, 91 ; Modène, 354 ; Padou, 1,110 ; Palerme, 274 ; Parme, 304 ; Pavie, 789 ; Pise, 571 ; Rome, 726 ; Sassari, 86 ; Sienne, 97 ; Turin, 1,469 ; Camérino, 22 ; Ferrare, 102 ; Pérouse, 75 ; Urbino, 83. Les étudiants qui suivent les universités de Naples ne sont point portés sur un registre d'inscription.

Au nombre des établissements d'instruction supérieure, il faut placer, en dehors des universités, l'institut royal des études supérieures pratiques et de perfectionnement, à Florence ; l'Académie scientifique et littéraire de Milan ; des écoles d'application pour les ingénieurs, à Turin et à Naples ; l'institut technique supérieur de Milan ; les écoles normales supérieures de Naples et de Pise ; le collége médico-chirurgical de Naples ; 3 écoles universitaires de théologie ; 23 d'éléments du droit civil et de la procédure ; 4 de chirurgie et de pharmacie élémentaires ; 9 d'accouchement théorique et pratique. Naples, Turin et Milan ont des écoles supérieures de médecine vétérinaire ; Naples, Milan, Venise et Forli ont des observatoires.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments ou autres objets).

—

Traité pratique des maladies des yeux et de la vue, par le docteur J. Carnet, ancien interne des hôpitaux de Paris. 1 vol. in-12 avec figures dans le texte. 3e édition. — Prix : 5 francs.

Du service de la pharmacie militaire ; son importance, sa situation actuelle. Réformes à introduire dans son organisation, par M. le docteur C. Roucher, pharmacien principal de 1re classe en chef à l'hôpital militaire du Gros-Caillou. Paris, 1871, in-8 de 32 pages. — Prix : 1 fr. 25 c.

Quelques considérations sur le crétinisme, par le docteur Alexandre Niepce. In-8°. — Prix : 1 fr. 75.

Angines aiguës ou graves. Origine, nature, traitement, par le docteur Moura. Broch. grand in-8° de 68 pages. — Prix : 3 francs.

De la thérapeutique de l'œil au moyen de la lumière colorée, par le docteur L. Boehm, professeur à l'université de Berlin, etc. ; traduit de l'allemand par Th. Klein, traducteur de l'*Optique physiologique* de Helmholtz. 1 vol. in-8° avec deux planches coloriées. — Prix : 4 francs.

Revue photographique des hôpitaux de Paris, par les docteurs De Montméja et Bourneville. 3e année ; les numéros de mai et juin sont en vente. — Prix de chaque : 2 francs.

Les spectres d'absorption du sang, par le docteur Victor Fumouze. In-4° de 150 pages, avec 3 planches coloriées. — Prix : 4 fr. 50.

Étude expérimentale et clinique sur l'absinthisme et l'alcoolisme, par le docteur Challand. In-8°. — Prix : 2 francs.

Note sur certains cas curieux de boulimie et de polydipsie d'origine syphilitique, par le docteur Alfred Fournier, médecin de l'hôpital de Lourcine, professeur agrégé de la Faculté. In-8° de 28 pages. — Prix : 1 fr. 25.

Le Directeur : Dr E. Le Soubd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois. . . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 29 septembre 1871.

HOTEL-DIEU. — M. Noël GUÉNEAU DE MUSSY.

De la symétrie dans les affections cutanées à propos d'un cas d'érysipèle symétrique.

La tendance à la symétrie, qui est une loi de l'évolution organique normale, se retrouve assez souvent dans l'état pathologique, et se manifeste par la répétition du même travail morbide dans les parties homologues des deux côtés du corps. Ainsi, la carie d'une dent est très-souvent suivie de la carie de la dent correspondante ; les affections oculaires sont souvent doubles ; les traumatismes d'un œil, surtout quand un corps étranger a pénétré dans l'organe, retentissent souvent sur l'autre œil. Dans la goutte et dans le rhumatisme, assez souvent, quand une articulation est atteinte, l'articulation congénère l'est en même temps ou ne tarde pas à être envahie à son tour.

Dans les fièvres éruptives, dans beaucoup d'affections cutanées, on observe cette symétrie ; elle semble plus facile à expliquer dans les organes auxquels se distribuent les nerfs cérébro-spinaux qui se développent symétriquement des deux côtés du corps, et qui sont sous la dépendance de cette innervation fortement centralisée dont la source est dans l'encéphale. Elle y est peut-être plus apparente ; elle se montre cependant aussi dans le domaine du grand sympathique. Là, il y a aussi des consensus pathologiques, des sympathies dans le sens propre du mot entre les deux moitiés des organes simples, entre des organes doubles comme les deux reins, les deux ovaires.

Graves a signalé un des exemples les plus frappants de la symétrie pathologique dans l'érysipèle médian ; il a formulé cette loi : que quand l'érysipèle débute par la ligne médiane, il se développe symétriquement des deux côtés. Un fait, observé récemment par moi à l'Hôtel-Dieu, donne à cette loi de Graves une confirmation si éclatante et si curieuse que je crois devoir le rapporter ici.

Au mois de juin 1871, je reçus dans mon service un homme affecté d'érysipèle de la face. La fluxion érysipélateuse avait commencé par le dos du nez et s'étendait symétriquement des deux côtés. Le troisième jour elle occupait le front ; mais en dehors et au-dessous des deux bosses frontales existaient deux espaces triangulaires ayant environ 2 centimètres et demi de côté, au niveau desquels la peau, pâle et déprimée, était restée parfaitement saine. Sa couleur, normale dans cet espace, contrastait avec la coloration rouge, carminée des parties voisines. Les bords, qui limitaient cette partie de peau inattaquée par l'érysipèle, formaient des bourrelets saillants, indiquant, suivant la remarque de Chomel, que le travail morbide n'était pas arrêté et que cette portion des téguments, jusque-là respectée, subirait un envahissement ultérieur.

A gauche, le bord externe de ce triangle correspondait exactement à une cicatrice linéaire, trace d'une ancienne plaie du front qui avait divisé la peau dans toute son épaisseur. La moitié droite du front n'avait subi aucune lésion ; et cependant la partie des téguments respectée par l'érysipèle présentait exactement la même forme, le même siége et les mêmes dimensions que celle qui, du côté gauche, était contiguë à la cicatrice. Ces deux triangles avaient une égalité géométrique parfaite ; leurs positions et leurs directions étaient absolument semblables.

On pouvait supposer que l'interruption des vaisseaux par la cicatrice, qui était sensiblement perpendiculaire aux rameaux de l'artère frontale, avait retardé à gauche la fluxion érysipélateuse ; mais à droite, la loi de symétrie pouvait seule expliquer cette anomalie, qui fut passagère d'ailleurs, comme je l'avais prévu. Au bout de 24 heures, l'érysipèle avait franchi l'obstacle, et le front présentait une rougeur uniforme, sur laquelle la cicatrice du côté gauche marquait seule par une ligne blanchâtre la place qu'avait occupée le triangle observé la veille.

Le septième jour, l'érysipèle avait disparu et le malade entrait en convalescence.

Ce fait, en confirmant la loi de Graves, me paraît soulever d'intéressantes questions de physiologie pathologique : Quel est le lien de cette solidarité, qui répartit le travail morbide avec une si rigoureuse égalité et une symétrie si parfaite entre les parties similaires ? Si, comme la physiologie l'enseigne, l'action vasculaire qui préside à la fluxion érysipélateuse est placée sous la dépendance du système nerveux, on dirait que les nerfs centripètes gauches ont transmis aux centres d'innervation l'impression de l'obstacle apporté par la cicatrice aux envahissements de l'érysipèle, et que ces centres ont réglé, en conséquence, l'innervation vaso-motrice de manière à l'harmoniser des deux côtés.

Il est certain que les nerfs sympathiques s'anastomosent entre eux, que les deux moitiés de l'encéphale sont unies par de nombreuses commissures ; peut-être même, comme l'admettent quelques anatomistes, les nerfs cérébraux gauches et droits se réunissent-ils à leur origine. Mais dans quelles conditions et de quelle manière se solidarise l'action de ces nerfs ? Nos regards et nos scalpels ont vainement interrogé jusqu'ici la masse encéphalique, sans lui arracher ces secrets.

Tout nous porte à considérer le système nerveux comme le régulateur et l'incitateur des actions vitales dans les organismes animaux. Nous ne devons pas oublier, cependant, que cette loi de symétrie, dont nous cherchons l'explication dans l'état pathologique, est, comme nous le disions plus haut, une loi physiologique primordiale. Elle se manifeste dans le germe animal avant l'apparition de tout appareil nerveux. Elle se révèle dans les organismes végétaux avec une régularité et une constance merveilleuses. Le mécanisme peut donc en être caché dans des ressorts plus intimes et plus merveilleux que ceux qu'il nous a été donné jusqu'ici d'apercevoir. Et pourtant, une fois l'organisme arrivé à son évolution complète dans les animaux supérieurs, le système nerveux nous apparaît comme l'instrument ou, du moins, la condition de ces actions fondamentales et directrices, que nous appelons les lois de la vie.

Dans quelques cas, nous pouvons constater une connexité entre des modalités anomales des nerfs et des lésions tégumentaires. Ainsi, on observe parfois des douleurs violentes dans la région lombaire, vers l'émergence des nerfs, dont quelques jours après les localisations du zona suivent la direction et dessinent, pour ainsi dire, le parcours. Souvent même il jette ses groupes vésiculeux sur le trajet des différentes branches, qui ont entre elles des connexions d'origine. A l'éruption peuvent succéder des névralgies, qui sont parfois d'une opiniâtreté désespérante. Je me rappelle avoir vu, avec Chomel, une vieille dame qui, douze ou quinze ans auparavant, avait été affectée de zona et qui subissait, plusieurs fois par an, des attaques de névralgie violentes, occupant la région où s'étaient développés les groupes herpétiques.

J'ai cité ailleurs cette singulière incitabilité de la peau pour certains agents chez des sujets atteints de névralgies. Chez deux des malades dont j'ai parlé l'opium, chez d'autres la térébenthine, provoquèrent l'explosion d'éruptions eczématoïdes sur des parties de la peau hypéresthésiées.

Je regrette de n'avoir pas recherché si, chez ces mêmes sujets, en dehors de la région douloureuse et par conséquent de la sphère de distribution des nerfs malades, ces topiques eussent produit le même effet. Je suis d'autant plus disposé à en douter, que chez un de ces malades on avait fait souvent des applications narcotiques pour des affections douloureuses d'une autre forme, et que cette complication n'avait pas été observée.

La sensibilité cutanée peut être modifiée dans les névralgies, elle peut être augmentée, elle peut être diminuée, mais je ne connais pas encore la loi qui régit ces anomalies (1). Des troubles de circulation et des altérations de sécrétion accompagnent souvent les modalités morbides de la sensibilité, et la constatation de ceux-ci peut mettre sur la voie de l'explication des autres.

Ainsi pour nous résumer, nous apercevons un rapport entre des anomalies du système nerveux et des altérations du tissu tégumentaire, mais le mode de ce rapport nous échappe et appelle de nouvelles recherches.

DE LA LUXATION DES TROIS SYMPHYSES DU BASSIN.

Par M. le docteur A. DUBRUEIL

La luxation isolée d'une des articulations du bassin est déjà chose rare, mais plus rares encore sont les faits où toutes les articulations de l'enceinte pelvienne sont simultanément disjointes. Tel était cependant le cas que j'ai pu observer il y a quelques années.

Voici les quelques détails que j'ai pu recueillir sur la nature du traumatisme qui avait donné lieu à cette lésion à laquelle a succombé le malheureux dont j'ai pratiqué l'autopsie.

Dans la soirée du 8 décembre 1866, il fut trouvé gisant sur le chemin de Paris à Pantin. Il souffrait horriblement et déclara avoir été renversé par une charrette pesamment chargée, dont une des roues lui avait passé sur le bassin.

Transporté à l'hôpital de Lariboisière, il rendit le dernier soupir à minuit et demi. Cet homme paraissait âgé d'une trentaine d'années. Son cadavre non réclamé fut apporté à l'école pratique et distribué aux élèves du pavillon que je dirigeais, et là mon attention fut appelée sur lui par son admirable musculature et par l'existence d'une ecchymose siégeant à la partie inférieure de l'abdomen, aux bourses, etc. En pressant sur le point occupé normalement par la jonction des deux pubis, je sentis une dépression ; je pouvais enfoncer profondément les doigts ; l'enceinte osseuse avait disparu dans cette région sur la ligne médiane et à une certaine distance de chaque côté de cette ligne. On la retrouvait un peu plus loin. Je tâchai alors d'avoir quelques détails et, recommandant aux élèves de respecter les parties dont l'étude pouvait offrir le plus d'intérêt au point de vue anatomo-pathologique, j'attendis de pouvoir faire l'autopsie sans trop les gêner dans leur dissection.

C'est le 18 décembre que j'ai procédé à l'examen nécroscopique qui m'a révélé les désordres suivants : une série d'infiltrations ou d'épanchements sanguins existaient dans des points multiples, tant superficiels que profonds. C'est ainsi que j'ai trouvé un épanchement sous la peau de la région hypogastrique et des deux fosses iliaques, une hématocèle généralisée du scrotum (il n'y avait rien dans les tuniques vaginales), un épanchement dans la gaîne du couturier droit et, du même côté, un autre assez considérable dans lequel baignaient les adducteurs.

En arrière, sous la peau de la région sacrée, on trouvait une large infiltration sanguine. On voyait encore des épanchements à droite sous l'aponévrose et entre le grand et le moyen fessiers. Dans l'enceinte pelvienne, existaient trois collections sanguines parfaitement distinctes : une au niveau de l'obturateur interne droit, une autre dans l'épaisseur du muscle iliaque gauche, et une dernière reposant sur la partie gauche de la face antérieure du sacrum. Mais la lésion des parties molles la plus intéressante était certainement une solution de continuité existant sur la face antérieure de la vessie, au-dessus de la symphyse pubienne.

Je ne puis malheureusement que signaler ici cette déchirure sans donner d'indication plus précise, convaincu que je suis qu'après que j'en ai eu constaté l'existence, elle a été notablement agrandie pendant les manœuvres employées pour séparer le bassin.

Voici maintenant les désordres survenus dans les articulations et les os : le sacrum vu par sa partie antérieure apparaissait placé en avant de sa position normale. Il dépassait dans ce sens, au niveau du détroit supérieur, l'os iliaque droit de deux centimètres et le gauche de 1 centimètre et demi. Le sacrum et l'os coxal droit avaient subi un écartement tel dans leur articulation qu'à la partie supérieure il existait entre eux un intervalle de quatre centimètres en avant et de un centimètre en arrière. Les ligaments périphériques de cette articulation étaient détruits ; le ligament intérosseux, resté adhérent, avait entraîné avec lui la partie postérieure de la facette articulaire de l'os coxal. Sur la partie antérieure, le cartilage d'encroûtement avait disparu.

L'articulation sacro-iliaque gauche avait aussi subi une disjonction telle que les surfaces articulaires étaient séparées en avant par un intervalle de un centimètre et demi. En arrière, elles étaient au contact.

Les ligaments sacro-sciatiques du côté droit étaient en partie détachés à leurs insertions internes ; à gauche, ils étaient à peu près indemnes.

Les deux branches de la symphyse pubienne avaient subi un écartement considérable. Un espace de six centimètres et demi à la partie supérieure, de cinq à la partie inférieure, séparait les surfaces articulaires. Le ligament inter-articulaire était demeuré adhérent à l'os du côté droit.

Lorsque le bassin reposait sur la partie antérieure, les deux tubérosités sciatiques étaient éloignées l'une de l'autre de dix centimètres, ce qui est la distance normale chez l'homme. La branche descendante de l'ischion du côté droit était plus basse

(1) Il y a longtemps que j'ai fait des recherches sur les modifications de la sensibilité dans les névralgies. Dès 1849 j'ai fait quelques expériences sur ce sujet, à la Charité, où je suppléais le professeur Fouquier. J'ai appliqué alors à ces recherches le compas de Bell, et plus tard, en 1856, j'ai indiqué dans une note de la Pathologie générale l'application de l'esthiomètre aux observations cliniques, application dont, pour le dire en passant, on a fait plus tard honneur au docteur Schewenink.

que la gauche d'un centimètre, et la tubérosité droite dépassait d'un centimètre en arrière celle de gauche.

Une fois les muscles complétement enlevés, l'os iliaque droit est devenu presqu'entièrement libre sur le sacrum. Le gauche, au contraire, ne jouissait que d'une très-médiocre mobilité, arrêté qu'il était dans ses mouvements par la persistance du ligament intérosseux.

A droite existaient deux fractures : l'une complète, dirigée verticalement et siégeant au point de jonction des branches ascendante de l'ischion et descendante du pubis ; les fragments étaient exactement en contact.

L'autre solution de continuité qui présentait une forme angulaire portait sur la branche horizontale du pubis, immédiatement en dedans de l'éminence iléo-pectinée. Elle était incomplète ; la lame osseuse postérieure était intacte. Pas de saillie ni de dépression anomale à ce niveau du côté de la cavité pelvienne. En avant, les deux lèvres de la solution de continuité étaient dans un contact exact ; la membrane obturatrice était demeurée intacte. Rien autre chose à noter dans les autres parties du corps.

Cinq faits analogues, c'est-à-dire cinq faits de luxation des trois articulations intrinsèques du bassin, existent dans les annales de la chirurgie : deux sont dus à Astley Cooper (*Œuvres chirurgicales*, traduction de Chassaignac et Richelot, p. 131 et suivantes). Cloquet en a relaté un dans le *Journal de médecine*, 1er janvier 1820, t. VII, p. 201). Richerand a déposé au musée Dupuytren une pièce qui rentre évidemment dans la même catégorie, mais à propos de laquelle il est impossible d'avoir des renseignements autres que ceux très-écourtés qui figurent sur l'étiquette. Vient, en dernier lieu, le fait de Thouvenet, consigné dans les *Bulletins de la Société anatomique* (1849, p. 29).

Le rapprochement de ces divers cas nous montre, pour tous, la cause traumatique agissant avec une force extrême. Deux fois (le cas de Richerand et le mien), c'est la roue d'une voiture pesamment chargée qui écrase le bassin. Un des malades de Cooper est pressé entre une roue de voiture et le poteau d'un réverbère. Dans les trois autres cas, c'est la chûte d'un corps très-lourd qui a déterminé l'accident. Pour le blessé de Cooper, sur lequel était tombée une barrique de sucre, il n'y a pas de désignation du lieu sur lequel a porté le choc. Dans l'observation de Cloquet, le malade était étendu sur le sol, la face en avant, lorsqu'une des extrémités d'une pièce de charpente, d'une énorme pesanteur, vint le frapper au niveau de la région lombaire. Le sujet observé par Thouvenet fut renversé par un éboulement qui l'atteignit dans le dos.

Dans quatre de ces cas, la violence a agi directement sur le bassin. Pour celui de Thouvenet, c'est sur le dos qu'a porté le choc ; mais la colonne vertébrale chez cet homme, qui, d'après l'observation, était d'une constitution athlétique, la colonne vertébrale a résisté comme une tige rigide et a transmis l'impulsion au sacrum. Dans quatre de ces cas, le bassin a été comprimé contre un point fixe : le sol, dans trois observations (chez le blessé de Thouvenet, les ecchymoses de la paroi abdominale et du scrotum indiquaient bien qu'il y avait eu une pression exercée contre le terrain) ; un poteau de réverbère, pour le malade de Cooper.

Dans l'autre fait du même auteur, bien qu'il n'y ait pas de détails à ce sujet, il est permis d'induire que le malade sur lequel était tombée une barrique de sucre a été renversé par ce poids énorme, qui l'a pressé sur le sol, d'autant plus que l'autopsie nous montre des désordres siégeant à la fois en avant et en arrière.

Ainsi, les conditions de délabrement que j'étudie me paraissent les suivantes : une résistance et une pression directe ou transmise s'exerçant aux deux extrémités du diamètre antéro-postérieur du bassin. Action et réaction doivent être très-énergiques pour triompher à la fois de la résistance des ligaments et de celle des os ; car, dans tous les cas, sauf celui de Thouvenet, il y a eu fracture.

Dans le fait de Cloquet et dans celui qui m'est propre, le sacrum était porté en avant, tandis que dans les autres on ne signale rien d'analogue, ce qui fait supposer que le mouvement de propulsion de cet os, s'il a existé, a dû être peu prononcé.

Dans ces différents cas, je viens de le dire, hormis celui de Thouvenet, il existait des fractures. Une seule fois, le sacrum est le siége d'une solution de continuité (pièce de Richerand) ; mais, dans tous les faits, il y a fracture de l'os iliaque. Je ferai remarquer ici, en passant, la fracture incomplète de la branche horizontale du pubis observée sur mon sujet, et j'en rapprocherai une autre, également incomplète, siégeant aussi sur l'os coxal, mais sur la portion iliaque, qui existe sur une pièce déposée au musée Dupuytren par le professeur Laugier. Je signalerai aussi ce fait, qui met bien en relief la puissance des ligaments interosseux, surtout celui de la symphyse pubienne, à savoir que ces ligaments entraînent avec eux les parties osseuses sur lesquelles ils s'insèrent plutôt que de se laisser déchirer.

Trois fois sur six, il y a eu déchirure de la vessie, et dans les faits de Cloquet et de Thouvenet, c'est évidemment la rupture de la vessie qui a entraîné la mort par la péritonite à laquelle elle a donné lieu. Chez mon blessé, il n'y avait pas trace de péritonite, et, du reste, il a succombé trop rapidement pour que la mort puisse être mise sur le compte de l'épanchement urineux dans la cavité abdominale.

Dans ce cas, en l'absence de toute lésion des organes nerveux et circulatoires capable d'emporter rapidement un homme aussi vigoureux, la mort me paraît, comme pour le premier malade cité par Cooper, qui, lui aussi, expira le jour même de l'accident, la mort me paraît devoir être mise sur le compte du collapsus inséparable d'un aussi monstrueux traumatisme.

SUR QUELQUES PARTICULARITÉS

DES PERCEPTIONS VISUELLES OBJECTIVES ET SUBJECTIVES

Note présentée par M. Dubrunfaut à l'Académie des sciences.

« 1° Dans la célèbre expérience de Buffon sur les couleurs accidentelles, l'image subjective existe, toute formée sur la rétine et superposée à l'image objective, ainsi qu'on peut le déduire des expériences et des faits connus. Par conséquent, il est inexact de dire, comme on le fait généralement depuis et d'après Buffon, que les couleurs accidentelles sont les compléments physiques des couleurs des objets qui les font naître ; et, en effet, s'il en était ainsi, tous les corps observés dans les conditions de l'expérience de Buffon apparaîtraient blancs dans la lumière blanche, ce qui n'est pas ; et il est à remarquer qu'il sont seulement modifiés dans leur teinte propre dans le sens de l'image complémentaire qui leur est superposée. Ces phénomènes se compliquent d'ailleurs des faits de contrastes simultanés qui varient avec la couleur du fond sur lequel on les observe.

2° Les effets de contrastes simultanés, savammeet étudiés par M. Chevreul, ne sont pas, plus que les couleurs accidentelles, soumis à la loi absolue des couleurs complémentaires. Ils paraissent dériver, comme ces dernières, d'une même cause, susceptible de les relier et de les expliquer comme phénomènes subjectifs.

« 3° Une image colorée (rouge par exemple), vue sur un fond blanc, dans les conditions de l'expérience de Buffon, apparaît, par suite d'un effet de contraste simultané, environnée d'une auréole verdâtre, qui, ainsi que l'a reconnu M. Chevreul, s'affaiblit avec la distance. Cette expérience prouve que l'auréole qui appartient à l'image complémentaire de l'image objective émane de cette dernière sous forme de rayons divergents, qui suivent, dans leur propagation, la loi géométrique commune aux actions qui partent d'un même centre. Elle prouve que la couleur accidentelle provient de la même source que la couleur de contraste simultané, et les deux sensations sont perçues par la rétine comme deux effets distincts d'une même cause. Il est à remarquer encore que, dans cette expérience, l'auréole subjective de contraste se comporte comme image objective, car elle produit une image accidentelle de teinte complémentaire approximative, comme le fait l'image objective elle-même.

« 4° L'explication que l'on donne généralement, depuis Newton, des faits de coloration des corps éclairés par la lumière blanche est une erreur de même ordre que les erreurs que nous venons de signaler. En effet, si, comme nous croyons l'avoir démontré (1° et 2°), l'image subjective existe toute formée dans l'expérience de Buffon, et si elle est empruntée à la lumière blanche décomposée d'une façon inconnue par le corps coloré, on ne peut admettre, avec Newton, que la couleur complémentaire des objets qui apparaissent colorés est absorbée entièrement par le corps lui-même. Cette absorption ne peut être que partielle, comme cela s'observe dans les parties vertes des plantes, et la fraction de la couleur complémentaire qui n'est pas utilisée par absorption concourt à la production des images de contrastes simultanées et successives.

« 5° La distinction physique des images objectives et subjectives empruntée à la métaphysique est parfaitement légitime, parce qu'elle se prête bien à l'explication et à la classification des phénomènes. Les images objectives ont, en général, leur centre de propagation en dehors des organes de perception des sensations, tandis que les images subjectives ont pour siége et centre de propagation la rétine, qui devient ainsi, dans ce cas, centre actif et passif de sensation. M. Plateau, dans le but de justifier sa théorie ingénieuse des sensations antagonostes objectives et subjectives, a fait remarquer l'opposition des deux ordres de sensations comme couleur et comme action à distance. Ces distinctions acquièrent une grande importance pour l'explication des particularités nouvelles que nous aurons à signaler ci-après. En effet, quand les dimensions des images objectives suivent la loi de réciprocité du carré de la distancs, les images subjectives, au contraire, suivent la raison directe du carré de cette distance.

« 6° Les phosphènes qui apparaissent en traits de foudre de Jupiter, sont, selon nos observations, la configuration exacte de la forme des vaisseaux sanguins de la rétine ; seulement ces vaisseaux sont vus considérablement amplifiés par un acte qui paraît rentrer dans les facultés propres du sensorium. Les phosphènes connaissent pour cause un engorgement passager des vaisseaux sanguins de la rétine, qui produisent ainsi tactilement, par leur action sur les papilles nerveuses, la lumière étudiée par Magendie ; et il faut que, dans ce cas, comme dans tous les cas analogues, la production de lumière soit considérable, puisqu'elle est comparable, dans ses effets, à celle de la lumière électrique. Les cercles et les arcs de feu observés dans la pression et le mouvement des globes oculaires sont, comme les phosphènes, des effets de lumière produits tactilement sur le nerf optique, et ils représentent la configuration linéaire et agrandie des points du nerf optique excités.

« 7° Nous avons eu l'occasion d'observer souvent un phénomène que nous n'avons vu publier nulle part, quoiqu'il rentre dans la catégorie des faits connus que nous venons de rappeler. Nous pouvons, pour ainsi dire, voir à volonté la circulation des globules sanguins des vaisseaux de nos rétines, comme on la verrait avec un microscope doué d'un pouvoir amplifiant considérable. Les globules, dans ce cas, se dessinent nettement en noir sur un fond faiblement éclairé, et le sens de leur mouvement est parfaitement net. Ici encore le sensorium doit disposer d'une lumière intense et d'un procédé amplifiant considérable, et, remarquons-le, ces particularités s'appliquent exclusivement à des images subjectives, c'est-à-dire à celles qui, ayant leur centre de propagation dans la rétine, peuvent être grossies par projection en divergeant proportionnellement au carré de la distance.

« 8° En observant un vaisseau lumineux qui a traversé la fente réglée entre deux biseaux pour faire naître le phénomène des franges, on distingue deux images de constitutions différentes, suivant la position verticale ou horizontale de la fente par rapport à l'œil. Cette particularité nous paraît mettre en évidence, dans la structure de l'œil, une différence qui se manifeste dans deux positions rectangulaires.

« 9° Nous pouvons rendre manifeste le *punctum cæcum* découvert par Mariotte à l'aide d'une expérience simple et nouvelle, qui permet de mieux étudier les conditions de cette propriété de la rétine. En projetant, après le repos de la nuit, la vue sur le plafond d'une pièce faiblement éclairée par la lumière d'une veilleuse, et en ayant soin d'observer immédiatement et successivement pour chaque œil, on remarque deux images noires qui se dessinent symétriquement sur les rétines aux points correspondant à ceux qui sont connus comme siége des *punctum cæcum*. L'œil droit donne l'image à droite et l'œil gauche la donne à gauche, c'est-à-dire renversées. Ces impressions sont fugaces, mais elles peuvent se reproduire un grand nombre de fois consécutives, en ouvrant les yeux après les avoir tenus fermés pendant quelques instants. Les deux images sont de formes et de dimensions inégales, et elles reproduisent indubitablement les formes et les dimensions relatives des deux points pour chaque individu. Pour nous, le *punctum cæcum* de l'œil droit a la forme d'un pentagone irrégulier, et sa surface est au moins double de celle du *punctum cæcum* de l'œil gauche, qui apparaît, lui, avec la forme d'un quadrilatère rectangulaire. »

TABLETTES

DU MÉDECIN-LÉGISTE

(Suite)

XI

Manufactures insalubres. — Tout acte d'autorisation d'établissement insalubre ou incommode doit être déposé, en copie, aux archives de la commune de la situation, et il en doit être donné communication à toute personne intéressée qui en fait la demande (décr. 15 oct. 1810, art. 7). — Circul. min. agr. et comm., 11 mai 1863. — Cf. Dalloz, *Jur. gén.*, 1863, 3e partie, p. 85.

— C'est au préfet qu'il appartient de prononcer, sous l'autorité du ministre du commerce, et sauf recours au Conseil d'État, sur les demandes en fermeture des ateliers insalubres ou incommodes, soit pour cause de changements non autorisés dans la nature de l'industrie, soit pour cause d'inexécution des conditions prescrites ; en conséquence, le conseil de préfecture, qui statue sur une demande de cette nature, excède les limites de sa compétence. — Cons. d'État, 28 janv. 1864. — Cf. Dalloz, *Jur. gén.*, 1864, 3e partie, p. 17.

XII

Médecin. — Tentative de corruption. — Même sous l'empire du code de justice militaire, du 9 juin 1857, la tentative de corruption non suivie d'effet, qui a été tentée à l'égard d'un médecin appelé à faire partie du conseil de révision, ne constitue pas une infraction punissable ; il n'y a de délit à la charge du corrupteur que lorsque ses dons ou promesses ont été agréés (C. pén., 3 ; L. 21 mars 1832, art. 45 ; C. just. milit., art. 270). — C. cass., ch. crim., 11 déc. 1862. — Cf. Dalloz, *Jur. gén.*, 1863 (1re partie, p. 480.

XIII

Médicaments. — Les pastilles ou tablettes obtenues par la combinaison d'une drogue médicinale préalablement purifiée et pulvérisée avec un mucilage de gomme et de sucre, sont de véritables médicaments ; donc par suite la préparation et la vente appartiennent aux pharmaciens, à l'exclusion de tous autres, et notamment des droguistes (déclar. 25 avril 1777, art. 5 et 6 ; L. 21 germ. an II, art. 25 et 35 ;

Il en est ainsi, spécialement des pastilles de bismuth, des tablettes de calomel ou protochlorure de mercure, des tablettes de soufre et des tablettes d'ipécacuanha ;

Dès lors, le juge correctionnel saisi d'une prévention dirigée contre un droguiste pour fabrication de pastilles de ce genre, ne peut s'abstenir de statuer sur l'action en dommages-intérêts formée par les pharmaciens qui ont poursuivi ce fait de fabrication comme leur portant préjudice (C. d'inst. crim. 1 et 3.).

C. cass., ch. crim. 3 avril 1862. — Cf. Dalloz, *Jur. gén.*, 1862. 1re partie, p. 249.

XIV

Monomanie. — Testament. — Un testament peut être déclaré valable, même lorsqu'il est l'œuvre d'une personne atteinte de monomanie ou trouble partiel de l'intelligence, s'il est constaté qu'au moment où il a été fait, le testateur était sain d'esprit, constatation qui n'est soumise à aucune formule sacramentelle, et qui résulte suffisamment, par exemple, de la déclaration qu'à ce moment, le testateur jouissait de la plénitude de ses facultés et de sa raison. (C. Nap. 901). — C. cass., ch. req., 9 avril 1862. — Cf. Dalloz, *Jur. gén.*, 1862. 1re partie, p. 366.

XV

Officine. — Visite annuelle. — Le médecin qui se trouve, par suite de la non existence d'une officine ouverte dans la localité où il est établi, autorisé à fournir des remèdes aux malades auprès desquels il est appelé, est-il soumis, à raison de la détention de ces remèdes dans son domicile, aux visites annuelles du jury médical (L. 21 germ. an II, art. 27 ? non résolu.

Question fort délicate. C. cass., ch. crim. 28 mars 1862. — Cf. Dalloz, *Jur. gén.* 1re partie, p. 256.

Le jury médical ne pouvant régulièrement procéder à la visite des officines, qu'avec le concours d'un commissaire de police, il n'y a pas contravention à se refuser à une visite que les membres du jury médical prétendraient effectuer sans l'assistance de ce fonctionnaire (L. 21 germ. an II, art. 30 et suiv. ; décr. 23 mars 1856). — Cf. Dalloz, *loc. cit.*

DOCUMENTS

POUR SERVIR A L'HISTOIRE DU MOUVEMENT SCIENTIFIQUE PENDANT LE SIÉGE DE PARIS (1).

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 6 février 1871. — Présidence de M. FAYE.

Remarques sur la structure des fougères (cysthéacées).

(Suite.)

M. A. TRÉCUL continue :

Je regrette de ne pouvoir, dans ce court aperçu, exposer avec plus de détail l'opinion de ce savant, mais j'en parlerai prochainement avec moins de concision dans les *Annales des Sciences naturelles*. Je vais maintenant examiner divers cas qui concordent en partie avec ceux qu'a décrits M. Mettenius, et dont l'exposition pourra expliquer, compléter ou rectifier ce qu'il peut y avoir de trop bref ou d'incorrect dans la description de ce botaniste.

Le cas le plus simple m'a été offert par des bourgeons adventifs développés à des degrés divers au-dessous de presque toutes les feuilles d'une tige d'*Alsophila aculeata*, J. Sm., qui avait été bouturée. Chacun de ces bourgeons était inséré sur le tube vasculaire au-dessous d'une ouverture foliaire; mais leur insertion était bien différente de celle de bourgeons observés dans la même position par M. Karsten, sur une tige d'*Alsophila pruinata* (*l. c.*, p. 197). En effet, suivant ce savant, ces bourgeons commençaient par une anse conique ou cylindrique, simulant à la surface du système vasculaire une sorte de sac ou un éperon de corolle, de façon que la moëlle de chaque bourgeon communiquait avec celle de la tige mère. Chez mes bourgeons, au contraire, une telle communication n'avait pas lieu. Ils avaient plus d'analogie avec ceux que M. Stenzel avait vus naître sur des tiges d'*Aspidium spinulosum*, etc. (*Flora*, 1859, p. 173) ou avec ceux que j'ai décrits d'après le *Blechnum occidentale*.

Chaque bourgeon commence par un gros faisceau vasculaire qui se creuse au milieu, tantôt dès sa base même à la surface du corps vasculaire de la tige, tantôt à quelques millimètres au-dessus de cette base. Il devient donc tubuleux, et s'ouvre en boutonnière d'abord sur l'un des côtés ou sur la face antérieure, et ensuite à des distances telles, que la coupe transversale n'offrait jamais plus de deux lames ou faisceaux à la fois.

Bien que les bourgeons les plus développés ne fussent pas encore munis de feuilles, il sortait des bords de chaque boutonnière six faisceaux foliaires, trois sur chaque bord. Les deux faisceaux supérieurs de chaque côté, fixés un peu au-dessous du sommet de l'ouverture foliaire, avaient une courte base commune (2), et au-dessous de leur insertion aboutissait un fascicule qui, par en bas, se prolongeait dans la moelle, en sorte qu'une paire de faisceaux intramédullaires arrivait à chaque ouverture foliaire, un tel faisceau de chaque côté.

La tige qui portait ces bourgeons, ayant trois centimètres et demi de diamètre, ne présentait que trois et quatre faisceaux sur les coupes transversales. Chaque pétiole avait à sa base de sept à neuf faisceaux dorsaux, émanant de la majeure partie inférieure de l'ouverture foliaire et formant l'arc dorsal dépourvu de séries rentrantes. Vers le haut de l'ouverture était, de chaque côté, un groupe de quatre faisceaux portés sur une courte base commune, et tandis que les antérieurs se dirigeaient par en haut, tendant à former l'arc supérieur, qui était incomplet, le faisceau inférieur de chaque groupe s'infléchissait vers le centre du pétiole, et par conséquent constituait le commencement de la série rentrante. De plus, il arrivait de l'intérieur de la moelle deux paires de faisceaux intramédullaires. Chaque faisceau de l'une de ces paires aboutissait au-dessous de l'insertion de chacun des deux faisceaux médians antérieurs de l'arc supérieur ébauché, tandis que les faisceaux de l'autre paire aboutissaient au-dessous de l'insertion des deux faisceaux rentrants des extrémités de cet arc.

Dans une jeune tige de *Cyathea medullaris*, la disposition des faisceaux pétiolaires était à peu près la même. Il y avait un arc dorsal de sept faisceaux, sans indice de séries rentrantes, et vers la face supérieure de la base du pétiole, de chaque côté, un groupe de cinq faisceaux (quelquefois quatre seulement), disposés de façon que trois, placés dans le plan parallèle à la face antérieure du pétiole, tendaient à former l'arc supérieur, tandis que les deux autres, avançant vers le centre de l'organe, représentaient la série rentrante de chaque extrémité de cet arc supérieur, qui offrait au milieu un intervalle plus grand qu'entre ses autres faisceaux. Comme dans la plante précédente, deux paires de faisceaux intramédullaires arrivaient à ces deux groupes antérieurs, rudiments de l'arc supérieur. Chacun des faisceaux de l'une d'elles aboutissait au-dessous du faisceau rentrant le plus interne de chaque extrémité de l'arc, et ceux de l'autre paire au-dessous des deux faisceaux antérieurs moyens de cet arc, qui eux-mêmes *descendaient* un peu vers le centre du pétiole, et commençaient ainsi *les séries rentrantes du milieu de l'arc supérieur*.

Dans une autre tige de *Cyathea medullaris* plus âgée, les faisceaux de la cicatrice étaient plus nombreux. Il y en avait quatorze à l'arc inférieur, et l'un des côtés de cet arc offrait, en outre, un faisceau commençant la série rentrante. L'arc supérieur, encore incomplet dans sa partie moyenne, avait cinq faisceaux de chaque côté. Deux faisceaux, opposés au vide laissé dans le milieu de l'arc, s'en étaient éloignés pour se rapprocher un peu vers la région centrale. De plus, au-dessous d'eux et encore plus près du centre, étaient deux faisceaux, dont l'insertion au bas des lobes portant l'arc supérieur montrait qu'ils représentaient, avec les deux précédents, deux nouvelles séries rentrantes, correspondant au milieu de l'arc supérieur. Comme au-dessous de l'insertion de ces deux faisceaux les plus rentrants centraux aboutissaient les deux faisceaux intramédullaires que, dans l'exemple précédent, nous avions vus au-dessous des deux faisceaux commençant à dévier vers le centre, ou même faisant partie de l'arc supérieur ébauché dont ils étaient les médians, il en résulte que ces deux faisceaux centraux doivent être considérés comme les équivalents de ces faisceaux supérieurs médians de l'arc supérieur, déviés vers le centre du pétiole.

(1) Suite. — Voir le dernier numéro.

(2) Ces deux faisceaux, de chaque côté, accolés l'un à l'autre par leur base, semblaient représenter les rudiments de l'arc supérieur, tandis que l'arc inférieur n'aurait eu qu'un faisceau de chaque côté. La partie inférieure de la boutonnière était sans faisceaux foliaires, mais portait plusieurs racines adventives, dont une au-dessous de la base de l'ouverture.

Outre les deux faisceaux intramédullaires qui viennent d'être indiqués, il y en avait d'ordinaire encore quatre paires au-dessous de chaque feuille : elles correspondaient toutes aux bords des lobes portant les deux séries rentrantes, de cinq ou six faisceaux chacune, des extrémités de l'arc supérieur. Ces faisceaux intramédullaires d'un même côté étaient anastomosés entre eux et avec les deux supérieurs.

Une tige de *Cyathea arborea*, envoyée par L'Herminier, était fort instructive en ce qui concerne les rapports des faisceaux centraux ou rentrants du milieu de l'arc supérieur avec les intramédullaires. Dans les cicatrices de cette plante, l'arc supérieur était très-complet. Il n'y avait pas le moindre vide au milieu, et pourtant il existait au-dessous des faisceaux médians de cet arc souvent deux paires de faisceaux centraux superposés à quelque distance l'une de l'autre. Quelquefois, la paire inférieure de ces faisceaux existait seule, avec un faisceau isolé placé au-dessus. Les faisceaux de la paire supérieure étaient insérés sur le sommet des lobes qui portent les faisceaux de l'arc, à la base même des faisceaux médians de cet arc, et les faisceaux de la paire inférieure étaient fixés directement au-dessous, au bas de chacun de ces lobes (1). Cette disposition démontre deux choses : 1° que les faisceaux centraux sont des faisceaux de deux séries rentrantes qui n'avaient pas été signalées comme telles jusqu'ici par les botanistes (les séries rentrantes du milieu de l'arc supérieur); 2° comme il n'arrive de faisceaux intramédullaires qu'au-dessous de l'insertion des faisceaux de la paire inférieure, et pas au-dessous de la paire supérieure, et que d'ailleurs tous ces faisceaux centraux sont attachés au bord du tube vasculaire, il est évident, pour cette double raison, que l'on ne peut plus dire que les faisceaux centraux enfermés dans l'arc supérieur proviennent seulement de la prolongation de faisceaux intramédullaires, comme le pensaient MM. Mohl, Karsten et Mettenius.

Si les faits qui précèdent ne laissent, à cet égard, aucun doute dans l'esprit, il faut reconnaître, néanmoins, qu'il est de ces faisceaux centraux dont la véritable origine n'est pas aussi bien établie à première vue. Je vais essayer de donner une explication de ces faits, et montrer qu'ils ne constituent qu'une modification d'un même mode d'insertion de ces faisceaux centraux.

Dans ma tige de *Cyathea medullaris* la plus âgée et dans celle de *Cyathea arborea* dont je viens de parler, les faisceaux de la paire inférieure étaient comme attachés par le côté sur une courte étendue longitudinale, comme brièvement greffés latéralement au bord du tube vasculaire. Pour quelques-uns de ces faisceaux du *Cyathea arborea*, le point d'attache *était raccourci verticalement* et *un peu allongé horizontalement*, en sorte que l'union paraissait effectuée par un court et épais faisceau transversal ou un peu oblique. Dans d'autres exemples que je vais citer, ce faisceau d'union était beaucoup plus long, et donnait aux faisceaux centraux l'apparence de prolongements des faisceaux intramédullaires unis au bord du tube vasculaire par un faisceau tranverse plus ou moins oblique.

Dans une tige de *Cyathea glauca* de 11 centimètres de diamètre, rapportée de Bourbon par M. Gaudichaud, il y avait sous l'arc supérieur souvent trois paires de faisceaux centraux superposés (quelquefois deux paires et un faisceau impair au-dessus). Dans quelques bases foliaires, chaque faisceau de la paire supérieure était inséré au sommet du lobe portant les faisceaux de l'arc supérieur, comme dans le cas précédent, et il n'avait pas de faisceau intermédullaire au-dessous de lui. Chaque faisceau central de la deuxième paire était attaché au bas de chacun des mêmes lobes, soit immédiatement, soit par l'intermédiaire d'un court filament de longueur variable. A la base de ce faisceau, et semblant le prolonger inférieurement, s'attachait le faisceau, quelquefois assez long, qui le reliait avec le faisceau de la paire le plus bas placée, auquel aboutissait un faisceau intramédullaire vrai. A première vue, il paraîtrait tout naturel de dire : Un faisceau intramédullaire, en s'approchant de l'ouverture foliaire, se bifurque une première fois; l'une des branches devient l'un des faisceaux centraux inférieurs ou de la première paire; l'autre branche, en montant, se divise de nouveau pour donner le faisceau de la deuxième paire du même côté, tandis que son autre rameau aboutit à la base du lobe qui porte les faisceaux de l'arc supérieur du côté correspondant. Mais, en s'exprimant ainsi, il n'y a aucun lien théorique entre la position de ces faisceaux des paires inférieures et celle des faisceaux de la troisième paire qui est la plus élevée, quand ils sont insérés au sommet des lobes qui supportent l'arc supérieur; tandis que, en admettant un allongement, comme par une sorte de traction, des tissus vasculaires qui effectuent l'insertion de ces faisceaux, on arrive à pouvoir considérer les faisceaux centraux les plus bas placés dans la cicatrice comme formant le sommet organique de celle-ci, de même que dans la figue le sommet organique est au fond de la cavité.

C'est à cette conclusion que conduit aussi la considération de la série des développements présentés par les tiges de divers âges décrites ci-dessus. Nous avons vu que dans de jeunes bourgeons adventifs qui n'avaient que trois faisceaux de chaque côté des fentes foliaires, un faisceau intramédullaire aboutit au-dessous de l'insertion des deux faisceaux supérieurs d'un même côté, qui ont une base commune, et qui représentent la moitié de l'arc rudimentaire; et que, dans la tige qui portait ces bourgeons il y avait, au-dessous de chaque groupe de faisceaux représentant aussi la moitié de l'arc supérieur ébauché, un faisceau intramédullaire au-dessous du faisceau supérieur, et un autre au-dessous du faisceau inférieur du groupe et commençant la série rentrante de ce côté inférieur de l'arc. C'est entre ces deux faisceaux extrêmes du groupe, munis chacun d'un faisceau intramédullaire à sa base, que se développent par interposition et par bifurcation des premiers existants les autres faisceaux de l'arc supérieur et de ses séries rentrantes. Nous avons vu aussi que, dans une tige de *cyathea medullaris* qui n'avait que quatre à cinq faisceaux dans chaque groupe commençant son arc supérieur et ses séries rentrantes latérales, le faisceau supérieur de chaque côté commençait lui-même à s'abaisser vers le centre; que dans une autre tige plus âgée de la même plante, il y avait à la même place (au milieu de l'arc supérieur) deux faisceaux manifestement rentrants de chaque côté, et que les deux plus rentrés, insérés au bas des lobes portant chaque moitié de l'arc, étaient dans le prolongement de deux faisceaux intramédullaires : que dans le *cyathea arborea* la même disposition était non moins marquée, et que de plus l'insertion de ces faisceaux rentrés commençait à s'étirer en filament.

(1) Les séries rentrantes des extrémités de l'arc supérieur avaient chacune cinq ou six faisceaux, et cependant un seul faisceau intramédullaire y aboutissait, au-dessous du faisceau inférieur de chaque série.

Tout cela étant incontestable, il est naturel d'admettre que dans le *cyathea glauca* l'insertion des faisceaux de la paire inférieure s'est d'abord étirée, ensuite celle des faisceaux de la deuxième paire, et que ce phénomène s'effectue comme si le côté de chaque lobe qui porte les faisceaux de l'arc glissait de haut en bas en s'allongeant; que l'on me passe cette expression.

On conçoit ainsi très-bien comment le faisceau intramédullaire qui, dans des jeunes plantes, aboutit au-dessous du faisceau le plus élevé de chaque côté de l'ouverture foliaire et aussi de l'arc ébauché, se trouve graduellement abaissé vers le centre de la cicatrice.

Quant au développement impair des faisceaux centraux supérieurs, il s'explique de deux manières, ou plutôt il y a deux cas, deux états : 1° ou bien l'un des faisceaux ne s'est pas développé sur l'une des moitiés de l'arc; 2° ou bien, comme je l'ai vu quelquefois dans le *cyathea glauca*, il part du sommet de chaque lobe un court faisceau qui, s'élevant obliquement, va s'anastomoser avec son homologue du côté opposé. De leur jonction naît un faisceau médian de l'arc, tandis que de la base de ce faisceau en émane un autre qui se dirige vers le centre de la cicatrice, et devient le faisceau central supérieur impair.

Le *cyathea glauca* m'a offert une particularité que je dois mentionner ici. C'est que les faisceaux centraux de la paire la plus élevée, au lieu d'être insérés sur les lobes qui portent les faisceaux de l'arc, comme je viens de le dire, naissent quelquefois de la bifurcation des faisceaux qui ordinairement ne constituent que les faisceaux de la deuxième paire. Ainsi, de chaque côté, le faisceau de la deuxième paire, à insertion étirée, se bifurque, une branche produit le faisceau de la deuxième paire, l'autre branche le faisceau de la troisième paire ou supérieure.

Les déductions que je viens d'énoncer à l'égard de l'origine des faisceaux centraux sont encore confirmées par les observations que m'a fournies une belle tige de $1^m,70$ de hauteur et 9 centimètres de diamètre, malheureusement indéterminée parce qu'elle est arrivée morte à Paris, et qui faisait dans les serres du Muséum un élégant support que M. Houllet voulut bien sacrifier sur ma demande. Ses cicatrices étaient grandes et ne présentaient pas moins de soixante faisceaux chacune. Les séries rentrantes des extrémités de l'arc supérieur avaient cinq et six faisceaux, et, par elles et par l'arc, quatre, cinq ou six faisceaux centraux étaient enfermés, et superposés comme d'habitude. Qu'il y en eût trois ou deux seulement de chaque côté, le supérieur était constamment inséré au bord de l'ouverture foliaire, au bas de l'un des deux faisceaux médians de l'arc, et celui ou les deux qui étaient au-dessous dans la cicatrice avaient une insertion (comme étirée en fil) analogue à celle des inférieurs que je viens de signaler d'après le *cyathea glauca*, avec un degré de complication de plus, tenant à l'augmentation du nombre des faisceaux intramédullaires, dont il avait ordinairement six ou sept, quelquefois huit de chaque côté. Au-dessous de l'insertion de chaque faisceau central supérieur, fixé, comme je viens de le dire, au bord de l'ouverture foliaire, émanait un court faisceau oblique (théoriquement le tissu d'insertion étiré) qui portait le faisceau central de la paire placée au-dessous, et quant il existait une troisième paire, chacun de ses faisceaux était uni au précédent par une branche semblable, ayant la même origine théorique. Ici se présentait fréquemment un fait capital pour l'explication des faisceaux centraux sans communication avec le bord de l'ouverture, s'il en existe réellement, ce que je n'ai pas encore eu l'occasion d'observer, les ayant toujours vus s'y rattacher par un filament. C'est que le faisceau d'union de l'un de ces faisceaux centraux à l'autre était parfois comme résorbé ou non complétement développé, ou comme s'il eût subi une rupture analogue à celle qui arrive par une traction sur une matière visqueuse, de sorte qu'il n'en subsistait que deux moignons vasculaires s'avançant l'un vers l'autre. De plus, tantôt chacun des faisceaux centraux de la cicatrice était directement prolongé par en bas par un faisceau intramédullaire ou une branche d'un tel faisceau; tantôt deux d'entre eux avaient pour prolongement un même faisceau intramédullaire. Enfin ces divers faisceaux intramédullaires du voisinage de l'ouverture foliaire, et même les fils d'union des faisceaux centraux entre eux, envoyaient des branches qui les reliaient aux bords de l'ouverture au-dessous de quelques-uns quelconques des faisceaux de l'arc supérieur, comme, par exemple, au-dessous du premier ou inférieur et du troisième à la fois, ou bien du quatrième et du sixième, etc.

Les faisceaux intramédullaires prolongeant par en bas les faisceaux centraux supérieurs étaient aussi parfois reliés par des branches semblables avec les bords des lobes portant les faisceaux des deux séries rentrantes des extrémités de l'arc supérieur. Et, dans quelques cas, le bord d'un tel lobe rentrant, soutenant une série de cinq faisceaux, pouvait aussi recevoir cinq faisceaux intramédullaires ou branches de tels faisceaux, mais chacun de ces cinq intramédullaires n'aboutissait pas toujours au bas d'un faisceau de la série rentrante. L'un de ces intramédullaires se terminait parfois dans l'invervalle de deux faisceaux de la série, et un des faisceaux de celle-ci pouvait par conséquent ne pas recevoir d'intramédullaire; mais le faisceau inférieur de la série rentrante en reçoit toujours un et quelquefois deux (1).

(1) Je n'ai jamais vu manquer le faisceau intra-médullaire à la base du faisceau inférieur ou le plus interne de la série rentrante des extrémités de

Il est à noter que malgré le grand nombre de ces faisceaux intramédullaires, aucun d'eux n'aboutissait au-dessous de l'un des faisceaux de l'arc inférieur de la cicatrice.

Dans cette plante, les faisceaux intramédullaires, munis, au voisinage de l'ouverture foliaire, d'une gaîne fibreuse qui s'affaiblissait à mesure qu'ils étaient situés plus profondément dans la moelle, se superposaient de chaque côté du rétrécissement qui précède l'ouverture, en série de six ou sept, plus rarement huit. Les inférieurs, descendant presque verticalement, se terminaient à peu près à la hauteur de la base de l'insertion des faisceaux du pétiole, en se fusionnant par l'extrémité de leur gaîne avec la couche fibreuse interne de même nature, qui limite la moelle centrale extérieurement. J'ai pu constater, dans quelques-uns de ces faisceaux, que le cordon vasculaire s'atténuait graduellement et disparaissait tout à fait, de sorte qu'il ne restait plus par en bas qu'un fascicule purement fibreux.

Je n'ai pas vu la terminaison de ceux qui avançaient le plus dans la moelle, parce que celle-ci avait été détruite en se desséchant; mais la contraction du tissu médullaire, pendant la dessiccation, montrait que les faisceaux d'un même côté étaient anastomosés entre eux, tandis que ceux de droite n'étaient par reliés avec ceux de gauche, à leur émergence de la moelle, à leur entrée dans le rétrécissement qui précède, ou, si l'on veut, qui constitue l'ouverture foliaire.

Il n'en est pas ainsi dans toutes les espèces, car dans la tige de *cyathea arbora* dont j'ai parlé, la disposition est tout autre. Les deux faisceaux intramédullaires qui prolongent par en bas les faisceaux centraux ou rentrants du milieu de l'arc supérieur, au lieu de s'en aller chacun de son côté, à droite et à gauche, dans la moelle, se rapprochent à courte distance de la base de ces faisceaux centraux, et se fusionnent en un seul qui s'avance dans la moelle. Les deux intramédullaires prolongeant les faisceaux inférieurs des séries rentrantes des extrémités du même arc supérieur, s'unissent aussi en un seul faisceau comprimé dans le plan vertical, à très-faible distance de la base des lobes rentrants auxquels ils aboutissent; de façon que, pour chacune de ces deux paires de faisceaux, il ne va dans la moelle, ou si l'on aime mieux, il n'en arrive qu'un seul faisceau.

Je n'ai pas vu la continuation de ces faisceaux, parce que la moelle était détruite; mais il n'en subsiste pas moins un aspect très-différent dans l'arrangement des intramédullaires en cet endroit, dans les deux plantes que je viens de désigner.

l'arc supérieur; c'est pourquoi je suis étonné que M. Mettenius n'en ait pas rencontré au-dessous des faisceaux centraux de sa figure 14, table V, fournie par l'*Hemitelia capensis*. Les premiers faisceaux avançant vers le centre sont ordinairement les rentrants des extrémités de l'arc supérieur, et, comme je viens de le dire, ils sont habituellement pourvus d'un faisceau intramédullaire au-dessous de leur insertion. En serait-il autrement dans cette plante? Il y a là, en tout cas, un point douteux à vérifier.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments ou autres objets).

De la nécessité de l'éducation physique et de l'organisation des gymnases municipaux hydrothérapiques, par le docteur E. DAILLY. Brochure de 24 pages. — Prix : 1 franc.

Capvern. Ses eaux minérales. Applications thérapeutiques par le docteur MICHEL TICIER, médecin inspecteur des eaux de Capvern, ancien interne des hôpitaux de Toulouse, etc. 1 vol. in-8° de 300 pages. — Prix : 2 fr. 50 c.

De la fièvre syphilitique, par le docteur COURTEAUX. In-8°. — Prix : 2 francs.

L'acte de la déglutition, son mécanisme, par le docteur MOURA, avec planches et gravures dans le texte. Br. in-4° de 60 pages. — Prix : 3 fr.

Principes de chimie biologique, par le docteur E. HARDY, préparateur de pharmacologie à la Faculté de médecine de Paris, 1 volume in-18 de 500 pages avec figures dans le texte et une planche chromolithographiée représentant l'analyse spectrale du sang. — Prix : 7 francs.

Revue photographique des hôpitaux de Paris, par les docteurs DE MONTMÉJA et BOURNEVILLE. 3e année : les nos 1-2 (janvier-février), et 2-3 (mars-avril), avec photographies, sont en vente. — Prix de chaque livraison : 4 francs.

Étude sur la lèpre tuberculeuse ou éléphantiasis des Grecs, par le docteur PAUL LAMBLIN. In-8° avec figures dans le texte. — Prix : 3 fr. 50.

L'Uranoplastie et les divisions congénitales du palais, par le docteur ROUGE, chirurgien de l'hôpital cantonal de Lausanne, 1 volume in-8° avec figures dans le texte. — Prix : 3 francs.

Étude sur le diagnostic et le traitement chirurgical des étranglements internes, par M. le docteur LARGUIER DES BANCELS, ancien préparateur du cours d'anatomie chirurgicale de l'amphithéâtre des hôpitaux. In-8°. — Prix : 3 francs.

Traité pratique de laryngoscopie et de rhinoscopie, suivi d'observations, par le docteur MOURA. Ouvrage orné de planches explicatives. 2e tirage. 1 vol. gr. in-8° de 200 pages. — Prix : 4 fr.

Diagnostic des manifestations secondaires de la syphilis sur la langue, par le docteur SAISON. In-8°. — Prix : 1 fr. 50.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois. . . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 30 septembre 1871.

HOPITAL MILITAIRE DE SÉTIF. — M. C.-E. ALIX.

Épidémie de méningite cérébro-spinale.

Pendant le mois de janvier 1868, une épidémie de méningite cérébro-spinale se montre dans les compagnies du 3e tirailleurs algériens, caserné à Sétif. La relation sommaire de cette petite épidémie peut offrir quelque intérêt et apporter son appoint à l'histoire de cette singulière affection, qui semble spéciale aux militaires.

Rappelons les conditions dans lesquelles nous nous trouvions. Comme je l'ai dit à propos du choléra, la colonie avait passé, pendant plusieurs années de suite, par de rudes épreuves; les opérations militaires, les récoltes singulièrement diminuées par des causes multiples, dont il est inutile de reparler, avaient eu pour résultat fatal la misère chez les Arabes, la gêne chez les Européens. Les troupes, qui étaient dans de très-bonnes conditions relatives, avaient, comme tous les habitants, ressenti les atteintes de ce malaise général. Les vivres avaient singulièrement augmenté de valeur, surtout la viande; malgré tous leurs efforts et la plus stricte surveillance, les soldats ne pouvaient mettre à la marmite une quantité de viande aussi considérable que par le passé. De plus, les animaux, fatigués et privés de nourriture, étaient de mauvaise qualité; beaucoup restaient étendus sur les champs couverts de neige, et les survivants ne valaient guère mieux. Il résulte de cet état de choses que l'anémie, qui est habituelle aux soldats, avait augmenté dans tous les régiments, et cet affaiblissement de la constitution touchait au scorbut dans quelques cas, et allait s'aggravant jusqu'après le typhus et les récoltes nouvelles.

Le mois de janvier avait été exceptionnellement froid, humide. La neige était tombée en quantité considérable et persistait. Voilà les conditions générales de toutes les troupes. Voyons ce qui était particulier aux tirailleurs algériens; car ce sont eux seuls qui ont été atteints par la maladie.

Le casernement était le même pour eux que pour tous les militaires. Ils habitaient une fraction d'une grande caserne. Les chambrées n'étaient pas encombrées de lits; au contraire, il y en avait moins que le règlement n'autorise à en placer. Et quand l'épidémie apparut, on fit encore disséminer les tirailleurs.

Il est donc difficile de trouver dans le casernement, dans l'encombrement des militaires, l'ombre d'une raison sérieuse déterminante de la méningite.

Nous étions, ai-je dit, en plein hiver froid et humide; de plus, cette année, le ramadan, carême des musulmans, coïncidait avec le mois de janvier. Or, on sait que les musulmans pieux suivent rigoureusement, en apparence du moins, les préceptes religieux; pendant toute la journée, depuis le lever jusqu'au coucher du soleil, jeûne absolu; non-seulement on ne mange pas, on ne boit pas, on ne doit pas même fumer la plus mince cigarette. Mais quand le canon de la place ou la voix du prêtre annonce le coucher du soleil, chaque véritable croyant ne songe plus qu'à oublier les ennuis de la journée au milieu des plaisirs nocturnes. On mange gaîment, on fume, et les nuits se passent presque tout entières dans la joie et les festins.

Les musulmans militaires ont toute latitude pour suivre avec rigueur leur religion. Ils jeûnent le jour; le soir et la nuit, ils se livrent aux voluptés permises; ce qu'ils oublient le plus volontiers, c'est de dormir.

Le carême musulman strictement suivi a, comme le carême chrétien, bien des inconvénients : il contribue à affaiblir des constitutions déjà pauvres par la mauvaise direction du régime alimentaire et la privation du sommeil. Les tirailleurs, plus que tous les autres militaires, étaient donc placés dans des conditions favorables à l'éclosion des maladies.

Nous venons d'énumérer les seules circonstances regardées comme possibles de détourner une épidémie: le froid humide, la débilitation, causes que l'on peut retrouver partout, et qui sont spécialement invoquées pour l'affection qui nous occupe; seulement nous ne pouvons y ajouter l'encombrement. C'est ainsi que je résumais les causes probables, quand je cherchais à étudier l'étiologie de la méningite à son apparition.

Depuis lors, de nouveaux événements sont survenus, qui ont en quelque sorte jeté un jour nouveau sur cette question. C'est vers cette époque, où naît la méningite chez les tirailleurs, que l'on commence en ville les quêtes pour les musulmans, qu'on se dispose à les réunir sous des abris; c'est alors encore que l'on commence à amener à l'hôpital des Arabes dans un état d'inanition très-avancé. Un médecin seul peut préjuger l'arrivée du typhus dont il n'est pas encore question; au lieu du typhus, c'est la méningite qui se montre; aucun symptôme douteux ne laissait place à l'indécision. Le diagnostic n'a jamais hésité, les symptômes ont toujours été formels, et les autopsies ont toujours confirmé les données cliniques.

Cette apparition de la méningite précédant le typhus offre tout au moins une coïncidence curieuse dont il faut prendre note. Plus loin, je reviendrai sur ce sujet.

1° Amar-ben-Mohamed, 3e tirailleurs algériens, entré à l'hôpital le 16 janvier, mort le 19. Pas de renseignements antérieurs; apporté le soir sans connaissance dans un coma profond; quelques plaintes, pas de réaction fébrile; peau normale au toucher; pouls régulier et naturel. Le 17, même état; pupilles dilatées, plaintes, constriction de la mâchoire, roideur des muscles postérieurs du cou, sueurs; le soir, même état, *herpes labialis*; le 18, même état, selles involontaires, persistance du coma.

Traitement : on essaie un émétique qui n'est pas admis; sangsues à demeure aux jugulaires, deux par deux, remplacées à mesure de leur chute, sinapismes sur la nuque et la colonne vertébrale; eau froide sur la tête, lavements purgatifs, puis opium à haute dose. Voilà la série des moyens de traitement mis en œuvre.

Autopsie. — *Cerveau* : Engorgement des sinus; les membranes incisées, il s'échappe une grande quantité de sérosité lactescente; l'arachnoïde, épaissie, est adhérente à la pie-mère; exsudation laiteuse et pseudo-membraneuse, substance cérébrale non modifiée, piqueté rouge; à la base du cerveau il s'échappe une assez grande quantité de sérosité purulente; il en est de même du canal rachidien, moelle non altérée; poumons sains; péricarde, un peu d'épanchement séro-purulent; cœur sain; foie volumineux; rate triplée de volume, anciennement malade.

2° Amar-ben-Saïd, 3e artilleurs; entré à l'hôpital le 21, mort le 23 janvier; apporté à l'hôpital sans connaissance. On avait constaté, au corps, fièvre et vomissements. A l'hôpital, mouvements convulsifs, plaintes; peau normale; pouls rapide mais faible; chaleur à la tête; paupières fermées; yeux convulsés; strabisme convergent de l'œil gauche qui est proéminent, comme exophthalmique; constriction de la mâchoire; roideur caractéristique de la tête et du dos; difficulté de la déglutition.

Traitement : ipéca stibié; vomissements noirs dans lesquels le microscope dénonce des globules de sang (on ne trouve pas la cause de ce sang). Sangsues aux apophyses mastoïdes à demeure; sinapismes à la nuque; opium à hautes dose; on essaie le sulfate de quinine, non supporté; lavement. A la contre-visite du lendemain, ce qu'il y a de plus caractéristique, c'est le pouls à 120; chaleur prononcée, continuation de l'opium; nuit assez tranquille, plaintes; meurt le matin.

Autopsie. — Sinus engorgés, dure-mère injectée; arachnoïde adhérente à la pie-mère; grande quantité de sérosité; exsudats pseudo-membraneux et purulents sur les circonvolutions; notable quantité de pus à la base, près de la selle turcique; sérosité purulente provenant de la colonne vertébrale, piqueté de la substance blanche, rien dans les ventricules. — Cœur, poumons, foie, rien. — Rate, anciennement malade.

3° Seliman-ben-Boudjema, tout jeune tirailleur algérien. Entré à l'hôpital le 19 janvier, mort le 25. A son entrée, embarras gastrique bien caractérisé; peu de céphalalgie; deux jours après, délire, puis coma; roideur de la nuque. Médication dirigée dans le même sens que les précédents, éméto-cathartique au début, révulsifs, opium à haute dose.

Autopsie. — Dure-mère injectée, arachnoïde adhérente, sérosité et produits purulents sur les circonvolutions, piqueté dans la substance blanche qui paraît un peu ramollie, rien dans les ventricules, rien à signaler dans les autres organes, un foie volumineux.

4° Ali-ben-Ahmed, 3e tirailleurs, jeune homme entré à l'hôpital le 26, mort le 28 janvier; apporté dans le coma, plaintes, roideur des mâchoires et du cou; peau normale; pouls sans caractères; je n'ai signalé aucun autre symptôme saillant dans mes notes.

Traitement : vésicatoire à la nuque, saupoudré de morphine. On ne peut lui faire prendre quoi que ce soit dans la bouche, lavements opiacés.

Autopsie. — Sur les circonvolutions, sérosité purulente, altérations analogues à celles relatées plus haut; un peu de sérosité dans les ventricules, près de la base et dans le rachis; substance cérébrale normale, un peu de piqueté.

5° Ali-ben-Salah, 3e tirailleurs, de 25 à 28 ans, entré à l'hôpital le 14 février, meurt le même jour; apporté sans connaissance; deux heures après son entrée, sueurs profuses, mort.

Traitement : ne peut rien accepter par la bouche; sangsues à demeure, révulsifs.

Autopsie. — Commencement d'épanchement sur les circonvolutions, légère adhérence des membranes, sérosité purulente à la base et dans le rachis, cerveau sain, les autres organes sains.

6° Salah-ben-Tahar, 3e tirailleurs, 18 ans; entré à l'hôpital le 18 février, meurt le 19. Ce malade se distingue des autres, en ce qu'il n'a pas de contracture des muscles du cou, de roideur, ni de trismus, pas de fièvre, céphalalgie persistante douloureuse. — Traitement non indiqué.

Autopsie. — Adhérences des membranes cervicales au sommet du cerveau, sérosité purulente à la base et dans le canal rachidien, piqueté, rien dans les ventricules. — Rate énorme. — Foie commençant à jaunir.

7° Messaoud-ben-Boulares, tirailleur, 20 ans; entré le 18, mort le 24 février. Ce qui distingue ce malade des autres, c'est qu'il y a une complication du côté du poumon, bronchite et engouement pulmonaire manifeste.

Autopsie. — Dans le cerveau, lésions caractéristiques; dans le poumon, constatation de l'engouement.

8° Mohamed-ben-Salem, 3e tirailleurs, homme âgé, entré le 12 janvier, meurt subitement le 24 mai. Ce malade, après avoir traversé les périodes graves de la méningite, parut se rétablir, l'intelligence lui revint. Les mouvements généraux ont de la peine à se rétablir. Il est porté pour un congé de convalescence; on l'exerce à la marche par des exercices modérés; il est nourri abondamment, frictions sur les membres, etc. Il conservait en marchant une grande roideur des membres inférieurs, marchait en écartant les jambes, comme pour chercher une base plus large, peu de sûreté dans le pas, marche comme un homme légèrement ivre. Le 24 mai, il meurt subitement, probablement d'un abcès du cerveau. Quand il succombe, l'hôpital était transporté à Bel-Air. L'autopsie n'a pu être faite.

Près des notes que je cite, je trouve les deux suivantes :

« Ne pas oublier le caractère des facies de la plupart des malades atteints de méningite. On dirait un masque de typhique, œil hagard, face étonnée, teinte particulière, stupeur profonde, inconsciente. »

Et plus loin : « Toujours les sujets sont dans une anémie profonde, qui ne promet aucune résistance. »

Si j'ai donné ces observations, tout écourtées qu'elles sont, c'est pour apporter une preuve décisive à la réalité du diagnostic. Comme je ne songeais pas alors à les réunir, je ne notais que ce que je croyais intéressant pour moi, dans le cours des maladies que j'avais à soigner. J'inscrivais le signe capital, qui décida mon diagnostic, ou le symptôme différentiel.

Cependant, quoiqu'elles soient incomplètes toutes, on peut, en reprenant les symptômes observés dans les cas présentés, reconstituer le diagnostic complet de la méningite cérébro-spinale, dans ses formes les plus nettement accusées.

Quoique lorsqu'il s'agit d'Arabes on ne puisse connaître exactement leur âge, il est à peu près certain que, le dernier excepté, tous ceux qui ont été atteints étaient des jeunes gens de 18 à 25 ans. L'Arabe, n'ayant pas d'état civil, ne connaît pas le jour de sa naissance, et les inscriptions mises sur le livret des tirailleurs n'apprennent pas toujours la vérité même approximative. Cela se conçoit : certains individus qui désirent s'engager ont quelquefois des raisons pour déguiser la vérité sur leur naissance. On ne peut en effet être accepté comme soldat avant 17 ou 18 ans, et après 35 ans.

Dans presque tous les cas qui ont été mortels, les malades ont été apportés à l'hôpital sans connaissance, ce qui démontre une invasion rapide, presque foudroyante. Pour tous ces cas, on n'a pu au corps nous donner les moindres renseignements sur les sujets atteints. Il est encore plus difficile d'aller aux sources que pour les militaires français; les indigènes vivent à côté les uns des autres sans trop s'occuper de leurs voisins; ils sont indifférents à ce qui se passe autour d'eux. Dès lors, si l'on cherche à connaître ce qui a pu advenir à un militaire indigène, ses camarades ne peuvent rien dire, de sorte que la question d'invasion demeurera souvent obscure.

Parmi les signes qui n'ont jamais fait défaut, et suivant leur

ordre de fréquence, nous avons la roideur du cou, le coma, les plaintes (ce symptôme est un bon caractère de la méningite, il aide au diagnostic différentiel), l'immobilité des yeux, soit que les pupilles soient dilatées ou resserrées, mouvements convulsifs des membres ou de la mâchoire.

Dans les cas les moins graves, voici comment en général apparaissent les symptômes : embarras gastrique, céphalalgie, délire, coma, plaintes et convulsions, roideur du cou; une seule fois nous avons constaté des vomissements, une seule fois un *herpes labialis*.

Mais on peut voir par la rareté des annotations à ce sujet que le pouls a presque toujours été normal ; il n'a pas fourni d'indications ; caractère très-important de la méningite. Une seule fois, il s'est élevé pendant quelque temps à 120, mais il était petit, serré.

La chaleur de la peau n'a pas offert au toucher de différence avec la chaleur ordinaire ; les symptômes de réaction fébrile ont toujours fait défaut, excepté dans un cas ; comme complication, nous n'avons rencontré qu'une bronchite, avec engouement du poumon.

Si nous voulions faire le diagnostic différentiel, il nous faudrait comparer la méningite cérébro-spinale à la méningite simple, à certaines formes de la fièvre paludéenne, au typhus. Je ne veux ici que rapporter la méningite du typhus et de la fièvre typhoïde ; car dans l'apparition de la première affection précédant de quelques jours le typhus, il pourrait y avoir plus qu'une coïncidence.

L'histoire de la méningite cérébro-spinale est en quelque sorte nouvelle. Ce n'est guère que depuis les épidémies de Versailles, Strasbourg, etc., que des travaux très-remarquables nous l'ont fait connaître, et les historiens appartiennent presque tous à la médecine militaire. MM. Forget et Tourde ne font qu'une moitié d'exception à cette assertion, car l'un fut aide-major et l'autre médecin de marine. Tous ces auteurs consciencieux ont fort bien fait connaître la marche et les symptômes de la maladie, décrit les altérations pathologiques. Mais pour tous il reste une inconnue à dégager. Un grand nombre d'observateurs seraient disposés à trouver une des formes du typhus dans cette affection bizarre, qui se développe presque exclusivement dans les casernes, qui revêt les allures d'une épidémie. La dénomination a été donnée, et je crois que Boudin l'admettait. Qu'on ne m'accuse pas de laisser ces affirmations indécises ; je n'ai qu'une prétention en faisant le travail que je donne : exposer ce que je crois avoir vu personnellement ; je ne veux en rien faire œuvre de bibliophile, travail qui me mènerait trop loin.

Je ne me rappelle avoir vu nulle part la narration de faits aussi fortuits que ceux dont je parle. On n'a indiqué ni à Versailles, ni à Strasbourg, ni à Nancy, ni ailleurs, une épidémie de typhus succédant à une épidémie de méningite ; à Sétif, la coïncidence a été telle que l'on pourrait y trouver autre chose que de la contemporanéité. Cette coïncidence serait peut-être utile pour éclairer l'étude de la question de la nature de la méningite, tout en laissant de côté beaucoup d'obscurités à approfondir. Pour moi, je crois légitime de penser que la méningite épidémique est une des formes que l'on appelle, selon les cas, fièvre typhoïde, typhus. Reste toujours à expliquer sa cause première, sa nature intime.

Pour le typhus, l'expérience a tranché la question ; la cause étant donnée, l'effet s'ensuit inévitablement. La cause du typhus est une des causes les plus claires que l'on puisse invoquer en pathologie.

Pour la méningite, on reconnaît certaines conditions premières, nécessaires à produire un typhus : l'appauvrissement de la constitution, le froid humide, l'encombrement.

Pour la fièvre typhoïde, il y a des difficultés plus grandes à vaincre, pour arriver à une cause probable, car cette fièvre se montre partout, parmi les privilégiés de la fortune, comme parmi les moins favorisés de ce côté.

Certains rapports communs frappent les yeux les moins prévenus ; mais certaines dissemblances gênent pour ne voir dans ces trois affections que des modifications d'une affection *mère*, pour me servir d'un mot assez malheureux du reste, dont abusent les botanistes et les anatomistes se servant du microscope.

Il est toujours permis, jusqu'à preuve contraire, de supposer que ces affections se touchent par leur origine. L'une et l'autre de ces maladies se portent de préférence sur les jeunes gens, sur les personnes affaiblies ; l'une et l'autre se présentent chez des individus qui, pour une raison ou pour une autre, ont modifié leur manière de vivre, soit en passant des champs à la ville, ou de la vie libre à la vie de caserne, ou que des malheurs ont renfermés dans une prison.

Toutes trois ont pour effet principal d'agir sur toute la constitution ; ce sont des maladies *totius substanciæ*. Les manifestations principales de la méningite se font sur le cerveau, on ignore le pourquoi. La fièvre typhoïde porte sa marque sur les intestins ; on ne sait pas davantage pourquoi. Le typhus, plus général, moins localisé, a son exanthème pour manifester ses effets.

Ces idées seront sujettes à discussion et à révision, mais elles naissent toujours de l'observation des faits, et de la corrélation des symptômes.

Essayons d'appuyer ces données par l'analyse et la comparaison des signes communs et des symptômes différentiels.

(*A suivre*).

DE L'UN DES ROLES DE L'ALCOOL EN THÉRAPEUTIQUE

Par M. le docteur Danet

Communication faite à la Société de médecine pratique, dans la séance du 6 septembre 1871.

Il y a quelques années, dans une conférence publique, je me suis élevé avec une grande énergie contre les abus que l'on fait de l'alcool, la plus pernicieuse des boissons.

Aujourd'hui, permettez-moi de venir au sein de votre savante Société dire les bienfaits qu'on peut tirer de l'usage de ce liquide étrange qui, savamment employé, peut devenir le plus précieux des médicaments.

Les Américains, ces grands buveurs d'eau-de-vie, sont les premiers, avec leur esprit éminemment pratique, à avoir compris les ravages que produit au milieu des populations l'usage abusif de l'alcool ; les premiers, ils s'imposèrent des lois restrictives contre son usage immodéré, mais, les premiers aussi, ils reconnurent les avantages qu'on en pouvait tirer en thérapeutique, et bientôt ce terrible poison devint entre les mains de leurs médecins un des meilleurs moyens curatifs.

Les Anglais, non moins pratiques, et aussi fort adonnés aux boissons alcooliques, suivirent et agrandirent bientôt la voie que les Américains avaient tracée.

Le docteur Todd, avec cet esprit tenace de nos voisins d'Outre-Manche, sut imposer rapidement cette médication tout inattendue et dont les résultats véritablement prodigieux attirèrent bientôt une foule d'adeptes autour de lui. Il fit école et donna son nom à la méthode.

En France, MM. Maurice Perrin, Ludger, Lallemand et Duroy étudièrent l'action physiologique de l'alcool, et, en publiant les résultats de leurs savantes recherches, mettaient parmi nous la question de l'alcool à l'ordre du jour.

Le professeur Béhier nous initiait presque en même temps à la méthode de Todd, et aujourd'hui MM. Sée et Jaccoud, le premier dans ses leçons, le second dans son livre sur la pathologie, discutent et exaltent les avantages qu'on peut tirer de l'usage de l'alcool dans les maladies inflammatoires.

Les événements si graves que nous venons de traverser m'ont mis à même, par l'importance des services que, comme vous le savez, j'ai eu l'honneur de diriger, d'étudier sur un grand nombre de malades la médication par l'alcool, que, du reste, j'avais déjà employée dans ma pratique civile. C'est le résultat de mes observations que je viens soumettre à l'appréciation et au jugement de la Société de médecine pratique, espérant, avec le bon et zélé concours de tous ses membres, jeter quelque lumière sur le mode d'action si controversé de ce médicament.

Obs. I. — En avril 1867, le hasard me fit appeler près d'une petite fille dont M. Delpech soignait la famille. Cette enfant, âgée de moins de trois mois, très-chétive et se nourrissant mal, venait d'être atteinte depuis quelques heures de la maladie dite bronchite capillaire (pneumonie lobulaire) des enfants.

Quand j'arrivai près de la petite malade, je la trouvai cyanosée des pieds à la tête ; le pouls était insaisissable, le corps couvert d'une sueur froide et visqueuse ; la respiration saccadée et incomplète, et les lèvres toutes noires à peines entr'ouvertes, laissant perler quelques bulles d'écume. Je fis immédiatement poser sur le dos de l'enfant un sinapisme que je remplaçai quelques minutes après par un vésicatoire dit mouche de Milan. Sous l'excitation énergique du sinapisme, l'enfant sembla se réveiller, et je pus lui faire avaler la valeur d'une cuillerée à café d'un mélange de deux ou trois gouttes d'eau-de-vie et du lait de la nourrice. Je continuai ce breuvage de dix minutes en dix minutes. Très rapidement, les lèvres devinrent rosées, la cyanose générale disparut peu à peu pour faire place à une rougeur vive, la dyspnée se calma, la respiration se rétablit sensiblement, et trois heures après, le docteur Delpech, que j'avais fait prévenir, n'eut plus qu'à constater une bronchite légère dont l'enfant guérit rapidement.

Obs. II. — Par une des soirées les plus froides du mois de janvier 1871, un vieillard, âgé de 84 ans, sortant d'une réunion publique, vint à traverser les ponts, lorsqu'il tomba tout à coup sur le quai Voltaire, pris d'un accès de suffocation qui paralysait sa marche.

M. le docteur Broca, averti sur-le-champ, fit administrer au vieillard un verre de vin chaud, et le fit transporter à son domicile, rue de Tournon.

Le docteur Calvo, médecin de la famille, et moi, nous fûmes mandés immédiatement. En voyant le malade, sans pouls, suffoquant, la figure et le corps livides et couverts d'une sueur visqueuse et froide, les lèvres et les extrémités des doigts cyanosées, la poitrine remplie de bruits indescriptibles (de tous les diables, dit Trousseau), nous pensâmes que la fin était proche.

Bien que n'ayant aucun espoir de rappeler notre vieillard à la vie, nous lui fîmes boire coup sur coup deux cuillerées d'eau de mélisse des Carmes qui se trouvait sous notre main.

Le dos, la poitrine et les poignets furent couverts de sinapismes, et l'on commença dès ce moment à administrer du thé très-chaud, aiguisé d'eau-de-vie, ainsi qu'une potion fortement alcoolisée.

Dès qu'on le put, un large vésicatoire remplaça les sinapismes dans le dos.

Le lendemain matin, les phénomènes alarmants avaient disparu pour faire place à une bronchite simple, dont on a eu facilement raison.

J'ai appris que, plus tard, ce vieillard a été repris deux fois d'accidents analogues, et qu'il en a été débarrassé par les mêmes moyens.

Obs. III. — A peu près à la même époque, un jeune mobile vendéen se trouvait en traitement dans le service du docteur de Ranse, à l'ambulance militaire du Sénat. Il y était soigné pour un asthme compliqué de bronchite aiguë.

Une nuit, ce malade est pris de suffocations tellement violentes que l'aide-major de service (M. Farge) crut devoir me faire appeler.

Le malade était cyanosé, froid ; le pouls filiforme, rapide, intermittent ; à la percussion, les deux côtés du thorax sont à peu près mats dans toute leur étendue ; quoique l'auscultation permît de percevoir des bruits confus et lointains, ils étaient indéfinissables, sans caractère ; râles crépitants, sous-crépitants, sibillants ; bruits de souffle, rhonchus, etc.

Je fis sur-le-champ pratiquer une saignée qui ne donna que très-peu de sang noir et épais ; des ventouses scarifiées furent appliquées sur les côtés de la poitrine, et l'on administra aussitôt la potion de Todd ainsi que le thé au punch.

Peu à peu, la tranquillité se rétablit, la dyspnée disparut, et à la visite du matin, le médecin du service retrouva son malade dans l'état où il l'avait laissé la veille.

Obs. IV. — Dans la même semaine, n° 318 de la salle n° 31, service du docteur Brochin (ambulance du Sénat), était couché depuis la veille un mobile breton, atteint de pneumonie double, à la période d'engouement.

Au milieu de la nuit, il fut pris tout à coup d'accès de suffocation tels qu'on crut sa mort très-prochaine. Mandé en toute hâte, je trouvai, en effet, le malade suffoquant et sur le point d'expirer. Je fis administrer, *in extremis*, la potion à l'alcool et le thé au punch ; le dos et la poitrine furent couverts de sinapismes.

Le lendemain matin, à sa visite, notre confrère trouva son malade assis dans son lit, demandant à déjeuner. La pneumonie guérit rapidement par le traitement à l'acool seul, qu'à ma prière M. Brochin voulut bien continuer.

Dans les autres services de l'hôpital, plusieurs cas analogues se présentèrent et furent traités avec le même succès par les mêmes moyens, et je dois dire que ceux qui ne furent pas soumis à ce traitement ont, sinon tous, du moins presque tous, succombé.

Ces faits, qui avaient attiré l'attention de tous mes collègues, me donnèrent l'idée d'établir une série d'études comparatives entre les divers traitements des maladies inflammatoires des voies aériennes.

Dans les salles du Musée du Luxembourg, où l'on comptait 84 lits, je fis diriger au fur et à mesure de leur entrée à l'hôpital les malades qu'on reconnaissait comme atteints d'une affection quelconque des organes de la respiration, maladies si communes dans les mois de janvier et février 1871.

Sur 60 soldats, tous malades de bronchite à divers degrés ou de pneumonie, j'instituai trois genres de traitement. 20 malades furent soignés par les antiphlogistiques, les antimoniaux et les vésicatoires ; 20, par la digitale et les vésicatoires, d'après les indications de M. le docteur Jaccoud ; 20 autres enfin furent soignés par l'alcool et les vésicatoires. Je n'ai pas besoin d'ajouter que les malades étaient pris indifféremment et couchés au hasard.

Les résultats de ces divers traitements furent les suivants :

Nous eûmes la douleur de perdre 16 hommes de la première série (antimoniaux) ; 12 de la deuxième série succombèrent, et 4 seulement de la troisième moururent, et encore ces 4 hommes ne succombèrent-ils pas à la maladie dénommée, mais dans des conditions que nous aurons à rappeler, en analysant ces observations fort bien recueillies avec tout le soin dont M. Farge, notre aide-major, était capable, mais que le temps dont vous disposez ne me permet pas de vous lire en détail.

J'ai eu à soigner, au mois de mai 1871, un vieillard âgé de 67 ans et un homme de 46 ans, tous les deux atteints subitement de bronchite capillaire grave.

Dès le début de l'affection, je n'ai pas hésité à leur faire prendre des potions fortement alcoolisées, et 12 heures après, les deux malades étaient en parfaite santé.

Avant d'étudier et d'analyser ces faits, je crois devoir rappeler que les médecins vétérinaires commencent aussi à publier les cures vraiment merveilleuses qu'ils obtiennent depuis quelque temps par l'usage de l'alcool et des moutardes, non-seulement dans la terrible péripneumonie épidémique des bêtes à cornes, mais aussi dans toutes les maladies des voies respiratoires. Du reste, je laisse à nos savants collègues vétérinaires le soin de vous éclairer à ce sujet.

Rappelons aussi, pour mémoire, l'usage si fréquent, soit à l'intérieur, soit comme topique, de l'alcool sous forme d'eau de mélisse, d'eau d'arquebusade, d'eau vulnéraire, d'eau-de-vie camphrée, de teinture d'arnica, d'élixir des chartreux, d'élixir de longue vie, de baume du commandeur, etc.

Pour ma part, je serais disposé à attribuer à l'alcool seul, beaucoup plus qu'aux ingrédients qu'on y a dissous, les résultats que tous les jours la médecine de famille leur attribue avec quelque raison.

Si nous rapprochons les faits que nous venons de vous énumérer brièvement, nous y trouvons, malgré la variété des sujets et des affections, deux phénomènes prédominants qui ne vous ont certainement pas échappé et qui vont, peut-être, nous donner la clef du problème dont nous cherchons la solution.

Le premier phénomène, c'est cette congestion que je vous ai fait voir, menaçant les jours du malade, quelle que soit la cause qui l'a provoquée.

Le second phénomène qui, du reste, a toujours frappé les praticiens appelés à se servir de la médication par l'alcool, c'est ce retour si prompt à la vie et ces résurrections vraiment surprenantes dues, selon moi, à la résorption rapide d'une congestion sous l'influence du traitement alcoolique.

Mais reprenons les observations.

Dans la première, il s'agit, comme vous vous le rappelez, d'une attaque de bronchite capillaire ou pneumonie lobulaire des enfants.

Permettez-moi de vous dire que je crois ces dénominations impropres. Les phénomènes franchement inflammatoires n'y sont pas en rapport avec l'acuité des phénomènes nerveux, et surtout avec la rapidité d'asphyxie qui est le caractère propre de la terrible maladie dont je parle, et que, tous, vous avez certainement rencontrée dans le cours de votre pratique.

L'auscultation et la percussion sont loin de fournir les signes symptomatiques de la bronchite capillaire généralisée que semblent indiquer l'état général du petit malade et surtout le râle trachéal si pénible pour les auditeurs et si fatigant pour le malade lui-même.

Au début, il y a peu de fièvre, et à part quelques râles bronchiques que l'on perçoit dans la poitrine, rien, sauf le râle trachéal, ne fait prévoir une maladie qui pardonne rarement et va rapidement enlever le malade, c'est-à-dire en deux ou trois jours.

Il m'a été donné de suivre pas à pas plusieurs de ces intéressants malades, et voici ce que j'ai observé;

Le râle trachéal qui apparaît dès le début augmente d'intensité d'heure en heure, sans que, toutefois, l'auscultation fasse percevoir autre chose qu'un râle fin et sec; la face se congestionne, puis bientôt le pouls devient rapide, on a de la peine à le compter (140, 160 pulsations à la minute); la cyanose augmente et devient générale; l'œil du malade, brillant et anxieux dès le commencement, devient terne et roule derrière les paupières, largement ouvertes. La dyspnée est extrême, et le corps, devenu livide, se couvre de sueurs chaudes, puis glacées. Parfois, à ce moment, le malade est pris de convulsions cloniques. C'est en vain qu'on introduit dans l'estomac le tartre stibié ou l'ipéca et le sulfate de cuivre; il est impossible, même par les moyens mécaniques, de provoquer les moindres vomissements: l'estomac est évidemment paralysé.

Puis, presque subitement, la scène change : la dyspnée se calme, la cyanose de la face disparaît, les yeux du petit malade se ferment, le nourrisson tette avec avidité, quand, quelques minutes auparavant, il n'avait pas la force d'avaler les quelques gouttes de liquide qu'on lui introduisait dans la bouche. Le pouls, qui était à 160 pulsations, décroît; l'enfant semble sauvé. Il n'en est rien, cependant : le pouls continue à baisser rapidement, le corps et la face pâlissent, et bientôt l'enfant, que l'on croit endormi, n'est plus qu'un cadavre. Il semble que la vie vient de faire un suprême effort, dont la convulsion a été la traduction extérieure; mais le calme qui suit la convulsion n'est que le précurseur de la mort. Une chance heureuse fait-elle que l'enfant, atteint de la maladie ci-dessus décrite, revienne à la santé: il ressuscite presque subitement, et, à part un abattement facilement explicable, ni l'auscultation, ni la percussion ne rappellent les phases terribles par lesquelles le malade a passé.

Qu'est-ce donc que cette maladie, sinon une asphyxie lente et progressive par inondation des poumons?

Selon moi, les poumons et l'estomac sont paralysés, le pneumogastrique étant probablement comprimé à sa base par quelque épanchement séreux ou autre.

Je considère donc cette maladie comme une des nombreuses formes des méningites qui frappent si fréquemment la première enfance, et dont les prodromes échappent à l'observation des parents ou des nourrices. Quant à nous, nous ne sommes presque toujours témoins que des conséquences ordinairement fatales de la compression des centres nerveux, par un épanchement qui s'y est produit insidieusement.

Le vieillard qui fait le sujet de la deuxième observation n'a éprouvé autre chose qu'une congestion des poumons. Cette personne sort d'un endroit très-chaud, traverse Paris, la nuit, par une température de 10 à 12 degrés au-dessous de zéro, et se trouve saisie par le froid. Le sang, refoulé de la périphérie vers les centres, produit dans les poumons la congestion qui a failli devenir mortelle.

Chez l'asthmatique de M. de Ranse et chez le pneumonique de M. Brochin, il n'y a évidemment eu que des congestions aiguës, dues, chez l'un, à son état général de débilitation scorbutique; chez l'autre, à une attaque d'asthme suffocant.

(A suivre.)

DOCUMENTS

POUR SERVIR A L'HISTOIRE DU MOUVEMENT SCIENTIFIQUE PENDANT LE SIÉGE DE PARIS (1).

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 6 février 1871. — Présidence de M. FAYE.

Remarques sur la structure des fougères (cyathéacées). (Suite.)

M. A. TRÉCUL termine ainsi :

Une disposition analogue à la dernière existe dans le *cyathea glauca* avec une légère complication due à ce que les branches des intramédullaires qui aboutissent aux ouvertures foliaires sont plus nombreuses. Les prolongements des faisceaux centraux rentrants du milieu de l'arc supérieur aboutissaient de même à un seul intramédullaire, situé plus profondément néanmoins que dans la plante précédente. Il en était de même au-dessous des séries rentrantes des extrémités du même arc supérieur. Là, aboutissaient trois branches d'intermédullaires : l'une au-dessous du faisceau inférieur de la série, une autre au dessous du deuxième faisceau de celle-ci, et la troisième vers la base du troisième faisceau en montant. Les trois branches s'unissaient successivement, les deux inférieures le faisaient d'abord, et la troisième s'y ralliant plus loin. Le faisceau qui résultait de leur jonction se joignait plus profondément encore au semblable du côté opposé, de façon que dans cette plante, comme dans le *cyathea arborea*, seulement deux intramédullaires semblaient émaner de la moelle pour entrer dans chaque feuille, après s'être divisés au-dessous de l'ouverture foliaire.

Comment se comportent ces faisceaux dans la moelle centrale? C'est là un désidératum que la difficulté d'obtenir des tiges vivantes ne m'a pas permis de faire cesser. Je dirai seulement que, dans les deux jeunes tiges d'*alsophila aculeata* et de *cyathea medullaris* que j'ai eues à ma disposition, j'ai constaté l'existence du réseau à mailles très-irrégulières, signalé par M. Mettenius; que, dans ces deux espèces, qui paraissent appartenir au premier des types que je viens de décrire, les deux faisceaux descendant de chaque côté d'une feuille de mes jeunes individus, l'un du faisceau médian supérieur, l'autre du faisceau rentrant inférieur de l'arc antérieur, tantôt étaient liés par une courte branche, tantôt s'unissaient directement et bientôt se séparaient; puis ils descendaient dans la moelle, l'un en s'avançant davantage vers la région centrale qu'il n'atteignait pas cependant, tandis que l'autre se rapprochait de la périphérie qu'il suivait pendant quelque espace à la distance de 1 à 3 millimètres environ. De ces faisceaux voisins de la surface de la moelle arrivaient même à la couche fibreuse environnante, s'y enfonçaient plus ou moins dans un sillon, ou même dans une fente qui traversait complétement cette couche, puis le faisceau revenait dans la moelle centrale, sans être allé au tube vasculaire de la tige situé plus à l'extérieur.

La grande tige indéterminée dont j'ai parlé m'a fourni des fragments lamellaires de ce tube de plusieurs décimètres carrés, obtenus par la putréfaction, et jamais je n'ai découvert rien qui annonçât à leur face interne, qui était parfaitement lisse, l'insertion d'un fascicule vasculaire ailleurs qu'auprès des ouvertures foliaires. Il paraissait en être de même dans les deux jeunes tiges que je viens de mentionner.

Il me reste, pour terminer, à décrire un autre ordre de faisceaux encore moins connus que les précédents. Je veux parler des faisceaux *intracorticaux* qui existent dans quelques espèces, et qui sont placés dans la courbure des lames vasculaires qui séparent les ouvertures foliaires.

Ach. Richard en signale en ces termes dans ses *Éléments de botanique*, 1846, p. 145 :

« En dehors de ces figures compliquées, dont la réunion constitue le cercle ou corps ligneux, se voient quelques faisceaux inégaux et irréguliers, plus ou moins volumineux, disséminés dans le tissu utriculaire extérieur, et également anastomosés entre eux dans leur longueur. »

Si les faisceaux que j'ai vus se rapportent à ceux qu'a signalés notre regretté confrère, son observation doit être incomplète, car il n'indique pas les connexions de ces faisceaux avec le système vasculaire principal.

De son côté, M. Mettenius a décrit comme une particularité de l'*alsophila haenkei* (*l. c.*, p. 528) « deux cordes qui sortent des faisceaux latéraux les plus externes de l'arc périphérique supérieur de la cicatrice, et qui, ordinairement après réception d'un renforcement des faisceaux latéraux supérieurs de l'arc inférieur, descendent verticalement près de la cicatrice dans l'écorce, puis, s'atténuant graduellement et se terminant en pointe fine, ils finissent au-dessus de la base ou à la base même de la lacune foliaire, au contact de la gaîne prosenchymateuse externe du tube des faisceaux vasculaires. La gaîne prosenchymateuse de ces deux cordes descendantes n'est jamais traversée par des racines comme les cordes qui vont de la moitié inférieure de la lacune foliaire dans la feuille. »

De telles cordes vasculaires ne sont point particulières à l'*alsophila haenkei*, comme l'a cru M. Mettenius, j'en ai observé d'analogues exactement dans la même position, chez le *cyathea arborea*. Mais, outre ces faisceaux, qui étaient aplatis et obtus à leur extrémité, et qui descendaient de chaque côté de l'ouverture foliaire, il y avait encore, inséré derrière eux et au même endroit, c'est-à-dire derrière le coude que fait le bord de l'ouverture foliaire en passant de l'arc périphérique supérieur à la série rentrante inférieure de cet arc, un autre faisceau aplati aussi et beaucoup plus large, que M. Mettenius ne signale pas dans l'*alsophila haenkei*. Ce faisceau, en se prolongeant par en haut, se bifurque deux fois successivement. La branche externe, par rapport à l'ouverture foliaire adjacente, allait s'attacher au côté de l'insertion pétiolaire voisine un peu plus élevée vers la droite, je suppose. L'autre branche se bifurquant pour la seconde fois, son rameau interne contournait la partie supérieure de l'insertion foliaire, rencontrait au-dessus de celle-ci un rameau semblable venu du côté opposé de la même base de feuille, et s'anastomosait avec lui en produisant une branche descendante verticale, dont je n'ai pas vu la terminaison, et une branche montante, qui, s'unissant aux deux rameaux libres des faisceaux latéraux de droite et de gauche de l'ouverture foliaire, donnant lieu à un large faisceau qui, en passant à côté de la feuille voisine située un peu plus haut vers la gauche, s'y attachait comme il vient d'être dit, et se comportait au-dessus comme le faisceau précédent, en sorte que toutes les bases de feuilles de cette tige étaient reliées entre elles par un réseau de faisceaux intracorticaux, extérieurs au système vasculaire principal. Ces faisceaux avaient une forte gaîne prosenchymateuse spéciale qui s'anastomosait avec la gaîne générale du corps vasculaire.

Ce réseau vasculaire supplémentaire externe, doublant en quelque façon le rôle du tube vasculaire principal semblait aussi accroître la solidarité des feuilles entre elles, qui toutes, on le sait, sont pourvues de nombreuses racines adventives à leur base.

NOMINATIONS

L'Académie procède, par la voie du scrutin, à la nomination d'une commission qui sera chargée de juger le concours pour le *prix Thore*.

MM. Brongniart, Tulasne, Blanchard, Trécul, Duchartre réunissent la majorité des suffrages. Les membres qui, après eux, ont obtenu le plus de voix sont MM. Decaisne, Naudin.

MÉMOIRES LUS

Résultats des observations faites sur les dernières épidémies cholériques. — M. G. GRIMAUD (de Caux). L'épidémie cholérique de 1865 qui a éclaté à Marseille a donné lieu à un événement considérable. Cet événement s'est traduit par une transformation de rapports internationaux, destinés à garantir de l'invasion pestilentielle les populations limitrophes d'un pays contaminé.

La transformation s'est opérée par l'intermédiaire d'une conférence réunie à Constantinople, sur la proposition du gouvernement français, et à l'invitation du gouvernement ottoman, dans laquelle ont été représentés treize États.

La France ayant pris à l'accomplissement la première et la plus grande part, n'est-ce pas un devoir, aux heures présentes, d'en tracer ici le récit, comme une protestation et un témoignage, ajouté à tant d'autres, des instincts généreux de la patrie et de son génie civilisateur dominant les conquêtes matérielles, et dont la fécondité ne sera jamais, même pour un temps, étouffée par aucune oppression?

I. Lorsqu'en 1832 le choléra fit son apparition en Europe, les quarantaines avaient été supprimées pour la fièvre jaune, et l'on tentait de les abolir pour la peste d'Orient. On ne voulut pas les admettre pour le choléra; on ne croyait pas à la transportation de la peste nouvelle.

Vainement un des plus illustres professeurs de Montpellier, Delpech, alla parcourir l'Angleterre décimée par le fléau. Vainement il en rapporta les faits les plus démonstratifs, recueillis par lui au lit du malade au péril de ses propres jours et de ceux de ses compagnons; car le mal toucha le maître et les élèves.

Les invasions subséquentes de la maladie eurent donc lieu sans obstacles de la part des administrations sanitaires. On ne voulait pas admettre que le choléra pût être transporté d'un lieu dans un autre, comme une personne ou une marchandise. On craignait surtout, et c'était là le grand argument, « de préjudicier au commerce » en lui appliquant les mesures sanitaires que les circonstances auraient nécessitées.

II. On était dans ces errements en 1865, quand la maladie envahit la ville de Marseille. Les habitants accablés firent entendre un gémissement qui retentit jusqu'à Paris. Il fut répondu aux autorités que les craintes de la population étaient réprouvées par la science et qu'aucun fait récent ne les justifiait. (Lettre du ministre du commerce à M. le sénateur chargé du département des Bouches-du-Rhône.)

Le ministre ajoutait que, supposant possible, dans la ville de Marseille, une manifestation fâcheuse de la part de la population, il avait cru de son devoir d'appeler sur ce point l'attention de son collègue M. le ministre de l'intérieur chargé du maintien de la tranquillité publique. (Conseil municipal de Marseille, séance du 19 août 1865.)

III. Dans ces circonstances, l'auteur de ces lignes posa devant l'Académie la question des *quarantaines* et il se rendit au centre de l'épidémie. Ses recherches devaient avoir un but unique: remonter à l'origine de l'introduction du fléau dans la ville. Cette introduction était un fait qu'il fallait élucider et obtenir dans son complément et sa plénitude. Heureusement il avait ici, pour le guider dans son œuvre, cette théorie du fait que l'un de vos illustres a exposée avec un sens profond et un vrai génie dans des lettres destinées à rester célèbres. (CHEVREUIL, Lettres à M. VILLEMAIN.)

Quand j'arrivai à Marseille, la mortalité allait toujours en augmentant. Un tiers de la population, 104,000 habitants, avait émigré. Dans une ville où, en temps ordinaire, cette mortalité est de 1 sur 10,000, on comptait 1 mort sur 2,000 habitants.

Je visitai en détail les quartiers et les maisons qui avaient été ou qui étaient encore le siége de la maladie. Je recueillis des faits probants et authentiques. Je les rendis de notoriété publique. Je démontrai que la maladie avait été importée par les pèlerins arabes, venus directement de la Mecque par Alexandrie à Marseille.

Le Gouvernement, averti, put regarder la transmissibilité du choléra comme le fait dominant dans cette question, et put songer à intervenir pour aviser à des mesures nouvelles.

IV. J'ai fait mes études en septembre et octobre 1865. J'étais arrivé à Marseille le 12 septembre : la mortalité touchait à son maximum qui se manifesta, quatre jours après, le 16 du même mois.

La conférence a commencé ses séances le 13 février suivant (1866). Son procès-verbal de clôture porte la date du 26 septembre de la même année. Ses travaux se divisent en trois groupes de questions, et ce sont précisément, à l'exception des détails et des subdivisions, celles dont j'ai présenté les bases dans mes notes académiques.

1er GROUPE : *Origine et genèse du choléra.* — On constate ce que tout le monde savait : que le choléra était originaire de l'Inde; que ses causes sont inconnues, et que, dans les pays envahis, il vient toujours du dehors.

2e GROUPE : *Transmissibilité.* — La conférence déclare que la transmissibilité du choléra asiatique est une vérité incontestable, prouvée par des faits qui n'admettent aucune autre interprétation.

3e GROUPE : *Prophylaxie.* — La conférence s'est convaincue qu'il n'existe pas de moyens directs pour éteindre les foyers endémiques, mais qu'on pouvait espérer d'y parvenir par un ensemble de mesures hygiéniques dont la plupart sont empruntées aux anciennes pratiques quarantenaires.

La conférence ne s'arrêta point à la question des spécifiques digne pourtant d'intérêt, au moins à un point de vue.

En médecine pratique et en présence de l'homme malade, il n'y a point de spécifique absolu.

On a toujours à compter avec les individualités organiques, avec les tempéraments, les influences extérieures, les circonstances imprévues qui ne sont jamais les mêmes.

La croyance dans l'efficacité absolue des spécifiques est une profonde erreur.

(1) Suite. — Voir le dernier numéro.

V. Dans les trois groupes de questions étudiées par la conférence, une seule solution complète a été définitivement consacrée : c'est celle de la *transmissibilité*. Or, cette question résolue devant l'Académie par la note du 16 octobre 1865, la conférence internationale l'adopta dans sa séance du 28 mai suivant, sept mois après, s'appuyant sur le fait de la *Stella*, le premier articulé nominativement, et le seul matériellement constaté, des pèlerins arabes ayant importé directement, le 11 juin 1865, la maladie, d'Alexandrie à Marseille. (*Voir* p. 265 des Procès-Verbaux de la conférence.)

VI. Lorsque, l'an dernier, M. le médecin sanitaire de France à Constantinople, délégué officiel et rapporteur général à la conférence, a présenté au concours le recueil des rapports élaborés dans cette réunion de médecins de nations diverses, l'Académie a accueilli avec une juste faveur ce recueil. J'ai fait seul, sans mission officielle, ces mêmes travaux dont l'Académie avait été la première à adopter la pensée, en insérant dans les *Comptes rendus* ma note sur les quarantaines, et je les avais accomplis avant que la conférence fût réunie.

Tirons de tout ceci une conclusion nécessaire : la transmissibilité du choléra n'était point un fait acquis, ni après les études longues, opiniâtres, dangereuses que Delpech était allé faire en Angleterre et en Écosse, ni après les observateurs fort nombreux qui sont venus confirmer les idées de Delpech. Tous avaient couru après le but, nul ne l'avait atteint. La conférence internationale l'a touché. On vient de voir dans quelles circonstances et avec quels éléments.

VII. Tel est donc l'événement dont je viens de tracer le récit succinct. La France en a pris l'initiative, et, on doit le répéter, elle a eu dans son accomplissement la plus grande part, au profit du monde entier.

La question ayant été scientifiquement posée devant l'Académie, les communications qui suivirent, de la part de ses membres les plus compétents, démontrent, une fois de plus, par les conséquences qu'elles ont amenées dans cette circonstance, que les gouvernements, auxquels, en définitive, incombent toutes les responsabilités, ont le plus grand intérêt à ne négliger jamais ses conseils. (Renvoi à la commission du legs Bréant).

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La Société de secours aux amis des sciences, fondée par Thénard en 1857, après avoir reçu de M. le ministre de l'instruction publique une subvention de 1,500 fr. pour l'année 1871, et un legs de 10,000 fr. de M. Lecoq, professeur à la Faculté des sciences de Clermont-Ferrand, fait appel à la persévérante générosité et à l'active propagande de ses souscripteurs, donateurs et correspondants, pour subvenir aux lourdes charges que lui impose le but de l'œuvre, et au payement intégral des secours qu'elle a accordés à ses pensionnaires. Le chiffre de ces secours s'élève à 30,000 fr. pour l'année 1871, et de nouvelles familles réclament assistance.

— M. le docteur Paul Simonot, ancien médecin de la marine, depuis longtemps fixé à Paris, vient de succomber à Rochefort, dans sa cinquante-et-unième année, aux suites d'une longue et douloureuse maladie.

Après dix années de séjour au Sénégal et aux Antilles, le docteur Simonot s'était retiré de la médecine navale avec le grade de chirurgien de 2e classe. Depuis seize ans médecin à Paris, il s'était fait dans le monde médical une situation des plus honorables. Il emporte les regrets d'un grand nombre de ses collègues, et leur laisse des travaux qui, maintes fois, sous des formes diverses, ont conquis leurs suffrages.

Au milieu des cruelles souffrances qui ont précédé sa fin, le docteur Simonot a reçu de ses anciens camarades des marques nombreuses d'une sympathie dévouée, témoignage précieux, pour sa famille et pour ses amis, du bon souvenir qu'avait conservé de lui le corps des médecins de la marine.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments ou autres objets).

Traité pratique des maladies des yeux et de la vue, par le docteur J. Carnet, ancien interne des hôpitaux de Paris. 1 vol. in-12 avec figures dans le texte. 3e édition. — Prix : 5 francs.

Du service de la pharmacie militaire; son importance, sa situation actuelle. Réformes à introduire dans son organisation, par M. le docteur C. Roucher, pharmacien principal de 1re classe en chef à l'hôpital militaire du Gros-Caillou. Paris, 1871, in-8o de 32 pages. — Prix : 1 fr. 25 c.

Quelques considérations sur le crétinisme, par le docteur Alexandre Niepce. In-8o. — Prix : 1 fr. 75.

Angines aiguës ou graves. Origine, nature, traitement, par le docteur Moura. Broch. grand in-8o de 68 pages. — Prix : 3 francs.

De la thérapeutique de l'œil au moyen de la lumière colorée; par le docteur L. Boehm, professeur à l'université de Berlin, etc.; traduit de l'allemand par Th. Klein, traducteur de l'*Optique physiologique* de Helmholtz. 1 vol. in-8o avec deux planches coloriées. — Prix : 4 francs.

Revue photographique des hôpitaux de Paris, par les docteurs De Montméja et Bourneville. 3e année; les numéros de mai et juin sont en vente. — Prix de chaque : 2 francs.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

N° 106 — JEUDI 7 SEPTEMBRE 1871. 44e ANNÉE. JEUDI 7 SEPTEMBRE 1871. — N° 106.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois... 8 fr. 50 c. Six mois... 16 — Un an..... 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 2 octobre 1871.

HOPITAL MILITAIRE DE SÉTIF. — M. C.-E. ALIX.

Épidémie de méningite cérébro-spinale.

(Suite et fin.)

Puisque je parle de la méningite épidémique, commençons par elle. Dans cette affection nous avons : embarras gastrique, céphalalgie, troubles de la vision, délire, mouvements convulsifs, coma.

Dans le typhus nous avons : embarras gastrique, céphalalgie, troubles de la vision, délire, typhomanie, coma.

Dans la fièvre typhoïde nous avons : embarras gastrique, céphalalgie, délire, carphologie, coma.

Voilà pour les troubles cérébraux.

Dans la méningite, nous n'avons pas de réaction fébrile. Les signes fournis par le pouls sont indifférents ; ils ne sont utiles au diagnostic que par la négation.

Dans le typhus nous avons : variabilité du pouls telle que l'on ne peut tirer aucun signe de son interrogation.

Dans la fièvre typhoïde : le pouls très-variable suivant les époques et les formes. Signes donnés par lui incertains.

La chaleur cutanée offre les mêmes caractères de nullité. Ici je n'ose me prononcer catégoriquement, car, ne m'étant pas servi du thermomètre, je ne puis trouver une affirmation suffisante dans le temoignage du toucher manuel.

Ces trois affections ont cela de commun qu'elles apportent de grands ravages dans l'organisme, sans grand retentissement sur la circulation et la température.

Toutes les trois paraissent naître des modifications survenues par les éléments de nutrition générale, soit par intoxication, soit par obstacle au développement normal de la fonction.

Car ce sont les jeunes militaires qui sont spécialement atteints par la méningite ; ce sont les jeunes gens, militaires, étudiants, ou tous les dépaysés qui sont prédisposés à la fièvre typhoïde ; pour le typhus, ici le rapprochement cloche : mais ce sont toutes les constitutions fatiguées qui sont le plus exposées.

Mais pour la méningite et le typhus nous avons un rapprochement qui n'existe plus pour la fièvre typhoïde : c'est l'encombrement ; ce sont les conditions fâcheuses d'une température humide et froide.

Les dissemblances proviennent des organes atteints ; dans la méningite ce qui domine, ce sont les troubles fonctionnels des organes de la sensation ; compression du cerveau, douleur tensive, plaintes sourdes, délire pesant, moins intellectuel que dans le typhus ; contractions musculaires plus vives, se rapprochant des contractions tétaniques, bornées généralement au cou, aux membres supérieurs. L'expression anatomo-pathologique est le pus dans les membranes enveloppantes du cerveau.

Dans la fièvre typhoïde, les troubles sensoriels appartiennent plus aux perversions du système nerveux ; le délire sous une forme moins lourde ; la typhomanie, moins de mouvements convulsifs ; l'anémie est plus la cause de ces troubles. Les signes capitaux se trouvent dans l'intestin ; gargouillement, ulcération spécifique.

Dans le typhus qui semble servir de trait d'union entre les deux maladies citées, rien de précis, rien de spécial, un seul signe de sa généralisation, l'exanthême.

Il y a donc beaucoup de raisons pour rapprocher ces trois maladies qui comptent tant de signes communs et qui naissent dans des circonstances analogues, et il y a très-peu de dissemblance pour combattre la croyance à l'identité relative.

Aussi, pour moi, en me rappelant ce que j'ai vu à Sétif, cette série de causes générales qui ont amené à quelques jours et même ensemble deux affections si semblables dans leur expression symptomatologique, je ne puis me refuser à penser qu'il y a pour ces trois maladies un lien commun ; ce sont trois affections différentes que l'on ne peut confondre l'une avec l'autre quand on pose un diagnostic ; mais ce sont trois maladies bien rapprochées quand on cherche à saisir les causes au milieu desquelles elles naissent et qu'on analyse à part chacune de leurs manifestations. Ce ne sont pas des maladies identiques, mais elles sont du même genre.

La marche de la méningite est progressive ; sa durée dans tous les cas graves que j'ai reçus dans mon service a été très-courte : quelques jours. Je ne veux pas faire entrer en ligne de compte le séjour prolongé du dernier tirailleur décédé qui, entré au mois de janvier, succomba au mois de mai, près de quatre mois de durée.

Quant à la terminaison de la méningite épidémique à Sétif, le chiffre de mes insuccès comparés aux succès démontre d'une manière péremptoire sa gravité. Pendant quelque temps, j'avais cru à trois malades sauvés sur dix ; et si mon dernier mort tardif était sorti de mes salles, même quelques jours, pour aller succomber ailleurs, j'aurais pu conserver cette proportion comme vraie. Malheureusement, il m'a fallu la réduire, et je ne puis inscrire que deux guérisons sur huit décès ; soit 1 sur 5 (1). Je dois aussi dire que tous les malades sur lesquels j'ai porté le diagnostic méningite étaient vraiment très-gravement atteints. J'aurais pu ajouter deux malades à ce nombre dix ; mais chez ces derniers la terminaison rapide des premiers accidents qui n'offrirent qu'une céphalalgie intense, douleur persistante, ne m'a pas permis de classer ces deux *céphalalgies* dans le chiffre des méningites. Sans ces deux circonstances, j'aurais eu, au lieu de succès fort médiocres, une belle proportion de guérisons : 5 guéris sur 12 malades, presque la moitié.

Tant il est vrai que l'on peut parfois faire très-honnêtement des statistiques fausses (et, entre parenthèses, il ne faut croire que médiocrement aux statistiques, hormis à la sienne), et l'on offre des résultats brillants là où d'autres recueillent des déceptions. Erreur pour erreur, exagérations pour exagérations, j'aime mieux me renfermer dans les plus tristes réalités ; autant que possible, je ne donne que ce que l'on peut appeler des certitudes. Quand l'autopsie a confirmé le diagnostic, on peut l'accepter comme définitif, et les cas identiques peuvent être rangés sous la même dénomination.

En présence de ces deux succès, je ne pourrais sans ironie poser cette question : Guérit-on la méningite cérébro-spinale épidémique ? Il ne faut pas se faire beaucoup d'illusion à ce sujet. Si le malade est dans nos salles aux premiers symptômes, alors par un heureux concours de la médication ou autrement, on peut espérer le sauver. Mais si, par n'importe quelle cause, l'évolution de la maladie n'est pas enrayée, si la transformation si rapide des sécrétions cérébrales en fausses membranes ou le pus ne sont pas arrêté, on ne doit pas compter sur un succès. Qui oserait espérer la disparition du pus, quand il se développe au milieu des membranes transformées du cerveau ? Il n'y a rien sans doute d'impossible. On voit guérir des adénites sans ulcérations, sans intervention chirurgicale ; mais au milieu de sérosités plus ou moins abondantes, de tissus de nouvelle formation, peut-on espérer la résorption du pus, quand il se trouve dans le rachis ou la base du cerveau ? Pour moi, je voudrais le croire et l'espérer.

Il est donc évident que je crois peu à la curabilité de la méningite, lorsque le malade est apporté sans connaissance, avec des symptômes convulsifs, dans le coma, et surtout lorsque la marche de la maladie a été extrêmement rapide, presque foudroyante.

Quant à la médication, j'ai essayé les moyens les plus propres à débarrasser le cerveau de sa congestion ; mais, comme la compression cervicale, l'épanchement séreux est probablement un effet, non une cause. Lors même que j'eusse agi avec plus d'énergie, je ne serais pas plus parvenu à guérir l'épanchement cérébral que l'on ne guérit dans la fièvre typhoïde les congestions pulmonaires, les éruptions intestinales.

Les sangsues à demeure, deux par deux, me paraissent le meilleur moyen pour obtenir ce résultat. On agit directement sur l'encéphale ; et la spoliation sanguine est moins prompte, il y a moins à craindre pour l'avenir.

J'ai employé l'opium à haute dose, non comme spécifique, mais pour tâcher de mettre un terme à la douleur, aux convulsions. J'ai aussi administré la quinine. Dans la discussion que j'ai faite précédemment, je n'ai pas songé à dire que l'on pouvait encore prendre une méningite isolée pour un cas de fièvre pernicieuse. Quoique l'erreur soit peu probable, il se pourrait qu'un accès pernicieux fût pris pour une méningite ; la variété des symptômes offerts par les fièvres d'accès est telle que l'on peut tout craindre et tout confondre. C'est l'étude des causes des maladies régnantes qui dirigera le médecin pour un diagnostic plus que l'ensemble symptomatologique.

Quand le spécifique des typhus en général et de la méningite en particulier sera trouvé, on aura de légitimes espérances de guérir souvent. Je dis souvent et non toujours. Quelques médecins, les jeunes surtout, quand ils sont encore à l'âge des longs espoirs, supposent que l'on doit trouver un remède à chaque maladie ; les personnes étrangères à l'art médical ne sont-elles pas convaincues que la nature place toujours le contre-poison à côté du venin ? Il suffit d'un peu de réflexion pour perdre ces illusions. Lors même que l'on aurait un spécifique vrai, bien meilleur que la quinine (ce médicament si supérieur), on ne guérirait pas toujours, pas plus que l'on ne réussit toujours avec les meilleurs antidotes. Il faut, avant tout, l'opportunité de l'emploi d'un remède, comme il faut administrer le contre-poison avant que le poison ait produit ses effets.

Que les médecins praticiens veulent bien se souvenir dans quelles circonstances on les appelle près des malades, ou que le malade est apporté à l'hôpital ; je n'excepte pas même les malades militaires, qui ont toujours près d'eux un médecin qui *ne leur coûte rien*. N'est-il pas certain que lorsque le malade vous appelle, ou vient à vous, il y a déjà quelques jours qu'il est indisposé ; et ce n'est que fatigué de son état qu'il se décide à consulter un médecin. Or, que veut dire ce malaise ? C'est la période d'incubation, pendant laquelle la maladie a pénétré dans l'organisme, l'a infecté. Si c'est une maladie par intoxication, elle a troublé les fonctions. Si c'est une maladie organique, à cette époque, le mal est à peu près causé. Il ne s'agit plus alors de donner un contre-poison, un spécifique, mais de guérir les résultats de ce poison, les troubles des fonctions ; et souvent il est impossible d'arriver à ce but, on ne remet pas facilement un ressort neuf dans un organisme humain détraqué.

Le résultat d'une médication dépend surtout de la constitution du malade, et de la période pendant laquelle la médication a commencé.

J'abandonne cette longue parenthèse pour en revenir au traitement de la méningite. Si le hasard me met encore en présence d'une épidémie de ce genre, je recommencerai les mêmes tentatives, peut-être avec plus d'énergie. Je promènerai des révulsifs puissants le long de la colonne vertébrale, et au lieu d'administrer par la bouche des médicaments presque jamais absorbés, je me servirai de la méthode hypodermique, plus rapide et moins incertaine.

Dr B...

(1) Dans mon tableau général j'ai 13 cas, mais je ne parle ici que de l'épidémie de 1868.

DE L'UN DES ROLES DE L'ALCOOL EN THÉRAPEUTIQUE

Par M. le docteur DANET.

(Suite et fin.)

(Communication faite à la Société de médecine pratique, dans la séance du 6 septembre 1871.)

Les résultats si néfastes des traitements par les antimoniaux et la digitale, chez les malades dont j'ai à vous parler maintenant, trouvent leur explication naturelle dans l'état des choses au moment où nous avons fait nos études comparatives.

C'était en janvier et en février 1871, époque où déjà cinq mois de siége et un hiver dont la rigueur fut extrême, vous vous en souvenez, avaient épuisé les constitutions même les plus robustes.

Nos malades étaient tous sous l'influence typhique ; tous ou presque tous étaient atteints de scorbut.

Les maladies des voies respiratoires, comme toutes les autres en général, étaient, à cette époque, pour ainsi dire adynamiques.

La mort arrivait avec une rapidité effrayante ; rarement, chez les pneumoniques, il nous était donné de voir la maladie passant du deuxième au troisième degré.

J'ajouterai que chez la plupart des malades qui ont survécu, l'affection dont ils étaient atteints tendait à passer à l'état chronique.

Pendant la vie, les phénomènes fournis par l'auscultation étaient bien ceux de la pneumonie au premier et au second degré ; mais ces symptômes caractéristiques de la pneumonie disparaissaient trop rapidement chez les malades qui devaient mourir comme chez ceux qui devaient guérir, pour n'y pas voir autre chose que la pneumonie ordinaire, c'est-à-dire la véritable inflammation du parenchyme pulmonaire.

Les autopsies auxquelles nous avons procédé des corps de certains pneumoniques, traités par les antimoniaux, ne nous ont fait constater aucun caractère différent de ceux que révèle la nécropsie de ces sortes de maladies, pratiquée en temps normal ; j'excepte, toutefois, les scorbutiques.

Différente a été la situation de la plupart des malades traités par l'alcool.

Dès les premières heures du traitement, une amélioration générale était constatée. La guérison était très-rapide et la convalescence presque nulle, sauf chez les individus atteints de scorbut.

Vous vous rappelez que seize sur vingt des malades traités par l'alcool ont été sauvés. L'autopsie des quatre qui ont succombé a été pratiquée.

De même que chez les typhoïques scorbutiques par nous étudiés, nous ne trouvions que singulièrement atténués les caractères propres à la fièvre typhoïde; de même chez les quatre pneumoniques morts malgré le traitement par l'alcool, nous ne rencontrâmes qu'à un degré relativement bénin les caractères propres à la pneumonie mortelle.

Ainsi, nous n'avons constaté que de très-petits noyaux gris, disséminés çà et là, et quelques parties véritablement hépatisées. Mais, et c'est là qu'il faut chercher l'explication de la mort subite de ces quatre hommes enlevés au moment où l'amélioration obtenue laissait augurer une issue favorable, les deux poumons étaient complétement engoués.

Toutefois, cet engouement, qui caractérise le premier degré de la pneumonie, n'était pas certainement le même engouement qu'il nous a été donné de constater en d'autres temps. En effet, le sang qui s'écoulait des coupes faites sur les poumons engorgés avait une couleur particulière : il n'était ni noir ni rouge; il tirait sur le violet, et était de même nature que celui des collections sanguines qu'on rencontre dans toutes les parties du corps des scorbutiques.

L'impression digitale ne restait pas à la surface, et le poumon, qui crépitait légèrement cependant sous la pression, se rendait au fond de l'eau, moins rapidement, il est vrai, que les parties hépatisées, mais ne restait pas non plus entre deux eaux, comme dans l'engouement de la pneumonie classique.

Résumant les données recueillies au cours de la maladie et à l'autopsie, j'arrive donc à conclure que ces quatre hommes sont morts, non de l'engouement simple du début de la pneumonie, non de la pneumonie elle-même, mais d'une congestion subite des poumons due au scorbut préexistant, dont la gravité s'est exaspérée sous l'influence d'une légère pneumonie intercurrente.

Il s'en suit, pour moi, la condamnation des deux autres traitements appliqués.

Mais je ne généralise pas la critique.

Ces traitements ont fait leurs preuves en d'autres moments; seulement, ils étaient inopportuns dans les conditions hygiéniques créées par l'hiver, les privations et les fatigues du siége.

J'ignorais à cette époque ce que je crois connaître aujourd'hui et ce que je cherche à vous démontrer.

Est-ce à dire que le traitement par l'alcool soit souverain ? La mort de quatre de nos pneumoniques sur vingt traités, suivant la méthode de Todd, semble démontrer le contraire.

J'admets cependant ce traitement comme le meilleur qui puisse être employé, mais je maintiens son usage à certaines limites, que je ferai connaître ultérieurement.

Pour moi, si pendant le siége la médication alcoolique a été parfois impuissante, c'est que le sang des scorbutiques que nous avions généralement à traiter manquait d'un élément indispensable. Cet élément, c'est l'eau de végétation. Elle faisait défaut à nos scorbutiques.

Les végétaux frais et le vin la leur eussent procurée, mais les plantes vertes étaient fort rares, relativement au grand nombre de nos malades, même au Luxembourg, où cependant nous en avions fait cultiver sous bâches, en prévision du scorbut.

Quant au vin, M. le sous-intendant, par une trop sévère application des règlements, et « après informations prises en lieux compétents », ajoute sa dépêche à nous adressée (16 février 1871, n° 524), se refusait à nous autoriser à en faire délivrer plus de 50 centilitres par jour et par malade, à moins cependant qu'un rapport spécial pour chaque malade lui fût adressé.

Or, on sait quel est le sort des rapports de ce genre. Le malade est mort depuis longtemps quand arrive la solution demandée.

Toutefois, un mois après, l'intendance pressée par le ministre, éclairé lui-même par le conseil de santé auquel nous avions cru devoir nous adresser, voulut bien nous accorder un prélèvement extraréglementaire de 25 centilitres de vin pour chacun de nos scorbutiques et par jour, mais à prendre sur les vins envoyés en cadeau par les Anglais ! (Dépêche du 18 mars 1871, n° 796.)

Cette concession était aussi dérisoire qu'avait été cruel le premiers refus. Car nous savions tous que c'eût été par litres que nous aurions dû être autorisés à donner le vin à nos scorbutiques.

Seuls, le conseil de l'intendance, l'intendance avec lui, et aussi le règlement, il faut bien le dire, ne connaissaient pas, à ce qu'il paraît, le traitement propre au scorbut, une des maladies les plus fréquentes des armées en campagne.

Dans les faits que nous avons livrés à votre jugement, nous avons montré la congestion comme étant toujours le danger qui menaçait le plus les malades, et nous avons constaté que le retour à la santé était déterminé par la résorption de l'engouement, c'est-à-dire de cette congestion.

Est-ce à l'alcool seul ou aux dérivatifs puissants employés concurremment qu'il faut rapporter les succès par nous obtenus ?

Selon nous, les deux moyens ont concouru efficacement au but recherché.

Les excitants cutanés, par leur action propre sur la circulation de la peau qu'ils augmentent évidemment; l'alcool, par une action particulière que nous allons chercher à expliquer.

Il importe avant tout de ne pas confondre, comme on le fait trop souvent, l'alcool avec le vin. Ces deux liquides diffèrent autant dans leur action que dans leur composition.

Le vin ne renferme guère que 10 à 20 pour 100 d'alcool : une foule d'autres matières qui en font un des liquides les plus complexes entrent dans sa composition. Il est donc bien difficile de se rendre un compte exact des actions multiples de ce composé dans l'organisme.

Comme topique, l'alcool agit localement, en faisant contracter les vaisseaux. Il excite et irrite légèrement les surfaces des plaies qui, sous son action, ne tardent pas à présenter un aspect propre et rosé.

Pendant le siége de Paris, j'ai vu chez M. le professeur Maurice Perrin, au Val-de-Grâce, et dans le service de M. Bourotte, à Saint-Sulpice, trois hommes atteints d'infection purulente, à la suite de fracture comminutive.

L'appareil à irrigation continue du professeur du Val-de-Grâce, quoique appliqué *in extremis*, avait fait disparaître rapidement tous les phénomènes de gangrène et d'infection purulente.

Vous savez comment cet appareil fonctionne.

A l'aide de drains placés *ad hoc*, l'alcool baigne et traverse de part en part, d'une façon continue, les parties malades.

L'abolition de l'infection généralisée implique ici plus et mieux qu'une action purement topique. Non-seulement l'alcool a détruit sur place les globules de pus, comme l'enseignent MM. Devergne et Dubreuil, mais, absorbé par les grandes surfaces dénudées, il a atténué et même aboli l'effet antérieur produit par le pus entraîné dans tout l'organisme par le torrent circulatoire.

Nous pourrions multiplier les exemples de l'action de l'alcool dans des conditions aussi graves, dans les fièvres puerpérales, par exemple, comme aussi dans certains cas de congestion produits soit par l'opium ou ses dérivés, et surtout dans les cas d'éclampsie ; mais ces faits appartiennent à un autre ordre d'idées que celui que nous nous sommes proposé d'élucider; je me renfermerai donc dans le cadre que je me suis imposé, c'est-à-dire l'étude de l'alcool à faible dose.

A faible dose, l'alcool stimule la sécrétion du suc gastrique et de la salive ; il doit donc ainsi activer la digestion. A dose plus élevée, il devient toxique.

L'alcool doit être employé à doses proportionnées à l'âge du malade, à son idiosyncrasie, à la maladie dont il est atteint et suivant le degré de maladie où il est arrivé.

Pour nous, la propriété curative de l'alcool à faible dose réside exclusivement dans son action sur la circulation.

Magendie prouve que l'alcool est absorbé et pénètre directement dans les veines.

L'alcool, dès son entrée dans la circulation, excite les battements du cœur, accélère le pouls, rougit la face, en un mot, active la circulation générale. Si on augmente la dose, les phénomènes deviennent complexes : la circulation se ralentit et il survient une stase, finalement une ischémie complète, au moment de l'anesthésie.

Ce sont là trois résultats appartenant, il est vrai, à la physiologie, mais dont les rôles sont tellement tranchés en thérapeutique, que nous pouvons les disjoindre sur-le-champ.

L'action de l'alcool sur le système nerveux est indiquée par celle qu'il a sur la circulation : au début, hypérémie cérébrale, c'est-à-dire suractivité circulatoire; hypérémie artérielle active, c'est-à-dire excitation intellectuelle.

Nous bornerons notre étude au premier résultat, c'est-à-dire à l'excitation de la circulation et à la simple excitation centrale qui en est le premier résultat.

Ces deux effets de l'alcool me suffisent pour démontrer un des rôles de cet agent dans les maladies inflammatoires.

Quand un travail d'inflammation va se produire dans un tissu quelconque de l'organisme, les parties adjacentes se congestionnent, s'engouent, se tuméfient. Le flux veineux s'y porte en abondance et y produit l'engouement qui va devenir l'hépatisation, l'induration et, plus tard, l'œdème ou infiltration d'une part et la décomposition ou suppuration de l'autre.

Si l'alcool est administré dès le début de ces phénomènes, en activant la circulation générale des capillaires artérielles, il résout ces afflux de sang veineux, et le point malade reste isolé ou du moins limité.

Ce fait, fort remarquable et digne de l'observation, trouve sa preuve dans ce phénomène que tous ont observé : c'est que si au début de la pneumonie on a des crachats sanguinolents et qu'on soumette le malade à l'action de l'alcool, les phénomènes stéthoscopiques ne tardent pas à perdre de leur intensité, la respiration devient normale dans presque tout le poumon malade. Mais il reste un point facile à limiter et les crachats sanguinolents persistent jusqu'à la guérison de ce point malade, et autour duquel on sent bien vouloir se rétablir de la congestion si la médication n'y porte remède.

L'alcool à faible dose me semble donc être le résolutif par excellence de toutes les congestions, prologue obligé des diverses phases des maladies inflammatoires.

Tous les auteurs sont d'accord sur ce point, que la première action physiologique de l'alcool est de rétablir l'équilibre entre la circulation centrale et la circulation périphérique.

Sous son action vivifiante, les phlogoses sont dissipées, les ecchymoses sont résorbées, les fluxions disparaissent.

Le mouvement vital est pour ainsi dire momentanément doublé, et cette excitation, quelque éphémère qu'elle puisse être, suffit pour rejeter dans le torrent circulatoire les liquides disposés à stationner. Elle les empêche ainsi de se décomposer et de fournir de nouveaux éléments au travail de décomposition qu'une cause quelconque avait provoqué.

L'action de l'alcool étant ainsi déterminée, n'ai-je pas établi, messieurs, ce que je voulais démontrer, à savoir que l'alcool à faible dose est naturellement indiqué comme le résolutif des congestions aiguës ?

Il me reste à vous montrer les avantages que l'usage de l'alcool, comme résolutif, présenta sur les autres moyens employés dans le même but, et pourquoi nous le préconisons avant tout autre.

Que fait la saignée locale ou générale, si ce n'est, suivant les lois d'exosmose et d'endosmose, faciliter, par le vide qu'elle produit, la résorption des masses liquides stationnaires?

Que font les antimoniaux, les purgatifs et la diète, ce puissant résolutif de la médecine expectante ? Agissent-ils donc autrement ?

Vous l'avez vu, l'alcool à faible dose est également résolutif, mais il l'est en forçant la circulation, et avec cet avantage inappréciable, de conserver au malade tout son sang, si nécessaire au rétablissement.

Et loin de produire l'énervation, comme le font les médicaments sédatifs, il donne, au contraire, à l'organisme, déjà trop affaissé par une cause morbide, l'activité nécessaire au rétablissement des fonctions déviées.

Qu'ai-je besoin de m'étendre davantage, messieurs, vous le comprenez aussi bien que moi.

C'est dans l'excitation nerveuse du début de l'emploi de l'alcool, et surtout dans la conservation entière du sang des malades, que se trouve la véritable cause du retour à la santé, et pour ainsi dire sans convalescence, des malades soumis à la médication par l'alcool.

C'est là que nous trouvons la véritable explication de ce second phénomène vraiment surprenant :

La résurrection subite des malheureux qui, peu de minutes avant l'emploi de l'alcool, semblaient voués à une mort inévitable.

Rappelons, en terminant, qu'indépendamment de la question de dosage, il importe d'étudier l'opportunité de l'application.

Il faut saisir le moment :

Ce moment précis, quelquefois malheureusement bien fugace, où une action physiologique connue doit rétablir une fonction troublée ou déviée.

Et si le professeur de thérapeutique à la Faculté de Paris termine toutes ses leçons en répétant ces mots : la dose, la dose ! permettez-moi, messieurs, de vous dire, en quittant ce sujet : le moment, le moment !

TABLETTES

DU MÉDECIN-LÉGISTE

(Suite)

XVI

Pharmacie (Exercice de la). Est illicite et nulle une Société en nom collectif formée entre un pharmacien et deux médecins pour l'exploitation en commun d'un établissement pharmaceutique qui est leur propriété indivise, alors que chacun d'eux a des droits égaux dans la direction de la chose sociale et peut même, à son gré, changer ou garder les employés de la pharmacie. (C. Nap., 1833; déclar. 25 avr. 1777, art. 1 et 2; LL.17 avr. 1771 et 25 germ. an II, art. 25);

Toutefois, la communauté d'intérêts qui a existé entre les associés en vertu d'un tel acte doit être réglée conformément à la convention qui l'a constituée.

C. de Paris, 2e ch., 27 mars 1862. — Cf. Dalloz, *Jur. gén.*, 1863, 2e partie, p. 105.

L'exploitation d'une officine de pharmacien n'est-elle régulière qu'autant que le gérant de l'établissement est en même temps le propriétaire (déclar. 25 avril 1777, art. 1; L. 21 germ. an II, art. 21, 25, 26 et 30; arr., 25 therm. an II, art 25; rés. nég. par la cour imp., affirm. par la cour de cass.)

En tout cas, il ne saurait en être ainsi, à raison des règlements particuliers qui les régissent, pour les officines établies à l'intérieur des hospices (L. 7 août 1851, art. 8);

Et cela, non-seulement en ce qui concerne le débit intérieur des médicaments, mais encore en ce qui concerne le débit extérieur.

Par suite, les pharmaciens établis dans la localité où existe un hospice, ne peuvent fonder sur ce fait d'un débit extérieur une action en dommages-intérêts, même contre les religieuses attachées à l'officine; si la préparation et le débit des médicaments sont effectués par celles-ci sous la direction effective d'un pharmacien et dans les conditions réglées par un arrêté du préfet. (C. Nap., 1382.)

Cour cass., ch. crim., 31 mai 1862. — Cf. Dalloz, *Jur. gén.*, 1862. (1re partie, p. 493.

XVII.

Pharmaciens. — Vente d'officine. — Un élève en pharmacie non encore muni du diplôme, n'étant pas apte à gérer une officine, est fondé à poursuivre devant le tribunal de commerce l'annulation de la vente à lui consentie d'un établissement de pharmacie, et comme conséquence la condamnation par corps du vendeur à la restitution des sommes versées à compte sur le prix. (C. Nap., 1598; L. 25 germ. an II, art. 25.)

Trib. com. de la Seine, 19 décembre 1861. — Cf. Dalloz, *Jur. gén.*, 1862. 3e partie, p. 86.

XVIII

Pharmacie. — Exercice illégal. — Il y a délit d'exercice illégal de la pharmacie de la part de l'individu qui, n'étant pas muni d'un diplôme, partage, même en société avec un pharmacien, la propriété et la gérance d'une officine (L. 21 germ. an II, art. 25, 26, 36 ; décl. 25 avril 1777, art. 6 ;

Il en est de même de l'individu non pharmacien qui, sous l'apparence d'une société en commandite, fait gérer par un pharmacien, son commis salarié et son prête-nom, une officine dont il est reconnu être le véritable propriétaire, circonstance que le juge du fait constate souverainement.

Cour de cass., ch. crim., 8 avril 1864. — Cf. Dalloz, *Jur. gén.*, 1864. 1re partie, p. 395.

DOCUMENTS

POUR SERVIR A L'HISTOIRE DU MOUVEMENT SCIENTIFIQUE PENDANT LE SIÉGE DE PARIS (1).

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 6 février 1871. — Présidence de M. FAYE.

(Suite.)

MÉMOIRES PRÉSENTÉS

Sur un procédé de conservation des pommes de terre au moyen de l'acide sulfureux. — M. V. LABARRE. Les événements qui viennent de se produire, et la sécheresse qui avait occasionné une mauvaise récolte de pommes de terre, privent la population d'un grand moyen d'alimentation. Il importe donc, à un haut degré, de neutraliser autant que possible la perte qui va survenir encore sur ce produit, pendant la période de janvier à avril, par suite de la fermentation dans les silos et magasins, fermentation qui provoque une végétation hâtive, dont la conséquence est une grande diminution de poids et de qualité.

Pour obvier à cet inconvénient, l'emploi du gaz acide sulfureux, injecté dans la masse emmagasinée, soit dans un tonneau, soit dans une caisse, serait un moyen utile. Quant au procédé que je propose dans ce but, il consiste à aspirer du gaz acide sulfureux dans un récipient contenant du soufre, maintenu à une température suffisante pour l'inflammation, et à refouler ce gaz dans les tonneaux ou les caisses qui contiendraient les pommes de terre, jusqu'à ce qu'elles en soient suffisamment imprégnées pour empêcher toute fermentation, et, par suite, la végétation.

L'utilisation de ce moyen ne se borne pas à un seul emploi : il aurait encore pour effet, au moyen de l'arrachage, de neutraliser l'espèce de fermentation qui se produit lorsqu'on réunit ces tubercules en tas, ce qu'on nomme vulgairement *l'échauffement*. Cette fermentation, en provoquant la végétation, a pour résultat d'altérer la qualité de ces tubercules. Il y a donc un intérêt puissant à la paralyser.

Je n'ai pas besoin de dire que ce moyen s'applique à toutes les racines pouvant subir les mêmes dommages et pour la même cause; il présente donc à la fois un résultat utile pour le présent et une application importante pour l'avenir. (Renvoi à la section d'agriculture.)

M. GRÉGOIRE adresse une note relative à l'emploi de la belladone, comme agent prophylactique contre la variole. L'emploi de ce médicament lui a donné depuis longtemps, dit-il, les meilleurs résultats. (Renvoi à la section de médecine et de chirurgie.)

La séance est levée à cinq heures et demie.

6 FÉVRIER.

Ambulances. — Hier a eu lieu la cérémonie d'inauguration des pavillons-hôpitaux de Longchamps, dont le ministre de la guerre a confié l'organisation au comité des ambulances de la presse.

Après une visite dans les salles où chaque chef de service (MM. Nicaise, Perrier, Cousin, Bastien) a pu constater le bon effet produit sur les honorables visiteurs par l'installation de chaque salle, a eu lieu l'inauguration de la chapelle.

Une foule sympathique, au milieu de laquelle étaient assis quelques blessés convalescents, attendait, dans la petite chapelle de bois, que la visite fût finie.

Vers trois heures, l'archevêque de Paris entrait dans l'église, suivi du clergé de la paroisse; à son entrée, le vénérable curé lui donna le crucifix à baiser, et l'orgue exécuta une marche religieuse.

Dans l'assemblée, autour des membres du comité, avaient bien voulu prendre place le général Berthaut et ses officiers d'ordonnance, le baron Larrey, M. H. de Saint-Georges, M. Francis Wey, le sculpteur Doublemard, plusieurs dames patronesses de l'œuvre et tout le personnel médical, pharmaceutique et administratif des ambulances de la presse.

Une chaleureuse allocution fut prononcée par Mgr Darboy et des artistes, parmi lesquels nous avons remarqué MM. Duprato, Emile Pessard et Mme V. (une grande cantatrice et une grande dame), firent entendre, entre chaque hymne, un *O Salutaris* et l'*Ave Maria* de Gounod, accompagnés par un violoniste et un harpiste distingués.

L'archevêque de Paris bénit alors l'église et l'assistance.

Qu'on nous permette d'entrer dans quelques détails sur ces constructions inspirées du savant docteur Michel Lévy, et où MM. Ricord et Demarquay, les éminents chirurgiens en chef des ambulances de la presse, ont organisé des services hospitaliers modèles, dont les résultats seront bientôt appréciés à leur juste valeur.

Dès le mois de septembre, l'intendance demanda au directeur du génie, M. le colonel de Courville, de construire à Passy une ambulance pour 420 lits. Les travaux étaient déjà commencés au Trocadéro, lorsqu'une nécessité stratégique fit abandonner cet emplacement. Ce n'est que dans les premiers jours d'octobre que le travail commença dans les terrains de la rue de Longchamps, à l'angle de l'avenue d'Eylau.

Au 15 décembre, six baraques, pouvant contenir 120 lits, étaient prêtes à recevoir les malades : elles furent remises à l'intendance, ainsi que les bâtiments des services généraux.

Absolument terminées au 15 janvier, ces ambulances comprennent 21 baraques affectées au service des malades et 10 baraques employées aux services généraux. Elles sont groupées sur les quatre faces d'un terrain rectangulaire mesurant 4,000 mètres.

Une première baraque, mesurant 5 mètres sur 9, est affectée au poste de police, au poste des pompiers, ainsi qu'au remisage de la pompe.

Vient ensuite un bâtiment de 8 mètres sur 9, comprenant deux chambres pour le concierge, une antichambre, une chambre pour le médecin de garde, le bureau des entrées et une pièce renfermant un grand lavabo destiné aux malades arrivants.

Une baraque de 5 mètres sur 21, aérée par des persiennes, renferme des casiers pour le dépôt des habits. Les émanations qui peuvent s'en exhaler sont entraînées par un système de tuyaux dans lesquels un appel d'air est déterminé par la cheminée de la cuisine.

Près de là est une cave maçonnée recouverte d'une toiture en bois pour la garantie de la gelée.

La cuisine, avec la dépense, une laverie et un office occupe une baraque de 8 mètres sur 21.

La pharmacie, avec une chambre pour l'interne de garde; la tisanerie, qui renferme un vaste fourneau ; enfin, le « préparatoire » occupent les deux tiers d'une baraque de 8 mètres sur 27, dont le premier tiers est occupé par une grande salle de conseil et par trois cabinets pour les membres du comité.

Au-dessus de la cuisine et de la tisanerie sont des lanternes vitrées destinées à entraîner les vapeurs des fourneaux.

Une baraque de même dimension que la précédente renferme une salle à manger pour les internes, un garde-meubles, une lingerie, enfin quatre pièces servant de bureaux pour les administrateurs.

Quatre water-closets sont affectés à ces services.

Les vingt-une baraques des malades sont toutes semblables; elles mesurent 10 mètres sur 38 mètres.

On pénètre dans chacune des baraques par un large corridor, à droite duquel débouchent sur un couloir isolé : un lavabo, un urinoir, deux water-closets. Dans chacun de ces cabinets, un écoulement d'eau permanent et un robinet assurent la salubrité du service.

A gauche du corridor d'entrée se trouvent : d'abord, un cabinet pour le linge sale, largement aéré sur l'extérieur par des persiennes; puis une salle de bains tendue en toile vernissée, enfin un cabinet garni de tôle renfermant un appareil destiné à chauffer l'eau qu'il reçoit directement d'un conduit extérieur. Toutes ces dépendances occupent un espace de 4 mètres sur 10 mètres.

La salle des malades qui fait suite est éclairée par dix fenêtres sur chaque face; elle est surmontée d'une lanterne fermée par quarante châssis vitrés dont la moitié peut s'ouvrir et aérer largement la salle.

Les fenêtres, au lieu d'être vis-à-vis l'une de l'autre, sont alternées : ce qui permet d'alterner également les lits et de laisser plus de place libre au milieu de la salle, tout en ne faisant point toucher la tête des lits à la paroi.

Cette salle de malades mesure 10 mètres de large sur 30 mètres de long; elle a 4 mètres de hauteur à la naissance du toit, 6 m. 50 à la naissance de la lanterne, qui elle-même mesure 2 mètres de hauteur sur 3 mètres de largeur.

Ces dimensions donnent 100 mètres cubes d'air, d'ailleurs facilement renouvelable, pour chacun des vingt malades qui doivent occuper la salle.

Deux calorifères, se réunissant par un tuyau central, peuvent maintenir facilement une température de 14 degrés et permettent de tenir chaudes les tisanes.

Pour empêcher la trop grande déperdition de calorique, on a doublé la paroi de la salle par un lambris en bois, jusqu'à hauteur d'homme, en papier collé sur toiles, dans le reste de la hauteur.

En sortant de la salle, par un corridor identique à celui d'entrée, on trouve une chambre pour les infirmiers et une salle d'opération.

Toute la baraque est isolée du sol par des murs en brique de 0m50 environ, sur lesquels repose un plancher en sapin parfaitement joint.

La couverture des baraques est en carton bitumé.

La charpente est en madriers croisés ; le croisement des arbalétriers supporte la lanterne.

A la sortie de l'enclos des ambulances est une salle de huit lits mobiles, couverte en zinc, et qui sont destinés à recevoir les morts. Cette salle, jointe à la salle d'autopsie, mesure 5 mètres sur 9.

Une chapelle vient d'être élevée près de cette salle, qu'elle dissimule. Elle est de même construction que les baraques, mais plus élevée, et mesure 8 mètres sur 21.

Cette chapelle peut donc recevoir quatre à cinq cents personnes.

En revenant près de l'entrée de ces vastes constructions, on trouve un réservoir d'eau pouvant contenir 100 mètres cubes.

Pour isoler chaque baraque des émanations de la baraque voisine, un espace de 8 mètres est laissé entre leurs faces latérales; elles ouvrent toutes, par leur entrée, sur une vaste cour ou jardin, qui mesure au minimum 50 mètres sur 150 mètres, et, par leur sortie, sur une promenade de 10 mètres de large, qui fait le tour du terrain et isole les baraques des rues avoisinantes.

L'ensemble de ces travaux, mesurant neuf mille mètres de surface bâtie, doit coûter 540,000 fr., que l'on peut répartir ainsi :

Construction et installation de 21 baraques pour les malades	378,000 fr.
Bâtiments des services généraux	125,000
Terrassements	12,000
Drainage et conduites d'eau	25,000

Si l'on divise par 21 les 378,000 fr., on trouve pour prix d'une baraque, 18,000 fr., que l'on peut répartir ainsi :

1° A la construction (dispendieuse en ce moment)	15,500 fr.
2° A l'installation du chauffage, des salles de bains, des lavabos, etc.	2,500

Au reste, en divisant par le nombre de lits (420) la dépense totale, on trouve que chaque lit revient à 1,300 fr.

C'est cet important service que le ministère de la guerre a confié aux ambulances de la presse.

Nous ne ferons que rendre justice à quelques-uns, en nommant parmi ceux qui ont participé à ces constructions, appelées à rendre encore de si grands services : le colonel de Courville et le capitaine Caillot, ainsi que les architectes Ernest Fournier et Jaegher et le plombier Fortin Herman, qui se sont multipliés pour que le service pût fonctionner rapidement selon les vœux exprimés par le comité des ambulances.

6 FÉVRIER.

Nécrologie. — M. le docteur Blain, médecin à l'hôpital de Vincennes, succombe à l'infection purulente.

M. le docteur Mire, médecin aide-major à l'hôpital, lui adresse, sur sa tombe, ce dernier adieu :

« Avant que la terre se soit refermée pour toujours sur ce cercueil, permettez-moi de dire encore à notre malheureux camarade un dernier adieu, et de rendre à sa mémoire un hommage bien mérité.

« Blain fut, lui aussi, une des victimes de cette triste lutte qui vient de ravir à notre pays tant de ses meilleurs et de ses plus chers enfants. Martyr obscur du devoir bien accompli, il a succombé à la peine, presque à la dernière heure, après avoir subi toutes les épreuves, enduré toutes les angoisses du naufrage où viennent de sombrer nos plus chères espérances.

« Son histoire fut simple et se peut dire en quelques mots : Au début de la guerre, il quittait sa chère Provence pour venir ici prendre part à l'œuvre de dévouement auquel le corps médical tout entier était convié. Chargé de coopérer au service des blessés, il apporta à ce labeur journalier une conscience, une activité et un dévouement qui lui eurent bientôt attiré la sympathie et l'estime de tous. Le vaste champ d'observation que nous a offert, depuis quelques mois, l'hôpital de Vincennes n'avait pas été stérile; il y avait fait une ample moisson d'enseignements et d'expériences, hélas! trop chèrement achetée, au prix d'une santé trop profondément ébranlée par cet affreux miasme qui s'attache comme un fléau à toutes les agglomérations de malades et de blessés. Aussi, un accident léger, un rien, une piqûre, qu'il se fit en donnant ses soins à un blessé ennemi, détermina-t-elle des accidents formidables et en quelques jours rapidement mortels.

Puissent ces faibles témoignages d'affectueuse estime, de sympatiques regrets apportés sur cette tombe, au nom de ses amis et de ses camarades, adoucir quelque peu l'immense douleur d'une famille frappée aussi cruellement dans ses plus chères affections!

Légion d'honneur. — Par décret en date du 7 février, ont été nommés ou promus dans l'ordre de la légion d'honneur : *Au grade de commandeur* : MM. Gerrier (Louis-Pierre-Adolphe), médecin principal de 1re classe, officier du 26 mai 1856; 33 ans de services, 16 campagnes.

Champouillon (Jean), médecin principal de 1re classe, officier du 17 juin 1859; 40 ans de services.

Au grade d'officier : MM. Didiot (Pierre-Augustin), médecin principal de 1re classe, secrétaire du conseil de santé des armées, chevalier du 12 août 1861; 27 ans de services, 10 campagnes.

Colin (Léon-Jean), médecin principal de 2e classe, professeur à l'école de médecine et de pharmacie militaire, chevalier du 12 août 1866; 22 ans de services, 7 campagnes.

Castex (Laurent-Jean-Léon), médecin major de 1re classe, chevalier du 13 octobre 1860; 26 ans de services, 20 campagnes.

Azaïs (Casimir-Lucien), médecin major de 1re classe, chevalier du 16 mars 1865; 17 ans de services, 9 campagnes.

Béraud (Clair-Victor), médecin major de 1re classe, chevalier du 4 août 1860; 26 ans de services, 18 campagnes.

Darcy (Louis-Honoré), médecin major de 2e classe au 118e régiment d'infanterie, chevalier du 14 septembre 1855; 29 ans de services, 10 campagnes.

De Montèze (Jean-Baptiste-Camille-Edmond), pharmacien major de 1re classe, chevalier du 14 septembre 1860; 30 ans de services, 13 campagnes.

Au grade de chevalier : MM. Mabillat (Jean-Baptiste-Pol-Victor), médecin major de 2e classe au 114e régiment d'infanterie; 17 ans de services, 5 campagnes.

Mounier (François-Xavier-Rodolphe-Henri), médecin aide-major de 1re classe; 9 ans de services, 2 campagnes.

Liénard (Gustave-Émile), médecin aide-major de 1re classe; 9 ans de services, 4 campagnes.

Cuq (François-Marie-Paul), médecin aide-major de 1re classe; 8 ans de services, 3 campagnes.

Bachelet (Victor-Lucien), médecin aide-major de 1re classe; 7 ans de services, 3 campagnes.

Jacquemet (François-Marie-Hippolyte), médecin aide major de 1re classe; 7 ans de services, 2 campagnes.

Bonnefoy (Charles-Joseph-Armand), médecin aide-major de 1re classe; 7 ans de services, 3 campagnes.

Coze (Vital), médecin aide-major de 1re classe; 7 ans de services, 3 campagnes.

Erambert (Alexis-Fortuné), médecin aide-major de 1re classe; 8 ans de services, 1 campagne.

Cottel (Nicolas-Auguste), médecin aide-major de 2e classe; 7 ans de services, 1 campagne.

Badal (Jules-Antoine), médecin aide-major de 2e classe auxiliaire; 7 ans de services, 1 campagne.

Judicis (Auguste-Pierre-Hippolyte), pharmacien major de 2e classe; 17 ans de services, 8 campagnes.

(1) Suite. — Voir le dernier numéro.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le Bulletin hebdomadaire des causes de décès pour Paris, du 23 au 29 septembre 1871, donne les chiffres suivants :

Variole, 2. — Scarlatine, 4. — Rougeole, 6. — Fièvre typhoïde, 35. Typhus, ». — Érysipèle, 3. — Bronchite, 40. — Pneumonie, 35. — Diarrhée, 61. — Dysenterie, 27. — Choléra infantile, 12. — Choléra nostras, 3. — Angine couenneuse, 7. — Croup, 11. — Affections puerpérales, ». — Autres causes, 585. — Total : 831.

Celui de Londres donne les chiffres suivants, du 17 au 23 septembre 1871 :

Variole, 89.—Scarlatine, 27.—Rougeole, 22. — Fièvre typhoïde, 12. — Typhus, 3. — Érysipèle, 7. — Bronchite, 62. — Pneumonie, 37. — Diarrhée, 205. — Dysenterie, 4. — Choléra infantile, 2. — Choléra nostras, ». — Angine couenneuse, 7. — Croup, 10. — Affections puerpérales, 10. — Autres causes, 914. — Total : 1,411.

— *Assistance publique, concours de l'internat et de l'externat.*— Le concours de l'internat s'ouvrira le 16 octobre à midi précis; celui de l'externat, le 19.

« Par dérogation au règlement et pour la présente année seulement, la limite d'âge fixée pour l'admission au concours de l'internat est prolongée d'une année. — Le temps passé, soit sous les drapeaux, soit dans les ambulances ou les hôpitaux militaires par les élèves externes admis au concours de 1869, leur sera compté pour compléter la durée de leur stage réglementaire. »

« Les étudiants qui, sans avoir été admis par concours, remplissent convenablement depuis un an les fonctions d'externe ou d'interne dans les hôpitaux et hospices civils de Paris, et qui, d'ailleurs, satisfont aux conditions réglementaires, seront admis au concours de l'internat... Les élèves des départements, n'ayant pu concourir en 1870 à l'externat et qui justifieront avoir obtenu par concours le titre d'interne dans un hôpital de province et en avoir exercé les fonctions depuis au moins un an, seront admis sur cette simple justification, et s'ils remplissent également les conditions réglementaires, à concourir pour l'internat dans les hôpitaux de Paris. »

— On lit dans l'*Indépendance hellénique* :

Une circulaire du président du conseil des ministres, ministre de l'intérieur, adressée aux préfets et sous-préfets du royaume, leur enjoint de faire savoir aux autorités sanitaires de leur juridiction qu'ils aient à prendre toutes les mesures afin que les quarantaines soient sévèrement exécutées par les voyageurs et provenances des contrées où sévit le choléra.

Des lazarets sont institués à Salamine, Skiatos et Corfou, à l'instar de celui de Délos. Les voyageurs venant de Constantinople et d'autres pays où sévit le choléra seront dirigés vers ces quatre lazarets, où ils feront leur quarantaine.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments ou autres objets).

De la nécessité de l'éducation physique et de l'organisation des gymnases municipaux hydrothérapiques, par le docteur E. Dailly. Brochure de 24 pages. — Prix : 1 franc.

Anatomie pathologique des perforations cardiaques, à propos d'une observation de communication interauriculaire, interventriculaire et pulmo-aortique avec trochardie, par le docteur P. Fr. Da Costa Alvarenga, professeur à l'École de médecine de Lisbonne; traduit du portugais par le docteur Lucien Papillaud (Henri Almès). Paris, 1871, in-8° de 39 pages. — Prix : 1 fr.

Capvern. Ses eaux minérales. Applications thérapeutiques par le docteur Michel Ticier, médecin inspecteur des eaux de Capvern, ancien interne des hôpitaux de Toulouse, etc. 1 vol. in-8° de 300 pages. — Prix : 2 fr. 50 c.

De la fièvre syphilitique, par le docteur Courteaux. In-8°. — Prix : 2 francs.

L'acte de la déglutition, son mécanisme, par le docteur Moura, avec planches et gravures dans le texte. Br. in-4° de 60 pages. — Prix : 3 fr.

Étude sur le diagnostic et le traitement chirurgical des étranglements internes, par M. le docteur Larguier des Bancels, ancien préparateur du cours d'anatomie chirurgicale de l'amphithéâtre des hôpitaux. In-8°. — Prix : 3 francs.

Revue photographique des hôpitaux de Paris, par les docteurs De Montméja et Bourneville. 3e année : les nos 1-2 (janvier-février), et 2-3 (mars-avril), avec photographies, sont en vente. — Prix de chaque livraison : 4 francs.

Étude sur la lèpre tuberculeuse ou éléphantiasis des Grecs, par le docteur Paul Lamblin. In-8° avec figures dans le texte. — Prix : 3 fr. 50.

L'Uranoplastie et les divisions congénitales du palais, par le docteur Rouge, chirurgien de l'hôpital cantonal de Lausanne. 1 volume in 8° avec figures dans le texte. — Prix : 3 francs.

Diagnostic des manifestations secondaires de la syphilis sur la langue, par le docteur Saison. In-8°. — Prix : 1 fr. 50.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois... 8 fr. 50 c. Six mois..... 16 — Un an...... 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 3 octobre 1871.

CLINIQUE OPHTHALMOLOGIQUE. — M. GALEZOWSKI.

Étude sur le goître exophthalmique

Le goître exophthalmique, appelé autrement exophthalmie anémique, est caractérisé par une propulsion de l'œil plus ou moins prononcée, et qui est suivie en même temps d'un développement hypertrophique de la glande thyroïde et des battements exagérés et morbides du cœur.

Cette affection est remarquable sous beaucoup de rapports; d'abord par la coïncidence de phénomènes qui, en apparence, n'ont rien de commun entre eux, et ensuite par les formes et les variétés différentes d'évolution. Il serait très-intéressant de comprendre exactement la nature de cette affection, et pour cela nous croyons utile de rapporter les opinions des auteurs qui se sont occupés plus spécialement de ce sujet.

Commençons en premier lieu par dire, que c'est par erreur qu'on veut attribuer aux auteurs allemands la première description de la maladie. A l'époque où « Basedow publia pour la première fois un tableau succinct des symptômes qui constituent cette affection » (Wecker, *Traité des maladies des yeux*, t. I), par conséquent lorsqu'en 1840 l'auteur allemand rapporta quelques détails sur cette maladie, la question n'était point nouvelle en France, puisque Demours (1) avait déjà donné une description de cette maladie vingt ans avant, comme on peut juger par le passage suivant :

« La cause la plus commune de l'exophthalmie est une tuméfaction du tissu adipeux situé au fond de l'orbite.... Je donne actuellement des soins (janvier 1818) à Mlle D..., âgée de onze ans, domiciliée aux Mureaux, près Melun. *Son œil gauche proémine d'une ligne et demie depuis trois ans. Elle a une disposition depuis sa naissance à un engorgement de la thyroïde.* Sa mère, qui a apporté en naissant la même disposition, a un goître depuis sa première couche. Il a augmenté après les deux suivantes, et acquis le volume d'une très-grosse pomme depuis la naissance de la jeune malade. »

On voit par cette observation que Demours connaissait cette affection, et la description qu'il en donne contient des détails étiologiques de la plus haute importance. C'est donc à Demours qu'appartient le mérite d'avoir, le premier, donné la description de cette affection.

Graves s'est occupé plus longuement de cette maladie, et il y ajouta un troisième symptôme, celui des battements du cœur; et, c'est en effet par ces trois symptômes principaux : exophthalmie, goître et battements du cœur, que se trouve représentée la maladie elle-même. Ces deux auteurs ont eu tous les mérites de la découverte de la maladie, c'est pourquoi on doit, à juste titre, dire la maladie de Demours ou la maladie de Graves.

SYMPTOMATOLOGIE. — 1. *Exophthalmos.* — La première chose qui frappe chez ces malades, c'est la saillie des yeux plus ou moins prononcée, que nous appelons exophthalmos. Cet état est accompagné d'une certaine gêne dans les mouvements des globes oculaires, surtout en bas, et d'une sorte d'insuffisance d'élévation et d'abaissement de la paupière supérieure, comme cela avait été signalé par Graves. Les malades éprouvent de la peine à fermer les paupières, et, pendant le sommeil, le globe de l'œil reste souvent en partie découvert. Quelquefois la propulsion des globes oculaires devient tellement prononcée, qu'il y a une vraie luxation de cet organe, et il faut le replacer avec les doigts dans l'orbite, comme cela arrivait avec une malade de Trousseau (2).

L'exophthalmos devient plus marqué à la suite des émotions morales et aux époques menstruelles. Dans le cas rapporté par Demours, l'affection était congénitale et héréditaire, et s'aggravait après chaque nouvelle couche.

2. *Troubles de la vue.* — Sous l'influence d'une saillie très-prononcée et souvent inégale des deux globes oculaires, il peut se produire une déviation de l'œil en dehors (strabisme divergeant) donnant lieu à la diplopie, mais ces faits sont rares. Ordinairement les yeux sont sensibles pour la lumière, quelquefois même la photophobie devient tellement prononcée, qu'il leur est impossible de rien fixer, soit au grand jour, soit à la lumière de la lampe.

(1) Demours, *Traité des maladies des yeux*, t. I. Paris, 1818, p. 483.
(2) Trousseau, *Clinique de l'Hotel-Dieu*, t. II, p, 615. Paris, 1862.

Par moment, lorsque la saillie des yeux devient plus prononcée, les malades se plaignent de voir double. Probablement dans ces cas, la projection des yeux n'est pas égale des deux côtés, et la projection des images ne se fait pas sur les portions identiques des deux rétines.

Voici quelques détails sur une malade atteinte de cette même affection :

OBSERVATION. — Mme X.., âgée de 54 ans, demeurant à Paris, vint me consulter pour la première fois le 20 septembre 1867, pour une affection des deux yeux qui lui rendait la vue trouble. L'examen fait en présence du docteur Daguenet, m'avait permis de constater une ophthalmie double des plus marquées. Les yeux étaient fortement ouverts, et quelquefois il arrivait, d'après le dire de la malade, qu'elle ne pouvait presque pas les fermer. Sous la pression des doigts, l'œil peut être refoulé dans l'orbite, mais il ressort immédiatement au dehors.

La malade porte l'hypertrophie de la glande thyroïde depuis plus de vingt ans; le lobe droit est plus saillant. Elle est sujette à des battements de cœur des plus violents, surtout depuis l'époque où ses règles se sont arrêtées. La vue est trouble et sensible pour la lumière; les yeux pleurent beaucoup. Elle peut lire les caractères n° 2, mais pas plus qu'un ou deux mots, et aussitôt après, les yeux se fatiguent et se troublent.

Mais ce qui la gêne beaucoup, c'est la diplopie, qu'elle dit avoir eue plus de dix fois, chaque fois pendant huit ou dix jours. L'examen à l'aide d'un verre rouge démontre l'existence d'une sorte de spasme musculaire, et tantôt elle accuse les images homonymes, tantôt les images croisées.

Nous la soumettons au régime toxique, et à l'usage des préparations amères et des ferrugineux.

Mai 1870. — Aucun changement dans l'état de ses yeux, si ce n'est que la diplopie n'existe plus. L'examen ophthalmoscopique n'a présenté aucune altération, ni chez cette malade ni chez aucune de celles que j'ai eu l'occasion d'observer.

Withuisen avait observé, il est vrai, une vive injection des vaisseaux rétiniens, ce qui donnait, selon lui, une teinte rouge bien accentuée à cette membrane. Il a trouvé la papille rouge-jaunâtre, et de chaque côté de cette dernière il avait observé des dépôts pigmentaires presque noirs. Tous ces signes lui paraissaient dépendre directement du goître exophthalmique.

Je ne partage pas l'opinion de Withuisen, et je suis complétement convaincu que les signes décrits par cet auteur sont tout à fait physiologiques; ils se rencontrent chez beaucoup d'individus sains.

L'absence de toute altération du côté de la rétine doit reporter notre attention sur l'appareil accommodateur, qui seul ici peut être endommagé.

Souvent il y a, d'après Trousseau, effort visible du malade pour l'adaptation, ce qui pourrait s'expliquer très-bien par une sorte de paresse du muscle accommodateur. Plusieurs malades voient mieux au loin que de près, et deviennent *presbytes*, comme cela avait été observé pour la première fois par le docteur Corlieu (1), et comme j'ai pu le constater chez quelques-uns de mes malades.

3. *Altération de la conjonctive et de la cornée.* — La projection que subit le globe de l'œil et l'impossibilité pour les paupières de l'abriter suffisamment font que cet organe subit une irritation constante, qui se traduit par une injection forte de la conjonctive scléroticale; ses veines deviennent tortueuses et il se forme un lacis vasculaire très-accentué.

La cornée conserve le plus souvent sa transparence; mais il arrive quelquefois qu'elle s'altère d'une manière très-sensible; une tache plus ou moins large de nécrose apparaît soit au milieu, soit à sa périphérie, qui est suivie, au bout de quelque temps, d'une destruction complète et de l'atrophie de l'œil. Ces faits sont excessivement rares et se rencontrent plus particulièrement chez les hommes.

4. *Hypertrophie de la glande thyroïde.* — L'augmentation du volume de la thyroïde est un fait constant; tantôt ses deux lobes acquièrent des proportions considérables, tantôt elle est à peine marquée. Suivant Graves et Trousseau, l'hypertrophie porte surtout sur le *lobe droit*. En général, cette hypertrophie se développe lentement et reste inaperçue jusqu'au moment où son volume exagéré amène une gêne de respiration et une perturbation dans la voix. Cette dernière circonstance peut s'expliquer par la compression de l'un ou des deux nerfs laryngés récurrents. Le volume de la glande n'est pas constant, et elle grossit dans certaines périodes d'aggravation de la maladie; chez les femmes, on la voit grossir après les couches ou à la suite des troubles menstruels ou de suppression complète des règles.

(1) Corlieu, *Du goître exophthalmique.* (Mémoire lu à la Société de médecine pratique, Paris, 1853.)

(*A suivre*).

LIGATURE DE L'ARTÈRE CAROTIDE PRIMITIVE

HÉMORRHAGIE TRAUMATIQUE, SUIVIE DE LA TRANSFUSION DU SANG

Lu par M. RAYNAUD à la Société de chirurgie (séance du 9 août 1871).

M. RAYNAUD présente quelques considérations sur la ligature de l'artère carotide, à propos d'un cas où il eut l'occasion de pratiquer cette opération, pour combattre une hémorrhagie foudroyante, et où il fit en dernier lieu la transfusion du sang. A ce double titre, l'observation qui va suivre, dit le présentateur, me paraît digne d'intérêt. Le malade ayant succombé, je disséquai avec soin les artères de la région du cou; j'ai l'honneur de vous présenter la pièce conservée, qui servira de complément à ma démonstration.

Le nommé R... (Scipion), âgé de 25 ans, soldat au 114e de ligne, reçut le 30 novembre, à la bataille de Champigny, un coup de feu au niveau de l'angle gauche du maxillaire inférieur. La balle pénétrait assez profondément dans la région sus-hyoïdienne. J'en fis l'extraction sans grande difficulté. Dès l'entrée du blessé à l'ambulance, l'hémorrhagie immédiate avait été médiocre; je retirai en même temps de nombreuses esquilles. Je m'assurai que l'arcade dentaire inférieure était complétement intacte. L'os paraissait avoir été simplement écorné par le projectile, à son bord inférieur.

Trois jours après, la région sus-hyoïdienne était devenue le siége d'une inflammation vive avec gonflement considérable qui s'étendait du côté gauche du cou. Je fis avec précaution des débridements multiples autour du trou d'entrée, et j'ordonnai des cataplasmes.

Le 6 décembre, l'amélioration était sensible, la tension avait beaucoup diminué, la suppuration était très-abondante et de bonne nature.

Le soir, vers huit heures, survint une hémorrhagie formidable; en quelques instants la literie fut inondée de sang. L'interne de garde, appelé en toute hâte, comprima énergiquement la carotide primitive, et m'envoya chercher.

En arrivant je trouvai le malade dans un état de prostration profonde, en proie à une pâleur mortelle. Il n'y avait pas à hésiter. Il fallait, séance tenante, lier le vaisseau malade, quoique ce fût la nuit et dans des conditions peu favorables. Je fis cette opération avec l'aide des docteurs Vidal et Bidard. Ce dernier, en m'attendant, avait vainement essayé de lier dans la plaie, qu'il avait, dans ce but, légèrement agrandie. Le sang provenait évidemment d'un point très-profond; mais il s'échappait avec tant d'abondance, qu'il était absolument impossible de savoir s'il provenait de la linguale de la faciale ou du tronc de la carotide externe, voire même de la carotide interne. Dans cette incertitude, le seul parti à prendre, c'était de lier la carotide primitive. Je pratiquai mon incision sur le prolongement de la plaie. Je fus fort gêné par le volume considérable de la veine jugulaire interne. Je fus même obligé, chemin faisant, de lier une petite branche veineuse qui fournissait une hémorrhagie incommode. J'arrivai néanmoins à un résultat très-satisfaisant. L'artère fut mise à nu dans une très-petite étendue; aussitôt qu'elle fut liée, l'hémorrhagie s'arrêta complétement.

Je n'avais fait respirer au malade que quelques gouttes de chloroforme. Il était tellement épuisé par l'hémorrhagie, qu'il sentit à peine l'opération. Il n'y eut, ni immédiatement après, ni depuis aucune apparence d'accident cérébral.

La journée du 7 décembre se passa très-bien; celle du 8, de même. Le malade était extrêmement pâle; mais il avait repris un peu de forces, ils mangeait volontiers. La suppuration était bien rétablie dans la plaie.

Le soir du 8, à neuf heures, 48 heures après le premier accident, sans cause occasionnelle appréciable, une nouvelle hémorrhagie se déclara, provenant du même point que le premier jour. Il n'y avait plus à tenter de nouvelle ligature; on se contenta donc de tamponner avec de l'eau de Pagliari, puis avec de la charpie imbibée de perchlorure de fer. Un suintement sanguinolent continua pendant toute la nuit, à travers les pièces de pansement.

Le 9 décembre, nouvelle hémorrhagie à sept heures du matin, bien moins considérable, du reste, que les précédentes. Au moment de ma visite, je trouvai le malade agonisant. Il était sans connaissance; décoloration absolue des téguments; pouls filiforme battant 140 fois par minute. La mort était évidemment imminente.

Après avoir pris l'avis de M. Nélaton, je me décidai, comme ressource suprême, à pratiquer la transfusion. 370 grammes de sang furent injectés dans les veines du malade. Je donnerai plus loin quelques détails sur cette opération. Le résultat immédiat parut favorable. Les joues se colorèrent visiblement; le malade se ranima

un peu, reprit connaissance, et les personnes qui l'entouraient purent espérer un succès définitif. Malheureusement cet espoir fut de courte durée. Sans qu'il se fût produit de nouvelle hémorrhagie, le malade s'éteignit brusquement vers onze heures du soir.

Je reviens maintenant sur les points principaux de cette observation.

Le premier point sur lequel je désire appeler l'attention de la société, est l'absence absolue de toute espèce d'accidents cérébraux après la ligature de la carotide primitive. Vous savez, messieurs, que les résultats de cette opération diffèrent notablement chez les animaux et chez l'homme. Chez les animaux que l'on soumet à l'expérimentation, il est fort rare que la ligature d'*une seule carotide* donne lieu à des accidents graves; je l'ai, pour ma part, pratiquée une vingtaine de fois sur des chevaux, et j'ai toujours vu ces animaux pouvoir se relever, manger et courir presque aussitôt après l'opération. Il n'en est pas de même de la ligature *des deux carotides*, qui détermine fréquemment des phénomènes sérieux, tels que assoupissement, vomissements, paralysies, etc. Encore faut-il que les deux artères soient liées simultanément. Lorsque l'opération a été faite à plusieurs jours d'intervalle, elle n'a été qu'exceptionnellement suivie de la mort, et plus souvent les accidents ont été nuls. Leur degré de fréquence paraît en rapport avec le volume des artères vertébrales qui permettent plus ou moins le rétablissement d'une circulation supplémentaire.

Chez l'homme, au contraire, la ligature d'une seule carotide est loin de présenter la même innocuité. En se fondant sur une critique judicieuse des faits publiés, M. Lefort estime à une proportion d'environ 30 pour 100, c'est-à-dire de près d'un tiers, le nombre des cas où des accidents cérébraux variables ont été la conséquence de l'interruption du cours du sang dans un des troncs carotidiens. C'est, comme on voit, une proportion considérable.

On a distingué, du reste avec raison, les accidents qui se manifestent après la ligature de la carotide, en *immédiats* et *consécutifs*. Les premiers, tels que vertiges, syncopes, stupeur, etc., paraissent résulter évidemment de l'anémie cérébrale que produit momentanément l'interruption du cours du sang dans un gros vaisseau. Chez mon malade, le collapsus était tel, même avant l'opération, qu'il m'a été impossible de constater une différence entre les moments qui l'ont précédée et ceux qui l'ont suivie.

Quant aux accidents *consécutifs*, c'est-à-dire survenant quelques heures ou quelques jours après la ligature, ils ont donné lieu à de grandes divergences d'interprétation. Le plus important de ces accidents, c'est l'hémiplégie observée du côté opposé à l'opération. On a peine à s'en rendre compte par l'anémie cérébrale, quand on songe à la largeur des voies anastomotiques et à la rapidité avec laquelle le sang afflue vers l'hexagone artériel. M. Richet pense qu'on peut expliquer ce phénomène par la lésion accidentelle des filets du grand sympathique qui accompagnent la carotide, lésion qu'il est difficile d'éviter à coup sûr dans le cours d'une opération, souvent laborieuse, sur le vivant. Il se fonde, entre autres choses, sur une intéressante expérience de M. Goujon, qui est parvenu, chez des lapins, à produire expérimentalement des adhérences méningées, des épanchements séro-sanguins entre l'arachnoïde et la pie-mère, de l'injection du cerveau, d'une façon tout à fait identique, soit en liant la carotide, soit en se contentant de sectionner le filet cervical du grand sympathique. Dans cette manière de voir, l'hémiplégie observée pendant la vie et les altérations constatées sur le cadavre, telles que congestions, hémorrhagies capillaires, ramollissements, devraient se rattacher à une paralysie primitive des nerfs vaso-moteurs qui président à la circulation cérébrale; et l'inconstance de l'hémiplégie secondaire, à la suite des ligatures de la carotide, s'expliquerait tout naturellement par le fait que la section du grand sympathique aurait été faite accidentellement dans certains cas, et évitée dans d'autres.

Quoiqu'on ne puisse accepter qu'avec réserve les enseignements fournis par une observation négative, je ne puis m'empêcher de vous faire remarquer que, sur la pièce désignée que je vous présente, la portion cervicale du grand sympathique est complètement intacte; ainsi s'explique peut-être l'absence de paralysie chez mon malade.

Voici, par contre, un autre fait qui pourra peut-être apporter une sorte de confirmation à la théorie soutenue avec talent par M. Richet. Malheureusement, les circonstances politiques n'ont pas permis l'autopsie, ce qui est infiniment regrettable, car seule elle eût pu former la preuve de fait que l'on est en droit de réclamer. Toutefois, l'observation suivante est tellement curieuse, que je me reprocherais de ne pas vous la communiquer telle quelle.

Le nommé L..., insurgé, âgé de 23 ans, fut apporté dans mon service le 2 avril 1871. Il avait été atteint, le matin même, d'un coup de feu dans le creux sus-claviculaire gauche, immédiatement en dehors de l'insertion claviculaire du sterno-mastoïdien. Il n'y avait qu'un trou d'entrée, extrêmement étroit. La balle avait pénétré *de haut en bas*, et ce qui le prouvait, outre la direction de la plaie, c'était l'existence d'un emphysème sous-cutané et d'une dyspnée excessive, indice certain d'une lésion du poumon.

Quelques heures après l'entrée du malade à l'ambulance, je fus frappé d'une certaine déviation des traits. Le malade se servait incomplétement de sa main droite. Il y avait une certaine hésitation de la parole.

Le lendemain matin, l'aphasie était complète; l'articulation des mots était devenue impossible; l'intelligence paraissait *relativement* conservée. L'hémiplégie du côté droit avait fait des progrès considérables; elle était absolue au membre supérieur, beaucoup moindre au membre inférieur.

Peu à peu, l'intelligence s'obscurcit à son tour, en même temps que la dyspnée occasionnée par la plaie de poitrine devenait plus intense. Le blessé succomba le 5 avril.

Vous pouvez imaginer combien j'étais désireux de procéder à une autopsie si intéressante à tant de titres, et qui, notamment, promettait des enseignements si instructifs pour l'histoire de l'aphasie. Malheureusement, nous étions en plein règne de la Commune; les corps de fédérés étaient réputés sacro-saints. Malgré mes efforts et mes instances, il me fut formellement interdit de faire l'examen cadavérique.

J'en suis donc réduit, faute de mieux, à l'induction. Comment peut-on se rendre compte de la succession des accidents chez ce blessé? Voilà, en définitive, un individu chez lequel une balle atteint le côté *gauche du cou*, et qui succombe d'une paralysie du côté *droit*, sans qu'il soit possible d'admettre un instant que le crâne ait été atteint, le projectile se dirigeant, je le répète, de haut en bas. Abstraction faite de la cause traumatique, les signes cliniques ont été constamment ceux d'un ramollissement aigu du côté gauche du cerveau.

On peut ici faire plusieurs hypothèses. On peut songer, par exemple à une section de la carotide primitive, qui aurait brusquement interrompu la circulation cérébrale. Mais cette supposition tombe immédiatement devant l'absence complète d'hémorrhagie, et devant cet autre fait que la paralysie a été, non pas subite, mais progressive. D'ailleurs, les battements de la temporale étaient perceptibles et n'ont pas cessé de l'être.

Admettra-t-on que sous l'influence de la violente attrition des tissus par le projectile, il se sera formé un caillot propagateur dans l'intérieur de la carotide, ou qu'un fragment de la membrane interne, détaché et emporté par le torrent sanguin, aura été former embolie dans l'artère sylvienne, du côté correspondant? La chose, assurément, n'est point absolument impossible; on conviendra, néanmoins, qu'une lésion pareille d'un gros tronc artériel, se produisant sans être accompagnée de la moindre hémorrhagie, serait quelque chose de fort extraordinaire. Il me paraît, quant à moi, beaucoup plus rationnel de penser que la lésion a dû intéresser la portion cervicale du grand sympathique, et que, consécutivement à la paralysie des nerfs, il se sera produit, du côté de l'encéphale, des lésions semblables à celles que l'on provoque expérimentalement chez les animaux.

J'arrive maintenant à l'hémorrhagie secondaire qui s'est reproduite quarante-huit heures après la ligature de la carotide primitive. Afin de me rendre compte de cet accident trop fréquent à la suite des ligatures, j'ai disséqué, avec le plus grand soin, les vaisseaux du cou, et c'est le résultat de cette dissection que je soumets à votre examen. La ligature, faite pendant la vie, se trouve encore en place; elle étreint la carotide primitive à deux centimètres environ au-dessous du point malade. Sous ce rapport, l'opération a donc été ce qu'elle devait être, la ligature a été faite à une distance convenable de la source de l'hémorrhagie.

Au niveau même de la bifurcation de la carotide primitive, existe une large solution de continuité, provenant évidemment de la chute d'une escharre artérielle. Comme le bouquet artériel qui émerge de la carotide externe prend naissance tout près de l'origine de ce vaisseau, il en résulte que la lésion intéresse à la fois la terminaison de la carotide primitive, l'origine de la carotide externe, et celle de la thyroïdienne supérieure, sans qu'aucun de ces vaisseaux soit néanmoins entièrement sectionné (Voir la figure). De l'hiatus ainsi constitué sort un caillot fibrineux, résistant assez fortement, teinté en rose, en partie flottant dans la plaie, et en partie engagé encore par son bout supérieur dans la carotide externe. Ce caillot paraît s'être formé après l'interruption du cours du sang dans la carotide primitive. Il constituait un mode d'oblitération provisoire, et s'il fût resté en place, nul doute que la guérison n'eût été définitive. Mais, à un moment donné, sous l'influence de la pression latérale exercée par le sang de la carotide externe, le caillot s'est partiellement détaché, et c'est alors qu'est survenue l'hémorrhagie secondaire.

Dans la plupart des cas d'hémorrhagie artérielle considérable, consécutive à une blessure de la région sus-hyoïdienne ou de la région parotidienne, il est impossible de savoir au juste quel est le tronc artériel lésé. Même dans le cas où on a la certitude qu'on a affaire à une plaie de la carotide externe ou de l'une de ses branches, il n'est pas sans danger de lier la carotide externe à son origine, car d'une part on peut tomber sur une disposition anatomique très-fréquente, qui consiste dans la division de cette artère en plusieurs branches secondaires immédiatement après sa naissance: c'est le cas qui se présente dans l'observation que je vous soumets; on est exposé alors à voir la cicatrice artérielle un peu résister à l'effort du sang venant de la carotide interne au moment de la chute du fil; d'autre part, telle est la richesse des anastomoses des artères de la tête, qu'une circulation collatérale peut se rétablir très-rapidement par la carotide interne, et une hémorrhagie secondaire avoir lieu par le bout supérieur du vaisseau blessé.

A plus forte raison la ligature de la carotide externe serait-elle d'une évidente inutilité, si la lésion portait sur la carotide interne. Or, ces deux troncs sont situés si près l'un de l'autre, qu'en pratique il peut être et il est souvent impossible de savoir quel est celui des deux qui a été atteint; on ne le sait qu'après avoir découvert ces deux vaisseaux à leur origine, et en les comprimant l'un après l'autre, afin de savoir quel est celui des deux dont la compression fait cesser involontairement l'hémorrhagie.

Enfin, supposons la carotide interne blessée et cette blessure diagnostiquée. La ligature pourra, il est vrai, se faire avec sécurité, quant à ce qui concerne le danger d'une hémorrhagie secondaire au moment de la chute du fil; car, la carotide interne ne fournissant jamais de collatérale, on pourra toujours s'arranger de manière à obtenir une oblitération définitive. Mais la possibilité d'une hémorrhagie par le bout supérieur subsiste tout entière, grâce au rétablissement de la circulation par les anastomoses fournies, dans ce cas, par la carotide externe.

C'est pour parer à ces inconvénients qu'Herbert Mayo propose de lier tout à la fois, et en tout cas la carotide externe et interne. P. H. Bérard, dans le même but, et afin de simplifier le manuel opératoire, conseille de découvrir la carotide primitive au point de sa bifurcation, de la lier, et de lier aussi l'une des deux carotides externe et interne, n'importe laquelle. M. Richet donne son approbation à cette manière d'agir, tout en recommandant de s'assurer d'abord si la carotide externe n'offre pas un espace suffisant pour y jeter un fil, auquel cas il donnerait la préférence au procédé d'Herbert Mayo. Je crains que ces préceptes, dictés par la théorie, ne soient d'une application beaucoup moins générale qu'on ne se le figure; ici, comme en bien d'autres circonstances, les données de l'anatomie ont besoin du contrôle de la clinique. Sans vouloir envisager tous les cas qui pourraient se présenter, selon les sièges divers que peuvent affecter les plaies de la carotide et de ses branches, je me borne à essayer d'établir que, dans le cas particulier que je vous présente, l'application des préceptes dont il s'agit eût été tout à fait décevante.

Supposez que j'eusse voulu appliquer le conseil donné par Herbert Mayo, en voulant lier la carotide externe à son origine, je tombais en plein sur la solution de continuité, et je n'arrivais pas même à arrêter momentanément l'hémorrhagie. Il m'eût fallu, de toute nécessité, remonter ensuite jusqu'à la carotide primitive.

Supposez maintenant que j'eusse employé le procédé indiqué par Bérard : je liais d'abord la carotide primitive. C'est précisément ce que j'ai fait, et le résultat a prouvé que cela suffisait pour obtenir une hémostase momentanée. Mais il fallait aller plus loin pour se mettre à l'abri d'une récidive, et lier l'une des deux carotides secondaires. Si je choisissais l'interne, par exemple, cette précaution restait parfaitement inutile, puisque le sang pouvait affluer largement dans la plaie par le bout supérieur de la carotide externe, par la faciale, par la linguale, par la thyroïdienne supérieure. — Choisissais-je, au contraire, la carotide externe? Si je la prenais à son origine, mon fil tombait au beau milieu de la plaie et ne servait de rien; si je le plaçais un peu plus haut, je permettais au sang d'arriver au dehors par la carotide interne et par la thyroïdienne supérieure. J'insiste particulièrement sur l'importance de cette dernière artère, dont le volume égale, ou fort peu s'en faut, celui de la carotide externe elle-même, et qui entretient avec sa congénère du côté opposé et avec la thyroïdienne inférieure les plus larges communications anastomotiques.

Il suffit de jeter un coup d'œil sur la figure pour se convaincre que si l'on voulait fermer toutes les voies par où tend à se faire l'hémorrhagie secondaire, il faudrait lier, au minimum, quatre artères, savoir : les carotides primitive, interne, externe et thyroïdienne supérieure. Encore serait-il nécessaire que la ligature de la carotide externe fût placée immédiatement au-dessus de la naissance de la thyroïdienne; sans quoi, il faudrait encore appliquer des ligatures séparées à la linguale et à la faciale. Une pareille opération, qui équivaut à une véritable dissection sur le vivant, serait d'une difficulté qui la rend pratiquement irréalisable. Quand même on arriverait, à force de dextérité, à la mener à bien, n'est-il pas évident que l'on ne pourrait y parvenir qu'en causant des délabrements considérables, qui produiraient à leur suite des décollements et des fusées purulentes presque nécessairement mortelles?

En posant ces conclusions, qui ne sont que l'expression même des faits, je ne prétends pas attaquer au fond l'opération de la ligature de la carotide. Devant une hémorrhagie qui menace d'entraîner la mort du malade en quelques instants, nous ne pouvons pas rester passifs. Pour ma part, dans un cas semblable, j'agirais encore comme je l'ai fait. D'ailleurs, il existe dans la science un certain nombre de cas avérés, dans lesquels une ligature conique, placée entre le cœur et la plaie, soit sur la carotide primitive, soit sur la carotide externe, a été suivie d'un résultat favorable. On peut donc espérer que ce qui a déjà réussi pourra réussir encore, et qu'il se formera, consécutivement à l'opération, un caillot oblitérateur d'une suffisante résistance. Mais, en définitive, la ligature carotidienne me paraît devoir être envisagée comme une opération *de nécessité*, qu'il faut compter comme telle, et sans se faire illusion sur sa valeur réelle; il faut bien savoir que, quelles que soient les précautions prises, on a malheureusement de très-grandes chances pour voir l'hémorrhagie se reproduire.

Je ne veux pas terminer sans vous donner quelques détails sur la transfusion du sang, qui fut faite à mon malade.

L'opération fut pratiquée le 9 décembre, à dix heures du matin, au moyen de l'appareil *ad hoc* fabriqué par Mathieu, appareil très-commode, très-portatif, et qui donne toutes les garanties possibles contre la pénétration de l'air dans les veines. Ce point est, on le sait, capital. Une seconde condition, dont les recherches de Belina ont démontré l'importance, c'est que le sang injecté ne contienne pas la moindre impureté, ni la moindre parcelle de fibrine solidifiée. J'obtins ce résultat, une défibrination exacte, au moyen de baguettes de verre et par un filtrage au travers d'une flanelle bien propre. S'il est un fait que la physiologie ait bien mis en évidence, c'est que la présence des globules est seule indispensable pour le résultat à obtenir. Quant aux conditions de température dont on se préoccupait tant autrefois, je me suis convaincu, par de nombreux essais faits sur les animaux, qu'elles pouvaient être négligées sans inconvénient. Pourvu que les globules conservent toute leur vitalité au moment où on les injecte, peu importe leur température; s'ils se sont refroidis d'un certain nombre de degrés, ils se réchauffent tout naturellement après leur injection dans un corps vivant, sans que le succès de l'opération en soit compromis. Je me permets d'insister sur ce fait, qui, je le répète, résulte pour moi de l'expérimentation; il a son importance, car il est de nature à laisser plus de latitude et de liberté d'esprit à l'opérateur.

Ayant ainsi placé un peu plus de 400 grammes de mon sang dans la cuvette de l'appareil, j'introduisis le trocart dans la veine médiane céphalique du malade. Le sang qui s'échappa par la canule du trocart ressemblait à de l'eau à peine rougie; jamais je n'ai vu un sang plus décoloré. L'instrument une fois amorcé, je commençai l'injection. Elle se fit très-lentement, 5 grammes par 5 grammes, et dura près d'une heure. 370 grammes pénétrèrent ainsi dans les veines du patient.

Après le troisième coup de piston, c'est-à-dire lorsque le malade avait reçu environ 15 grammes de sang, il éprouva une demi-syncope qui me causa quelque inquiétude et m'obligea de m'arrêter un bon moment. Je ferai observer, en passant, qu'un pareil arrêt, si l'on employait du sang non défibriné, ferait manquer complétement l'opération; car il déterminerait la formation de caillots dans l'intérieur de l'appareil; tandis qu'après une attente suffisante, je pus recommencer sans inconvénient. Bientôt, je vis les joues et les lèvres du malade se colorer visiblement.

Au moment où la quantité de sang atteignait 345 grammes, le pouls, qui jusque-là s'était soutenu et tendait même à reprendre de l'ampleur, devint extrêmement petit, et il se déclara un frisson violent, qui dura environ un quart d'heure. Tout à fait à la fin de l'opération, il survint un vomissement, provoqué peut-être par la précipitation avec laquelle on faisait avaler du bouillon au malade. L'effort du vomissement provoqua encore la perte d'une très-petite quantité de sang par la plaie du cou. Le frisson fut suivi d'un stade de chaleur et de l'établissement d'une sueur abondante qui dura

longtemps. Le malade passa le reste de la journée dans un repos complet, mais dans un état de somnolence continuelle.

Somme toute, l'opération de la transfusion s'était terminée sans encombre. Elle avait donné, comme résultat immédiat, le retour d'une certaine coloration des téguments; le malade s'était ranimé un peu. Mais je dois avouer qu'il y avait loin de là à ces sortes de résurrections que l'on produit, en quelque sorte à volonté, chez les animaux que l'on a saignés à blanc.

Je revis deux fois le malade dans la journée. A six heures du soir, il paraissait en pleine réaction fébrile; ses joues étaient vivement colorées. La respiration était calme et profonde, un peu précipitée; mais le pouls était très-difficile à percevoir.

A neuf heures, l'injection des téguments du visage était encore plus prononcée; le pouls était tout à fait imperceptible. Cependant, je pus encore obtenir quelques réponses, mais moins distinctement que dans la journée.

Le malade s'éteignit brusquement à dix heures trois quarts.

Il y a dans la manière dont cet individu a succombé une particularité qui m'a plusieurs fois frappé dans les grandes hémorrhagies chirurgicales, surtout lorsque cet accident se reproduit à des intervalles successifs. Le sang finit par s'arrêter, et néanmoins la mort survient quelques heures, parfois quelques jours plus tard, manifeste épuisement par l'hémorrhagie, sans cependant qu'une nouvelle quantité de sang ait été perdue. Voilà donc une hémorrhagie dite foudroyante, et cependant le malade n'est pas foudroyé. Si l'hémorrhagie était par elle-même la cause immédiate et directe de la mort, celle-ci devrait survenir au moment précis où la perte de sang nécessaire pour tuer le malade est effectuée. Ce n'est pourtant pas là ce qui arrive dans les cas dont je veux parler. Il semble qu'il y ait entre le phénomène hémorrhagique et la mort un fait intermédiaire, une dégénérescence de tous les organes. Quelques faits me portent à penser qu'il y a là un de ces cas de stéatose généralisée dont l'étude a fait des progrès dans ces dernières années, mais est loin d'être encore complète.

S'il en est ainsi, je crois qu'il y aurait un précepte à ajouter à l'histoire de la transfusion du sang. C'est que cette opération veut être pratiquée le plus tôt possible après les hémorrhagies qui mettent en danger la vie des malades. Chez le sujet dont je viens de rapporter l'histoire, la transfusion a réussi aussi bien que possible, *en tant qu'opération*; elle n'a pourtant abouti qu'à prolonger sa vie d'une journée environ. On ne peut s'en prendre à la quantité de sang injecté, qui a été certainement plus que suffisante. La cause probable de notre insuccès, c'est que l'économie était déjà dans un état d'épuisement profond depuis plusieurs jours, à la suite de la première formidable hémorrhagie qui avait nécessité la ligature de l'artère carotide primitive.

Rapport du docteur DESPRÉS *sur l'observation précédente.*

Messieurs, M. Raynaud vous a communiqué une observation de plaie contuse, par arme à feu, de la carotide primitive, suivie d'hémorrhagie consécutive au septième jour, suivant la règle pour les plaies contuses des artères. En présence d'une hémorrhagie abondante, qui n'avait pu être arrêtée par la compression, et après des tentatives infructueuses pour lier les artères blessées dans la plaie, même après un débridement, M. Raynaud a pratiqué la ligature de la carotide primitive par le procédé classique. Un seul fil a été placé entre la plaie et le cœur, parce qu'il n'était pas possible de savoir au juste quelle artère donnait une hémorrhagie aussi abondante.

Aucun accident immédiat ni consécutif du côté des fonctions cérébrales n'a été observé. Le lendemain, 7 décembre, le malade reprenait ses forces; mais, le 8 au soir, une nouvelle hémorrhagie se déclara, et M. Reynaud, ne croyant pas pouvoir faire de nouvelles ligatures, tamponna la plaie avec de la charpie imbibée d'eau de Pagliari. Le 9 au matin, nouvelle hémorrhagie; le malade agonisait : la transfusion a été pratiquée. M. Raynaud a pris son propre sang pour faire cette transfusion; mais le malade a succombé dans la journée.

Cette observation me paraît offrir à la discussion plusieurs points importants pour élucider la question de la ligature de l'artère principale du cou.

Le malade n'a pas assez longtemps vécu pour qu'il soit possible de savoir s'il aurait eu des accidents cérébraux. Il y a, en effet, des cas nombreux où ces accidents se montrent à une époque éloignée de l'opération, huit jours même après la ligature. Chez le malade dont j'ai présenté l'observation, à l'occasion de la communication de M. Raynaud, les accidents se sont produits le quatrième jour, bien qu'il n'y ait eu aucun des phénomènes de coma, d'aphonie ou de paralysie au moment de la ligature. Le fait de M. Raynaud ne prouve donc rien, eu égard à l'influence de la ligature de la carotide primitive, sur les fonctions cérébrales. Cependant, qu'il me soit permis d'établir une présomption. Je ne pense pas qu'il y aurait eu d'accidents cérébraux si le malade avait vécu plus de deux jours, et cette croyance est appuyée sur ce fait, qu'il y a eu une hémorrhagie consécutive presque immédiate, par le bout supérieur des artères, à la bifurcation des deux carotides. Cette hémorrhagie indiquait que la circulation s'était rétablie par toutes les artères, celles de l'hexagone cérébral comprises : la circulation cérébrale se faisait bien. Il n'en était pas de même chez mon malade. Chez lui, une ligature du bout cardiaque de la carotide avait arrêté l'hémorrhagie. Un caillot, formé dans le bout périphérique en même temps que dans le bout cardiaque, avait empêché l'hémorrhagie; mais ce dernier phénomène tenait sans doute au peu de force de la circulation en retour, ce qui revient à dire que la circulation cérébrale ne s'était point rétablie. En compulsant les observations de ligature de la carotide *pour des plaies*, on voit que les accidents cérébraux et les hémorrhagies consécutives par le bout périphérique des artères ne coexistent point : de sorte que l'on peut dire que l'absence de rétablissement de la circulation intra-crânienne est la cause principale des accidents cérébraux. Je ne raisonne point, d'ailleurs, pour les cas où l'on a lié les deux bouts de l'artère, c'est-à-dire les deux carotides interne et externe, en même temps que la carotide primitive.

L'opinion de M. Richet, exposée à la Société de chirurgie déjà en 1863 (1), opinion qu'il a reproduite dans l'article Carotide du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques* (1), est que les accidents cérébraux qui se développent tardivement, c'est-à-dire dans les huit jours qui suivent la ligature, ne sont point dus à l'anémie cérébrale, mais qu'ils ont pour origine une paralysie de la circulation capillaire dans le lobe cérébral correspondant à l'artère liée. Il attribue, en outre, les accidents cérébraux rapidement apparus dans quelques observations à une lésion du grand sympathique.

Les opinions anciennes de Bérard, sur l'anémie cérébrale, de Normann-Chevers, sur la production d'hémorrhagies cérébrales, acceptées et rejetées tour à tour, n'ont pas une précision suffisante pour nous arrêter. J'en dirai autant de la théorie des embolies, auxquelles M. Lefort serait disposé à rattacher la production des accidents cérébraux. S'il est logique d'y croire, beaucoup de faits, jusqu'ici, ont contrarié la logique.

Je ne voudrais pas dire que, dans les cas où l'on n'a rien trouvé qui fût capable d'expliquer les accidents, il n'y eût rien. La plupart des autopsies n'ont pas été faites avec une rigueur suffisante, et les faits douteux ne peuvent être acceptés comme contraires à l'une ou l'autre des théories proposées. Certainement, lorsque l'on a trouvé le grand sympathique lié avec l'artère carotide, on est bien forcé d'admettre que les accidents ont eu pour cause cette erreur chirurgicale; mais quand on voit, à l'autopsie, des vaisseaux liés régulièrement, lorsqu'on n'a constaté aucun accident immédiat pendant la vie, et quand c'est seulement au bout de trois, quatre ou huit jours que l'hémiplégie survient, ce ne sont point les lésions des nerfs voisins de l'artère qu'on peut accuser de produire les accidents cérébraux. La paralysie des capillaires cause un trouble de la nutrition du cerveau, cela est incontestable; et M. Richet voit dans ce phénomène la cause des accidents : rien n'est plus plausible, et les expériences faites sur les animaux le prouvent. Mais est-ce parce que les filets nerveux du grand sympathique ont été isolés du ganglion cervical? est parce que le nerf a été irrité? ou bien est-ce simplement parce que le sang n'arrive plus dans les vaisseaux? La première hypothèse est vraie, du moins on peut le supposer, d'après les expériences de M. E. Goujon (2), qui a produit exactement les mêmes lésions cérébrales, qu'il coupât les cordons du grand sympathique ou qu'il liât les deux carotides, sur le lapin et le cabiai. Mais la seconde hypothèse ne le serait pas moins, si l'on considère que dans trois observations détaillées on voit que des hémorrhagies secondaires ont apparu par le bout périphérique des artères, et qu'il n'y a pas eu d'accidents cérébraux. Je fais allusion au fait de M. Raynaud et aux deux observations rapportées par M. Hogdson (3). Les faits relatifs à la ligature de la carotide primitive pour des plaies artérielles, faits de même nature que les précédents, et que renferment nos Bulletins, apprennent que dans trois cas, celui de M. Chassaignac, celui de M. Richet et le mien, où il y a eu des accidents cérébraux plus ou moins graves, il n'y a pas eu d'hémorrhagies par le bout phériphérique de l'artère. Je ne parle pas d'un cas de Michon, parce que les deux bouts de l'artère avaient été liés, ni d'un cas de Bertherand, où il y a eu aphonie persistante, et où il n'est pas démontré qu'il y avait une plaie de la carotide primitive ou de la carotide interne et externe.

Cette relation ou plutôt cette espèce d'antagonisme entre les accidents cérébraux et les hémorrhagies par le bout phériphérique des artères, est vraiment remarquable, et elle prouve que le défaut du rétablissement de la circulation cérébrale est la cause la plus prochaine des accidents cérébraux. Entre l'anémie d'une moitié du cerveau et le ramollissement et la gangrène, il y a un état intermédiaire dont la durée excède plusieurs jours, et la mort peut arriver avant que l'on puisse trouver les signes évidents du ramollissement et de la gangrène. Le cerveau cesse de vivre, il ne fonctionne plus. D'abord la nutrition est ralentie, puis elle cesse tout à fait; et si les malades vivaient plus longtemps, on pourrait trouver un hémisphère cérébral gangrené presqu'en entier. Qu'il me soit permis de rapprocher ces faits de ceux que l'on observe dans les membres dont on a lié l'artère principale, lorsque la circulation ne se rétablit point. On ne voit jamais la gangrène arriver subitement, la vie s'éteint progressivement; il faut plus de quinze jours pour qu'il y ait des escharres un peu étendues; le membre se refroidit, devient jaune, et presque toujours les malades meurent d'infection purulente avant que la gangrène soit confirmée.

Il se passe quelque chose d'analogue pour le cerveau, et comme la mort survient en général assez vite, on ne trouve point la gangrène cérébrale confirmée.

En admettant cette théorie simple, on peut constater que l'on n'est pas loin de la théorie de M. Richet, et de la théorie qui découle des expériences de M. E. Goujon; car l'on sait que la gangrène a pour cause aussi bien l'oblitération des artères, que la cessation de la circulation capillaire par suspension de l'action nerveuse. Avant de terminer sur ce point, je rappellerai que chez mon malade j'ai trouvé la moitié droite du cerveau pâle, diminuée de volume, trois jours après l'apparition des accidents, et qu'il paraissait évident que la circulation avait disparu dans l'hémisphère droit de l'encéphale, et que j'ai jugé que c'était là un commencement de gangrène du cerveau.

Je prévois bien une objection. Comment, dira-t-on, expliquer pourquoi les accidents cérébraux ne sont pas la règle après toutes les ligatures des carotides? A cette question, la réponse est facile; cela tient à ce que chez tous les sujets les artères n'ont ni le même calibre ni la même étendue, et que, chez tous les sujets, la circulation ne se rétablit pas avec la même facilité. Ceci, je crois, n'a pas besoin d'être démontré.

Dans les réflexions qui suivent son observation, M. Raynaud discute les moyens à l'aide desquels il eût pu prévenir l'hémorrhagie; il dit qu'il eût fallu faire quatre ligatures : la ligature de la carotide primitive, celles de la carotide interne et de la carotide externe, plus celle de la thyroïdienne inférieure, d'après les préceptes posés par Herbert Mayo et P. Bérard, et acceptés par M. Richet. Il pense que ces opérations eussent été une véritable dissection, et finit par conclure que la ligature de la carotide dans des cas semblables à celui qu'il a observé, est une opération de nécessité sur le compte de laquelle il ne faut pas se faire d'illusions.

M. Raynaud expose ensuite le procédé qu'il a employé pour faire la transfusion; il a usé de l'appareil de Mathieu, et mis en pratique le procédé de filtrage recommandé par Belina. Je laisse de côté la question de la transfusion, qui ne peut pas encore être jugée d'après le peu de faits heureux connus jusqu'ici, et dans lesquels il est impossible de savoir si c'est la transfusion ou l'alimentation qui a relevé les forces de malades épuisés par des hémorrhagies. Je pense, au contraire, qu'il y a lieu de discuter s'il n'eût pas été bon de prodiguer les ligatures des artères, en débridant la plaie de façon à arrêter l'hémorrhagie secondaire qui s'est produite par la plaie.

M. Raynaud dit qu'il eût fallu faire une dissection. Je ne pousserai pas les choses si loin. On eût été obligé, à mon sens, de faire simplement trois ligature dans une plaie en suppuration.

Dans un cas semblable, je crois que l'on doit lier les vaisseaux qui donnent du sang. Une fois que l'artère carotide primitive est liée, l'hémorrhagie ne peut plus être foudroyante. Le jet du sang provenant de la circulation en retour est loin d'être aussi fort, aussi plein que le jet provenant du bout cardiaque. Je n'hésite pas à penser que lorsqu'une hémorrhagie consécutive a lieu par le bout périphérique d'une artère dont on a lié le bout cardiaque, on doit lier le bout périphérique, quelle que soit la région. Ce précepte d'ailleurs n'est qu'une extension du précepte de Boyer pour la ligature des artères dans les régions où il y a de riches anastomoses artérielles.

La ligature de la carotide primitive pour les plaies est une bonne opération, elle réussit moins que la ligature pour des tumeurs, et n'est pas plus grave que la ligature pour les anévrysmes. Et ce n'est pas pour cette artère seulement que le précepte paraît vrai. Mais il faut faire une distinction : chez un malade qui suppure, qui est affaibli, la ligature réussit moins que chez un malade dont la plaie est récente et qu'on n'est point obligé de manier longtemps; la ligature est suivie ordinairement de guérison. Ma pratique, quoique restreinte, le démontre. J'ai pratiqué une ligature de l'artère fémorale dans une plaie récente, et j'ai obtenu la guérison : sur quatre ligatures de la fémorale exécutées dans la période de suppuration de plaies par armes à feu, j'ai eu quatre morts par suite d'infection purulente.

Est-ce à dire qu'il ne faille pas lier la carotide primitive et qu'on doive laisser mourir les malades d'hémorrhagies consécutives à des contusions des artères, avec hémorrhagies au moment de la chute des escharres artérielles dans la période de suppuration des plaies par armes à feu? Je ne le pense pas. N'y eût-il qu'une guérison connue à la suite de ligatures faites dans ces conditions, il faudrait tenter toujours cette opération. Et comme nous connaissons l'observation de M. Richet, où la guérison a eu lieu même après des accidents cérébraux (1), il est indiqué de tenter la ligature de la carotide primitive, quoique l'on prévoie les redoutables complications du côté du cerveau.

En résumé, la commission vous propose d'adresser des remercîments à M. Raynaud pour son intéressante communication, et de publier son observation dans nos bulletins.

Hydrologie

RÉSUMÉ HISTORIQUE ET MÉDICAL DES TRAVAUX ET OBSERVATIONS PUBLIÉS SUR LES EAUX MINÉRALES DE VALS

Source Rigolette. — Entre cette source et celle de la Saint-Jean, nous aurions pu étudier la Victorine, qui ne renferme que 2,34 de bicarbonate de soude, tandis que la Rigolette en renferme la proportion, déjà élevée, de 5gr,80. Mais l'action du sel sodique est si bien tempérée, dans la source Rigolette, par les autres éléments minéralisateurs, et notamment, sans doute, par le fer et le manganèse, que cette action est des plus douces et qu'elle forme le passage naturel de la source Saint-Jean aux sources à minéralisation plus forte. Aussi est-ce en suivant cet ordre que nous montons, à moins d'indications spéciales, la *gamme* de Vals, et la plupart des malades sont-ils mis à l'usage de la Rigolette en quittant celui de la Saint-Jean.

Mais outre cette indication générale, la source Rigolette s'applique avec des avantages tout particuliers à certains cas spéciaux. C'est ainsi que dans le catarrhe vésical à caractère prédominant muqueux, dans l'atonie vésicale, soit avec incontinence, soit avec rétention de l'urine, l'eau de la Rigolette, succédant à celle de la Saint-Jean, et dans quelque cas donnée d'emblée, produit d'excellents résultats qui étonnent quelquefois par leur promptitude.

Ces résultats sont non moins remarquables dans les cas de chlorose; ils sont bien dignes de l'attention du praticien, au point de vue de la pathologie et de la thérapeutique générale. Certes, nous n'attribuons pas à d'autres influences qu'à leurs principes minéralisateurs l'action bienfaisante et aujourd'hui si justement appréciée des eaux minérales; nous aurons occasion de revenir sur cette vue dans notre parallèle entre Vals et Vichy. D'un autre côté, l'eau de la source Rigolette renferme assurément une suffisante proportion de fer et de manganèse (0,024, c'est-à-dire 2 cent. 1/2 par litre), pour expliquer son action curative sur la chlorose, l'anémie, le catarrhe vésical atonique et beaucoup d'autres états de débilitation; mais cette quantité n'est pas telle pourtant qu'on puisse lui attribuer, en tant que quantité, tous les effets que produit l'usage de la Rigolette. C'est ici le cas de se rappeler cette judicieuse remarque de nos deux célèbres thérapeutistes, MM. Trousseau et Pidoux:

« Il faut dire aussi, parce que c'est une vérité que l'on comprend en vieillissant dans la pratique, que le fer, après avoir amendé rapidement les accidents les plus graves de la chlorose, devient quelquefois tout à coup impuissant, et nous laisse désormais en présence d'une maladie qu'il semble dominer en général avec tant de facilité.

« Ce qui fait défaut à l'organisme, ce *n'est point le fer*, qu'il est facile d'introduire en quantité très-suffisante par l'alimentation; *C'est la faculté de l'assimiler; c'est là ce qui frappe souvent d'impuissance toute médicat on ferrugineuse.* »

La faculté d'assimilation, telle est, en effet, comme le disent les deux éminents thérapeutistes, la grande question, souvent la seule

(1) *Bull. Soc. de chir.*, t. IV, 2e série, p. 425.

(1) *Dict. de méd. et de chir. prat.*, t. VI, p. 402.

(2) E. Goujon, *Essai sur quelques points d'anatomie et de physiologie.* Thèse de Paris, 1866.

(3) Hodgson, *Maladies des artères*, Paris, 1819, t. II, p. 38, notes.

(1) Bull. Soc. de chir., t. IV, 2e série, p. 388.

question, non-seulement dans le traitement de la chlorose, mais encore dans celui de beaucoup d'autres maladies. Or c'est cette question qui est, dans l'immense majorité des cas, admirablement résolue par les sources de Vals en général, par les sources Saint-Jean et Rigolette en particulier. Il est donc bien certain que si l'eau de Rigolette agit par la notable proportion de fer et de manganèse qu'elle renferme, elle agit aussi et surtout par l'association de ce fer aux autres éléments minéralisateurs, acide carbonique, soude, etc., et peut-être aussi, presque sûrement même, par le mode et la proportion de cette association, par son harmonie, en un mot, ainsi que nous l'avons déjà dit, dans les généralités.

Ainsi, pour revenir à la chlorose, six à huit verres par jour d'eau de la Rigolette suffisent, en général, pour la guérir dans l'espace de vingt à vingt-cinq jours ; et cela, non seulement quand le traitement a lieu à la source, mais aussi à distance ; nous avons maintes fois reçu des avis de nos confrères de Lyon, de Paris et d'autres villes qui avaient obtenu les mêmes résultats, ce qui s'explique du reste, très-bien par cette circonstance, sur laquelle nous ne nous lasserons pas d'insister, que les eaux de Vals n'éprouvent aucune altération par le transport. Mais cette inaltérabilité elle-même, quoique plus parfaite peut-être dans les eaux de Vals que dans presque toutes les autres, n'explique cependant pas complètement la supériorité des eaux de Vals ; car les eaux de Bussang, de Spa ou d'Orezza se conservent bien, et elles contiennent de très-notables proportions de fer, et cependant on obtient plus en quinze jours ou trois semaines avec la source Rigolette, que dans trois mois avec l'une ou l'autre de ces eaux.

De la chlorose à la leucorrhée la distance est trop souvent nulle ; aussi la source Rigolette agit-elle de la manière la plus efficace contre ce désagréable et fâcheux écoulement, ainsi que sur tous les écoulements blancs en général et sur les altérations anatomiques dont ils dépendent. C'est par cette action, nous l'avons déjà dit, qu'on doit s'expliquer les cures d'un grand nombre de cas de stérilité, par l'usage des eaux de Vals, qui ont fait à cette station une réputation si grande, dans le traitement de cet état, qui est tantôt une maladie, tantôt un vice de constitution.

En disant que la source de Rigolette a une action puissante contre toutes les débilités, nous avons sans doute dit implicitement qu'elle est indiquée d'une manière tout à fait spéciale dans la goutte atonique ; mais il faut le dire d'une manière explicite, à cause de l'importance du fait, qui, malgré sa notoriété, est encore ignoré des médecins, qui devraient plus que tous autres le connaître, M. le docteur Durand-Fardel, par exemple ; nous reviendrons sur cette circonstance capitale, dans notre parallèle.

Ce qui est vrai de la goutte l'est aussi du diabète ; on pouvait le prévoir *à priori* ; mais il est toujours bon de pouvoir constater par l'expérience les prévisions fondées par l'analogie.

La source Rigolette, on le voit, est, comme la Saint-Jean, un des fleurons essentiels de la couronne thérapeutique de Vals, fleuron d'autant plus précieux qu'il ne se trouve, avec sa composition avantageuse, dans aucune des stations médicales d'eaux bicarbonatées sodiques.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La Société de médecine pratique tiendra sa prochaine séance à la mairie du 6e arrondissement (place Saint-Sulpice), le jeudi 5 octobre, à 3 heures 1/2 précises.

ORDRE DU JOUR

M. le docteur Duchaussoy :

1° Cas de médecine légale ;

2° Expulsion de calculs pulmonaires.

M. le docteur Chantreuil :

Description du procédé d'expression utérine comme moyen de délivrance. Ses avantages.

M. le docteur Gustave Le Bon :

Sur la recherche de la xanthine et l'analyse des calculs urinaires.

— M. le professeur Alvarenga (de Lisbonne), connu du monde médical par de nombreux travaux, dont plusieurs ont été traduits en français, vient d'être élevé par le gouvernement espagnol à la dignité de grand'croix de l'ordre d'Isabelle la Catholique.

— A céder, excellente clientèle médicale dans le département de l'Aisne. Écrire à M. Rahon, à Charleville (Ardennes).

— Un docteur, médecin et chirurgien, chevalier de la Légion d'honneur, désire acquérir, à Paris, une bonne clientèle. — S'adresser, par lettre affranchie, à M. A. B., aux bureaux du journal.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments ou autres objets).

Traité pratique des maladies des yeux et de la vue, par le docteur J. Carnet, ancien interne des hôpitaux de Paris. 1 vol. in-12 avec figures dans le texte. 3e édition. — Prix : 5 francs.

Du service de la pharmacie militaire ; son importance, sa situation actuelle. Réformes à introduire dans son organisation, par M. le docteur C. Roucher, pharmacien principal de 1re classe en chef à l'hôpital militaire du Gros-Caillou. Paris, 1871, in-8° de 32 pages. — Prix : 1 fr. 25 c.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la Gazette un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 4 octobre 1871.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Nous sommes loin du temps où Tissot, dans son *Avis au peuple*, parlant de l'ivrognerie et des maladies incurables qu'elle engendre, paraissait prendre aisément son parti de cette plaie sociale, « la société ne perdant rien, disait-il, en perdant des sujets qui la déshonorent. » Heureux temps et heureux pays, si les effets de l'alcoolisme n'y produisaient pas plus d'émotion. L'Académie de médecine n'a pas cru pouvoir s'en désintéresser à si bon compte. Partageant la préoccupation trop légitime, à cet égard, des pouvoirs publics et d'une grande partie de la population elle-même, en présence des progrès incessants de ce fléau de notre époque, et mieux placée pour en scruter tous les sinistres effets, elle s'est livrée, dans les diverses discussions dont nos lecteurs ont eu sous les yeux les comptes rendus, à une étude approfondie de tous les éléments de cette grave question d'hygiène publique. Elle n'a pas voulu que les résultats de cette étude restassent confinés dans ses publications spéciales, et elle a décidé qu'elle publierait *proprio motu* une instruction ou sorte d'Avis au peuple sur les dangers inhérents à l'abus des boissons alcooliques, sans préjudice du rapport dont devront être l'objet les diverses communications qu'elle a reçues récemment sur ce sujet, notamment les deux remarquables travaux de M. Jeannel et de M. Théophile Roussel. L'ordre du jour appelait hier la délibération sur le projet d'instruction dont M. Bergeron a donné lecture, dans la séance du 25 juillet dernier.

Quelques objections ont été faites, non sur le fond, qui a paru aux yeux de tous ce qu'il est, excellent, mais sur l'opportunité de la forme ou la convenance de quelques détails. M. Marrotte, par exemple, a fait, et en excellents termes, à l'ensemble du travail un reproche équivalant, dans sa pensée, à un éloge ; il l'a trouvé trop savant, trop académique pour l'objet qu'on s'en propose. Il aurait voulu, prenant au pied de la lettre le titre d'instruction ou d'avis populaire, et s'autorisant de l'exemple de Molière et de sa servante, que ce document fût écrit de manière à pouvoir être compris de tous, des plus ignorants comme des plus savants. Mais espérez-vous donc, lui a répondu M. Bergeron, faire lire cette instruction par les ivrognes, et vous illusionnez-vous au point de croire que vous les toucherez assez, par nos bonnes raisons, pour les convaincre, à supposer qu'ils les lisent et les comprennent? Croyez-vous, a ajouté à l'appui M. Briquet, avec son bon sens, que les marchands de vin consentiraient à afficher cette instruction dans leurs boutiques?

L'instruction n'a pas et ne pouvait avoir la prétention de porter un remède immédiat au mal qu'elle signale, de corriger ce qui est incorrigible, de remédier à ce qui est irrémédiable; elle n'a et ne peut avoir qu'une portée préventive, prophylactique ; ce n'est pas à l'ivrogne endurci qu'elle s'adresse, ce n'est pas même à celui qui, suivant une expression assez pittoresque de M. Marrotte, est toujours plein sans déborder, car celui-là débordera fatalement un jour et est destiné à rouler jusqu'au fond du précipice ; c'est à celui qui n'a pas encore franchi la limite, mais qui, ignorant du danger, est voué par sa position et par ses relations forcées à subir un entraînement fatal sur une pente qui deviendra plus tard irrésistible. C'est à celui-là que l'instruction peut être utile, s'il sait lire et s'il veut bien le faire. Mais c'est surtout, comme l'a si justement dit M. Gubler, en s'adressant, par une sorte de publicité à deux degrés, aux intermédiaires naturels entre le conseiller et l'intéressé, c'est-à-dire aux chefs d'industries, aux chefs d'ateliers, aux instituteurs primaires, en un mot à tous ceux qui ont autorité ou action morale sur les jeunes ouvriers et sur les apprentis, qu'on aura le plus de chance d'atteindre le but qu'on se propose. Et d'ailleurs, n'est-ce que sur les classes ignorantes et illettrées que sévit l'alcoolisme, n'étale-t-il pas aussi, vérité triste à dire, mais qu'il serait plus triste encore de chercher à dissimuler, toutes ses honteuses conséquences dans tous les rangs et à toutes les hauteurs de la société ? Et pour ceux-là, l'instruction est certainement assez explicite et assez claire pour les édifier, s'ils veulent l'être toutefois.

Quant aux objections de détail sur le choix de telle ou telle expression, sur l'opportunité de tel ou tel exemple, sur l'étendue plus ou moins grande à donner à l'exposé de certains faits, leurs auteurs eux-mêmes en ont fait bon marché, s'en rapportant d'ailleurs pleinement à cet égard au jugement et au sens du rapporteur.

En résumé, le projet d'instruction a été voté à l'unanimité. Le Conseil se réunira à l'effet d'aviser aux moyens de donner à cette instruction, revêtue de la sanction de l'Académie, toute la publicité et toute la suite qu'il convient. Pour nous, nous ne saurions mieux nous associer à l'œuvre utile dont l'Académie a pris l'initiative, qu'en donnant à ce document toute la publicité dont nous disposons. (Nous publierons cette instruction dans le numéro de demain.)

Dr BROCHIN.

CLINIQUE OPHTHALMOLOGIQUE. — M. GALEZOWSKI.

Étude sur le goître exophthalmique.

(Suite et fin.)

5. *Palpitations sans ou avec hypertrophie cardiaque.* — Dès le début, les malades se plaignent de palpitations cardiaques, qui deviennent excessivement violentes. Les battements du cœur sont tellement violents, que toute la paroi thoracique est soulevée, et le choc du cœur peut même être quelquefois vu à distance. Selon Trousseau, les battements carotidiens sont aussi exagérés, de même que les bruits des veines jugulaires.

Ces phénomènes cardiaques sont dus, en grande partie, à une névrose cardiaque, comme le démontrent Stokes et Trousseau. Pourtant, dans un grand nombre des cas, on trouve l'hypertrophie du cœur, qui même paraît être constante pour Aran. Selon Trousseau, la matité réelle du cœur n'est ici nullement augmentée et ne dépasse pas 5 centimètres carrés, tandis que la matité relative, c'est-à-dire celle qui provient des rapports du cœur avec le poumon et la plus ou moins grande épaisseur des parois thoraciques, peut mesurer de 10 à 14 centimètres dans le sens transversal, et de 8 à 12 centimètres dans le sens vertical. Je pense pourtant que l'explication de Trousseau n'est pas exacte, et que chaque fois qu'il y a matité plus étendue, il y a, comme disait Aran, hypertrophie du cœur.

6. L'*Aménorrhée*, chez les femmes, accompagne presque toujours le goître exophthalmique, et souvent elle se complique d'une leucorrhée plus ou moins abondante.

7. L'*Anémie* avec chlorose et tous les signes des névroses générales, sans être constante, comme le dit justement Trousseau, peut se présenter assez souvent chez ces malades. On remarque, chez eux, la bizarrerie de l'appétit, le développement de gaz dans l'estomac et les intestins, des constipations et des diarrhées alternatives ; le changement de caractère est tel, que de doux et calmes, ils deviennent irascibles et emportés ; ils sont sujets à des insomnies, à des inappétences et des boulimies alternatives.

Si on ajoute tous ces signes de névroses à ceux décrits plus haut, on aura un tableau complet de cette maladie bizarre.

8. L'*augmentation de caloricité* a été constatée chez un grand nombre des malades par Teissier (de Lyon). Selon cet auteur, la température du corps s'élève de 1 à 2 degrés centigrades au-dessus du chiffre normal, qui est de 35 à 36 degrés. Chez une malade de Trousseau, le pouls, qui était habituellement à 120, montait pendant l'exacerbation de la maladie à 140 et 150 pulsations. La sensation de chaleur devenait alors intolérable, et la malade rejetait loin d'elle les couvertures. Cette fréquence du pouls et l'élévation de température simulaient l'état fébrile à un tel point, que la malade fut admise dans un autre service de l'hôpital, comme atteinte de fièvre typhoïde.

9. Le docteur Peter a découvert, en outre, l'existence de la *tache* cérébrale chez ces malades, c'est-à-dire que, si l'on irrite légèrement l'épiderme, on voit apparaître, au bout de quelques secondes, une belle tache rouge qui persiste près d'une minute. Ce phénomène indique une sorte d'asthénie de l'appareil nerveux vaso-moteur.

Le goître exophthalmique peut accuser, selon Trousseau, deux formes distinctes : l'une aiguë, rapide, et l'autre lente, chronique; dans l'une et l'autre, on observe des périodes de paroxysmes, qui sont accompagnées d'une grande oppression, et d'une dyspnée, qui menace de suffocation et peut même mettre la vie des malades en grand péril. Le cas que rapporte le professeur de l'Hôtel-Dieu est des plus remarquables ; l'asphyxie était devenue presque imminente pendant le paroxysme, et la trachéotomie devenait presque imminente ; heureusement, la saignée, la digitale et d'autres médicaments réussirent à arrêter les symptômes suffocants. Le malade guérit ensuite de son goître, de l'exophthalmie et des battements de cœur.

La terminaison peut devenir fatale à cause de ces accidents, de même que par suite de l'anémie, tellement forte que les malades sont pris de fièvre hectique et succombent. Heureusement, ces accidents sont rares ; le plus souvent, au contraire, on peut arriver à un état latent et stationnaire de la maladie, et quelquefois à une guérison complète.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET PATHOGÉNIE. — Le nombre d'autopsies est aujourd'hui assez considérable pour qu'on puisse en faire une déduction générale sur la nature d'altération que présente la maladie. Withuisen, Praël, Smith ont pu constater que souvent le cœur présentait des altérations valvulaires ou une simple hypertrophie ; les artères de la glande thyroïde étaient augmentées de diamètre et très-flexueuses, et il y avait dans la glande une sorte d'anévrysme circoïde. Le système veineux de la tumeur est aussi très-développé, suivant Marsh et Hénoch. Le tissu conjonctif devient quelquefois fibreux et contient de petits kystes sanguins ou gélatineux.

On n'est pas jusqu'à présent d'accord sur les altérations que l'on trouve du côté de l'œil et de l'orbite. Selon Demours, Basedow et Kolben, il y a une hypertrophie du tissu cellulo-graisseux de l'orbite. Fano a constaté la dilatation considérable des veines de l'orbite. Richet a vu, chez un sujet atteint d'anasarque, l'œdème général disparaître, pendant que l'œdème du tissu cellulo-graisseux de l'orbite avait persisté.

Dans un cas, Trousseau a trouvé une hypertrophie énorme du tissu cellulo-adipeux de l'orbite. Mais il ne faut pas oublier aussi que, dans un bon nombre des cas, l'exophthalmie n'existe que pendant le paroxysme, et que les yeux ensuite reprennent leur position normale. Il est évident que dans ces cas l'hypertrophie ne peut pas avoir lieu.

Ajoutons enfin que, dans une autopsie faite dans la clinique de Trousseau, les docteurs Peter et Lancereaux ont trouvé le ganglion cervical inférieur hypertrophié, rouge et très-vasculaire, avec un abondant feutrage du tissu conjonctif, au milieu duquel on voyait des noyaux et des cellules fusiformes. De nombreux globules de graisse remplissaient la masse, tandis que les cellules ganglionnaires étaient rares, petites, muriformes ; les tubes nerveux étaient peu nombreux, petits, serrés et comme étranglés par le tissu conjonctif ambiant. Cette altération du grand sympathique joue, selon moi, un grand rôle dans la production de la maladie.

Le goître exophthalmique est une affection nerveuse, occasionnée par une irritation toute particulière du grand sympathique ; l'autopsie faite par Peter et Lancereaux démontre surabondamment qu'il y a en effet dans cette affection une lésion matérielle du système nerveux ganglionnaire.

La physiologie expérimentale nous vient aussi en aide pour expliquer la production d'exophthalmie.

Nous savons, en effet, par les belles expériences de Claude Bernard (1) que, lorsqu'on enlève le ganglion cervical supérieur ou que l'on coupe le filet sympathique au cou, on voit l'ouverture palpébrale se déformer et devenir plus petite, et la paupière supérieure se relever plus qu'à l'ordinaire. Si l'on galvanise le bout supérieur du grand sympathique divisé, on voit au contraire la pupille s'élargir, l'ouverture palpébrale s'agrandir et l'œil faire une saillie hors de l'orbite. Ce que Claude Bernard a pu provoquer par la galvanisation, la maladie et l'irritation morbide du ganglion cervical le produisent à leur tour, et il n'y a rien d'étonnant que l'exophthalmie puisse tantôt s'accroître, tantôt disparaître rapidement et sans laisser de traces, comme cela avait été observé chez un malade du professeur Gubler.

Reste à déterminer quelle est la partie de l'œil ou de l'orbite qui subit une influence directe d'excitation nerveuse, capable de produire l'exophthalmie.

Selon moi, il n'y a que la capsule de Tenon, qui enveloppe le globe de l'œil, qui soit capable de recevoir cette innervation et amener une propulsion de l'œil hors de l'orbite. Cette membrane est, comme nous avons dit dans la partie anatomique, constituée par du tissu fibreux ; mais on y trouve aussi de nombreuses fibres musculaires, tissus qui reçoivent leur innervation du grand sympathique. Sous l'influence de la maladie de Graves, la contraction de ses fibres musculaires fait propulser l'œil en

---

(1) Claude-Bernard, *Leçons sur le système nerveux*. Paris, 1858, p. 499 et 531.

avant, tandis que dans la destruction du grand sympathique, l'œil s'enfonce dans l'orbite.

Sous l'influence de la maladie du ganglion cervical du grand sympathique, des troubles circulatoires se déclarent du côté de la glande thyroïde et du côté du cœur; il y a des dilatations artérielles très-marquées et qui ne sont que passagères. Mais comme l'origine des fibres du grand sympathique et celle du spinal et du nerf vague sont très-rapprochées dans la moelle épinière et allongée, il ne serait pas étonnant qu'un certain degré d'altération existât simultanément dans cette région de la moelle qui donne naissance à ces différents nerfs, et qui concoure à l'innervation du larynx, du cœur et des yeux.

Quant à l'explication de l'exophthalmie par l'*hypergenèse* des éléments du tissu cellulaire de l'orbite, qui a été avancée par quelques auteurs, elle me paraît peu justifiée, et nous n'y attachons point d'importance.

TRAITEMENT. — Il est très-difficile de savoir quel est le meilleur moyen qui peut réussir dans cette bizarre affection. Pourtant, en s'appuyant sur l'expérience d'un praticien, le plus éminent de notre époque, le professeur Trousseau, nous pouvons recommander la saignée, la digitale et l'hydrothérapie.

Au moment du paroxysme, et lorsqu'il y a un danger imminent de suffocation par le goître, on cherchera à conjurer le péril par les déplétions sanguines et par l'application du froid sur la tumeur thyroïdienne et sur le cœur. On peut aussi appeler la congestion vers les extrémités inférieures avec les ventouses Junod.

On agira efficacement contre la cause nerveuse de la maladie par le sédatif spécial de l'appareil circulatoire, qui est la *digitale*. On peut la porter à des doses très-élevées. Trousseau employait quelquefois avec succès la teinture de digitale, donnée d'heure en heure, à la dose de *huit* à *dix* gouttes.

Les préparations iodées ont été recommandées par plusieurs auteurs; mais on s'est convaincu bientôt que, non-seulement ce moyen n'est point efficace, mais qu'il peut souvent aggraver le mal.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 3 octobre 1871. — Présidence de M. WURTZ.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet : 1° le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné en 1870 dans le département de la Sarthe (Comm. des épidémies); — 2° une lettre sur les propriétés du galéga, par M. Marbeau, président de la Société des crèches (Comm. des remèdes nouveaux).

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

Elle comprend : une lettre de M. le docteur Cristot (de Lyon) qui rappelle à l'auteur d'une récente communication, M. Demarquay, que le 27 mai 1865 il a soutenu à la Faculté de médecine de Paris une thèse inaugurale intitulée : *Recherches anatomiques et physiologiques sur la moelle des os longs*, et que, dans cette thèse, une large part expérimentale était réservée à l'absorption ostéo-médullaire. Les expériences de M. Demarquay n'ont donc pas le caractère de nouveauté qu'il leur attribue.

PRÉSENTATIONS

M. LARREY présente les mémoires de la Société de médecine de Bordeaux.

M. BARTH offre en hommage, au nom du traducteur, le tome 3e de la *Pathologie des tumeurs*, de Wirchow, traduit par M. le professeur Aronsshon (de Strasbourg).

M. WURTZ dépose sur le bureau une notice biographique sur le professeur Kuss (de Strasbourg).

M. GAULTIER DE CLAUBRY donne lecture d'un arrêté de M. Journault, maire de Sèvres, ayant trait à la répression de l'ivrognerie.

Discussion sur l'alcoolisme.

M. BERGERON fait une seconde lecture de son projet d'instruction populaire sur les dangers de l'abus des boissons alcooliques, qu'il a présenté au nom de la commission de l'alcoolisme dans la séance du 25 juillet dernier.

Après les courtes observations présentées par MM. Marrotte, Gubler, Briquet, Wurtz, Jules Guérin, Hardy, Devergie, Blot, Verneuil, Chauffard, Gosselin, Larrey, Colin et Barth, l'Académie invite M. le rapporteur à s'entendre avec les autres membres de la commission à l'effet d'introduire dans la rédaction de son travail les quelques légères modifications signalées, notamment à l'occasion des propositions 15, 17 et 23.

Sauf ces réserves, l'Académie adopte à l'unanimité l'ensemble du projet.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Anthropologie.

M. Chasles, en présentant à l'Académie des sciences un nouvel ouvrage de M. Quetelet, correspondant de l'Académie des sciences morales et politiques, s'est exprimé comme suit :

J'ai l'honneur d'offrir à l'Académie le nouvel ouvrage de M. Ad. Quetelet, intitulé : *Anthropométrie, ou Mesure des différentes facultés de l'homme*. Cet ouvrage, qui fait suite aux volumes de l'auteur sur la *Physique sociale* ou *Essai sur le développement des facultés de l'homme*, et la *Théorie des probabilités appliquées aux sciences morales et politiques*, présente une extension considérable des questions et des lois qui concernent l'homme pris dans le corps social.

« L'homme individuel a été étudié sous tous les rapports : on s'est occupé successivement de son physique, de son moral, de son intelligence. Chacune de ses facultés a donné lieu à une ou plusieurs sciences différentes; mais, hormis quelques cas, on n'a pas cherché aussi les lois générales qui concernent les hommes dans leurs dépendance les uns à l'égard des autres, pour le physique, le moral et l'intelligence. « Il est temps, dit M. Quetelet, de s'occuper des « lois de l'espèce, après avoir pris tant de soins pour trouver celle « de l'individu. »

« Il s'agit d'assimiler les hommes entre eux, dans telle ou telle condition de leur existence. Ainsi, par exemple, qu'on prenne les hommes d'un même âge, d'une même population ou d'une même ville, et qu'on les considère sous le rapport physique de leur taille : les uns seront très-petits, les autres très-grands, et la majorité obtiendra une certaine moyenne. M. Quetelet introduit, à ce sujet, une courbe remarquable dont les abscisses représentent la grandeur, et les ordonnées le nombre des individus d'un âge donné. Il nomme cette courbe binomiale, à raison de la relation de ses ordonnées avec les termes successifs de la formule du binôme.

« Si, au lieu des tailles, on prend les poids, les forces, les vitesses ou les autres qualités des hommes d'une même nation, c'est cette même loi binomiale que l'on trouve. Il en est de même à l'égard des qualités morales ou intellectuelles, par exemple pour l'époque de la vie offrant le plus de penchant à tel ou tel genre de vice ou de vertu.

« Ce principe ne concerne pas l'homme seulement : on le retrouve dans tous les êtres vivants, même dans les plantes.

« On peut s'étonner que cette loi si générale, qui fixe à notre espèce la même unité que l'on trouve dans l'individu, n'ait pas encore été remarquée. L'ouvrage actuel marque un pas considérable dans l'étude de ces questions qui embrassent le monde physique et moral. Il donnera lieu à des recherches dans cette branche nouvelle des sciences, qui demande l'application des mathématiques à tant d'autres connaissances si variées. »

TABLETTES DU MÉDECIN-LÉGISTE.

(Suite.)

XIX

Préparation pharmaceutique. — Dans l'état actuel de la législation, l'invention d'une composition pharmaceutique nouvelle ne peut, à raison de sa nature et de sa destination, être l'objet d'un droit privatif indéfini dans sa durée, comme le droit de propriété : le seul privilége qui puisse appartenir à l'inventeur consiste dans la possibilité d'obtenir une indemnité du Gouvernement, en lui révélant un secret utile que celui-ci pourrait acquérir et conserver dans l'intérêt de la santé publique;

Ainsi l'inventeur d'une telle composition ou ceux qui le représentent ne peuvent, alors que les éléments et le mode de préparation en sont connus, que la formule en est même énoncée au *Codex*, s'opposer à ce que toute autre personne, en se conformant aux lois sur la pharmacie, confectionne et vende un remède composé des mêmes éléments et suivant la même formule;

Ils ne peuvent même s'opposer à ce que ce remède soit désigné par le nom de l'inventeur, lorsque, dans l'usage, ce nom s'est incorporé au produit et en est devenu la désignation indispensable; il suffit, pour mettre le fabricant à l'abri de l'accusation de concurrence déloyale, que ses annonces et prospectus soient rédigés de manière à éviter toute confusion entre ses produits et ceux qui sont fabriqués par l'inventeur ou ses représentants.

Le privilége concédé par lettres-patentes du 12 septembre 1778 d'annoncer et de débiter publiquement un remède secret connu sous le nom de *Rob dépuratif de Boyveau-Laffecteur*, à supposer qu'il n'ait pas été réduit et annulé par les déclarations et arrêts du Conseil antérieurs à 1789, a été mis à néant par le décret du 18 août 1810. — Cour de Dijon, 3 août 1866. — Cf. Dalloz, *Jur. gen.*, 1867 2e partie, p. 6. — Cf. Dalloz, *Jur. gén.*, 1864 1re partie, p. 61.

XX

Remèdes, délivrance irrégulière. — L'arrêt de règlement du parlement de Paris, du 23 juillet 1748, relatif à la police de la pharmacie, est toujours en vigueur;

Et il a été étendu à toute la France par la loi du 21 germinal an II;

Les peines que cet arrêt de règlement prononce sont applicables à la contravention, à la défense de délivrer des remèdes sans ordonnance de médecin, aussi bien qu'à celle résultant d'une préparation de médicament non conforme au *Codex* (L. 21 germ. an II, art. 29, 30 et 32);

Et il y a lieu de considérer comme délivrance illégale de remèdes, la vente qu'un pharmacien a faite à un particulier, sans représentation d'une prescription médicale, d'une certaine quantité de sulfate de potasse, de manne et de sené. — Cour de cass., ch. crim., 8 février 1867. — Cf. Dalloz, *Jur. gén.*, 1867, 1re partie, p. 141.

XXI

Responsabilité médicale. — Toute personne, quelle que soit sa profession, est soumise à la responsabilité du dommage causé par sa négligence ou son imprudence (C. N. 1382 et 1383).

Cette responsabilité s'applique notamment aux fautes dommageables commises par les médecins dans la pratique de leur art, lorsque la constatation de ces fautes, indépendante de l'examen de théories ou de méthodes médicales, a sa base dans les règles générales de bon sens et de prudence auxquelles est assujetti l'exercice de toute profession;

Ainsi, un médecin peut être déclaré responsable de la perte d'un membre fracturé sur lequel il a opéré, s'il est constaté que l'accident a eu pour cause la gangrène produite dans ce membre par une trop forte constriction exercée sans méthode et sans discernement et accompagnée d'un traitement contraire à toutes les règles de l'art et de la science.

C. cass., ch. req., 21 juillet 1862, 1re partie, p. 419.

XXII

Réquisition. — Le fait par un médecin de n'avoir pas obtempéré à la réquisition d'accompagner un commissaire de police à l'effet de constater l'état d'un cadavre trouvé dans les eaux d'un fleuve, est avec raison déclaré non punissable, s'il est établi qu'il ne lui a pas été possible de faire le service requis (C. pén. 475, n° 12);

Et l'impossibilité, sur la preuve de laquelle l'acquittement a été prononcé, ne peut être contestée par le ministère public à l'appui de son pourvoi en cassation, si elle n'a été affirmée par le juge qu'après audition de témoins à l'audience et conséquemment en vertu de son droit souverain d'appréciation.

Le refus de concours opposé par un médecin requis de venir constater l'état d'un cadavre trouvé sur la voie publique ou dans les eaux d'une rivière constitue-t-il un refus de service dans un cas de flagrant délit? — C. cass., ch. crim., 1er février 1867. — Cf. Dalloz, *Jur. gén.*, 1867. 1re partie, p. 191.

DOCUMENTS

POUR SERVIR A L'HISTOIRE DU MOUVEMENT SCIENTIFIQUE PENDANT LE SIÉGE DE PARIS (1).

7 FÉVRIER.

Académie de médecine. — L'Académie tient séance.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 7 février. — Présidence de M. WURTZ.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend une lettre de Me X..., notaire à Paris, informant l'Académie que M. Falret a légué par testament à cette Compagnie une somme de *dix mille francs* pour la fondation d'un prix de mille francs à décerner, tous le deux ans, à l'auteur du meilleur mémoire sur les maladies mentales et nerveuses.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion relative aux effets de l'acoolisme sur les lésions traumatiques.

DISCUSSION

M. GIRALDÈS. La question portée devant l'Académie par M. Verneuil me paraît avoir été envisagée au point de vue médical; lancée dans cette direction, elle a été le sujet de développements très remarquables, sans doute, mais s'éloignant un peu du but en discussion. Comme la question est d'ordre chirurgical, il est peut-être bon de la faire descendre des hauteurs élevées où elle a été portée et de la ramener sur le terrain essentiellement chirurgical; c'est pourquoi je demande la permission à l'Académie de lui soumettre quelques observations.

Il ne s'agit pas, en effet, de savoir quels sont les désordres produits dans l'organisme par l'abus des liqueurs fortes, par l'alcoolisme; cette question n'est aujourd'hui contestée par personne, et si on hésite à admettre que l'alcool, introduit dans l'estomac, est éliminé en nature, en totalité ou en partie, ou bien s'il se décompose pour former des combinaisons nouvelles, etc., tous les pathologistes reconnaissent les ravages produits par l'intoxication alcoolique.

La question portée devant l'Académie est celle-ci : les lésions traumatiques chez les alcooliques sont-elles plus graves; les indications thérapeutiques et opérations sont-elles, par ce fait, modifiées? Enfin, demande M. Verneuil, les opérations pratiquées chez des alcooliques doivent-elles être portées au tableau statistique des opérations?

Aux deux premières propositions, notre collègue, se basant sur des données physiologiques et sur son expérience clinique, répond par l'affirmative. Dans le but de leur donner une sanction complète, de les faire inscrire comme chose démontrée dans les livres de chirurgie, notre collègue réclame pour sa thèse la faveur d'une discussion académique. Si les propositions, soutenues par M. Verneuil, sont vraies, et je le crois, il faut admettre, ainsi que cela lui a été dit, que les éléments qui servent à leur démonstration ne sont pas de premier choix.

Dans cette occurrence, il est nécessaire d'avoir recours à de nouvelles études, de recueillir de nouvelles observations et d'étudier le sujet dans cette direction. Sans doute que si on voulait, *à priori*, élucider un si important sujet, on trouverait dans l'anatomie pathologique des alcooliques et dans la physiologie des documents précieux. La physiologie nous apprend que l'alcool, introduit dans l'estomac est rapidement absorbé, rapidement porté dans le torrent circulatoire et cantonné, en grande partie, dans la pulpe cérébrale. Les observations de Magendie, celles de Léveillée, les expériences et les analyses du docteur Percy (1839), du docteur Carpenter (1850), les belles recherches de MM. Lallemand et Perrin, et celles plus récentes du docteur Marcet en sont une confirmation complète. L'alcool, dit le docteur Carpenter, passe dans le tissu nerveux cérébral, en change les propriétés chimiques et physiques; celle affectée par la fibre nerveuse en change la nutrition et les fonctions, et amène l'atrophie de cette substance.

Devant cette propriété élective de la fibre cérébrale pour l'alcool, il n'est même pas nécessaire de se demander si cet organe, ainsi imprégné de liquide toxique, ne doit pas influencer les phénomènes de la nutrition, soit en paralysant les nerfs qui y président, et sur lesquels Brown-Séquard a particulièrement appelé l'attention, soit par tout autre mécanisme. Il suffit de se rappeler que le centre cérébral, organe dominateur, présidant à toutes les fonctions, est l'organe auquel toutes les fonctions se subordonnent, pour admettre que cette roue maîtresse de l'économie étant faussée, tous les actes

(1) Suite. — Voir le dernier numéro.

fonctionnels doivent s'en ressentir; et que, dans ces conditions d'un organisme en détresse, une lésion traumatique survenant, celle-ci doit subir une marche différente que dans l'état normal. Ce sont là des documents importants dont on doit tenir grand compte, mais, on en conviendra, l'expérience clinique est seule juge en dernier ressort.

C'est donc une question clinique nouvelle, d'un haut intérêt, qu'il faut soumettre à une observation rigoureuse. Mais, diront quelques-uns de nos collègues, la question n'est pas nouvelle, et, pour accentuer la note, notre éminent collègue, M. Chauffard, emprunte au livre de Carpenter une citation importante. Sans doute la question n'est pas nouvelle, on peut dire qu'elle est dans l'esprit de tous les chirurgiens qui pratiquent dans de grands centres industriels; mais on peut ajouter qu'elle est lettre morte dans les livres de chirurgie. D'ailleurs, M. Carpenter lui-même eût été fort embarrassé de justifier son assertion par des documents écrits. Voulez-vous une preuve de la vérité de mon dire? La voici : M. Adams, dans un travail remarquable sur la mortalité chez les amputés, mémoire lu à l'Association britannique et imprimé dans les travaux de cette Société, ne souffle pas un mot de l'influence de l'alcoolisme dans les traumatismes, et cependant ce chirurgien passe en revue toutes les causes générales et locales afférentes à ce sujet.

De tous les accidents de l'alcoolisme, un seul, le *delirium tremens*, est reconnu par la majorité des chirurgiens comme ajoutant une complication grave aux opérations et aux divers traumatismes. Ainsi, pour moi, toutes les fois qu'à la suite d'une opération ou d'une réunion traumatique le *delirium* survient, cette complication est un signe pathognomonique que le blessé est atteint d'alcoolisme : cet alcoolisme peut exister à des degrés différents. Dans tous les cas le *delirium tremens* est la première manifestation de l'alcoolisme chronique; mais il faut distinguer et ne point confondre le *delirium* réflexe indiqué par Brown-Séquard, le délire ébrieux, le délire par suite d'abstinence ou bien par intoxication opiacée ou belladonée, etc., avec le véritable *delirium tremens*. C'est pour avoir mis au même rang des choses aussi différentes que le traitement du *delirium tremens* erre à l'aventure : ici traité par les opiacés à forte dose, là par la teinture de digitale, l'oxyde de zinc, le bromure ou l'iodure de potassium, et même avec les vomitifs! Je demande à mes collègues la permission de leur rappeler que les caractères distinctifs de l'accident alcoolique, dont nous parlons, sont, outre l'insomnie constante, le délire vague sur des choses fantastiques ou des occupations usuelles au malade, la pâleur de la figure, la dilatation de la pupille, le tremblement de la langue, une sudation abondante, caractères indiqués en 1801 par Pearson, sous le nom de *brain fever*, à ces caractères, dis-je, il faut ajouter une rapidité et dépression du pouls donnant un tracé sphygmographique très-analogue à celui de la fièvre typhoïde.

Le *delirium tremens* est un accident commun aux alcooliques; lorsqu'il est spontané, il ne présente pas la même gravité que lorsqu'il survient chez des opérés ou des blessés. On est donc obligé d'admettre que la lésion traumatique, le choc produit, si vous voulez, agissant par voie réflexe sur le cerveau, y détermine un éréthisme dont la conséquence est l'apparition du délire en question; quelle qu'en soit l'explication, le fait persiste, et tout le monde est d'accord pour reconnaître la gravité que présente ce délire chez les individus blessés. Ce grave accident, ainsi que le pensait Dupuytren, est-il susceptible d'être guéri par l'emploi des opiacés à forte dose? C'est une erreur. Les recherches des médecins qui ont observé le *delirium tremens* sur une grande échelle, Peddie, Laycock, regardent l'emploi de l'opium comme très-nuisible. Un de nos collègues a prôné que la cause réelle du délire provenait de l'abstinence d'aliments, produite par un état particulier de la muqueuse stomacale; je crois que notre éminent collègue est dans l'erreur. Le *delirium tremens*, il faut bien se le rappeler, est un degré de l'alcoolisme produit par l'état, par l'influence directe de l'alcool sur le système nerveux central.

Dans la question des lésions traumatiques chez les alcooliques, il faut tenir grand compte de la profession de l'individu, du milieu où il vit et de son genre d'alimentation; il ne faut pas faire passer sur le compte de la race ce qui est la résultante de ces trois facteurs. En voulez-vous une preuve? Prenez, dans la race anglo-saxonne, un de ces gros charretiers de Londres, véritable type de John Bull; d'autre part, prenez un de ces commis de la cité, type du véritable cockney de Londres; eh bien, chez les deux alcoolisés au même degré, blessés au même degré, la marche de la blessure ne sera pas la même.

Pour me résumer, je conclurai en disant : oui, d'après des données d'anatomie pathologiques, d'après des données physiologiques et une expérience limitée, je dis que les lésions traumatiques chez les alcooliques sont généralement plus graves, leur pronostic est plus grave, et les conséquences thérapeutiques et opératoires doivent être modifiées. Pour faire admettre cette doctrine, pour l'inscrire dans les traités de chirurgie, comme chose démontrée, il est nécessaire que des observations et des statistiques bien faites viennent lui donner une entière consécration.

En faisant appel à de nouvelles observations, à de nouvelles statistiques, je demande que celles-ci soient dressées avec grand soin, en catégorisant les observations; qu'on se rappelle, en un mot, que le malade à inscrire n'est pas une unité, mais bien une expression algébrique, qu'on en tienne grand compte, de là l'exposant qui est très-variable; c'est pour avoir méconnu cette donnée élémentaire que nous avons des statistiques comme celle-ci : Opération de taille (par exemple), 1; mort, 1; mortalité, cent pour cent.

M. VERNEUIL se propose de répondre aux discours de MM. Richet et Chauffard.

L'orateur s'occupe d'abord de défendre les observations qui font la base de son travail contre les critiques dont elles ont été l'objet de la part de M. Richet. Il reproche à son honorable et savant contradicteur de n'avoir pas lu ses observations avec une attention suffisante; — d'avoir, en plusieurs passages, modifié son texte dans l'intérêt de sa cause, — et enfin de se montrer beaucoup trop exigeant sur les preuves et sur la manière de les acquérir.

L'orateur entre sur tous ces points dans de grands détails pour prouver que l'alcoolisme est très-bien démontré chez les quatre sujets dont il a rapporté l'histoire. Il ajoute que, s'il a défendu longuement ses observations, c'est pour convaincre l'Académie qu'il a puisé ses convictions à la source des faits et non ailleurs, et que l'observation clinique, et non son imagination, lui a permis de formuler une sorte de syllogisme :

Les organes, les tissus des alcooliques présentent, comme règle, des lésions histologiques;

Les blessures, toutes choses égales d'ailleurs, sont plus fréquemment suivies d'accidents chez ces sujets;

Donc ces accidents reconnaissent pour cause probable les lésions organiques antérieures à la blessure.

Cette conclusion semble dictée par la logique, ajoute M. Verneuil; cependant M. Richet veut : 1° que tous les buveurs qui succombent rapidement à des blessures guérissables offrent à l'autopsie une ou plusieurs lésions susdites; 2° que lorsqu'on rencontre ces mêmes lésions chez des blessés on ait observé pendant la vie les symptômes non douteux de l'alcoolisme.

Cette double exigence est inadmissible, selon M. Verneuil : 1° les lésions viscérales existent certainement chez la presque totalité des buveurs, cependant tel d'entre eux peut succomber rapidement au tétanos, à la pyohémie, à une congestion cérébrale ou pulmonaire à une époque où ses organes et ses tissus seront encore à peine altérés par l'alcool; — 2° la réciproque, que réclame M. Richet, ne saurait être accordée; en effet la cirrhose, la stéatose du foie, les néphrites diverses, etc., pouvant se montrer en dehors de tout empoisonnement alcoolique, leur constatation à l'autopsie n'implique nullement chez les sujets qui les présentent la qualité de buveurs.

Il faut donc se contenter provisoirement de noter les coïncidences entre les altérations cadavériques et les symptômes cliniques de l'alcoolisme en accordant à ceux-ci la première place.

M. Verneuil cherche ensuite à prouver que l'explication, donnée par M. Richet, de la gravité insolite des blessures chez les ivrognes prête largement à la critique. Il n'admet pas l'expression de misère ou dégradation physiologique proposée par son contradicteur pour remplacer le terme de sénilité précoce, par lequel M. Gosselin a si heureusement dénommé l'état organique des ivrognes de profession. M. Verneuil garde seulement le terme de misère physiologique comme titre d'une classe d'états morbides dont la sénilité est un des genres les plus distincts.

Le désaccord entre lui et M. Richet s'accentue encore davantage lorsque des mots on descend aux choses. M. Richet rappelle que les malheureux ouvriers qui peuplent les hôpitaux sont en proie à la dégradation physiologique; que, chez eux, les lésions chirurgicales sont suivies d'accidents graves et insolites, et il se demande alors si ces accidents doivent être imputés à l'alcool. M. Richet admet que l'acool exerce sur l'organisme deux sortes d'actions : 1° une action directe, immédiate, physique et chimique, sur la membrane gastrique; 2° une action indirecte, générale, résultant de l'arbsorption et du mélange de cet agent avec le sang.

La première de ces actions produit la gastrite chronique et ses conséquences, les dyspepsies, l'amaigrissement, l'appauvrissement du sang, l'affaissement des forces, leur usure précoce, en un mot la misère physiologique. La seconde engendre les lésions organiques lentes, la stéatose du foie, des reins, du cœur, la sclérose des méninges et de l'encéphale.

Suivant M. Richet, la gastrite chronique suffit pour produire la misère physiologique, laquelle à son tour suffit pour expliquer les accidents chirurgicaux sans qu'il soit nécessaire d'invoquer les autres lésions viscérales.

M. Verneuil ne voit pas sur quels faits M. Richet s'appuie pour tout attribuer à la gastrite chronique et ne laisser aucun rôle aux lésions viscérales. Cette doctrine ne repose, suivant lui, que sur des affirmations sans preuves. M. Verneuil voudrait :

1° Des observations détaillées et complètes de cas où des habitudes alcooliques invétérées n'ont lésé que l'estomac en respectant les autres viscères.

2° En cas d'alcoolisme chronique, la règle est de trouver des altérations complexes, c'est-à-dire simultanément la teinte ardoisée de l'estomac, le foie gras, l'altération granulo-graisseuse des reins, etc. En présence de ces désordres multiples, comment M. Richet parvient-il à reconnaître que la dyspepsie, l'affaiblissement, la misère physiologique tiennent plutôt aux lésions stomacales qu'aux lésions hépatiques et rénales?

3° Pour que la gastrite chronique explique tout et l'explique exclusivement, il faudrait qu'elle existât toujours et qu'elle entraînât toujours les mêmes conséquences fatales. Or, M. Verneuil a autopsié bon nombre de buveurs, et parfois, rarement, il est vrai, il a trouvé la muqueuse gastrique à peu près saine. Il a observé des alcooliques qui, loin d'être dyspeptiques, amaigris, affaiblis, usés, mangeaient et buvaient copieusement en conservant les apparences et la réalité de la force.

Beaucoup de buveurs souffrent de l'estomac, mais aussi souvent par gastralgie que par gastrite; M. Verneuil n'en veut pas d'autres preuves que le succès de la médication préconisée par M. Richet : café, viande crue, vin de Bordeaux, régime peu favorable, ce semble, à la gastrite chronique véritable.

L'orateur termine en expliquant comment ont germé et fructifié les idées qu'il a portées à la tribune de l'Académie :

« Cherchant, dit-il, avec attention dans les faits de ma pratique et dans mes lectures, à élucider les causes des accidents locaux et la genèse de la mort à la suite des lésions traumatiques, je pus me convaincre qu'en un bon nombre de cas les viscères étaient déjà malades au moment de la blessure ou de l'opération. Je constatais la cirrhose ou la stéatose du foie, les néphrites diverses, les affections cardiaques, pulmonaires, urinaires. Pendant la vie on avait reconnu le diabète, l'albuminurie, la tuberculose. C'est alors que je dressai la liste de tous les états pathologiques antérieurs et que je cherchai à recueillir des observations notant la coïncidence de ces états avec des lésions traumatiques.

« J'avais naturellement songé à placer sur la même ligne que les lésions viscérales isolées et les altérations humorales, certains états physiologiques temporaires et enfin les empoisonnements plus ou moins invétérés.

« Il m'était impossible de laisser de côté une intoxication comme l'alcoolisme, les occasions de l'étudier étaient fort nombreuses. Au début de mes recherches, je recueillais des observations; pendant assez longtemps elles furent entassées en désordre, mais enfin je vis poindre la doctrine et se dégager assez nettement la loi suivante : les lésions viscérales antérieures, quels que soient leur siége, leur nature anatomique, leur cause, nuisent au travail réparateur, soit en modifiant les propriétés organiques des tissus blessés, soit surtout en ne mettant au service de la faculté plastique qu'un sang quantitativement ou qualitativement imparfait.

C'est cette loi si simple, si acceptable *à priori* que je cherche depuis plusieurs années à rendre évidente par les faits. Le lit du malade et l'amphithéâtre sont les deux métiers sur lesquels je remets sans cesse mon ouvrage, et si je me suis décidé à découvrir prématurément mon œuvre, à en exposer isolément les parties peut-être inachevées, c'est que le temps presse et passe et que j'ai peur de voir mon activité s'éteindre avant même que le bloc soit entièrement dégrossi. »

— Dans la prochaine séance, M. Verneuil répondra à M. Chauffard.

— A quatre heures et demie, l'Académie se réunit en comité pour entendre la lecture du rapport de M. Henri Roger sur les titres des candidats aux places vacantes d'associés et de correspondants étrangers.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Erratum. — C'est par erreur que le 1er article du numéro du 7 septembre, ayant pour titre : *Hôpital militaire de Sétif. Épidémie de méningite cérébro-spinale*, a été signé des initiales Dr B... Il doit être bien entendu que la responsabilité et le mérite de cet article reviennent tout entiers à M. le docteur Alix.

— La Société de médecine de Paris tiendra sa prochaine séance vendredi prochain, 6 octobre 1871, à 3 heures 1/2 très-précises, à la Préfecture de la Seine (palais du Luxembourg), dans la salle de la commission de répartition des contributions.

Ordre du jour : 1° Rapport sur la demande de MM. Géry père et Briquet pour obtenir l'honorariat;

2° Communications par les membres de la Société.

— La société des médecins des bureaux de bienfaisance reprendra ses séances mensuelles, le mercredi 11 octobre, à huit heures du soir, à la mairie du Louvre, place Saint-Germain-l'Auxerrois.

Ordre du jour : 1° Communication du président de la société;

2° Rapports et votes sur plusieurs demandes d'admission.

— La Société d'anthropologie de Paris a repris ses travaux. Le prix Godard, qui n'a pu être délivré cette année, le sera l'an prochain. Ce prix est décerné au meilleur mémoire, manuscrit ou imprimé, sur un sujet se rattachant à l'anthropologie. Les mémoires envoyés devront être remis au siége de la Société, 3, rue de l'Abbaye, avant le premier jeudi de janvier.

— D'après une lettre adressée de Cannes à la *Gazette médicale* de Paris, par M. le docteur de Valcourt, au retour d'un voyage en Russie, à Pétersbourg et à Moscou, eu égard à la population, le nombre des cholériques n'était pas considérable, et, ni la marche de la maladie, ni son pronostic n'étaient aussi graves que dans les dernières épidémies de France. La quarantaine était établie dans le Bosphore sur l'annonce de quelques cas de choléra à Nicolaieff et dans d'autres points de la mer Noire. Au moment où M. de Valcourt a visité Nijni-Novgorod, le choléra n'y avait pas fait encore son apparition, mais le gouvernement russe paraissait particulièrement anxieux du développement que pourrait prendre l'épidémie, dans cette localité, à l'époque de la foire qui y attire habituellement un grand nombre de négociants venant de l'orient et de l'occident.

— *Œuvres des amputés de la guerre.* — Un comité s'est constitué pour venir en aide aux militaires qui ont été amputés ou réformés à la suite de blesssures reçues dans les guerres que la France a soutenues depuis un an.

L'œuvre est vaste; et afin d'en assurer le succès, il est nécessaire qu'une souscription soit organisée dans la France entière pour faire appel à tous les concours et pour provoquer la charité sous toutes les formes qu'elle peut revêtir.

Les sommes ainsi recueillies seront distribuées dans de justes proportions aux militaires qui y auront droit. M. le ministre de la guerre a bien voulu promettre qu'il ferait établir une liste comprenant :

1° Les amputés;

2° Les réformés pour blessures entraînant incapacité de travail.

D'après cette liste, le comité remettrait à chacun des intéressés la somme que comporterait la gravité de sa situation.

L'œuvre des amputés se recommande à la vive solllicitude de l'Assemblée nationale et de tous les grands corps de l'État. L'administration a déjà pourvu, dans la mesure où elle peut y pourvoir, au soulagement de nos vaillants soldats; mais un nouveau témoignage de la sympathie publique prouverait une fois de plus à l'armée toute la reconnaissance que la patrie lui a vouée.

Le comité central de l'œuvre des amputés est composé comme il suit :

COMITÉ. *Président* : M. le ministre de la guerre.

Vice-présidents : Mgr l'archevêque de Paris; Mgr l'évêque de Versailles; M. le ministre de la marine.

Secrétaires : M. le marquis de la Rochethulon, député; Cochery, député; P. Bethmont, député; Casimir Périer fils.

Trésoriers : MM. Mallet, banquiers, rue d'Anjou-St-Honoré, 37 *bis*.

Des dames patronesses, sous la présidence de Mme Thiers, sont adjointes au comité.

— Le ministre de l'instruction publique d'Autriche vient de prendre une décision qui pourrait avoir les meilleurs résultats pour le progrès de la science médicale dans ce pays. Il vient d'envoyer

une circulaire aux professeurs de toutes les écoles d'Autriche, les priant de vouloir bien, à la fin de chaque année, lui envoyer une note constatant les travaux qu'ils auront accomplis dans le cours de l'année scolaire, comme savants et comme professeurs. Cette note doit comprendre leurs travaux d'enseignement didactique et pratique, leurs travaux de laboratoire, leurs recherches, leurs publications dans les journaux et sous forme de volumes, etc., etc. Ces notes seront comparées, et elles doivent servir de titres pour l'avancement.

— L'*Association britannique*, qui s'est réunie à Édimbourg, du 2 au 9 août de cette année, sur le rapport fait par le professeur Rolleston au nom de la commission chargée de l'examen de la physiologie expérimentale, a approuvé les conclusions que voici :

1° On ne pratiquera pas sans le chloroforme des expériences qui peuvent être faites sous l'influence de cet anesthésique; 2° aucune expérience douloureuse n'est justifiable lorsqu'il s'agit d'un fait ou d'une loi déjà connus; 3° si pour la recherche d'une vérité nouvelle il est nécessaire de faire une expérience douloureuse, on fera tous ses efforts pour en assurer le succès et adoucir la souffrance; il faudra de bons instruments, de bons expérimentateurs, de bons lieux d'expérience. Il ne sera pas bon, en chirurgie vétérinaire, de s'exercer sur des animaux vivants dans le but seul d'acquérir une plus grande dextérité.

— La poste des Indes a apporté la nouvelle suivante de Zanzibar :

Le docteur Livingstone a été revu à l'ouest du lac Tanganyira, d'où il a expédié des messagers à Ujiji, pour se faire envoyer des approvisionnements. Un jeune Américain, nommé Stanley, s'est rendu, par marches forcées, à Ujiji, pour venir en aide à l'illustre voyageur. (*Journal de Genève.*)

— Le conseil de santé du port de Hambourg a annoncé officiellement que le choléra, qui avait fait son apparition dans cette ville, a complétement disparu.

— A céder, excellente clientèle dans le département de l'Aisne. Écrire à M. Rahon, à Charleville (Ardennes).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments ou autres objets).

Traité pratique des maladies de l'oreille, ou leçons cliniques sur les affections de cet organe, par M. le docteur C. Miot. Paris, 1871, 1 vol. grand in-8° avec 18 gravures dans le texte et 4 planches chromolithographiées par Lackerbauen, représentant 38 figures. — Prix : 8 francs.

Traité élémentaire de pathologie externe, par E. Follin et Simon Duplay, professeurs agrégés à la Faculté de médecine. — Tome troisième, fascicule 4 : Maladies du rachis. Maladies des fosses nasales. — Prix : 4 fr. — Prix des trois vol. parus : 37 fr.

Du traitement de la hernie étranglée par aspiration sous-cutanée, par M. le docteur P. Autun, ancien élève lauréat de l'école de Dijon, ancien externe des hôpitaux de Paris. — Prix : 1 fr. 50 c.

De la nécessité de l'éducation physique et de l'organisation des gymnases municipaux hydrothérapiques, par le docteur E. Dailly. Brochure de 24 pages. — Prix : 1 franc.

Diagnostic des manifestations secondaires de la syphilis sur la langue, par le docteur Saison. In-8°. — Prix : 1 fr. 50.

Anatomie pathologique des perforations cardiaques, à propos d'une observation de communication interauriculaire, interventriculaire et pulmo-aortique avec trochardie, par le docteur P. Fr. Da Costa Alvarenga, professeur à l'École de médecine de Lisbonne; traduit du portugais par le docteur Lucien Papillaud (Henri Almès). Paris, 1871, in-8° de 39 pages. — Prix : 1 fr.

Capvern. Ses eaux minérales. Applications thérapeutiques par le docteur Michel Ticier, médecin inspecteur des eaux de Capvern, ancien interne des hôpitaux de Toulouse, etc. 1 vol. in-8° de 300 pages. — Prix : 2 fr. 50 c.

De la fièvre syphilitique, par le docteur Courteaux. In-8°. — Prix : 2 francs.

L'acte de la déglutition, son mécanisme, par le docteur Moura, avec planches et gravures dans le texte. Br. in-4° de 60 pages. — Prix : 3 fr.

Étude sur le diagnostic et le traitement chirurgical des étranglements internes, par M. le docteur Larguier des Bancels, ancien préparateur du cours d'anatomie chirurgicale de l'amphithéâtre des hôpitaux. In-8°. — Prix : 3 francs.

Revue photographique des hôpitaux de Paris, par les docteurs De Montméja et Bourneville. 3e année : les nos 1-2 (janvier-février), et 2-3 (mars-avril), avec photographies, sont en vente. — Prix de chaque livraison : 4 francs.

Étude sur la lèpre tuberculeuse ou éléphantiasis des Grecs, par le docteur Paul Lamblin. In-8° avec figures dans le texte. — Prix : 3 fr. 50.

L'Uranoplastie et les divisions congénitales du palais, par le docteur Rouge, chirurgien de l'hôpital cantonal de Lausanne, 1 volume in 8° avec figures dans le texte. — Prix : 3 francs.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois... 8 fr. 50 c.
Six mois.... 16 —
Un an...... 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 5 octobre 1871.

AVIS SUR LES DANGERS
QU'ENTRAINE L'ABUS DES BOISSONS ALCOOLIQUES (1)

Par M. BERGERON

1. Ce qui distingue surtout l'homme de la bête, c'est qu'il a le sentiment de sa liberté d'action pour le bien comme pour le mal, et par conséquent le sentiment de sa responsabilité.

2. Le jour où l'homme perd ce double sentiment, il déchoit et tombe au rang de la brute.

3. Lorsque cette déchéance est le fait de la maladie, elle est pour l'homme un malheur; mais elle devient une honte, lorsqu'il la provoque lui-même par l'abus des boissons enivrantes, car il se dépouille ainsi volontairement du plus noble de ses attributs, de celui qui fait, avant tout, sa supériorité : la conscience morale.

4. Assurément, ce n'est pas à cette déchéance que tend l'homme qui use des boissons fermentées; ce qu'il cherche d'abord dans leur usage, c'est un plaisir passager et une réparation momentanée de ses forces.

5. Dans de pareilles limites, cet usage n'a rien que l'hygiène réprouve; il est même juste de reconnaître que, s'il n'est pas indispensable à la santé, il n'est pas non plus sans utilité.

6. Mais, si modéré qu'il soit, il offre cependant un danger. Il n'est pas besoin, en effet, d'arriver jusqu'à l'abus des boissons fermentées pour constater que, sous l'influence de l'alcool qu'elles renferment *toutes*, le cerveau subit un certain degré d'excitation qui donne à l'esprit plus de vivacité et une disposition à voir toutes choses par le meilleur côté.

7. Il ne faut donc pas s'étonner si l'homme, une fois qu'il a connu cette sensation, la recherche de nouveau. Or, là est précisément le péril, car cette légère excitation cérébrale, peu dangereuse en soi, n'est, après tout, que le premier degré de l'ivresse, et, ce premier degré franchi, l'homme, entraîné par une pente insensible, passe vite de l'excès isolé aux habitudes d'ivresse, pour tomber rapidement dans toutes les misères physiques et morales qu'engendre l'ivrognerie, et dès lors, il est perdu.

8. En tout temps et en tout lieu, l'ivrognerie a fait de nombreuses victimes, mais, jusqu'au siècle dernier, le mal n'avait exercé que des ravages isolés; il ne s'était pas élevé à la hauteur d'un fléau. Il était réservé au dix-huitième siècle, plus encore au nôtre, de donner le honteux spectacle de populations entières s'abrutissant par l'abus de l'alcool.

9. Tout le nord de l'Europe paye à l'alcoolisme un tribut monstrueux; mais, quelle que soit la profondeur du mal chez les nations étrangères, il faut reconnaître et ne pas craindre de déclarer que chez nous il est immense. Tout le prouve : et les statistiques qui établissent que la consommation des boissons alcooliques s'est accrue en France, depuis vingt ans, dans une proportion plus considérable que dans les cinquante premières années du siècle; et celles qui montrent l'élévation progressive du nombre des maladies dues à l'abus de l'alcool et particulièrement des différentes formes de la folie; et l'abaissement moral du pays, attesté par tant de preuves récentes; tout enfin, jusqu'à nos défaites, préparées sans doute par des causes multiples, mais auxquelles l'ivresse a trop souvent enlevé toute dignité, en les souillant de sa marque honteuse.

10. Or, s'il est vrai que le sens moral a perdu de sa force dans notre pays, et qu'on y semble moins redouter l'avilissement que la souffrance, il faut renoncer à l'espoir d'arrêter les progrès de l'alcoolisme, en cherchant à réveiller le sentiment de la dignité humaine; il faut se résigner à ne compter que sur la peur, et mettre sans relâche sous les yeux de tous le tableau vrai des maux si nombreux et si variés qui naissent de l'ivrognerie; il faut que désormais aucun de ceux qui deviendront victimes de l'alcoolisme ne puisse invoquer pour excuse son ignorance du danger.

11. Quelle que soit la nature d'une boisson fermentée, c'est surtout par l'alcool qu'elle agit sur l'organisme. On peut donc prendre comme type de l'action de ces boissons, celle qu'exerce sur les organes l'eau-de-vie commune, c'est-à-dire l'alcool pur étendu de son volume d'eau. Lorsqu'il est plus étendu, tel qu'on le trouve, par exemple, dans les boissons usuelles, vin, bière, cidre ou poiré, ses effets sont évidemment moins marqués; ils deviennent terribles, au contraire, lorsqu'il est plus concentré; mais ils constituent alors de véritables empoisonnements aigus, rapidement mortels, et sur lesquels il n'y a pas lieu de s'arrêter ici, parce qu'ils ne sont que des accidents, frappant quelques individus isolés, au milieu des victimes sans nombre de l'abus des boissons fermentées et de l'eau-de-vie.

12. Introduite dans un estomac vide, l'eau-de-vie, même à une dose très-modérée, le congestionne, augmente la sécrétion des sucs digestifs, excite ses contractions, etc. Ces effets directs, beaucoup moins prononcés lorsque l'estomac est rempli d'aliments, sont d'ailleurs passagers et disparaissent sans laisser de traces, si l'ingestion de l'eau-de-vie est un fait accidentel. Mais si ce fait se reproduit fréquemment, et surtout s'il devient habituel, la rougeur congestive est plus vive, plus persistante; une véritable inflammation se développe, les sucs digestifs deviennent plus rares et font place à des liquides plus nuisibles qu'utiles au travail de la digestion; puis, à la longue, on voit succéder à l'inflammation, tantôt un travail d'ulcération, tantôt, et plus souvent, un épaississement, une induration qui, en paralysant les mouvements de l'estomac et en arrêtant ses sécrétions normales, le rendent incapable de digérer. — A ces états anatomiques correspond une succession d'accidents tels que la sensation de chaleur et de brûlure au creux de l'estomac; le rejet, par des efforts de vomissements, de liquides plus ou moins abondants, tantôt fades, tantôt acides ou âcres (pituite des buveurs), la perte d'appétit, la lenteur du travail de la digestion; plus tard, des douleurs d'estomac se prolongent sous les côtes et jusque dans le dos, avec de grandes différences d'intensité et de nature, depuis le pincement et la pesanteur jusqu'aux plus atroces déchirements; en un mot, des troubles digestifs d'une gravité croissante et pouvant à eux seuls amener la mort par épuisement, avec ou sans complication ultime de phthisie pulmonaire ou de cancer.

13. Les effets immédiats de l'alcool sur l'estomac sont loin d'épuiser son action; la plus grande partie du liquide est absorbée par les veines, et, entraînée par la circulation, va exercer sa fâcheuse influence sur tout l'organisme, et notamment sur le cerveau, le foie, les poumons et les reins.

14. Le cerveau est de tous les organes, — aucun buveur ne l'ignore, — celui qui ressent le plus vivement l'action de l'alcool. Mais les expériences sur les animaux vivants ont en outre démontré que le tissu nerveux est, entre tous, celui qui retient et emmagasine, en quelque sorte, la plus forte proportion d'alcool.

15. Mis en contact, par les petits vaisseaux sanguins, avec la substance cérébrale, l'alcool exalte les fonctions du cerveau, et cette exaltation, dont le degré est en rapport avec la proportion d'alcool absorbé, se traduit, en passant par toutes les phases de l'ivresse, d'abord par un entrain joyeux, presque toujours bienveillant, auquel succède bientôt un intarissable bavardage, avec une tendance marquée à tourner dans le même cercle d'idées; la marche, qui, au début, était très-alerte, et dont l'allure semblait devoir défier toute fatigue, devient alors moins assurée; puis, la gaieté fait place à un certain degré d'irritabilité qu'accompagne presque toujours un invincible entêtement. A partir de ce moment, la scène change complétement d'aspect; ce n'est plus seulement de l'excitation, c'est une perversion des idées, un véritable délire, plus ou moins querelleur, plus ou moins violent, qui tantôt aboutit à un verbiage incohérent, à un état d'agitation, avec tremblement de tous les membres, qui constitue un accès du *delirium tremens*, délire spécial des buveurs, pouvant à lui seul déterminer la mort, et tantôt dégénère en une crise de fureur dans laquelle l'homme devient capable de tous les crimes, et dont il n'évite d'ordinaire les horribles entraînements que parce qu'il tombe, épuisé par l'excès même de l'excitation à laquelle il est en proie, dans un état de prostration qui en fait une masse inerte : c'est l'homme *ivre-mort*.

16. Lorsque de pareils excès se reproduisent à de courts intervalles, et même lorsque l'action de l'alcool, sans dépasser la légère excitation du début, se répète chaque jour, au simple ébranlement du tissu nerveux qu'a produit d'abord cette excitation, succèdent peu à peu des lésions matérielles, depuis la congestion diffuse, plus ou moins généralisée, plus ou moins persistante du cerveau, jusqu'au ramollissement. Et, alors, ce n'est plus par une effervescence joyeuse, non plus, il est vrai, que par des accès de fureur, que se révèlent ces désordres, mais par des maux de tête persistants, des vertiges, puis bientôt par un affaiblissement graduel des facultés intellectuelles, la paresse d'esprit, la perte de la mémoire, l'embarras de la parole, le tremblement incessant des membres, des accès passagers de délire tantôt calme et tantôt agité, alternant souvent avec des accès d'épilepsie, et finalement la folie, l'imbécillité et la paralysie, qu'a souvent précédée de longue date la stérilité ou une impuissance absolue.

17. L'alcool agit sur le *foie* comme sur le cerveau, en le congestionnant; mais à cette congestion, aussi passagère que celle du tissu nerveux, si l'action de l'alcool a été tout à fait accidentelle, succède bien souvent, lorsque l'usage des boissons alcooliques devient copieux et continu, une véritable inflammation aboutissant, tantôt à la suppuration du foie, ce qu'on observe surtout dans les pays chauds, tantôt, et c'est le cas le plus ordinaire, à une augmentation de volume de cet organe, avec ou sans induration, tantôt enfin à une dégénérescence, soit graisseuse, soit fibreuse (*cirrhose*) du tissu normal. — Pour le buveur, tous ces désordres s'annoncent par des troubles digestifs fort analogues à ceux que détermine l'action directe de l'alcool sur l'estomac (voy. paragr. 12), en général moins douloureux, il est vrai, mais compliqués de jaunisse et d'hydropisie, et aggravés, dans les dernières périodes, de toutes les angoisses qui, pendant de longs mois, précèdent la mort, lorsque l'eau accumulée dans le ventre refoule les poumons et le cœur.

18. La surface des *bronches* est peut-être la plus large voie d'élimination de l'alcool; tout le monde sait à quel point l'haleine des buveurs en est imprégnée; mais, s'il est rejeté facilement par les *poumons*, l'alcool n'en pénètre pas moins, dans tous les sens, ces organes si vasculaires, en les congestionnant et en leur donnant une tendance extrême à s'enflammer, lorsque des excès répétés les soumettent fréquemment à son action; et ainsi s'explique la toux sèche, quinteuse, opiniâtre de beaucoup de buveurs; la fréquence, chez la plupart d'entre eux, de la fluxion de poitrine, de la bronchite aiguë ou chronique, avec ou sans phthisie consécutive, mais presque toujours avec complication de maladie du cœur.

19. Il importe, d'ailleurs, de ne pas perdre de vue que les maladies du cœur, si pénibles à toutes leurs périodes par l'oppression qu'elles causent, et qui se terminent toujours, soit par la mort subite, soit par hydropisie générale, peuvent se produire d'emblée sous l'influence des excès alcooliques, la membrane du cœur et des vaisseaux n'échappant pas plus que les autres tissus à l'action irritante de l'alcool.

20. En traversant les *reins*, qui le rejettent rapidement et en grande partie décomposé avec les urines, l'alcool excite les fonctions de ces organes; c'est un fait de notion vulgaire que, à quantité égale, les boissons alcooliques font uriner beaucoup plus que l'eau pure; or, si cette excitation se répète fréquemment, le tissu des *reins*, comme celui du *cerveau*, du *foie* et des *poumons*, se congestionne et s'enflamme, en même temps que surviennent des douleurs de reins, des pissements de sang et de pus, avec la complication si habituelle de catarrhe de la vessie et de ces inflammations de la prostate qui, par la rétention ou l'incontinence des urines, et la série de douloureuses opérations qu'elles nécessitent, font de la vie des malheureux condamnés à toutes ces misères par leurs excès alcooliques un affreux supplice, qu'ils abrégent souvent par le suicide.

21. En dehors de ces maladies déjà si nombreuses, il en est d'autres encore, moins redoutables en général, mais graves, néanmoins, par quelques-unes de leurs conséquences, et qu'on est également en droit de rapporter à l'action de l'alcool. Chez tel buveur, cette action se manifestera par l'apparition fréquente de *furoncles* ou d'*anthrax*; chez tel autre, par de simples éruptions de pustules disséminées sur le corps (*acné, ecthyma*) ou par des rougeurs persistantes de la face (*couperose*), ou bien encore par des *dartres* plus ou moins rebelles (*eczéma, lichen*); chez un autre, enfin, par la tendance à produire un excès d'acide urique (urines rouges briquetées), dont l'accumulation amène presque fatalement la *goutte* et la *gravelle*, si souvent suivie elle-même de la *pierre*.

22. Ainsi, l'abus des boissons alcooliques engendre des maladies nombreuses; mais avant même d'avoir produit tous ces désordres matériels et les troubles de santé qu'ils entraînent, il a déjà pour effet d'aggraver les maladies qui se développent accidentellement chez les buveurs, et de compromettre de la manière la plus sérieuse la cicatrisation de leurs blessures, ou le succès des opérations qu'ils peuvent subir.

A. *Maladies internes.* — Chez les alcooliques, toutes les maladies aiguës ont une remarquable tendance à se compliquer d'un délire toujours agité, souvent furieux, qui, par sa violence seule, met le malade en danger de mort, et qui, en tout cas, rend sa guérison plus difficile et sa convalescence plus longue (*delirium tremens* semblable à celui qui se produit dans certains cas d'alcoolisme aigu). (V. § 15.)

La fluxion de poitrine est sans contredit la maladie qui, chez les ivrognes, est le plus ordinairement aggravée par ce délire. Quant aux autres maladies aiguës, il n'est pas douteux qu'elles sont troublées dans leur marche par l'état de congestion qu'entretient dans tous les tissus la pénétration de l'alcool; il suffit de citer, comme preuve à l'appui, la marche lente du catarrhe aigu des bronches et de l'intestin chez les buveurs. — Dans les maladies chroniques dont le développement n'est pas dû à l'action directe de l'alcool, son influence est moins facile à saisir; mais qui ne sait cependant combien sont rebelles, chez les alcooliques, les catarrhes chroniques des bronches et de la vessie, ainsi que les dartres ?

Maladies chirurgicales. — Traumatisme accidentel ou opératoire. — Les chirurgiens constatent chaque jour que l'ivresse est la cause prochaine d'un grand nombre d'accidents, et que l'alcoolisme exerce sur la marche des blessures l'influence la plus funeste.

Ivre ou seulement excité par l'alcool, l'homme le plus doux, le plus sage, devient, à l'occasion, querelleur ou fanfaron; de là des rixes sanglantes ou des tours de force périlleux. La même cause augmente singulièrement les dangers inhérents à certaines professions, dangers qu'on évite ou qu'on maîtrise sans peine avec de l'adresse et du sang-froid, mais dont devient victime celui que la boisson rend imprudent, faible ou maladroit.

Le dieu tutélaire des ivrognes n'existe pas; il suffit, pour s'en convaincre, de relever dans les hôpitaux les circonstances dans lesquelles se produisent un grand nombre de blessures.

L'ivresse est pour le chirurgien une source d'embarras nombreux; elle rend parfois le diagnostic malaisé et le traitement difficile ou inefficace; elle interdit l'emploi opportun d'un moyen utile : saignée, vomitif, chloroforme; elle fait ajourner une opération pressante ou user de violence, là où la douceur eût suffi; elle

(1) Bien que quelques modifications doivent être introduites dans la rédaction définitive de cet Avis, par suite de la discussion à laquelle il a été soumis, nous n'en croyons pas moins devoir le mettre dès à présent sous les yeux de nos lecteurs, ces modifications ne devant porter que sur quelques points de détail très-accessoires, et ne changeant rien au fond et à l'ensemble du travail.

force le praticien à traiter son malade comme le vétérinaire traite la brute.

L'empoisonnement alcoolique invétéré a des conséquences plus redoutables encore; une blessure minime, sans gravité chez un homme sobre et sain, devient souvent, chez l'ivrogne, le point de départ d'accidents terribles que l'art est impuissant à conjurer.

Le système nerveux est tout d'abord envahi; on voit éclater le *delirium tremens*, souvent accompagné de convulsions violentes, de mouvements désordonnés, de symptômes qui rappellent l'épilepsie ou le tétanos, et enfin d'actes très-préjudiciables à la guérison. Tel ivrogne atteint de fracture se lève et marche sur la jambe blessée; tel autre enlève son appareil et agite violemment son membre brisé; un autre arrache les pièces de son pansement et provoque une hémorrhagie foudroyante, etc. Agité par la fièvre, dévoré par la soif, ayant pour la nourriture un dégoût insurmontable, l'alcoolique blessé refuse ou rejette les aliments réparateurs si utiles à la guérison des blessures, et présente bientôt les symptômes de l'embarras intestinal et les conséquences d'une diète forcée. Le mauvais état antérieur des principaux organes, foie, reins, poumons, s'aggrave encore et favorise le développement des complications internes. La réparation des dégâts causés par la blessure exige un sang pur et le concours régulier de toutes les fonctions nutritives. Avec un sang altéré et des fonctions profondément troublées, la cicatrisation est rendue difficile ou impossible. Aussi voit-on surgir au point blessé des complications nombreuses. Les plaies prennent mauvais aspect, elles sont douloureuses ou enflammées, recouvertes de débris putréfiés ou d'un pus de mauvaise nature. Le phlegmon, l'érysipèle, la gangrène, s'y montrent et versent dans le sang déjà altéré des poisons terribles qui achèvent bientôt l'œuvre de destruction. En supposant conjurés tous ces dangers, la cicatrisation n'en reste pas moins longue et difficile à obtenir. Les opérations les plus simples et les mieux exécutées échouent fréquemment. La réunion immédiate des plaies réussit rarement, et les grandes amputations entraînent presque toujours la mort. On n'est pas plus heureux en tentant la conservation des membres grièvement blessés; la vie se prolonge au milieu de souffrances incessantes ou d'accidents réitérés, mais elle finit par s'éteindre dans l'épuisement, si elle n'est pas tranchée brutalement par quelque complication rapide.

Si les chirurgiens n'avaient pas connu depuis longtemps la gravité extrême des blessures et des opérations chez les alcooliques, ils auraient pu la constater sans peine à la suite des derniers événements qui ont ensanglanté la capitale.

23. Enfin, non-seulement le buveur ruine sa santé, mais il compromet d'avance celle de sa descendance; chez beaucoup de rachitiques, de scrofuleux et de phthisiques, la maladie qui les mine a pour cause principale les excès alcooliques de leurs parents. Enfin quelques observations tendraient à prouver que certains enfants ne sont devenus épileptiques ou ne sont sujets aux convulsions, que pour avoir été procréés dans l'ivresse.

24. Il ne suffit pas de faire connaître tous les maux que produit l'abus de l'alcool, il faut encore indiquer les circonstances qui, dans l'usage des boissons fermentées et de l'eau-de-vie, sont le plus propres à favoriser la production de ces maux.

25. Et d'abord, un fait qu'il faut proclamer bien haut et qu'il ne faut pas se lasser de rappeler, car si tout monde le sait, tout le monde aussi semble l'oublier, c'est que « toute boisson alcoolique, vin, bière, cidre, eau-de-vie ou liqueur, lorsqu'elle est prise en dehors des repas, agit beaucoup plus rapidement et avec beaucoup plus d'énergie sur l'estomac et le cerveau, que lorsqu'elle est mélangée aux aliments. » L'immense majorité des cas d'alcoolisme aigu ou chronique est due à la funeste habitude qu'ont aujourd'hui tant de gens, et cela dans toutes les classes, de prendre, soit le matin à jeun, soit avant le repas du soir, les uns du vin pur, les autres, en bien plus grand nombre, des vins alcooliques secs, de l'eau-de-vie ou des liqueurs. C'est à ce pernicieux usage, et à ses progrès si rapides depuis vingt ans, qu'il faut attribuer, en partie, l'affaissement physique et moral dont ce pays ressent encore si cruellement, chaque jour, les tristes effets.

26. Par sa composition (eau, alcool, éther, tannin, sel), le vin constitue, au titre de 9 à 11 p. 100 d'alcool et étendu de deux tiers d'eau, une excellente boisson pour les repas; un homme qui se livre à un travail manuel exigeant des efforts soutenus peut sans inconvénient consommer un litre de vin par jour, tandis qu'en dehors de ces conditions de travail, 40 à 60 centilitres suffisent. Mais lorsque le vin est pris pur, dans l'intervalle des repas, et surtout le matin, à jeun, il peut, à lui seul, produire tous les accidents de l'alcoolisme; il n'y a pas d'asile d'aliénés qui ne compte un certain nombre de pensionnaires dont la folie n'a d'autre cause que ce coup du matin, si inoffensif en apparence.

27. La plupart des bières et des cidres livrés à la consommation générale ont un titre alcoolique si peu élevé (de 2 à 4 pour 100) qu'ils ne peuvent guère à eux seuls donner lieu aux accidents de l'alcoolisme aigu ou chronique. D'un autre côté, comme ils répondent, par les principes qu'ils renferment (eau, alcool, sucre, principes amers, sels, arome) aux divers besoins que doivent satisfaire les breuvages pris au repas, on peut dire qu'ils présentent aussi les qualités d'une bonne boisson, mais inférieure au vin toutefois, qui produit les mêmes effets utiles, sous un moindre volume, sans distendre par conséquent l'estomac outre mesure et sans gorger de liquide le système veineux.

Une pinte de bière ou de cidre commun, par repas, suffit pour un travailleur; c'est donc sans profit pour la santé que les campagnards et les ouvriers de nos provinces du nord et du nord-ouest engloutissent à leurs repas d'énormes pots de bière ou de cidre. Mais c'est au grand détriment de cette santé que s'est établie, dans ces provinces, chez les femmes aussi bien que chez les hommes, l'habitude soit d'ajouter à la boisson, soit de consommer sans mélange des quantités considérables d'eau-de-vie, dans le seul but d'obtenir de cette liqueur l'excitation cérébrale que la bière et le cidre sont impuissants à donner.

28. C'est en effet sous forme d'eau-de-vie ou de liqueur que l'alcool exerce sur les populations les plus grands ravages. Tant qu'il a été obtenu exclusivement par la distillation du vin, sa consommation limitée, comme la culture de la vigne, n'a produit en quelque sorte que des maux isolés; mais du jour où l'extraction de l'alcool des grains, de la pomme de terre, et plus tard de la betterave, a permis de jeter dans le commerce des boissons, à des prix extrêmement réduits, des quantités illimitées d'esprit-de-vin artificiel, les ravages de l'alcoolisme sont devenus inquiétants, ils sont aujourd'hui un malheur public.

29. Autrefois, l'ouvrier, aux champs comme à la ville, se bornait à boire, le matin, à jeun, sous prétexte de neutraliser les effets de la brume matinale, un verre de vin pur, plutôt blanc que rouge, précisément parce que le vin blanc excite plus rapidement le cerveau; il y avait déjà dans cet usage un sérieux danger. Mais plus tard, le vin blanc n'a plus suffi, et, le bas prix des alcools aidant, c'est par une liqueur (cassis) qu'on l'a remplacé, au moins dans les villes, pour obtenir plus vite et à un plus haut degré l'excitation désirée; enfin, aujourd'hui, cette liqueur elle-même qui, par l'huile essentielle et le suc qu'elle renferme, flatte, plus que les eaux-de-vie communes, le goût des buveurs, est devenue trop fade à leur gré, et maintenant l'immense majorité des ouvriers consomme chaque matin, à jeun, c'est-à-dire dans les conditions les plus favorables à l'absorption de l'alcool, un breuvage pernicieux qu'on appelle le *mêlé*, et qui n'est que la liqueur du cassis additionnée d'une forte proportion d'alcool.

30. L'usage du mêlé suffit parfaitement pour produire l'alcoolisme chronique, mais l'usage de la liqueur d'absinthe, qui, de l'armée, s'est propagé si rapidement dans la population civile, est peut-être plus pernicieux encore, moins à cause de certaines propriétés spéciales qui ont été attribuées à l'extrait d'absinthe, sans avoir été jusqu'à ce jour suffisamment prouvées, que parce que cette liqueur est, de toutes, celle qui renferme la plus forte proportion d'alcool, et qu'elle est toujours prise avant les repas, précisément dans le but de ranimer les fonctions digestives qu'elle contribue à rendre chaque jour plus languissantes.

31. Dans les campagnes, ni le mêlé, ni la liqueur d'absinthe, ne sont encore d'un usage très-répandu; mais la consommation des eaux-de-vie artificielles dans l'intervalle des repas y fait des progrès d'année en année plus inquiétants, et si l'on n'y met ordre, y rendra l'alcoolisme aussi fréquent que dans les populations urbaines.

32. De ce que l'on insiste particulièrement ici sur les dangers dont sont menacés les buveurs qui consomment vin pur, eau-de-vie ou liqueur en dehors des repas, c'est-à-dire lorsque l'estomac, vide d'aliments, absorbe plus rapidement l'alcool, il ne faudrait pas conclure que, dans des conditions opposées, leur usage est complétement inoffensif. Il n'est pas de médecin, au contraire, qui n'ait eu l'occasion de constater la fâcheuse influence qu'exerce sur la santé l'habitude qu'ont beaucoup de gens qui se croient très-sobres et qui passent pour tels, soit de ne boire que du vin pur aux repas, soit de prendre chaque jour, après l'un des repas, sinon à tous, un petit verre d'eau-de-vie, ou pure, ou mélangée à du café chaud, ce qui rend peut-être plus énergique encore l'action de l'alcool. Sans doute, de pareilles habitudes ont rarement suffi pour produire les formes graves de l'alcoolisme; mais que de troubles digestifs, que de maux de tête rebelles, que d'accès de goutte ou de gravelle, que de catarrhes bronchiques ne voit-on pas, soit disparaître rapidement chez les individus assez sages pour renoncer à l'usage de toutes ces boissons irritantes, soit au contraire s'aggraver et subir des transformations qui les rendent irrémédiables, chez ceux qu'une incurable faiblesse rend impuissants à dominer leur sensualité!

33. Ces pages n'exagèrent rien, elles ne disent rien que d'absolument vrai. Quel bien peuvent-elles produire? Dans quelle mesure réussiront-elles à ralentir les progrès du fléau qui nous envahit? L'avenir le dira. Mais s'il n'est guère permis de compter qu'elles agiront sur l'esprit des buveurs endurcis pour les faire renoncer à la funeste passion qui les domine, ne peut-on pas espérer, sans trop présumer de leur valeur, qu'elles arrêteront, sur la pente qui les attire, quelques-uns de ceux qui, enclins à se laisser entraîner à des écarts de régime, ou adonnés déjà à quelqu'une des habitudes alcooliques les moins dangereuses en apparence, sont encore assez maîtres d'eux-mêmes pour profiter d'un avertissement? C'est à ceux-là surtout que ces pages s'adressent. Qu'ils s'observent donc, qu'ils étudient leurs sensations, qu'ils cherchent à se rendre compte des effets que produit sur eux, soit le vin pur, soit l'eau-de-vie, sous quelque forme qu'ils la prennent; que, pour faire la contre-épreuve, ils se sèvrent, pendant un temps plus ou moins long, de ce stimulant qui leur plaît et qui leur est devenu habituel; puis, qu'ils comparent, et bientôt ils ne pourront méconnaître que leur force physique, plus constamment égale, s'est véritablement accrue; que leur appétit est plus vif et plus régulier; que leurs digestions sont moins pénibles, et qu'enfin leur esprit est plus net et plus actif. Or, pour tous ceux qui ont quelque souci de leur dignité, au moins de leur santé, cette épreuve suffira peut-être, et ils couperont court à des habitudes dont ils auront eux-mêmes constaté les fâcheux effets. Mais il faut qu'ils fassent plus encore, il faut qu'ils entrent, avec tous les gens pénétrés de l'amour du bien public, dans une ligue contre l'alcoolisme, pour faire à leur tour de la propagande; car il faut désormais lutter contre cet implacable ennemi, sans repos ni trêve : le salut du pays est à ce prix.

DE L'EMPLOI THÉRAPEUTIQUE

DE QUELQUES BROMURES ORGANIQUES

Par le docteur Richardson.

Ce sont les bromures de quinine, de morphine, de strychnine, l'éther bromhydrique et le bromure de méthyle que l'auteur a expérimentés.

Les trois premiers composés sont obtenus directement en faisant agir l'acide bromhydrique sur la quinine, la morphine ou la strychnine; c'est ordinairement en faisant réagir le bromure de potassium et un sel de l'un de ces trois alcaloïdes. M. Richardson administre le bromure ainsi obtenu, dans un sirop, dans la proportion de 40 centigrammes de bromure de quinine, de 5 centigrammes de bromure de morphine et 1 centigramme de bromure de strychnine pour 30 grammes de sirop simple. Suivant les cas, il combine l'administration de ces bromures deux à deux ou même trois à trois, il prépare ainsi des sirops contenant à la fois, pour 30 grammes de sirop simple, 0,40 de bromure de quinine et 0,05 de bromure de morphine, ou même les trois bromures précédents dans les proportions que nous venons d'indiquer.

Le bromure de quinine a rendu des services à M. Richardson dans ces accidents mal définis que l'on observe souvent sur les syphilitiques et que l'on rapporte habituellement à la syphilis, tels sont ces douleurs rhumatoïdes chroniques, ces vieux engorgements inguinaux, ces épuisements nerveux, ces douleurs lancinantes opiniâtres dans les membres, cette perte de l'appétit avec chute de cheveux et débilité générale qui ne sont pas rares à la suite de la syphilis; il croit qu'on se trouverait bien de ce médicament dans les fièvres en général, dans la première période de la variole et des maladies contagieuses; c'est un sujet d'étude qu'il est dans l'intention de poursuivre. *Le bromure de quinine* présente du reste sur les autres sels de quinine le grand avantage d'être toléré à plus haute dose sans produire les vertiges et les autres accidents d'intolérance propres aux préparations quiniques.

Le bromure de morphine est indiqué dans tous les cas qui réclament les autres composés de morphine, il a sur eux l'avantage d'agir à plus petite dose et de pouvoir être répété plus souvent sans produire d'effets fâcheux : ainsi, dans un cas d'extrême dépression nerveuse avec insomnie et insanité, le bromure de morphine donna de très-beaux résultats, alors que l'emploi du chlorhydrate de morphine et de l'hydrate de chloral avait dû être abandonné à cause de l'insuffisance de ces substances ou du don de tolérance que l'économie était arrivée à avoir pour elles.

Les bromures de quinine et de morphine associés constituent une combinaison que M. Richardson recommande très chaudement, surtout dans la névralgie aiguë, dans l'irritation cérébrale, dans la phthisie diabétique et dans l'intermittence cardiaque nerveuse. Il cite des cas de névralgie intense ayant résisté à de nombreux médicaments et qui ont cédé rapidement à une cuillerée à café du sirop composé dont nous avons donné précédemment la formule, administré toutes les deux heures. Dans la phthisie diabétique, sous l'influence de ce sirop, la quantité des urines diminue considérablement, ainsi que le sucre qu'elles renferment, la toux est soulagée, l'appétit revient et l'état général s'améliore. Plusieurs personnes atteintes de ces intermittences si pénibles du pouls et des battements cardiaques avec céphalalgie, insomnie, agitation, ont été considérablement soulagées sans éprouver le moindre narcotisme ni le moindre trouble digestif sous l'influence du médicament.

Le bromure de strychnine a rendu de grands services dans les cas de dyspepsie avec défaut dans l'innervation de l'estomac, engorgement du foie, alternatives de diarrhée et de constipation, vertiges, légère oppression précordiale. Lorsque la dyspepsie s'accompagne de douleurs, le bromure de strychnine peut avantageusement être combiné avec le bromure de quinine ou de morphine. L'auteur a même administré souvent avec bonheur les trois bromures conjointement dans des cas analogues aux précédents.

Les bromures sont contre-indiqués lorsque existent de la sécheresse et de l'irritation du larynx et du pharynx; car ils augmentent cette irritation et peuvent produire de la toux et des spasmes.

Le bromure d'étyle ou *éther bromhydrique* (C2 H5 Br.) est un liquide peu volatil que l'on obtient en distillant quatre parties de bromure de potassium en poudre avec cinq parties d'un mélange consistant en deux parties d'acide sulfurique fort et une partie d'alcool rectifié. Ce corps est un anesthésique général très-puissant et tout à fait inoffensif. Une atmosphère contenant 8 à 9 p. 100 de vapeur de bromure d'éthyle produit rapidement et sans danger par inhalation la perte de la sensibilité générale; la respiration reste tranquille, le pouls calme et la transition du premier au second degré du narcotisme est si prompte que la période d'excitation musculaire est à peine appréciable. Lorsque l'on pousse l'anesthésie à l'extrême, la résistance cardiaque est bonne; enfin quand on cesse l'inhalation, le retour à la connaissance est rapide, il se produit en trois ou cinq minutes, car l'insolubilité du liquide dans le sang en favorise l'élimination.

Quand sur les animaux on prolonge l'anesthésie jusqu'à la mort, on trouve à l'autopsie le cœur non congestionné; ses quatre cavités contiennent un sang normalement coloré, et il conserve son irritabilité longtemps encore. Les poumons contiennent du sang sans en être surchargés.

Malgré toutes ces heureuses propriétés, M. Richardson ne croit pas, comme M. Nunneley serait porté à le faire, que le bromure d'étyle puisse supplanter dans la pratique les anesthésiques généraux classiques, parce qu'il produit de l'irritation de la gorge et des vomissements, et parce qu'il s'altère à l'air en abandonnant une certaine quantité de brome, ce qui rend alors son inhalation difficile ou dangereuse.

Le bromure de méthyle (C H5 Br.) est gazeux à la température ordinaire, on l'obtient avec un mélange à une basse température de 50 parties de brome, 200 d'alcool méthylique et 7 de phosphore. Sous l'influence du froid, il devient liquide, mais bout à 55° Fahr. Il a les mêmes propriétés et les mêmes défauts que le bromure d'éthyle; c'est un anesthésique général, mais de plus c'est comme lui un puissant désinfectant, et c'est comme tel que ces deux corps pourraient entrer dans la pratique. Ils détruisent et décomposent les matières organiques, et leur grande volatilité les rendrait d'un précieux secours dans certaines maladies. L'auteur pense qu'on pourrait les employer contre les ulcérations phadégéniques et malignes de la peau et du gosier, dans les cas de cavernes pulmonaires avec produits de sécrétion infecte, ou dans certaines maladies de l'utérus avec rétention et putridité des matières excrétées. On administrerait alors le médicament, soit en inhalations dans les cas d'affections du gosier ou des poumons, soit en application sur du coton dans les cas d'affections cutanées ou utérines. (*The Practitioner*, juin 1871.)

DOCUMENTS

POUR SERVIR A L'HISTOIRE DU MOUVEMENT SCIENTIFIQUE PENDANT LE SIÉGE DE PARIS (1).

10 FÉVRIER.

Clinique interne. — Nous reproduisons, d'après la *Gazette hebdomadaire*, un intéressant travail de M. le docteur Fournier, médecin de l'hôpital de Lourcine :

Note sur certains cas curieux de boulimie et de polydipsie d'origine syphilitique, par le docteur Alfred Fournier, médecin de l'hôpital de Lourçine, professeur agrégé de la Faculté.

Il se produit parfois dans le cours de la syphilis secondaire, chez la femme spécialement, un symptôme très-singulier, consistant en une exagération temporaire de l'appétit, laquelle même, en certains cas, atteint les proportions d'une *boulimie* véritable.

C'est à l'étude de ce symptôme, encore très-peu connu, que seront consacrées les pages qui vont suivre.

Je reconnais immédiatement ce qu'un trouble morbide de cette nature peut éveiller de défiance, en raison de sa bizarrerie même. Je m'attends à ce que sa nature, son essence syphilitique, semble contestable et soit contestée. Je pressens d'autant plus les oppositions qu'il rencontrera, que moi-même j'ai mis en doute tout d'abord sa connexion pathogénique avec la syphilis. Mais ces doutes n'ont pu subsister devant les faits et l'évidence clinique. L'étude scrupuleuse d'une cinquantaine d'observations m'a convaincu que le phénomène singulier, dont il va être question, se rattache certainement à la syphilis comme un effet à sa cause, et constitue une manisfestation diathésique imputable au bilan, déjà si chargé, de la vérole.

Cette conviction, je désirerais la faire passer dans l'esprit de mes lecteurs; elle ressortira pour eux, je l'espère, des faits que je vais produire.

I

Déterminons d'abord les conditions dans lesquelles se présente le symptôme morbide sur lequel je me propose d'appeler l'attention.

I. C'est, ai-je dit, dans le cours de la période secondaire que se produit — du moins d'après ce que j'ai vu jusqu'alors — l'exagération boulimique de l'appétit qu'on observe parfois chez les sujets syphilitiques.

Il résulte, en effet, du relevé de mes notes, que tous les malades (au nombre de 49) sur lesquels j'ai constaté ce trouble spécial de l'appétit, étaient encore à une époque très-jeune de la diathèse. Un seul était syphilitique depuis un an. Chez tous les autres, la maladie remontait au plus à neuf mois, et chez la plupart même, le début de l'infection ne datait que de trois à six mois.

Je dois encore, comme particularité très-curieuse, spécifier que sur bon nombre d'entre eux l'exagération morbide de l'appétit, la boulimie syphilitique, pour l'appeler par son nom, s'est produite avec les premiers phénomènes constitutionnels, c'est-à-dire au début même de la période secondaire. Sur seize de ces malades, elle a coïncidé comme apparition avec ce qu'on appelle la première poussée des accidents généraux. C'est ce dont témoignent plusieurs des observations consignées dans ce mémoire. C'est, pour en citer immédiatement un exemple, ce que nous avons constaté sur la malade dont on va lire l'histoire. Chez cette jeune femme, coïncidemment avec l'explosion des premiers phénomènes secondaires (roséole, céphalée, malaise général, courbature, insomnie, etc.), il s'est manifesté une exagération très-vive de l'appétit, une véritable boulimie associée à un autre symptôme qui l'accompagne assez fréquemment, la polydipsie. — Voici ce fait :

« Obs. I. — *Syphilis, Chancres indurés multiples. — Boulimie et polydipsie se manifestant au début même de la période secondaire, avec la première poussée des accidents constitutionnels. — Polydipsie persistante après la disparition de la boulimie. — Accidents secondaires multiples : syphilides, céphalée, insomnie, fièvre spécifique, sueurs, arthralgie, douleurs musculaires, periostoses, algidités périphériques, etc.* — G.... (Appoline), domestique âgée de dix-huit ans, entre, le 12 janvier 1869, à l'hôpital de Lourcine, salle Saint-Clément, n° 28.

« C'est une fille d'une constitution robuste, d'une bonne santé habituelle. — Bien réglée. — Aucune maladie vénérienne antérieure.

« Il y a quinze jours environ qu'elle a ressenti quelques cuissons à la vulve et qu'elle s'est aperçue de l'existence en ce point d'un certain nombre de boutons. Elle n'a fait jusqu'à ce jour aucun traitement.

« Nous constatons sur elle, à la date du 12 janvier, des chancres multiples, à induration parcheminée ou foliacée, siégeant sur les petites lèvres, les grandes lèvres et la région périnéale. — Pléiades inguinales à ganglions durs et indolents. — Aucun autre accident syphilitique. — On prescrit un simple traitemeni local et des bains.

« Vers le 1er février s'annoncent les premiers phénomènes secondaires, consistant en ceci : malaise général, courbature, insomnie, douleurs de tête; apparition sur l'abdomen de quelques petites taches rosées; fièvre vespérine; et, simultanément, exagération très-appréciable de l'appétit qui, d'un jour à l'autre, devient impérieux et continu, soif très vive.

« 7 février, mêmes phénomènes. Roséole plus accusée. Céphalée intense. Fièvre vespérine et sueurs nocturnes. Appétit très-violent et soif très-vive. La malade mange à toute heure de la journée, et à peine a-t-elle mangé qu'elle éprouve presque aussitôt le besoin de la faim. — Urines normales. — Traitement : une pilule de proto-iodure d'hydrargire à 5 centigrammes.

« 8 février, même état. La malade, suivant son propre dire, « ne fait que manger et boire d'un bout à l'autre de la journée. » Fièvre le soir (pouls à 100, température axillaire à 37°,8). — Épistaxis abondante. — 2 pilules.

« Les jours suivants, cette faim extraordinaire s'apaise; la malade revient à son appétit normal, et ne mange plus que trois portions par jour; mais la soif persiste. — Du reste, les accès fébriles continuent à se manifester vers le soir. — Aux phénomènes qui précèdent s'ajoutent encore des arthralgies multiples (genoux, coudes, poignets), des douleurs musculaires, du brisement dans les membres, des nausées, des souffrances mal définies et non localisables dans l'abdomen, et des périostoses superficielles au niveau des bosses frontales.

« Le 15, la malade ne mange plus qu'une portion. En revanche, elle est tourmentée d'une soif continuelle. Indépendamment de sa ration de vin, elle boit au moins 3 litres d'eau par jour; elle urine beaucoup; la nuit elle se lève, dit-elle, sept ou huit fois pour uriner.

« Le 18, amélioration au point de vue de la fièvre, qui paraît avoir cédé, de la courbature qui est moindre, et de quelques douleurs (arthralgies, céphalée) qui ont disparu. Mais la soif persiste et a même augmenté. Hier, la malade a émis 3 litres et demi d'une urine claire et transparente.

« Le 19, même état. Non compris la ration de vin réglementaire, la malade a bu 4 litres d'eau, sans pouvoir résister aux sollicitations d'une soif impérieuse. Quantité d'urine émise = 4 litres et demi.

« Le 20, même état. Frisson vers le soir; extrémités très-froides, glacées. Céphalalgie très-vive.

« Le 21, 3 litres d'urine. — Cette urine est très-claire, transparente; elle marque 1,004 au densimètre. Analysée très-soigneusement, elle ne contient pas trace de glycose. — Depuis quelques jours, apparition de petites papules à la vulve, et de croûtes acnéiformes sur le cuir chevelu.

« Le 23, amélioration notable. La fièvre n'a plus reparu, la soif s'est calmée très-notablement; elle est presque normale. — La roséole s'est effacée.

« Les jours suivants, amélioration soutenue. Tous les phénomènes morbides disparaissent, et l'état général redevient excellent.

« *Exeat*, en bon état, le 15 mars. »

II. — En second lieu, ai-je ajouté, c'est chez la femme, plus spécialement, que l'on observe ce trouble singulier de l'appétit.

Assez commun chez la femme, puisque, dans l'espace de quatre années, je l'ai rencontré sur une cinquantaine de mes malades de Lourcine, il est au contraire très-rare et presque exceptionnel chez l'homme. Cette différence pouvait être prévue à priori. Le symptôme, en effet, que nous étudions actuellement est de l'ordre des manifestations nerveuses de la syphilis, lesquelles, très-fréquentes dans le sexe féminin, ne s'observent dans le nôtre qu'en un nombre de cas relativement bien moindre, et ne s'observent jamais, je puis le dire, avec une égale multiplicité, non plus qu'avec une intensité comparable.

Chez l'homme, toutefois, et surtout chez l'homme très-jeune, on rencontre de temps à autre la boulimie syphilitique. Pour n'en citer qu'un exemple, je donne actuellement mes soins à un jeune homme de dix-neuf ans, qui, trois semaines environ après l'explosion des premiers phénomènes secondaires, a été pris subitement et sans cause d'une exagération extraordinaire de l'appétit. — Mais ce qui est à remarquer, c'est que les sujets de notre sexe sur lesquels se produit ce symptôme, sont presque toujours des individus qui se rapprochent plus ou moins des attributs du sexe féminin, soit par le caractère lymphatique de leur tempérament, soit par leur constitution délicate, soit surtout par une susceptibilité nerveuse exagérée (1).

III. — Enfin, comme troisième point, je dois spécifier encore que ce symptôme morbide ne se produit pas indifféremment dans telle ou telle forme de syphilis. Les sujets qu'il affecte de préférence sont ceux, comme nous le verrons plus loin, chez lesquels la maladie se montre doublement remarquable par la multiplicité et la forme nerveuse de ses manifestations. Jamais, d'une part, la boulimie ne se montre chez un syphilitique à l'état de phénomène isolé; elle fait toujours partie d'un ensemble, elle se produit en compagnie, pour ainsi dire, et associée à d'autres accidents. Et, d'autre part, ces accidents sont presque toujours, pour la plus part du moins, de l'ordre de ceux qui dépendent évidemment d'une perturbation du système nerveux. Ainsi, chez la presque totalité des malades (femmes) sur lesquelles j'ai observé la boulimie, je l'ai vue se produire en coïncidence avec d'autres manifestations multiples et diverses (syphilis cutanées ou muqueuses, adénopathies, arthralgies, douleurs variées, onyxis, lésions oculaires, etc.), et notamment avec des manifestations nerveuses, telles que : céphalée, insomnie, douleurs névralgiques ou névralgiformes, troubles de sensibilité (analgésie), troubles des sens, étourdissements, accès convulsifs, asthénie, défaillances, algidités périphériques, sueurs générales ou locales, battements de cœur, irrégularités et faiblesses du pouls, fièvre, etc.

C'est ce que démontrera l'observation suivante, prise comme exemple.

« Obs. II. — *Chancres simples et chancre syphilitique. — Boulimie apparue coïncidemment avec les premiers accidents secondaires et se continuant en dépit de violents accès de fièvre et d'un état d'asthénie profonde. — Soif, coliques, diarrhée. — Accidents secondaires multiples : syphilides, céphalée, insomnie, courbature, douleurs diverses, épigastralgie, algidités périphériques, sueurs, vertiges, étourdissements, otalgie, asthénie, prostrations, palpitations, faiblesse singulière du pouls, aménorrhée, analgésie, etc.* — R.... (Marie), couturière, agée de vingt-trois ans, entre à l'hôpital de Lourcine le 25 mai 1869.

« Assez bonne santé habituelle. — Constitution moyenne. — Aucune maladie vénérienne antérieure. — Règles régulières.

« Cette femme qui se dit malade depuis une huitaine de jours (?) présent à la vulve et dans l'ampoule supérieure du vagin un mélange d'accidents, parmi lesquels nous croyons reconnaître à la fois des chancres simples et un chancre syphilitique. Ces accidents n'offrant point d'intérêt au point de vue qui nous occupe actuellement, je crois inutile de les décrire et je me borne à les signaler.

« Vers le 8 juin, s'annoncent les premiers phénomènes de la période secondaire, qui consistent en ceci : céphalée; douleurs thoraciques au niveau des deux dernières côtes; petites taches papuleuses, rosées, sur l'abdomen; croûtes du cuir chevelu; et, en même temps exagération notable de l'appétit, qui dégénère presque d'un jour à l'autre en une véritable boulimie. Ce symptôme a débuté environ le 8. Dès le 11, la malade nous raconte, non sans une certaine inquiètude, qu'elle ressent « un appétit extraordinaire, comme elle n'en a jamais éprouvé », qu'elle a toujours faim, même au sortir de table, qu'elle mange non-seulent la ration *maxima* d'hôpital, mais encore tout le pain et tous les restes qu'elle peut obtenir de ses compagnes. En un mot, suivant sa propre expression, « elle dévore. »

Le 14, boulimie extrême. — De plus, autres phénomènes singuliers : algidité véritable des extrémités (mains et pieds) qui sont en même temps couvertes de sueurs profuses. — Courbature générale, sentiment de fatigue dans tous les membres; douleurs vives dans les genoux, sans aucune lésion appréciable; insomnie, céphalée, vertiges, étourdissements dans la station. — La syphilide s'est accrue.

« En outre, la malade nous apprend que depuis une huitaine environ elle éprouve tous les soirs, de quatre à neuf heures, un accès de fièvre assez violent. Le soir de ce même jour, nous l'observons à ce point de vue, et nous constatons en effet, à six heures, une fièvre assez vive : pouls à 120; température axillaire à 38°,4. — Rate normale. — La malade n'a jamais eu de fièvre semblable, dit-elle; elle n'a jamais habité de pays à fièvres.

« Dans la journée, elle a mangé avec un appétit vorace. De la vie, dit-elle, elle n'a absorbé une telle quantité d'aliments. — Soif très-vive. — Épigastralgie. — Urines normales.

« Le 15, mêmes phénomènes, et spécialement boulimie, polydipsie, fièvre vespérine, etc. — En plus, diarrhée.

« Du 15 au 25, les mêmes phénomènes persistent, à savoir : boulimie très-vive, soif intense, diarrhée qui s'apaise un jour pour se reproduire le lendemain, et ainsi de suite; coliques; épigastralgie; fièvre intermittente vespérine, se continuant quelquefois une partie de la journée suivante; algidité des extrémités qui sont absolument glacées et trempées de sueur; céphalée, étourdissements; douleurs multiples dans les membres et le thorax; sensibilité douloureuse du cuir chevelu; otalgie; insomnie rebelle; battements de cœur; faiblesse excessive du pouls; syphilide érythémato-papuleuse assez discrète; psoriasis palmaire de forme légère; et surtout courbature générale, abattement extrême, prostration égale à celle d'une fièvre continue; la malade garde constamment le lit; il lui serait impossible de se lever. — Aménorrhée.

« Nous sommes vivement frappés d'un double fait : 1° la coïncidence d'un appétit des plus voraces avec des phénomènes fébriles très-accentués et un état de prostration presque typhoïde; 2° la conservation de la langue qui, pendant toute cette période, est restée nette, humide, sans le moindre enduit saburral.

« A dater du 26, la boulimie diminue rapidement et l'appétit redevient normal. Nous constatons en même temps une amélioration non douteuse dans les symptômes. La physionomie devient meilleure; la fièvre se calme; l'accablement est moindre, et même la malade peut se lever quelques heures. La plupart des douleurs et des phénomènes nerveux précédemment décrits disparaissent ou s'amendent d'une façon notable.

« Vers le 12 juillet, l'appétit diminue d'une manière considérable, et la malade ne mange plus qu'une seule portion de pain.

« Du 17 au 15 environ, il se produit une excitation nouvelle de l'appétit (six portions de pain par jour); puis ce symptôme s'apaise et ne reparaît plus.

« La suite de cette observation n'ayant plus trait à notre sujet actuel, je la résumerai en quelques mots. — Cette malade resta sujette, pendant les deux mois de séjour qu'elle fit encore dans notre service, à des manifestations syphilitiques aussi multiples que variées : état de langueur continue et d'affaissement (*asthénie diathésique*); accès de fièvre de temps à autre; sueurs, refroidissement des extrémités; douleurs vagues, erratiques, se localisant dans l'abdomen, les membres, les seins, etc.; de temps à autre, crise de céphalée; étourdissements, battements de cœur; aménorrhée; syphilides cutanées de forme toujours remarquablement superficielle, contrastant, par leur bénignité, avec l'intensité des phénomènes généraux; et finalement, en septembre, troubles de sensibilité, consistant en phénomènes analgésiques.

(Un traitement spécifique avait été formulé à cette malade dès le début des manifestations secondaires. S'il n'en a pas été question dans le cours de cette observation, c'est que, lors de sa sortie, cette femme avoua qu'elle n'avait jamais pris une seule des pilules ni des potions qu'on lui avait prescrites).

Résumant ce qui précède, relativement aux conditions dans lesquelles se présente le phénomène morbide que nous étudions, nous arrivons aux conclusions suivantes :

1° La boulimie syphilitique est un phénomène de la période secondaire, qui se produit le plus habituellement dans les premiers mois de la maladie, souvent même coïncidemment avec la première poussée des accidents dits constitutionnels ou généraux.

2° C'est un accident bien plus commun chez la femme que chez l'homme; — assez fréquent chez la femme, rare dans le sexe masculin.

3° C'est un accident qui ne se produit guère que dans certaines formes de syphilis, remarquables à la fois par la multiplicité et le caractère nerveux de leurs manifestations.

II

Le fait clinique que j'étudie est, en lui-même, des plus simples. Quelques mots suffiront à le spécifier.

Il consiste en ceci : une exagération momentanée de l'appétit, s'élevant aux proportions d'une véritable boulimie, associée le plus habituellement à une exagération notable de la soif, déterminant à sa suite en général divers troubles gastriques ou intestinaux, et

---

(1) Suite. — Voir le dernier numéro.

(1) Pour ne rien omettre, je dois dire que j'ai rencontré une fois (mais une fois seulement) cette exagération morbide de l'appétit chez l'enfant. Il s'agissait dans ce cas d'une toute petite fille qui présenta, en même temps que des accidents syphilitiques nombreux et divers, une véritable boulimie, laquelle persista plusieurs mois. Je crus pouvoir rattacher ce phénomène à l'influence de la diathèse; mais n'ayant observé qu'un fait de ce genre chez l'enfant, je me garderai de vouloir rien affirmer.

coïncidant toujours avec d'autres manifestations syphilitiques disséminées sur différents appareils.

Venons aux détails.

Ce développement morbide de l'appétit apparait et s'établit d'une façon rapide. D'un jour à l'autre la malade (je dis *la malade*, parce que c'est presque toujours chez la femme que j'ai surpris ce phénomène) s'aperçoit qu'elle mange davantage, qu'elle « a plus faim que de coutume », que sa ration habituelle ne lui suffit plus, qu'un appétit insolite et bizarre la sollicite à prendre des aliments entre ses repas et même la nuit. Puis cette faim singulière devient chez elle un phénomène habituel et continu, du moins pour un certain laps de temps.

Il y a des degrés dans cette exagération de l'appétit. Parfois elle reste assez modérée pour échapper à l'attention, du moins en tant que symptôme pathologique. La malade ne la remarque que pour s'en féliciter, la considérant comme un témoignage de favorable augure, interprétation que le plus souvent d'ailleurs le médecin ne songe pas à contredire. Mais, d'autres fois, cet appétit insolite devient inquiétant pour les malades elles-mêmes, par le seul fait de son intensité singulière. Instinctivement, ces femmes devenues subitement faméliques sentent qu'elles mangent au delà de leurs besoins, au delà « de leur nécessaire », comme elles le disent; ce grand appétit ne leur semble pas « naturel »; elles en prennent souci et s'en plaignent au médecin. On apprend d'elles alors, en descendant aux détails, qu'elles sont affamées d'une façon extraordinaire, qu'au lieu de manger quatre à cinq rations d'hôpital (ce qui constitue une dose d'aliments amplement suffisante à un adulte en bonne santé) (1), elles en absorbent 6, 7, 8, 9, 10 et quelquefois même davantage; qu'elles s'emparent avidement des restes de leurs compagnes et de tout ce qui leur tombe sous la main; qu'elles se procurent d'une façon ou d'une autre des suppléments de nourriture (gâteaux, biscuits, friandises, fruits, etc.); qu'elles mangent non-seulement aux heures des repas, mais entre les repas et la nuit; qu'après avoir déjeuné ou diné, elles ont encore faim et se remettraient volontiers à table; bref, qu'elles sont tourmentées d'un bout à l'autre de la journée par un appétit irrésistible et insatiable.

(1) D'après le nouveau règlement en vigueur dans nos hôpitaux, la ration quotidienne d'une malade bien portante (ce qu'on appelle « les quatre portions) est composée comme il suit :

Pain blanc, 400 grammes; — deux soupes de 30 centilitres chacune, l'une maigre et l'autre grasse; — viande, 210 grammes environ; légumes, 40 centilitres; — vin, 36 centilitres, ou, au choix des malades, vin, 18 centilitres, et lait, 1 litre.

Cette ration, comme quantité, suffit amplement à la plupart de nos malades, qui sont presque toutes des femmes jeunes et en bonne santé.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments ou autres objets).

Traité pratique des maladies des yeux et de la vue, par le docteur J. Carnet, ancien interne des hôpitaux de Paris. 1 vol. in-12 avec figures dans le texte. 3e édition. — Prix : 5 francs.

Du service de la pharmacie militaire; son importance, sa situation actuelle. Réformes à introduire dans son organisation, par M. le docteur C. Roucher, pharmacien principal de 1re classe en chef à l'hôpital militaire du Gros-Caillou. Paris, 1871, in-8° de 32 pages. — Prix : 1 fr. 25 c.

Traité pratique de laryngoscopie et de rhinoscopie, suivi d'observations, par le docteur Moura. Ouvrage orné de planches explicatives. 2e tirage. 1 vol. gr. in-8° de 200 pages. — Prix : 4 fr.

Principes de chimie biologique, par le docteur E. Hardy, préparateur de pharmacologie à la Faculté de médecine de Paris 1 volume in-18 de 500 pages avec figures dans le texte et une planche chromolithographiée représentant l'analyse spectrale du sang. — Prix : 7 francs.

Quelques considérations sur le crétinisme, par le docteur Alexandre Niepce. In-8°. — Prix : 1 fr. 75.

Angines aiguës ou graves. Origine, nature, traitement, par le docteur Moura. Broch. grand in-8° de 68 pages. — Prix : 3 francs.

De la thérapeutique de l'œil au moyen de la lumière colorée, par le docteur L. Boehm, professeur à l'université de Berlin, etc.; traduit de l'allemand par Th. Klein, traducteur de l'*Optique physiologique* de Helmholtz. 1 vol. in-8° avec deux planches coloriées. — Prix : 4 francs.

Revue photographique des hôpitaux de Paris, par les docteurs De Montméja et Bourneville. 3e année; les numéros de mai et juin sont en vente. — Prix de chaque : 2 francs.

Les spectres d'absorption du sang, par le docteur Victor Fumouze. In-4° de 150 pages, avec 3 planches coloriées. — Prix : 4 fr. 50.

Étude expérimentale et clinique sur l'absinthisme et l'alcoolisme, par le docteur Challand. In-8°. — Prix : 2 francs.

Note sur certains cas curieux de boulimie et de polydipsie d'origine syphilitique, par le docteur Alfred Fournier, médecin de l'hôpital de Lourcine, professeur agrégé de la Faculté. In-8° de 28 pages. — Prix : 1 fr. 25.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois. . . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 6 octobre 1871.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Deux cas d'épiplocèles enflammées et irréductibles.

Nous venons de voir, dans le service de M. Gosselin, à l'hôpital de la Charité, deux malades atteints d'épiplocèles devenues depuis quelques jours irréductibles et douloureuses, et offrant chacune des particularités intéressantes pour la pratique.

L'un des malades, couché au n° 34 de la salle Sainte-Vierge, portait depuis longtemps un bandage, qui avait fini par se détériorer. Un matin il s'aperçut que sa hernie inguinale droite, que jusque-là il avait pu réduire assez facilement, ne pouvait pas rentrer, et que la pression exercée sur elle était douloureuse. Il avait, en plus, quelques coliques, sans vomissements et sans perte d'appétit. Les choses restèrent en cet état pendant trois jours ; puis, la douleur ayant augmenté et la marche étant devenue très-difficile, le malade se décida à venir à l'hôpital.

M. Gosselin constata, dans la région inguinale droite et ne descendant qu'à quelques millimètres au-dessous de l'anneau, une tumeur grosse comme un petit œuf de poule, pâteuse, douloureuse à la pression, sans rougeur de la peau. En exerçant des pressions modérées, on ne pouvait diminuer le volume de la tumeur, et par conséquent la faire rentrer. En la percutant, on ne trouvait pas de sonorité. En faisant tousser le malade, on sentait un peu d'impulsion et une légère augmentation de volume, laquelle s'effaçait ensuite au moyen d'une pression très-modérée. Il n'y avait d'ailleurs ni coliques, ni vomissements, ni constipation et le malade continuait à demander des aliments. Il n'éprouvait d'ailleurs que très-peu de malaise, du moment où il était couché et ne marchait pas.

En présence de ces symptômes, M. Gosselin formula le diagnostic : épiplocèle enflammée, tuméfiée, et devenue momentanément irréductible. Il ajouta que l'épiploon, malgré son inflammation, ne remplissait pas toute la cavité du sac, et que l'intestin pouvait encore s'y engager au moment de la toux, d'où l'augmentation légère que nous avons signalée tout à l'heure. Au diagnostic *épiplocèle enflammée* et *irréductible*, il fallut donc ajouter : avec *entérocèle reductible*. M. Gosselin, pour confirmer son diagnostic, chercha si, au-dessus du canal inguinal, le refoulement de l'abdomen permettait de sentir quelque chose de tendu et de résistant formé par la portion restée intra-abdominale de l'épiploon, cette portion que Velpeau appelait la *corde épiploïque*. Mais il ne put rien sentir, et fit remarquer que cette corde n'existait pas toujours, qu'il l'avait rencontrée surtout dans les cas où l'épiploïte, s'étant prolongée dans l'intérieur du ventre, il en était résulté une augmentation de volume et de consistance. Très-probablement, dans le cas actuel, l'épiploïte était simplement herniaire mais non intra-abdominale. Quoi qu'il en soit, le chirurgien rappela, à cette occasion, le précepte qu'il avait formulé dans ses travaux précédents, de ne soumettre ce genre de hernie à aucun traitement chirurgical ; il prescrivit le repos, des cataplasmes, une purgation tous les trois ou quatre jours et une alimentation très-modérée.

Au bout de quelques jours, on remarqua que la tumeur diminuait, et qu'à mesure qu'elle diminuait la toux y faisait arriver une portion plus considérable d'intestin réductible ; puis, le matin du 28 septembre, treize jours après l'entrée du malade, tout avait disparu. C'était donc un de ces cas dans lesquels l'épiploïte herniaire se termine sans laisser d'adhérences qui rendent la hernie définitivement irréductible. Le malade demanda à sortir immédiatement et à faire au dehors l'acquisition du bandage qui lui était nécessaire pour maintenir sa hernie.

—L'autre malade, couché au n° 23, a présenté avant son entrée des phénomènes analogues au précédent. Depuis quelques jours, sa hernie, qui paraît être restée toujours intra-inguinale, est sortie, en devenant douloureuse et irréductible, sans que les symptômes fonctionnels de l'étranglement se soient manifestés.

Le jour de l'entrée, les caractères physiques de la tumeur étaient les mêmes que chez le précédent, et la corde épiploïque manquait également. Seulement on n'avait pas la sensation de la descente d'une entérocèle au moment de la toux, et l'épiplocèle paraissait remplir exactement le sac en obturant son collet. Au bout de quelques jours, une nouvelle différence fut constatée par M. Gosselin. La tumeur était devenue rénitente, élastique et fluctuante. Ces caractères se prononcèrent de plus en plus, et autorisèrent à croire que l'épiploïte herniaire était accompagnée d'un épanchement séreux ou séro-sanguinolent dans la cavité du sac, qu'il y avait en un mot mélange d'épiplocèle enflammée et d'hydrocèle aiguë dans un sac herniaire. Les choses en étaient là au moment où nous avons vu le malade. M. Gosselin espère que la sérosité se résorbera, et que l'épiplocèle finira par rentrer comme chez l'autre malade. S'il n'en est pas ainsi, et que l'accumulation du liquide persiste, on songera à la ponction suivie d'une injection iodée.

Emploi d'un liniment fait avec de l'huile de croton-tiglium comme moyen de faciliter la réduction des hernies étranglées.

Dans notre précédente revue, à l'occasion de l'emploi de l'aspiration pneumatique sous-cutanée dans les hernies étranglées, nous avons mentionné en passant, avec engagement d'y revenir, les services qu'avait rendus dans un cas d'irréductibilité le liniment crotonique. Voici le petit renseignement rétrospectif que nous voulions donner à ce sujet.

En 1865, M. le docteur Tartarin (de Bellegarde, Loiret), dans une note communiquée au *Bulletin général de thérapeutique*, préconisait l'emploi topique de l'huile de croton tiglium dans l'étranglement herniaire, en se fondant sur plusieurs faits dans lesquels ce moyen lui avait réussi.

Il était parvenu, en effet, dans trois cas, à obtenir la réduction au moment où il ne paraissait y avoir d'autre ressource que dans l'opération. Nous nous bornerons à rapporter ici le résumé de l'un de ces faits, où l'on trouvera tout à la fois et l'exposé de la méthode et un témoignage de son efficacité.

Une femme de 40 ans était atteinte depuis plusieurs années d'une hernie crurale droite qu'elle avait négligé de contenir. Un jour la hernie devint tout à coup le siége d'une vive douleur, la malade tenta vainement de la réduire. Appelé le lendemain, M. le docteur Tartarin essaya la réduction, mais sans plus de succès. Les symptômes d'étranglement marchent avec une extrême rapidité : vomissements porracés continus, hoquet opiniâtre, lipothymies fréquentes, ventre ballonné, pouls fréquent, petit, presque insensible ; sueurs froides, visqueuses, contraction des traits, absence complète de selles depuis plus de quarante-huit heures, etc. ; rejet immédiat de tout ce qui est ingéré dans l'estomac, etc. ; M. Tartarin, avant de recourir à *l'ultima ratio*, la kélotomie, voulut essayer l'application du moyen qui lui avait déjà réussi dans deux cas semblables. Il prescrivit en conséquence le liniment suivant :

Glycérine fine . . . . }
Huile de croton tiglium. . . . } àà. *trois* grammes.

Cette mixture devait servir à faire trois onctions sur la tumeur herniaire et les parties circonvoisines : la première, à deux heures ; la seconde, à trois heures ; la troisième, à quatre heures. Préalablement aux deux dernières frictions, on lava la peau avec de l'eau savonneuse tiède et on l'essuya soigneusement avec un linge de toile fine.

A cinq heures, une selle abondante eut lieu et la hernie put être facilement réduite. Deux évacuations successives succédèrent à la première.

Le jour suivant tout était dans l'ordre.

Nous avons cru utile de rappeler ce fait, qui joint à celui de M. le docteur Philippeaux, dont nous avons parlé il y a huit jours, peut engager les praticiens à renouveler des tentatives aussi encourageantes, — sans préjudice, bien entendu, du bénéfice que pourra donner la ponction pneumatique sous-cutanée, toutes les fois qu'elle sera jugée utile.

Traitement du phagédénisme des chancres par le camphre en poudre.

Le travail de notre confrère, M. le docteur Netter, sur la pourriture d'hôpital et le traitement de cette affection par le camphre en poudre, qui a été publié dans nos colonnes, dans le courant du mois dernier, a inspiré à M. le docteur Baudoin, de Rennes, l'idée d'employer le même agent thérapeutique dans le traitement du chancre phagédénique. Les résultats qu'il en a obtenus lui ont paru tellement satisfaisants, qu'il s'est cru obligé de les porter à la connaissance de ses confrères.

Voici un résumé succinct de trois observations qu'il a communiquées à l'*Abeille médicale*. Nous laissons parler M. Baudoin :

1° En février dernier, j'avais déjà traité un chancre phagédénique par toutes sortes de moyens (vin aromatique, pommade de calomel, solution de tartrate de fer et de potasse, cautérisation avec le nitrate d'argent, pommade au stéarate de fer préconisé par M. Ricord). Cependant l'ulcération ne cessait de suivre depuis cinq semaines sa marche envahissante, quand, ayant entendu parler de l'emploi de la poudre de camphre, par M. Netter, contre la pourriture d'hôpital, j'eus l'idée d'essayer cette médication. Les pansements furent faits quatre fois par jour ; ils consistaient en une couche aussi épaisse que possible de poudre de camphre, appliquée sur l'ulcère et recouverte d'un plumasseau de charpie fine. Dès le surlendemain de la première application, toute douleur avait cessé, l'inflammation était tombée et des bourgeons charnus apparaissaient au milieu de la matière grise. Huit jours après, la plaie était complétement à la période de réparation.

2° Dans le mois d'avril, j'eus à traiter un vénérien qui était dans un état horrible ; gland triplé de volume, entièrement recouvert, jusque derrière la couronne, de matière grisâtre avec suintement fétide et sanieux, — prépuce énormément œdématié et parsemé de petits ulcères également phagédéniques, mais séparés entre eux par de la peau saine. — Cet état, qui s'aggravait tous les jours, durait depuis environ un mois. Or, ici encore, une modification rapide de l'ulcère a été obtenue dans l'espace de cinq jours, avec le simple pansement à la poudre de camphre, à la grande satisfaction du malade, si heureusement délivré de douleurs insupportables ; quinze jours après la guérison était complète.

3° Enfin je viens d'obtenir un succès du même genre chez M. X..., arrivé de Paris le 11 du présent mois, après y avoir été traité depuis le 27 juin, par les moyens ordinaires et variés, mais sans succès. A son arrivée à Rennes, le 11 août, la plaie était de la grandeur d'une pièce de cinq francs en argent, avec les caractères les plus tranchés du phagédénisme, et, le 19 août, la transformation obtenue était telle, que non-seulement toute trace d'état pultacé avait disparu, mais encore le bourgeonnement s'était fait si rapidement, qu'après 9 jours de traitement la plaie se trouvait réduite à de très-petites dimensions.

Dr B...

CONSIDÉRATIONS SUR LES EFFLUVES TELLURIQUES

HYGIÈNE DES VOYAGEURS DANS LES PAYS CHAUDS

Par le docteur A. POSADA ARANGO (de la Nouvelle-Grenade).

Tout le monde sait que les voyageurs qui visitent les régions chaudes du globe, soit qu'ils arrivent des climats tempérés de l'Europe, ou que demeurant sur les plateaux des montagnes intertropicales ils descendent aux vallées ardentes des grands fleuves, comme celui des Amazones, l'Orénoque, le Magdalena, où l'humidité de l'atmosphère et une température constamment élevée donnent à tous les phénomènes de la végétation un développement surprenant, sont presque fatalement sujets à devenir malades.

Quelquefois, quoique rarement, après un court séjour dans ces localités, les individus sont comme foudroyés, entraînés dans quelques heures par un accès fébrile, avec des symptômes ordinairement cérébraux ; mais le plus souvent ils sont attaqués par une fièvre continue, précédée de frisson, accompagnée de céphalalgie intense, peau brûlante, état saburral et exacerbation générale du mal vers le soir. Cette fièvre peut se présenter avec des vomissements tenaces, du délire ou du coma, et produire promptement la mort, ou bien disparaître dans quelques jours, un ou deux septenaires, pour se continuer sous la forme intermittente, ordinairement sous le type tierce. Chez quelques personnes elle se montre intermittente dès le début.

On peut donc en inférer logiquement que la fièvre continue des pays chauds, dont la fièvre bilieuse des auteurs anglais n'est probablement qu'une des formes, est identique en nature à la fièvre intermittente qui s'observe partout ; que la cause productrice est la même pour toutes les deux, avec la seule différence que dans le premier cas, en vertu des influences locales qui favorisent son développement, elle agit sur l'organisme avec une énergie plus grande, capable d'anéantir les forces vitales à leur source, ou de provoquer des réactions que l'économie ne peut toujours supporter.

On a admis, en conséquence, que le sol des pays chauds, plus ou moins humide et renfermant des détritus organiques d'origine végétale, exhale des émanations de la même espèce que celles des marais, lesquelles, comme on l'a démontré depuis longtemps, renferment le germe producteur de l'affection intermittente.

On peut donc regarder les effluves telluriques et les paludéens comme analogues, et appliquer aux uns ce qu'on sait des autres.

Quelle est la nature de ces effluves? L'opinion de ceux qui attribuaient leurs effets à l'hydrogène protocarboné, que Volta

découvrit dans les exhalations des marais, a été rejetée définitivement, parce que ce gaz, préparé dans les laboratoires et mélangé à l'air qu'on respire, ne produit rien de semblable, et d'ailleurs la vapeur qui se forme dans ces lieux, recueillie et analysée, laisse des résidus charbonneux qui prouvent l'existence de substances organiques à l'état fixe. Aujourd'hui, pour les uns, ce germe morbifique consiste uniquemennt en quelques matières amorphes, albuminoïdes et propres à se putréfier; tandis que pour d'autres ce sont des êtres vivants, soit des animalcules imperceptibles, comme le supposait Varon, ou leurs ovules, comme l'admet M. Diberder, soit des sporules, des cryptogames microscopiques, comme Salisbury prétend l'avoir reconnu.

Sans me prononcer entre ces deux opinions, en attendant que de nouvelles études microscopiques aient résolu définitivement cette question, je suis beaucoup plus disposé à admettre la dernière interprétation, que la belle découverte de M. Pasteur, sur les mycodermes des ferments rend assez vraisemblable; d'autant mieux que depuis longtemps je crois à la vitalité des effluves, ou plutôt du principe morbigène qu'ils contiennent, et à la possibilité, — je pourrais dire à la nécessité, — de les détruire par une température suffisamment élevée ou par une sécheresse complète.

Je pense que ces effluves prennent naissance partout où les substances végétales, exposées à l'humidité et à la chaleur, entrent en décomposition, c'est-à-dire presque partout, quoiqu'ils soient plus abondants dans les saisons et les climats chauds. Je crois que ces effluves ont toujours besoin d'un véhicule liquide pour se conserver, et que c'est au moyen de la vapeur aqueuse qu'ils s'élèvent et se répandent dans l'air; mais qu'ils existent surtout en dissolution dans les eaux de ces localités, et particulièrement dans celles qui coulent lentement et ombragées par les arbres, et dans celles qui sont troubles, comme après les pluies tropicales, qui lavent la contrée et amènent toutes sortes de débris. Je suppose, en outre, que les effluves peuvent être absorbés par les végétaux de ces lieux, circuler avec leur sève et exister dans le suc des fruits, et aussi par les animaux qui vivent dans ces contrées, et être éliminés par les sécrétions, en conservant encore leurs propriétés, comme cela arrive pour les ovules des entozoaires.

Si nous passons maintenant à l'examen de la façon d'agir de ces effluves, nous trouvons que le germe morbifique peut pénétrer dans notre organisme pour s'y développer et produire la maladie par trois voies : l'appareil respiratoire, l'appareil digestif et la peau.

L'intoxication par l'absorption pulmonaire a été reconnue de tous les temps. La science possède, en effet, des observations précises, où l'on voit que plusieurs personnes, après avoir passé près des marais ou s'être trouvées exposées au vent chargé de leurs émanations, ont été prises en même temps de la fièvre, et que quelquefois en pareil cas on a pu se préserver au moyen d'un voile placé au devant de la bouche. Il ne faut pas oublier et faire remarquer que les effluves, pendant la journée, occupent les régions élevées de l'atmosphère, entraînés qu'ils sont par la vapeur raréfiée, ce qui fait qu'on peut visiter à cet instant ces lieux sans crainte; tandis qu'on est sûr de ressentir leur action si l'on y va à la fin du jour ou au commencement de la nuit, parce qu'alors l'humidité se condense et tombe sous forme de cette pluie imperceptible qu'on appelle le serein, et qui dans les pays chauds mouille notablement les habits.

L'absorption cutanée me paraît aussi hors de doute. Je porte encore sur moi les traces d'une fièvre intermittente dont je fus atteint dans mon enfance; voici comment : il y avait dans la maison de mes parents une mare, due à l'accumulation de l'eau de puits, dans laquelle on jetait des détritus de toute espèce, qui, en se décomposant, avaient donné naissance à une couche verte de cryptogames, qui en couvrait la surface. Les émanations de ce foyer d'effluves n'étaient pas assez abondantes pour nous donner la fièvre dans les circonstances ordinaires, mais elles furent suffisantes pour agir sur un enfant de sept ou huit ans, âge que j'avais alors, le jour où je m'avisai, ignorant les lois de l'hydrostatique, de m'embarquer sur une natte de jonc, qui ne pouvant se soutenir, se délabra sous moi, de sorte que j'enfonçai dans l'eau jusqu'à la poitrine; deux ou trois jours après je fus pris d'une fièvre tierce, qui, traitée d'une façon peu rationnelle, dura pendant un an, en variant de type.

A la Nouvelle-Grenade (Amérique du Sud) on sait bien que les individus qui marchent à pied, sans chaussures, par les chemins boueux, prennent plus souvent la fièvre que les voyageurs qui voyagent à dos de mulet. L'expérience leur a fait connaître certaines rivières d'autant plus dangereuses à cet égard, qu'il faut les traverser à pied, faute de ponts. On croit que ces effets sont dus à un arbre de la famille des légumineuses, l'*erythrina umbrosa*, qu'on trouve sur les bords de l'eau, et qui, à certaines époques de l'année perd ses feuilles et se couvre de fleurs, qui tombent à leur tour et sont aussi entraînées par le courant. Je n'admets pas, malgré l'opinion de quelques médecins, que cet arbre ait aucun principe vénéneux, et si vraiment il contribue à la production de la fièvre, on doit l'attribuer à ce que ses pétales, qui sont épaisses et succulentes, fournissent beaucoup de matière capable de se corrompre, et qui sert à la formation du germe morbide.

Il est également bien démontré que les maladies paludéennes peuvent provenir de l'absorption du principe morbide dans les voies digestives. Entre autres faits qui le prouvent, je rappellerai celui cité par Boudin, d'un navire, l'*Argos*, où les passagers, qui buvaient de l'eau prise dans un puits altéré, furent attaqués de la fièvre, tandis que les matelots, qui faisaient usage d'eau de bonne qualité, en furent exempts.

Dans l'Amérique du Sud, c'est une croyance très-répandue, et que je partage, que l'emploi des fruits peut non-seulement donner la fièvre à l'étranger qui vient d'arriver, mais suffit aussi pour la faire réapparaître chez celui qui était déjà guéri; et on signale sous ce rapport quelques fruits qui jouissent de cette funeste réputation, tels sont ceux du cacaoyer (la pulpe acidule qui enveloppe les grains frais du *theobroma cacao*) et du guanabanier (*anona muricata*). On attribue le même effet au lait, que dans ces pays on boit non bouilli. J'ai déjà dit que pour expliquer cette action, j'admets que les effluves, une fois absorbés par les plantes et les animaux, l'homme les prend avec les aliments que ceux-ci lui fournissent. L'habitude ou l'acclimatation expliquerait leur innocuité pour les animaux.

Voici maintenant les précautions hygiéniques que je conseille d'habitude aux personnes qui voyagent par les pays malsains, et de l'utilité desquelles j'ai pu m'assurer pendant mes excursions en Amérique, soit personnellement, soit sur ceux qui ont suivi mes indications :

1° Se garder surtout de l'air de la nuit; par conséquent, voyager uniquement pendant le jour; ne pas sortir de son habitation après le coucher du soleil, et si on le fait par nécessité, se couvrir la bouche et les narines avec un cache-nez ou un morceau de flanelle; ne dormir jamais en laissant les fenêtres ouvertes. J'ai vu bien des fois devenir malades les personnes qui, craignant la chaleur, dormaient dans les corridors, et respiraient toute la nuit l'air froid et chargé d'effluves;

2° Ne pas se baigner dans les deux premiers mois de résidence, à moins que ce soit dans une eau qu'on a fait bouillir;

3° Choisir pour boire l'eau la plus pure et de cours rapide, à laquelle on ajoutera un peu d'eau-de-vie, ou, ce qui vaut mieux, du vin rouge, qui tende à provoquer la transpiration par l'alcool qu'il contient, et précipite par son tannin les matières organiques qui existent dans le liquide. Si l'eau était notablement mauvaise, il faudrait la soumettre à l'ébullition ou la filtrer à travers un sac de laine avec du charbon en poudre;

4° Éviter l'humidité et tout ce qui peut supprimer la transpiration, laquelle est sans doute une des voies d'élimination des effluves absorbés. Il est utile, par conséquent, de porter de la flanelle sur la peau, et par la même raison les frictions sèches ou avec des liquides alcooliques, que quelques voyageurs emploient au moment de se coucher, sont aussi très-convenables;

5° S'abstenir des fruits et du lait *cru* ;

6° Éviter les grandes fatigues et les excès de toute espèce, qui en débilitant l'organisme, le rendent plus susceptible à l'action du germe morbigène;

7° Prendre une petite dose journalière de quelque préparation de quinquina, dont l'action prophylactique est bien démontrée, sans quelle ait le moindre inconvénient. Un ou deux grains de sulfate de quinine pris tous les matins pendant quelques jours, ou, ce qui est mieux encore, un peu de poudre de quinquina, mis macérer dans la liqueur qu'on doit mélanger à l'eau qu'on boit, satisferont à cette indication.

On doit observer ces précautions avec une exactitude plus ou moins grande et pendant un temps plus ou moins long, selon que la localité est peu ou assez malsaine, mais ordinairement il suffit de se garder les deux premiers mois.

Pour diminuer l'insalubrité des lieux eux-mêmes, il faut détruire ou au moins éloigner des habitations tous les foyers de décomposition putride des matières végétales; assécher le sol par des fossés ou le drainage; ne pas déposer d'ordures dans les puits où la pluie peut s'accumuler; faciliter le cours des ruisseaux, arracher les herbes de leurs bords et les nettoyer, et couper les arbres qui empêchent l'accès du soleil sur les endroits humides.

DOCUMENTS

POUR SERVIR A L'HISTOIRE DU MOUVEMENT SCIENTIFIQUE PENDANT LE SIÉGE DE PARIS (1).

10 FÉVRIER.

Note sur certains cas curieux de boulimie et de polydepsie d'origine syphilitique, par le docteur Alfred Fournier, médecin de l'hôpital de Lourcine, professeur agrégé de la Faculté.

(Suite.)

Quelquefois même, mais plus rarement alors, cette boulimie s'exagère encore et devient tout à fait comparable à celle du diabète. Une de nos malades nous racontait qu'un jour, après avoir déjeuné très-copieusement, plus copieusement certes que ne pourrait le faire un adulte de vigoureux appétit, elle avait fait, séance tenante, un second déjeuner, qui ne le cédait en rien au précédent comme quantité, avec les restes de ses compagnes. Une autre mangeait quotidiennement douze portions de pain (1,200 grammes), non compris sa ration de viande et de légumes, non compris les suppléments qu'elle se procurait sur ses propres ressources. Encore restait-elle toujours sur sa faim, malgré cet absorption considérable d'aliments, car, d'après son dire, « elle eût mangé bien davantage si elle n'eût écouté que son appétit. »

Cette exagération de la faim est le plus souvent accompagnée d'une excitation plus ou moins vive de la soif. La plupart de nos malades faméliques buvaient bien plus qu'à leur ordinaire (2 à 3 litres de liquide par jour et quelquefois plus). Toutefois, il n'est pas de parité à établir entre ces deux symptômes morbides. Le premier domine toujours le second, qui, du reste, lui paraît subordonné; c'est-à-dire que la boulimie est le fait principal, le trouble primitif, et que la polydipsie, relativement moindre, s'emble n'être qu'un phénomène consécutif, une conséquence de l'absorption exagérée d'aliments solides, spécialement d'aliments amylacées.

Je dois reconnaître toutefois que dans quelques-unes de mes observations cette exagération de la soif a existé seule, indépendamment de toute surexcitation de l'appétit, et que dans quelques autres (notamment dans l'observation I), après avoir coexisté avec la boulimie, elle a persisté seule, alors que cette dernière était calmée. Cela prouve que la polydipsie n'est pas toujours subordonnée à la boulimie et qu'elle peut se montrer à l'état de symptôme isolé, indépendant. Mais il est rare qu'on l'observe sous cette forme; la règle c'est qu'elle soit, comme je l'ai dit, un épiphénomène d'un trouble primitif plus important et plus accentué, la boulimie.

On serait tenté de croire *à priori* que l'ingestion d'une quantité excessive d'aliments ne peut manquer d'entraîner à sa suite des désordres gastriques ou intestinaux plus ou moins graves. Cette prévision rationnelle n'est pas toujours confirmée par l'expérience. Plusieurs de nos malades affectées d'une boulimie véritable et mangeant avec un appétit extraordinaire, n'ont éprouvé, contre notre attente, aucun trouble sérieux des voies digestives. Toutefois, le fait de beaucoup le plus habituel est que cette boulimie, surtout lorsqu'elle se prolonge, détermine divers symptômes morbides vers l'estomac ou l'intestin.

Ces désordres consécutifs, d'après nos observations, ont consisté principalement en ceci : 1° pour l'estomac, phénomènes douloureux variés comme expression : malaise gastrique, lourdeurs, pesanteurs après le repas; crampes, tiraillements, tortillements, véritables coliques stomacales; — ou bien troubles dyspeptiques : aigreurs, éructations, lenteur et difficulté des digestions; nausées, vomiturations et vomissements; — 2° pour l'intestin, borborygmes, coliques fréquentes, sourdes, entéralgie, et surtout diarrhée.

Tous ces phénomènes ne se montrent pas réunis sur la même malade, cela va sans dire. — Ils ne sont pas également fréquents, et ils ont une intensité variable. — Les plus communs sont les troubles dyspeptiques, les vomissements, et surtout la diarrhée. — Le plus habituellement, enfin, ces divers phénomènes n'affectent qu'une intensité moyenne.

Le plus remarquable d'entre eux, c'est la diarrhée, qui s'ajoute à la boulimie comme une complication assez commune. Rien d'étonnant à cela, car l'absorption d'une quantité surabondante d'aliments doit être une cause continue d'indigestion intestinale, et l'on sait d'ailleurs que la boulimie, quelle qu'en soit l'origine, devient souvent l'accasion de troubles diarrhéiques plus ou moins intenses.

Cette diarrhée, dans plusieurs de nos observations, s'est montrée singulièrement opiniâtre, entretenue qu'elle était par la cause qui l'avait provoquée. Presque toujours elle résistait à nos remèdes, ou ne s'apaisait un jour que pour reparaître le lendemain. Puis, lorsque l'appétit devenait moindre, lorsque les malades ingéraient une dose moins sonsidérable d'aliments, alors elle se calmait aussitôt. Il est donc à croire qu'on en aurait facilement raison si l'on pouvait d'une façon ou d'une autre, restreindre l'alimentation à de justes limites. C'est ce que j'ai souvent essayé de faire, mais sans succès. L'appétit morbide de nos malades, en effet, était tellement vif, tellement impérieux, que les plus dociles et les plus courageuses ne pouvaient résister à ces sollicitations incessantes. « Je voudrais bien, nous disait l'une d'elles récemment, ne pas manger comme je mange; j'en ai honte et je sens bien que cela me fait mal; mais c'est plus fort que moi; j'ai tellement faim, qu'il faut absolument que je mange à toute heure du jour, et souvent même la nuit. »

Ajoutons enfin, comme derniers détails, que cette diarrhée s'accompegne le plus souvent de coliques et de malaise abdominal. — Elle finit alors par fatiguer beaucoup les malades, surtout lorsqu'elle est tant soit peu abondante. — Je ne l'ai vue qu'une fois s'accompagner d'un flux sanguin.

Sur l'une de nos malades elle a persité, coïncidemment avec la boulimie, pendant un temps fort long, plus de sept mois. Entretenue par une cause que nous étions impuissants à dominer, elle a résisté opiniâtrément à tous les remèdes, notamment à l'extait thébaïque porté jusqu'à la dose quotidienne de 40 centigrammes. Elle ne s'est calmée qu'au moment où l'excitation morbide de l'appétit commença à s'apaiser elle-même. — Voici ce cas, curieux d'ailleurs à d'autres titres.

« OBS. III. — *Syphilis secondaire. Accidents multiples : syphilides muqueuses, syphilide pigmentaire, douleurs diverses, arthralgie, névralgie trifaciale, troubles de motilité bizarres dans une main, palpitations, refroidissement général, algidités périphériques, phénomènes d'analgésie et d'anesthésie, boulimie excessive et prolongée, polydipsie, coliques, diarrhée extraordinairement rebelle, etc.*

« V..... (Blanche), âgée de seize ans, entre, le 11 mai 1869, à l'hôpital de Lourcine, salle Saint-Jean, n° 6.

« Tempérament très-lyphatique; embonpoint considérable, excessif surtout par rapport au jeune âge de la malade; face pâle et comme bouffie. — Bonne santé habituelle, à part quelques indispotions passagères.

« Il y a huit mois, cette fille est déjà entrée à Lourcine, dans le service de M. le docteur Péan, pour une vaginité et des chancres; elle y est restée cinq mois environ, et a été soumise à un traitement mercuriel. Au sortir de l'hôpital, des accidents nouveaux se sont produits sur elle; aucun traitement ne leur a été opposé, et c'est pour ces accidents qu'elle se présente de nouveau à notre consultation.

« État actuel, 12 mai : Syphilide papuleuse, humide, de toute la marge de l'anus; ulcéreuse sur quelques points; vulve saine; vagin et col sain; aménorrhée depuis deux mois, mais aucun signe de grossesse; douleurs dans le bas-ventre depuis deux mois. Depuis une quinzaine, palpitations de cœur, se produisant surtout dans l'exercice. A l'auscultation et à la percussion, nous ne constatons

(1) Suite. — Voir le dernier numéro.

pas la moindre lésion du cœur. A peine un très-léger murmure continu dans les vaisseaux du cou. Nulle autre manifestation syphilitique. — Traitement : bains, lotions à la liqueur de Labarraque, pansement à l'oxyde de zinc et ouate; une pilule de proto-iodure d'hydrargyre, sirop d'iodure de fer.

« Guérison très-rapide de la syphilide périanale. Douleur abdominale persistante.

« Une quinzaine après son entrée à l'hôpital, la malade, qui a toujours continué à souffrir du ventre, se plaint à nous de nouveaux phénomènes : 1° d'une diarrhée assez intense, irrégulière comme apparition, se produisant un jour et se supprimant le lendemain pour se répéter encore; 2° d'un sentiment de soif continuelle, qui la porte à boire incessamment; 3° enfin, d'une exagération singulière de l'appétit. Elle a faim, dit-elle « comme elle n'a jamais eu faim de sa vie ». Elle mange sans cesse. Sa ration d'hôpital (cinq portions) ne lui suffit pas. Elle achète les portions de ses campagnes, elle mange leurs restes, et n'est jamais rassasiée. — Urines normales, ne contenant pas de sucre. — Nous constatons en même temps sur le cou le début d'une syphilide pigmentaire. — On supprime le premier traitement. Sirop d'iodure de potassium (20 grammes d'iodure pour 500 grammes de sirop); trois cuillerées; extrait thébaïque, 10 centigrammes.

« 3 juillet. La syphilide pigmentaire du cou est aussi manifeste que possible. — La diarrhée a persisté et est encore assez intense. — La boulimie subsiste; la malade mange quotidiennement huit à neuf portions de pain (c'est-à-dire 800 à 900 grammes de pain), non compris sa portion réglementaire de viande et de légumes, et le supplément de vivres qu'elle reçoit de ses voisines.

« 17 juillet. Les mêmes phénomènes persistent. Vainement on a essayé de résister à l'appétit de la malade et de réduire son alimentation; vainement on a essayé de combattre la diarrhée à l'aide de médications diverses. Tout a échoué. — Aujourd'hui la malade se plaint en plus de douleurs vives occupant tout le côté droit de la face (névralgie trifaciale) et de douleurs dans une main. Cette main, qui n'offre aucune lésion apparente, est par moment à demi-impuissante; la malade ne peut alors exercer avec les doigts une pression suffisante pour tenir sûrement un objet; elle est incapable de travailler et de coudre. Ces phénomènes bizarres durent un quart d'heure environ, dit-elle, puis disparaissent pour reparaître quelques heures après. — Frictions mercurielles sur les cuisses (5 grammes d'onguent mercuriel double). Vin de quinquina. Bains sulfureux.

« 23 juillet. Mêmes phénomènes. De plus, il s'est manifesté sur les flancs depuis quelques jours une éruption de syphilide pigmentaire exactement semblable à celle du cou, laquelle persiste sans modification. — Palpitations. — Même traitement. — L'analyse chimique ne montre pas trace de glycose dans les urines.

10 août. Mêmes phénomènes. La boulimie, qui s'était amendée quelques jours au début de ce mois, s'est accrue encore, et la malade en est arrivée à manger douze portions de pain (1,200 grammes) chaque jour, sans parler des suppléments qu'elle ajoute à sa ration réglementaire. Elle « dévore », suivant sa propre expression; à peine a-t-elle fini un repas qu'elle recommence à manger, s'emparant avidement de tous les restes de ses campagnes, ingérant tous les aliments que, d'une façon ou d'une autre, elle peut se procurer. — Soif assez vive, mais bien inférieure à l'appétit proportionnellement (3 à 4 litres de boisson par jour). — Diarrhée intense et continue. — Urines normales, c'est-à-dire non sucrées et non albumineuses. — On cesse le traitement, et la malade est simplement soumise à l'hydrothérapie.

31 août. Aucune modification ne s'est produite. Même boulimie, même soif, même diarrhée, même état normal des urines. Aménorrhée depuis quatre mois. Palpitations. — En plus, depuis une quinzaine, arthralgies multiples, douloureuses surtout la nuit, et produisant une insomnie presque absolue. — Il s'est reproduit aussi une syphilide papuleuse humide de la marge de l'anus. — La syphilide pigmentaire persiste. La malade n'a pas maigri; elle conserve ce degré très-accentué d'embonpoint que nous avons signalé précédemment.

« En septembre, nous essayons d'une médication nouvelle pour combattre ces phénomènes si étrangement rebelles. Deux injections hypodermiques de sublimé chaque jour; quotidiennement, iodure de potassium, de 3 à 8 grammes, et extrait thébaïque de 10 à 30 et 40 centigrammes. Eau albumineuse, thé. Lavements laudanisés le soir. On continue de plus l'hydrothérapie. Tout cela reste sans résultat. Les mêmes symptômes persistent, et la boulimie spécialement s'accroît plutôt qu'elle ne diminue. — La syphilide pigmentaire persiste. — On est forcé de renoncer aux injections hypodermiques qui ont déterminé deux phénomènes dont se plaint vivement la malade, à savoir : 1° des douleurs dans le dos, s'irradiant des points où ont été pratiquées les injections dans toute la cage thoracique; 2° d'énormes nodosités, dures et douloureuses quelques-unes, grosses comme un œuf de poule, qui se sont produites au niveau des ponctions, soit à la région dorsale, soit à la région antérieure des cuisses. Ces nodosités sont tellement douloureuses que celles du dos empêchent le décubitus dorsal et celles de la cuisse rendent la marche très-pénible, presque impossible.

« En octobre, la dose quotidienne d'iodure est élevée progressivement à 10 grammes. — Mêmes phénomènes. — Du reste, la malade, fatiguée de tant de médications successives sans résultat, ne prend sa potion d'iodure que très-irrégulièrement. Son état général reste assez satisfaisant. Elle a pâli quelque peu, mais elle conserve son embonpoint, et nous sommes étonnés en somme de ce double fait : que de tels phénomènes n'aient pas plus de réaction sur l'état général; qu'une absorption continue depuis cinq mois d'une telle proportion d'aliments n'ait pas déterminé vers l'appareil gastro-intestinal des troubles plus accentués. La diarrhée et quelques coliques abdominales sont les seuls désordres que nous constations. En octobre, toutefois, la diarrhée qui n'avait offert rien de particulier jusqu'ici, devient sanglante de temps à autre.

« En novembre, nous constatons plusieurs phénomènes nouveaux, parmi lesquels les plus importants à noter sont les deux suivants : 1° sensation de refroidissement général et continu; refroidissement très-appréciable des mains et surtout des pieds; — 2° analgésie absolue, occupant toute la surface de la peau, sauf au niveau de la face et du cou; nous piquons avec une épingle la peau de toutes les régions du corps, nous la traversons même en quelques points, sans éveiller le moindre phénomène douloureux. A la face, au contraire, et au cou, le contact de l'épingle est vivement perçu. Cette analgésie s'accompagne d'une anesthésie notable des mêmes régions. — La syphilide pigmentaire de l'abdomen a disparu; celle du cou s'est effacée presque entièrement; celle des mains ne laisse plus qu'une teinte très-légère. — La malade a un appétit moins vorace; elle mange notablement moins (de sept à huit portions par jour). Diarrhée moindre (deux selles par jour en moyenne). Urines non glycosuriques. — Le traitement (iodure de potassium, 10 grammes par jour) a été plus régulièrement suivi. La dose de ce remède est élevée à 12 grammes.

« En décembre, les phénomènes analgésiques et anesthésiques persistent. Il en est de même des phénomènes d'algidité. L'appétit reste le même à peu près qu'en novembre. — La malade quitte l'hôpital malgré nous, le 27 décembre. — Non revue. »

Au point de vue de la nutrition, de l'état des forces et de la santé générale, cette ingestion d'une quantité d'aliments excessive, bien supérieure à celle qui doit suffire au besoins de l'économie, est loin d'être avantageuse aux malades. Elle reste indifférente tout au plus en quelques cas; le plus souvent elle ne tarde pas à devenir nuisible. Si quelques-unes des femmes de notre service, devenues faméliques pour un temps plus ou moins long, ont conservé presque intégralement leur embonpoint et leurs forces, beaucoup d'autres, en plus grand nombre, ont maigri et se sont affaiblies dans les mêmes conditions, en même temps que leur état général s'est totalement altéré.

C'est encore là ce qu'on observe le plus communément dans les boulimies de toute espèce qui, au bout d'un certain temps, deviennent notablement préjudiciables à l'économie. L'excès d'aliments « ne profite pas » aux faméliques; souvent d'ailleurs, il est plus que largement compensé par les trouble gastriques ou intestinaux qu'il ne manque guère de produire. C'est ce dont témoignent toutes nos observations. Ainsi, pour n'en citer qu'une seule, une de nos malades qui pendant quatre mois mangea d'une façon étonnante, qui « dévorait », suivant sa propre expression, qui même était réveillée la nuit par le besoin de la faim, subit sous nos yeux un amaigrissement très-notable et tomba dans un état de faiblesse quelque peu alarmant.

Telle se présente la boulimie syphilitique.

Pour en achever l'histoire, je dois rappeler ici ce que je disais précédemment en étudiant les conditions dans lesquelles on observe ce trouble singulier, à savoir : que ce n'est pas un symptôme qui se produit isolément, à l'instar par exemple d'une syphilide cutanée ou muqueuse, d'une iritis, d'une tumeur gommeuse, etc., toutes lésions qui peuvent exister seules et constituer à un moment donné l'expression unique de la diathèse; — que, tout au contraire, c'est un phénomène qui se montre toujours associé à d'autres manifestations, concurremment avec d'autres accidents, qui se produit toujours *accompagné*, si je puis ainsi dire. Il semble partie d'un ensemble, élément d'un groupe, satellite d'une pléiade, d'une pléiade de déterminations morbides, lesquelles sont en général remarquables à deux titres : 1° par leur multiplicité même et leur dissémination sur divers appareils; 2° par leurs caractères qui les rattachent pour la plupart à des troubles fonctionnels du système nerveux. C'est ainsi que sur toutes nos malades devenues faméliques par le fait de la syphilis, nous avons observé, coïncidemment avec la boulimie, des manifestations diathésiques des plus multiples et spécialement des phénomènes nerveux des plus variés. J'ai déjà cité une observation curieuse à ce point de vue. Le dépouillement de quelques autres faits achèvera de mettre cette vérité en évidence.

« Obs. IV. (*Sommaire.*) — Femme de dix-neuf ans. Entrée à Lourcine pour une syphilis dont le début remonte à quelques mois. Accidents principaux : syphilides cutanées excessivement confluentes, croûtes du cuir chevelu, plaques opalines du col utérin; céphalée, douleurs multiples (sternalgie, xiphalgie, épigastralgie, douleurs dans les genoux, etc.); périostite costale, insomnie; fièvre syphilitique, à accès intermittents se produisant surtout vers le soir ou pendant la nuit; algidité des extrémités inférieures, tremblement du bras droit, étourdissements, obnubilations passagères; abattement, asthénie spécifique; adénopathie strumoïde du cou, aboutissant à suppuration; boulimie; nausées, vomissements; douleurs abdominales, douleurs dans l'un des seins, etc., etc.

« Obs. V. (*Sommaire.*) — Femme de vingt-neuf ans. Accidents principaux : chancres indurés des grandes lèvres, adénopathie spécifique. Consécutivement : douleurs remarquables par leur multiplicité et leur variété (douleurs vagues dans les mollets, les épaules, les genoux, le cou, etc.; douleurs fixes en quelques points circonscrits, notamment au niveau du tendon d'Achille et de l'épitrochlée); alopécie; insomnie, céphalée nocturne très-intense; sueurs nocturnes, générales; mains incessamment baignées de sueurs, trempées; algidité des extrémités inférieures; accablement, faiblesse, asthénie syphilitique; boulimie très-vive, avec soif exagérée. Cette boulimie s'apaise avec la disparition des autres phénomènes syphilitiques, pour reparaître avec une poussée nouvelle de la diathèse et la récidive des accidents précités.

« Obs. VI. (*Sommaire.*) — Femme de trente-deux ans. Chancres indurés des grandes lèvres, pléiades inguinales. Dès le début de la période secondaire, boulimie très-accentuée, qui s'apaise après un mois environ, pour reparaître ensuite et durer trois mois; soif vive, crampes d'estomac, vomiturations, vomissements; céphalée nocturne, insomnie; syphilides diverses : acnéiforme d'abord, puis papulo-squameuse, puis ecthymateuse; papules muqueuses vulvaires; alopécie; adénopathies cervicales et mastoïdiennes; douleurs multiples : sternalgie, xiphalgie, douleurs dans les cuisses, les bras, les genoux, qui sont roides et comme « rouillés »; douleurs en certains points circonscrits au niveau des condyles fémoraux et des tubérosités tibiales; périostite costale; sueurs nocturnes profuses; algidité des extrémités; étouffements; faiblesse excessive, brisement, asthénie; impossibilité de la marche; la station même est difficile et très-pénible; phénomènes analgésiques; amaigrissement, etc.

« Obs. VII. (*Sommaire.*) — Femme de dix-huit ans. Syphilis secondaire datant de six mois environ et s'accusant par les phénomènes suivants : syphilides vulvaires; alopécie crânienne; chute presque complète des poils du pubis; adénopathies cervicales; céphalée; douleurs multiples, dans les mollets, les jarrets, les articulations, etc.; xiphalgie; insomnie; boulimie, avec exagération de la soif; épigastralgie, aigreurs, nausées, coliques; algidité des extrémités; sueurs, et spécialement sueurs des extrémités; ictère passager; aménorrhée; affaiblissement, asthénie; étourdissements; troubles de la vue; bourdonnements d'oreilles; sensation de boule hystérique (aucun antécédent d'hystérie); analgésie générale; diminution très-notable de la sensibilité de température (la malade sent à peine la chaleur de la flamme d'une allumette); étouffements, battements de cœur, etc., etc. »

Enfin, un dernier point des plus curieux me reste à signaler. Chez plusieurs de nos malades faméliques, nous avons vu la boulimie *coïncider avec un état fébrile des plus accusés*. Chose bizarre! Des malades alitées par la fièvre, et par une fièvre dans laquelle le pouls s'élève à 120 et la température axillaire jusqu'à 39°, — 39°,5, — 39°,8, sont parfois tourmentées par les angoisses d'une faim dévorante, et absorbent une quantité d'aliments double, triple ou quadruple de celle qui leur suffit à l'état de santé! Ce fait extraordinaire et qui renverse les données de l'observation commune, n'a pas été sans nous surprendre vivement. Nous l'avons étudié avec soin, et nous pouvons le donner comme absolument vrai, comme positif, quelque interprétation, d'ailleurs, qu'on veuille lui attribuer. Il n'est même pas rare, car nous avons eu l'occasion de le rencontrer à des degrés divers chez un certain nombre de nos malades, ainsi qu'en témoignent quelques-unes des observations précédentes.

Ce qui ajoute encore à la singularité d'une telle association de phénomènes discordants, c'est que la boulimie coexiste parfois, non pas seulement avec un état fébrile intermittent ou continu, mais, de plus, avec un ensemble d'accidents qui impliquent en général et semblent commander, pour ainsi dire, une dépression notable de l'appétit. J'ai vu, de la sorte, certaines de nos malades, boulimiques et fébricitantes à la fois, conserver une faim dévorante en dépit d'un état de malaise très-accentué, d'une asthénie profonde, allant parfois jusqu'à l'accablement des fièvres graves, de douleurs aussi variées que pénibles, d'une insomnie presque continue, de sueurs profuses, d'algidité périphérique, de désordres nerveux multiples, de troubles divers des grandes fonctions, d'un pouls défaillant et misérable, etc. L'intégrité et, à plus forte raison, l'exagération de l'appétit ne font-elles pas un contraste étrange, en apparence du moins, au milieu d'un tel ensemble de phénomènes?

Citons comme exemple de cette association bizarre de symptômes discordants l'observation suivante :

« Obs. VIII. — *Syphilides cutanées et muqueuses. Boulimie très-accusée coïncidant avec des phénomènes fébriles, intermittents d'abord, puis continus, avec une prostration profonde, une insomnie rebelle, des sueurs profuses, des algidités périphériques, des douleurs multiples, etc. Battements de cœur, irrégularités et faiblesse singulière du pouls, gastralgie, nausées, céphalalgie, phénomènes analgésiques, etc.* — D... (Stéphanie), couturière, âgée de dix-huit ans, entre le 18 mai 1869 à l'hôpital de Lourcine, salle Saint-Clément, n° 39.

« Bonne santé habituelle: pas de maladie sérieuse antérieure. Tempérament lymphatique; pâleur; embonpoint moyen. Règles régulières depuis l'âge de quatorze ans. Sujette à ce qu'elle appelle des crises nerveuses, c'est-à-dire à des défaillances passagères avec mouvements convulsifs.

Cette femme se dit malade depuis un mois environ, époque à laquelle elle s'aperçut de l'existence de quelques boutons à la vulve. Elle a pris au dehors, sur le conseil d'un pharmacien, une trentaine de pilules dont elle ignore la nature.

« *État actuel.* — A la partie la plus inférieure de la grande lèvre gauche, chancre induré en transformation papuleuse; papules muqueuses confluentes sur les grandes lèvres et sur la face supéro-interne des cuisses; pléiades inguinales; roséole érythémato-papuleuse; céphalalgie et insomnie depuis une quinzaine. Depuis la même époque, accès de fièvre quotidienne se manifestant vers cinq heures de l'après-midi et durant deux heures environ. Éruption croûteuse du cuir chevelu. Souffle cardiaque doux au premier temps et à la base; souffle vasculaire assez intense.

« Dans ces derniers jours, la malade a remarqué qu'elle avait une *faim continuelle* et une *soif* intense; elle ne fait plus, dit-elle, « que manger et boire », ce qui l'étonne d'autant plus que cet appétit excessif a coïncidé avec un état de malaise général très-accentué et des accès de fièvre quotidiens; elle affirme « n'avoir jamais eu un appétit semblable à celui qu'elle présente actuellement ». — Traitement : sirop d'iodure de fer, lotions à la liqueur de Labarraque; pansements à l'oxyde de zinc; bains.

« Les jours suivants, les mêmes symptômes persistent; il s'y ajoute des douleurs très-vives dans les deux tempes et un sentiment de courbature générale. Boulimie continue, très-intense. Soif vive. Fièvre quotidienne, irrégulière, se produisant toujours dans l'après-midi, mais à heures différentes. Sueurs profuses des extrémités, même en dehors des accès fébriles. Rate normale. Aucun antécédent de fièvre intermittente. Urines normales.

« La boulimie persiste sans modification, toujours très-vive, jusqu'à la fin de la première quinzaine de juin, s'accompagnant de douleurs d'estomac et de nausées. Pendant tout ce laps de temps, la malade n'a pas cessé d'avoir de la fièvre. Cette fièvre se montre tantôt par accès intermittents, qui se produisent surtout la nuit, tantôt sous une forme continue. La température, dans quelques-uns de ces accès, s'élève jusqu'à 39°,8. De plus, simultanément, syphilides cutanées et muqueuses (syphilide papulo-squameuse des cuisses et de la face, syphilide papuleuse humide des aisselles et de la vulve); troubles nerveux et multiples : épigastralgie, douleurs circonscrites à l'appendice xiphoïde, céphalée, insomnie, langueur, asthénie, accablement profond; phénomènes analgésiques aux extrémités supérieures.

« Vers le 12 juin, la fièvre prend le type continu; la boulimie s'apaise et fait place même à de l'inappétence. En revanche, soif très-vive. Persistance des syphilides et des troubles nerveux susindiqués.

A dater de cette époque, la boulimie n'a pas reparu. Il serait donc sans intérêt de reproduire ici la longue série des accidents qui suivirent. En voici l'analyse très-abrégée : persistance des ac-

cidents fébriles jusqu'au 20 juillet, sous forme tantôt intermittente et tantôt continue; érosions amygdaliennes; syphilide pigmentaire du cou; céphalée; algidités périphériques; insomnie nocturne, et pendant quelques jours, au contraire, somnolence continue; abattement profond; asthénie des plus accusées; battements de cœur, irrégularités et faiblesse remarquable du pouls; phénomènes analgésiques, etc.

« Ce n'est que vers la fin de juillet qu'une amélioration se manifesta dans l'état de la malade. — Exeat à cette époque. — Inutile d'ajouter qu'un traitement antidiathésique avait été prescrit à cette malade; mais ce traitement fut assez irrégulièrement suivi pour qu'il n'y ait pas lieu d'en tenir compte. »

C'est que, en effet, cette exagération de l'appétit n'est elle-même qu'un phénomène morbide. Loin d'être le témoignage d'une santé florissante et de fonctions qui s'exercent avec une énergie de bon augure, c'est, au contraire, un indice de maladie, un symptôme essentiellement pathologique. Donc, rien d'étonnant à ce qu'il figure au milieu d'autres symptômes également pathologiques dont il ne diffère que par l'apparence spécieuse d'un attribut de la santé.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

On lit dans la *Presse médicale belge* :

« La Faculté de médecine de Moscou en est venue à cette conviction, qu'il serait d'un intérêt essentiel qu'on procurât aux femmes la facilité d'acquérir des connaissances fondamentales en médecine dans les cours de l'enseignement supérieur, connaissances qu'elles pourront ensuite utiliser dans la pratique médicale. Il est impossible de faire des cours particuliers qui ne seraient destinés qu'aux étudiants de l'autre sexe; la Faculté est donc d'avis d'accorder aux femmes le droit d'assister aux cours et aux leçons des facultés de médecine; en un mot, de suivre tous les travaux de l'Académie médico-chirurgicale. Les exigences pour le degré de capacité seront absolument les mêmes que celles qu'on impose aux étudiants.

« Le conseil de l'Université de Moscou a complétement approuvé les vues de la Faculté de médecine, et il a adressé dans ce sens un mémoire au curateur du district universitaire de Moscou. »

— A céder, excellente clientèle médicale dans le département de l'Aisne. Écrire à M. Rahon, à Charleville (Ardennes).

— Un docteur, médecin et chirurgien, chevalier de la Légion d'honneur, désire acquérir, à Paris, une bonne clientèle. — S'adresser, par lettre affranchie, à M. A. B., aux bureaux du journal.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments ou autres objets).

Traité pratique des maladies de l'oreille, ou leçons cliniques sur les affections de cet organe, par M. le docteur C. Miot. Paris, 1871, 1 vol. grand in-8° avec 18 gravures dans le texte et 4 planches chromolithographiées par Lackerbauen, représentant 38 figures. — Prix : 8 francs.

De la nécessité de l'éducation physique et de l'organisation des gymnases municipaux hydrothérapiques, par le docteur E. Dailly. Brochure de 24 pages. — Prix : 1 franc.

Diagnostic des manifestations secondaires de la syphilis sur la langue, par le docteur Saison. In-8°. — Prix : 1 fr. 50.

Traité élémentaire de pathologie externe, par E. Follin et Simon Duplay, professeurs agrégés à la Faculté de médecine. — Tome troisième, fascicule 4 : Maladies du rachis. Maladies des fosses nasales. — Prix : 4 fr. — Prix des trois vol. parus : 37 fr.

Du traitement de la hernie étranglée par aspiration sous-cutanée, par M. le docteur P. Autun, ancien élève lauréat de l'école de Dijon, ancien externe des hôpitaux de Paris. — Prix : 1 fr. 50 c.

Anatomie pathologique des perforations cardiaques, à propos d'une observation de communication interauriculaire, interventriculaire et pulmo-aortique avec trochardie, par le docteur P. Fr. Da Costa Alvarenga, professeur à l'École de médecine de Lisbonne; traduit du portugais par le docteur Lucien Papillaud (Henri Almès). Paris, 1871, in-8° de 39 pages. — Prix : 1 fr.

Capvern. Ses eaux minérales. Applications thérapeutiques par le docteur Michel Ticier, médecin inspecteur des eaux de Capvern, ancien interne des hôpitaux de Toulouse, etc. 1 vol. in-8° de 300 pages. — Prix : 2 fr. 50 c.

De la fièvre syphilitique, par le docteur Courteaux. In-8°. — Prix : 2 francs.

L'acte de la déglutition, son mécanisme, par le docteur Moura, avec planches et gravures dans le texte. Br. in-4° de 60 pages. — Prix : 3 fr.

Étude sur la lèpre tuberculeuse ou éléphantiasis des Grecs, par le docteur Paul Lamblin. In-8° avec figures dans le texte. — Prix : 3 fr. 50.

L'Uranoplastie et les divisions congénitales du palais, par le docteur Rouge, chirurgien de l'hôpital cantonal de Lausanne, 1 volume in-8° avec figures dans le texte. — Prix : 3 francs.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois. . . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . . 16 —
Un an. . . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 7 octobre 1871.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES

On connaît le procédé d'analyse spectrale fondé sur ce principe que tout corps, interposé entre un rayon de lumière et un prisme, modifie le spectre lumineux par l'absorption de l'une des couleurs qui le composent, et que remplacent autant de raies noires, ce qui a fait donner au spectre ainsi modifié le nom de spectre d'absorption. Ce procédé d'analyse, qui a déjà reçu plusieurs applications dans l'étude des sciences biologiques, vient de donner quelques résultats dignes d'intérêt à un point de vue qui intéresse la physiologie. Deux expériences récentes, répétées par plusieurs savants, leur ont permis de formuler cette proposition, savoir : que le déplacement des raies d'absorption s'opère suivant la même loi que les modifications dans le poids de l'équivalent, — ce qui, suivant l'observation de M. Dumas, ajoute une preuve de plus à celles que la science possédait déjà pour démontrer la vérité du principe sur lequel il établissait, dès 1827, la classification des corps simples en familles naturelles. Voici l'extrait d'une lettre très-intéressante à cet égard, adressée à M. Dumas par M. F. Papillon, et qui figure dans le dernier compte rendu de l'Académie des sciences.

« MM. Troost et Hautefeuille viennent d'établir, par des expériences précises, que, dans la famille des métalloïdes biatomiques (soufre et ses congénères), les raies spectrales s'éloignent d'autant plus du rouge pour se rapprocher du violet que le poids atomique du corps simple est plus élevé. M. Ditte a trouvé une loi identique pour la famille des métalloïdes tétratomiques (carbone et ses congénères). M. Lecoq de Boisbaudran, à son tour, a observé une règle littéralement, exactement inverse pour toute une classe de métaux. Comme vous l'avez fait remarquer, et comme l'a exprimé aussi M. H. Sainte-Claire Deville, ces résultats ne sont nullement incompatibles. Ce qui tend encore à le prouver, et ce qui constitue le rapprochement dont j'ai parlé, c'est qu'en étudiant à un tout autre point de vue, au point de vue physiologique, le *processus* des propriétés inhérentes aux éléments ordonnés en séries naturelles, on y remarque un *renversement* analogue, en passant d'une série à l'autre.

« Un savant très-distingué, M. le docteur Rabuteau, a établi, en effet, par des expériences nombreuses, consignées en partie dans un mémoire auquel l'Académie a décerné une de ses couronnes, que l'intensité physiologique (ou si l'on aime mieux le pouvoir toxique) des métaux est en *raison directe* de leur poids anatomique. Cette loi atomo-physiologique s'applique uniformément à tous les métaux. Leur nocuité s'accroît avec leur poids atomique. Mais si l'on passe aux métalloïdes, il n'en est plus de même. Pour la famille monatomique du chlore, ainsi que l'avait démontré déjà M. Bouchardat, et que l'a vérifié M. Rabuteau, l'énergie physiologique est juste *en raison inverse* du poids anatomique du métalloïde. Les fluorures d'un même métal sont beaucoup plus vénéneux que ses iodures, et la toxicité des chlorures et bromures est intermédiaire. Pour les métalloïdes biatomiques, la loi est rigoureusement inverse, c'est-à-dire qu'elle redevient semblable à celle des métaux. L'activité physiologique de leurs composés hydrogénés (eau, hydrogène sulfuré, hydrogène sélénié, acide tellurhydrique) augmente dans le même sens que les poids atomiques 16, 32, 79 et 128 de l'oxygène, du soufre, du sélénium et du tellure. Il en est de même pour les autres composés de ces quatre métalloïdes, ainsi que l'ont montré les expériences trop peu connues de M. Rabuteau.

« Il semble donc qu'une loi applicable à un groupe naturel ne l'est pas toujours à un autre, et que, pour la rendre telle, il faut quelquefois en renverser mathématiquement l'énoncé, ou en multiplier arithmétiquement certains termes, comme s'il y avait, dans l'harmonie un peu confuse de la nature, des espèces de hiérarchies, de régressions, de rebroussements, comme disait Leibniz. »

Nous trouvons, dans le compte rendu de la même séance, deux notes qui intéressent l'hygiène publique : l'une de M. le professeur Fonssagrives (de Montpellier), sur l'*oïdium aurantiacum*, et la seconde, de M. E. Monier, sur la composition des bières françaises et étrangères consommées à Paris. M. Fonssagrives signale à l'Académie un moyen de se procurer en tout temps des quantités assez considérables de ce champignon pour faciliter toutes les recherches scientifiques dont il pourrait devenir l'objet. Il en a trouvé la source sur la croûte ou à la surface de section un peu ancienne des fromages de Roquefort, où il se trouve souvent mêlé avec les moisissures du pain qui entre dans la composition de ces fromages. M. E. Monier range les bières, au point de vue de leur composition, en deux classes : 1° les bières amères ou celles du nord de la France, de l'Angleterre et de la Belgique ; 2° les bières sucrées, provenant principalement de l'Allemagne et de l'Autriche. Les premières ont généralement une densité peu élevée, l'extrait solide de ces bières est moins considérable que dans les bières allemandes ; il n'est pas rare de trouver dans ces dernières jusqu'à 75 grammes par litre de matières gommeuses, presque entièrement composées de dextrine et de glucose.

Lorsque la dextrine et la glucose ont été obtenues par l'action de la diastase sur l'amidon, la bière allemande qui les renferme n'a pas d'effet nuisible sur l'économie. Malheureusement, il n'en est pas toujours ainsi ; car les produits sont le plus souvent obtenus par l'action de l'acide sulfurique sur la fécule ou l'amidon. Alors, la bière est d'une digestion plus difficile ; elle altère et peut même provoquer des affections bronchiques.

D'après un tableau qui donne le résultat des recherches de l'auteur pour différentes bières consommées à Paris, on voit que les bières amères renferment la moitié environ des glucose et dextrine des bières allemandes ; lorsque la glucose a été ajoutée, on trouve toujours dans ces produits une quantité plus ou moins forte de sulfates pouvant s'élever à 1 gramme, 5 par litre, tandis que, pour les bières naturelles, ces sulfates varient de 4 à 20 centigrammes environ pour le même volume.

Certaines eaux renferment des proportions notables de sulfate de chaux, celles des puits de Paris par exemple. Il faut avoir bien soin de ne pas les employer dans les brasseries. Si une eau renfermait une forte proportion de bicarbonate de chaux, on pourrait employer avec succès le procédé de M. Dumas, qui consiste à verser de l'eau de chaux dans l'eau à purifier, l'acide carbonique en excès est absorbé, et il y a précipitation abondante du sel calcaire ; une eau renfermant 1 gramme de bicarbonate de chaux par litre n'en contiendra plus, après cette opération, que 1 à 2 décigrammes. Ce procédé bien simple, comme on le voit, est employé en Angleterre pour certaines eaux calcaires servant à l'alimentation des villes.

Dr B...

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — M. LABBÉ.

Rétention d'urine ; — Ponction de la vessie avec l'aspirateur de Dieulafoy.

(Observation recueillie par M. Hubert, interne du service.)

OBS. I. — Le 4 janvier 1871, entre à l'hôpital Saint-Antoine, service de M. L. Labbé, le nommé A..., maçon de son état. Une heure avant, cet homme étant monté sur un échafaudage, avait été précipité d'une hauteur d'environ 2 mètres. Dans sa chute, il était tombé à cheval sur une poutre qui avait contusionné très-fortement non-seulement le périnée, mais encore la région abdominale antérieure.

Le lendemain matin à la visite, on constate un épanchement de sang assez considérable en arrière de la racine des bourses. Le malade se plaint de douleurs vives dans le ventre, qui est fort sensible au toucher. La peau est chaude, le pouls est fréquent (120 pulsations) ; on applique sur l'abdomen des cataplasmes laudanisés. Depuis l'accident, le malade n'a pas pu uriner, malgré des efforts répétés, et la vessie distendue remonte à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Presque aussitôt après l'accident, il y a eu écoulement d'une cuillerée de sang environ par l'urèthre. Le cathétérisme ayant été inutilement tenté par l'interne, M. Labbé essaye d'introduire dans le canal des bougies de différents calibres. Ces différentes tentatives étant infructueuses, on fait une incision au périnée, afin de donner issue à la collection sanguine, espérant qu'après avoir supprimé la compression exercée sur l'urèthre par cet épanchement, le cathétérisme deviendrait plus facile ; en outre, cette incision périnéale devait permettre d'introduire la sonde directement dans le bout vésical de l'urèthre. Malgré de longues tentatives, il ne fut pas possible de pénétrer dans la vessie.

On prescrivit un bain prolongé et *cinquante* centigrammes de sulfate de quinine.

Toutefois, il fallait intervenir pour vider la vessie ; à cet effet, M. Labbé pratique la ponction au moyen de la longue aiguille n° 1 de l'aspirateur Dieulafoy ; le vide fut préalablement fait dans l'instrument, et l'aiguille fut introduite lentement dans les tissus au-dessus du pubis.

Au moment où cette aiguille, qui portait le vide avec elle, eut pénétré dans la vessie, on vit l'urine se précipiter dans le corps de pompe. L'aiguille fut enfoncée progressivement à mesure que la vessie se vidait, jusqu'à la profondeur de 8 centimètres ; on put ainsi retirer 400 grammes d'urine environ.

La ponction ne causa qu'une douleur insignifiante au moment de la piqûre de la peau.

6 janvier. La fièvre est vive, et, comme la veille, les douleurs abdominales sont intenses. M. Labbé essaye de nouveau le cathétérisme, et n'ayant pu réussir, pratique une nouvelle aspiration d'urine, et fait la ponction à peu près au même point que la veille. Voulant mettre à profit la détente uréthrale qui survient quelquefois après la ponction de la vessie, on pratique immédiatement le cathétérisme, mais l'obstacle ne put être franchi.

Dans la même journée, deux nouvelles aspirations sont faites, à trois heures et à neuf heures.

7 janvier. La péritonite occasionnée par la chute du malade continue ses progrès, les douleurs sont toujours aussi vives, et le ventre est ballonné ; le pouls petit et dicrote est à 140 ; la langue est sèche, le faciès altéré. Trois nouvelles ponctions sont faites dans la journée, et permettent d'aspirer l'urine contenue dans la vessie.

8 janvier. L'état du malade a empiré ; une nouvelle aspiration est faite dans la journée ; le soir, la mort survient.

Autopsie. — Péritonite généralisée, peu de liquide, injection vive de la séreuse, agglutination des anses intestinales.

La surface extérieure de la vessie présente à sa partie externe de petites taches rouges ecchymotiques, rappelant les piqûres de puce sur la peau. C'est en ce point qu'ont été faites les ponctions ; quant à la surface interne de la vessie, il n'est pas possible de retrouver la moindre trace du passage de l'aiguille. L'urine contenue dans la vessie était parfaitement normale et limpide, elle ne contenait ni sang, ni caillots, ni pus.

OBS. II. Le 26 du mois de février 1870, M. Labbé fut mandé auprès d'un homme de 65 ans, et atteint de rétention complète d'urine. Ce vieillard avait une prostate très-volumineuse, et les diverses tentatives de cathétérisme faites depuis deux jours étaient restées sans résultat ; ces manœuvres n'avaient même pas été complétement innocentes, car le malade avait perdu une assez notable quantité de sang par la muqueuse uréthrale, et les douleurs avaient été des plus vives.

M. Labbé éloigna donc immédiatement l'idée d'un nouveau cathétérisme, et devant l'énorme distension de la vessie et l'état déjà alarmant du malade, il décida la ponction de l'organe. A cet effet, il employa l'aspirateur de Dieulafoy. L'aiguille creuse n° 2 fut introduite un peu au-dessus du pubis (cette aiguille, mathématiquement calibrée par Robert et Collin, n'a que 1 millimètre et un tiers de diamètre) ; et on retira de la vessie 500 grammes d'urine environ. Le soulagement fut immédiat ; deux heures plus tard, il fut possible de passer dans le canal une bougie assez volumineuse ; tous les accidents cessèrent, il ne fut pas utile d'intervenir de nouveau, et le malade guérit sans avoir éprouvé le moindre accident ni la plus légère douleur à la suite de l'opération.

Cette observation vient confirmer, au point de vue pathologique, les recherches faites par M. Sappey, qui a établi qu'il y a une différence notable dans la direction de la portion prostatique de l'urèthre, suivant l'état de vacuité ou de distension de la vessie ; de là, difficulté ou possibilité de sonder un malade atteint de rétention d'urine, avant ou après l'évacuation du liquide.

Quant au moyen à employer pour la ponction de la vessie, ces observations semblent démontrer l'innocuité absolue de l'opération pratiquée au moyen des aiguilles n° 1 et n° 2 de l'aspirateur, et sa supériorité sur les autres méthodes.

GUÉRISON D'UNE TUMEUR ÉRECTILE PAR LA GALVANO-CAUSTIQUE-CHIMIQUE

Par M. le docteur MONOYER.

Une enfant, Louise F..., âgée de quatre mois, portait à la paupière inférieure de l'œil droit une tumeur érectile du volume d'une grosse aveline ; la peau ne participait à la dégénérescence que dans une petite étendue ; quand l'enfant criait, la tumeur se gonflait fortement, l'affection n'était pas stationnaire ; à la naissance de l'enfant, la tumeur n'avait qu'un volume insignifiant qui a peu à peu augmenté, sans toutefois que la marche du développement ait été rapide.

Le traitement, commencé le 28 janvier 1871, a duré environ six mois. La cautérisation électro-chimique a été répartie en cinq séances. L'opérateur s'est servi de la pile portative de Stœhrer ; 8 à 12 éléments suffisaient à produire l'effet voulu, quand la pile fonctionnait bien ; il eût même été dangereux de dépasser ce nombre, sous peine de cautériser trop vivement et d'exciter de trop fortes contractions musculaires à chaque variation d'intensité du courant. C'est à l'électrode positif seul que M. Monoyer a eu recours pour cautériser la tumeur ; il obtenait ainsi les résultats que donnent les caustiques acides, c'est-à-dire à la fois coagulation du sang, cautérisation et rétraction des tissus. Dans ce but, l'électrode positif était représenté par quatre aiguilles de platine qu'on implantait dans la tumeur ou avec lesquelles on traversait celle-ci de part en part, suivant les circonstances. L'électrode négatif, terminé par un large bouton de charbon de cornue à gaz, était appliqué sur la peau du front ou de la joue, mais, séparé de la membrane cutanée par une rondelle d'amadou imbibée d'eau salée, afin d'éviter l'action caustique des alcalis qui se portent au pôle négatif. A peine le circuit était-il fermé, que la peau se rétractait tout autour de la piqûre de chaque aiguille, et indiquait ainsi le passage du courant. On pouvait suivre la marche de la cautérisation en observant l'auréole rougeâtre qui ne tardait pas à se développer autour de chaque aiguille et à s'étendre circulairement au fur et à mesure que l'action caustique gagnait en étendue ; au bout de quelque temps, des bulles gazeuses d'une ténuité extrême venaient, en s'échappant

entre les parois des aiguilles et la peau, former une petite couronne d'écume blanche. En général, l'opérateur s'arrêtait quand l'auréole rouge atteignait un rayon de 1 à 1 1/2 millimètre.

Un mois après la troisième séance, la tumeur était complétement affaissée, excepté au centre, où s'élevait encore une saillie de la forme et du volume d'une lentille; la peau sus-jacente avait une couleur rouge lie de vin. A la périphérie de la tumeur apparaissaient encore des vaisseaux en voie de développement.

La dernière séance eut lieu le 23 juin 1871; des vaisseaux se montraient encore à la périphérie de la tumeur et semblaient menacer d'une récidive; sept piqûres circonscrivirent le siége du mal, et la cautérisation fut poussée un peu plus loin que les fois précédentes. Le 24 juillet, les escharres était entièrement éliminées; on ne remarquait plus trace de tumeur ni de tissu érectile; les cris de l'enfant ne produisaient aucun soulèvement de la peau, à l'endroit où avait siégé le mal, et, fait important à noter, la paupière ne présentait pas la moindre tendance à la formation d'un ectropion; le seul indice qui persistait encore consistait dans une coloration rouge de la peau à l'endroit soumis à la cautérisation.

M. Monoyer se proposait de présenter à la Société la jeune opérée; mais celle-ci a succombé, le 30 juillet, à une attaque de choléra infantile. La guérison parfaite de la tumeur n'en est pas moins hors de doute. (*Compte-rendu de la Société de médecine de Strasbourg.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 9 août 1871. — Présidence de M. Alph. Guérin.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

— La *Gazette des hôpitaux*. — L'*Union médicale*. — La *Gazette hebdomadaire*. — Le *Montpellier médical*.

— Le XXI[e] volume des *Transactions de la Société pathologique à Londres*.

— M. Larrey dépose sur le bureau les ouvrages suivants : *De l'occlusion intestinale*, par le docteur Servier, agrégé au Val-de-Grâce; — *De l'aguerrissement des armées*, par le docteur Vauréal; — *Sugli aneuvrismi dell' aorta toracica inferiora trattati colla elettro-puntura del Dott L. Ciniselli*;—Un travail manuscrit intitulé: *Nouveau procédé de suture intestinale à points séparés*, par le docteur Vezien. (Renvoyé à MM. Larrey, Després et Legouest.)

— M. Larrey offre, en son nom, les *Mémoires de l'Académie des sciences*, années 1865, 66, 67, 68 69 et 70, et la *deuxième partie de la table*. — La Société remercie.

M. Giraldès présente, de la part de sir William Feygusson : *The Hunterian Oration for* 1871.

Hernie sous-pubienne.

M. Chassaignac communique l'observation suivante :

La science ne possède encore qu'une histoire très-insuffisante de la hernie sous-pubienne.

Cette insuffisance tient en grande partie au nombre peu considérable d'observations complètes possédées jusqu'à ce jour.

A. Cooper, dans sa longue et féconde pratique, n'avait jamais observé un seul cas de hernie sous-pubienne au lit du malade.

Celui qu'il mentionne comme ayant été observé par lui se rapporte à une autopsie. (Traduct. française, p. 369, observat. 332.)

Il y a donc utilité réelle à poursuivre la mise en lumière de toutes les observations exactes sur ce point. C'est pour cela que nous désirons rapprocher de l'observation présentée à la Société par M. Cruveilhier, celle qui nous est propre.

Dans l'observation que je vais rapporter, la malade avait des hernies multiples; elle a succombé avec les signes d'un choléra herniaire parfaitement caractérisé.

Une femme âgée de 40 ans avait deux hernies crurales : l'une à droite épiploïque, l'autre à gauche intestinale.

Des symptômes d'étranglement se déclarent, et, à la visite, on trouve l'état suivant : facies altéré, vomissements de matières intestinales; ballonnement du ventre avec relief bien dessiné des bosselures de l'intestin; sensibilité du ventre, mais pas très-vive. La hernie crurale droite est indolente, et, selon toute apparence, épiploïque. La hernie crurale gauche, irréductible comme la première, est évidemment intestinale.

On ne décide pas l'opération pour les raisons suivantes :

1° La hernie crurale gauche, quoique irréductible, ne présente pas le degré de tension et de sensibilité d'une hernie franchement étranglée.

2° La malade a eu, dans la nuit, une selle abondante.

3° Si tous les accidents observés ont pour cause un étranglement, il est à craindre que celui-ci n'ait déjà produit des conséquences sur lesquelles l'opération ne peut plus rien.

Le lendemain, les symptômes ont pris un tout autre aspect. Ce sont beaucoup moins ceux d'un étranglement interne que ceux du choléra. La malade a bien encore des vomissements, mais elle a eu plusieurs selles abondantes. La face est décomposée; une sueur gluante et froide recouvre tout le corps, qui est lui-même à l'état de refroidissement profond. Le pouls est petit, concentré. Les yeux sont profondément excavés; la langue est sèche et pâle; cyanose générale et très-prononcée existant sur toute la surface du corps; pas de traces de la sécrétion urinaire depuis 36 heures; cathétérisme; résultat nul. Du reste, pas de taches scléroticales, pas de crampes; voix très-affaiblie; sensation douloureuse à la gorge; c'est la seule chose dont se plaigne la malade.

Dans la matinée du lendemain, le refroidissement et la cyanose vont en augmentant.

Mort dans l'après-midi.

A l'autopsie, point de péritonite bien appréciable; hernie crurale droite épiploïque, peu volumineuse, adhérente; hernie crurale gauche exclusivement intestinale.

Au moment où on ouvre l'abdomen, on reconnaît, qu'indépendamment des deux hernies crurales, une anse intestinale se rend directement au trou sous-pubien droit, dans la partie supérieure duquel elle s'engage. Elle résiste à une traction modérée pratiquée pour la dégager de l'intérieur du sac; mais, à une traction plus forte, elle cède, et l'on constate que, dans le point qui correspond au collet du sac, existe une empreinte circulaire bien distincte et annonçant une hernie étranglée.

En observant l'orifice interne du sac par l'intérieur de l'abdomen, on remarque que cet orifice est plus spacieux que celui de la hernie crurale correspondante.

Après la dissection, on reconnaît que le sac herniaire s'est produit à travers l'échancrure en arcade renversée qui existe pour le passage des vaisseaux et des nerfs.

Les vaisseaux et nerfs occupent le côté externe du collet du sac. Le sac lui-même, en partie recouvert par le muscle obturateur externe, commence à pointer au-dessus du bord de ce muscle en le déprimant. Il résulte de là que le pectiné étant enlevé, le muscle obturateur externe laisse apparaître à son bord supérieur, légèrement déprimé, l'hémisphère supérieur du sac herniaire sous forme d'un croissant à convexité supérieure. Le muscle obturateur une fois détaché, on aperçoit la totalité du sac. Il est régulièrement sphéroïdal, nullement piriforme. Il a le volume d'une prune.

La surface interne de l'intestin, dans toute sa longueur, était parsemée de follicules blanchâtres, comme puriformes, analogues à ceux qui s'observent dans le choléra.

M. Duplay, à l'occasion de la communication de M. Cruveilhier, dit que les docteurs Miller et Chieuc ont rapporté dans *Edimbourg medical* journal, janvier 1871, une observation intéressante de hernie obturatrice, qui se rapproche de celle qui a été communiquée à la Société de chirurgie par M. Cruveilhier. Il en donne communication avant qu'elle ne soit publiée dans les Archives de médecine.

Il s'agit d'une femme de 73 ans. Lorsqu'elle fut amenée à l'hôpital, elle était très-déprimée et présentait des vomissements fécaloïdes. Il n'y avait aucune trace de tumeur herniaire, mais on découvrait comme unique symtôme extérieur une rougeur de la fosse iliaque gauche, qui pouvait bien avoir été produite par l'application de sinapismes.

Les opiacés, les lavements larges et abondants, n'amenèrent aucun soulagement.

On porta le diagnostic iléus, mais on rejeta l'idée de la gastrotomie, en raison de l'âge avancé et de la dépression de la malade, qui ne tarda pas à succomber.

L'autopsie, faite par le docteur Chieuc, montra une anse de l'iléon fixée et étranglée dans l'ouverture supérieure du trou obturateur gauche. En disséquant les adducteurs de la cuisse de bas en haut, on découvrit le sac, qui était du volume d'un œuf de pigeon; il était recouvert par les fibres du pectiné et sa face externe était adhérente à l'aponévrose du muscle obturateur externe.

L'artère obturatrice est située derrière le collet du sac, dont elle est séparée par une bandelette tranversale dépendant de la membrane obturatrice. Le nerf est placé à la partie antérieure du sac.

Ce dernier contient les deux tiers externes de la trompe de Fallope et deux pouces d'iléon. L'âme intestinale étranglée était gangrenée; une perforation s'était produite, suivie de l'épanchement de matières fécales dans l'intérieur du sac. Il n'y avait pas de péritonite généralisée.

L'ouverture du sac était ovalaire et mesurait un demi-pouce dans son plus grand diamètre. Le sac était constitué par le péritoine qui forme le ligament large.

Outre ce qui existait du côté gauche, on trouva encore deux petites hernies obturatrices à droite :

1° Un sac antérieur, formé par le péritoine pariétal, situé en avant du ligament rond et admettant l'extrémité du petit doigt. Il était vide au moment où le bassin fut examiné.

2° Un sac postérieur, situé exactement dans le même point que celui du côté gauche et présentant la même apparence. Il admet l'extrémité du doit indicateur et renferme la moitié externe de la trompe de Fallope correspondante.

M. Amédée Forget dit que dans un mémoire qu'il a publié en 1866 (1), dans l'*Union médicale* (volume 32), il a reproduit une observation de hernie obturatrice étranglée, compliquée d'une hernie crurale à gauche. L'opération de cette dernière fut pratiquée; les symptômes d'étranglement persistèrent. A l'autopsie, on constata l'existence de la hernie sous-pubienne, constituée par une portion d'anse intestinale (intestin grêle) de 2 centimètres d'étendue et formant une tumeur du volume d'un œuf de pigeon. Le sujet de cette observation était une vieille femme de 76 ans.

Ce fait et un autre cas de hernie obturatrice que j'ai cité ont été puisés dans un journal allemand (1[er] fascicule des *Arch. G. phys.*, Heilk, Stuttgard).

Dans le second cas, qui se termina aussi par la mort du malade, c'était un homme de 59 ans, la hernie siégeait à droite. A l'autopsie, le docteur Rœser constata l'existence d'adhérences de l'intestin grêle dans l'excavation pelvienne ; le poids de l'intestin déchira ces adhérences, et il s'échappa du trou ovalaire une petite portion d'intestin, semblable à un diverticule, ayant un pouce de longueur environ et offrant une coloration rouge foncé : il se continuait avec la paroi décolorée du tube intestinal sur le bord opposé au mésentère.

Le point d'où il s'échappa correspondait à l'orifice même situé à l'angle supérieur et interne du trou ovale dans lequel il s'était étranglé. La portion herniée comprenait les trois quarts du cylindre de l'intestin grêle, ce qui rendait celui-ci presque imperméable et rétréci au-dessous de l'obstacle.

Cette variété de hernie, du moins dans la grande majorité des cas, s'observe sur des sujets avancés en âge, principalement surdes femmes.

A ce point de vue, il est une disposition anatomique qu'il importe de connaître et que le docteur Rœser a signalée : elle consiste en un point qui, au niveau de l'émergence des vaisseaux obturateurs, a une mollesse plus grande et cède à la pression. Par de nombreuses recherches nécropsiques il s'est assuré que l'on pouvait enfoncer en ce point l'extrémité de l'index dans un petit canal jusqu'à un demi-pouce et même un pouce de profondeur, de manière à se coiffer le doigt comme d'un dé à coudre. Camper, au dire de Lawrence, a rencontré de semblables prolongements du péritoine sur des cadavres, dans le trajet des vaisseaux obturateurs, et Lawrence, de son côté, fait la même observation.

Il résulte de ces recherches anatomiques une extrême facilité pour l'intestin à s'engager à l'occasion d'un effort, à l'intérieur du conduit obturateur; il est vraisemblable que bien des coliques subites et intenses n'ont pas d'autre cause. En effet, les sujets qui ont offert cette disposition anatomique, cette sorte de sacs herniaires d'attente pour ainsi dire, avaient itérativement accusé pendant la vie, des crampes d'estomac, des coliques, des nausées et même des vomissements et une constipation opiniâtre. C'était le cas d'une femme âgée de 80 ans, ayant succombé aux suites d'une hernie obturatrice étranglée; cas rapporté par M. Labbé à la séance de la Société de chirurgie du 6 novembre 1866. Dans un intervalle de huit années avant sa mort, cette femme avait été sujette au retour fréquent de semblables crises.

La permanence du sac herniaire à l'extérieur après la rentrée de l'intestin, la persistance de son ouverture de communication avec l'abdomen due au défaut de contractilité du canal ostéo-fibreux qui a livré passage à la hernie, justifient l'interprétation que je donne pour expliquer le retour de ces coliques et accidents soi-disant nerveux observés dans les circonstances pathologiques dont il s'agit; cette même disposition anatomique, qui n'implique qu'un faible degré d'action dans le mécanisme de l'étranglement, rend raison de la forme lente et en quelque sorte chronique qu'il affecte.

La réduction par les manœuvres ordinaires est impuissante à faire cesser les accidents. Pour y obvier, M. le docteur Rœser conseille un procédé qu'il regarde comme devant être très-efficace.

La manœuvre consiste à faire presser et malaxer par un aide le point où siége la hernie; à déprimer en même temps avec la main gauche la paroi abdominale derrière la branche horizontale du pubis, en la refoulant vers le sacrum; à introduire dans le vagin ou dans le rectum chez l'homme, après avoir préalablement vidé la vessie, autant de doigts de la main droite qu'il en peut tenir, à les diriger vers le siége de l'étranglement, comme s'ils allaient à la rencontre de l'autre main placée derrière le pubis, puis « attirer vers l'excavation pelvienne les parties comprises entre les deux mains dont l'action ainsi combinée agit si énergiquement dans la même direction. Ce procédé de réduction a été essayé par l'auteur sur le cadavre. Après avoir introduit une anse d'intestin dans l'orifice trouvé dilaté du canal sous-pubien, et avoir ainsi produit une hernie artificielle, il a pu facilement dégager l'intestin.

Quant à la herniotomie pratiquée en pareil cas, c'est une opération d'une grande difficulté, ce qui a autorisé Velpeau de dire « qu'il est bien permis de ne pas la conseiller » *Médecine opératoire*, t. IV).

Dans mon Mémoire, je cite une observation avec opération suivie de guérison; elle a été communiquée à la Société médico-chirurgicale de Londres, par le docteur Orbe (*The Lancet*, juillet 1871).

Dupuytren, en prévision d'une pareille hernie étranglée, s'assura qu'en pratiquant une incision sur le côté interne de la tumeur, en dedans des vaisseaux cruraux, on pourrait découvrir le fond du sac logé dans l'intervalle compris entre les muscles pectiné, le premier et le second adducteurs et le droit interne, ouvrir le sac et débrider en dedans, c'est-à-dire vers la branche descendante du pubis : cette indication de Dupuytren qu'il n'a jamais eu occasion de mettre en pratique, est justifiée par les recherches auxquelles je me suis livré sur la position respective de la tumeur herniaire et des vaisseaux obturateurs. En effet, quelles que soient les variétés du siége qu'offrent ces vaisseaux; qu'ils croisent en arrière ou en avant le sac herniaire, toujours ils se dirigent de dedans en dehors, ce qui donne à l'opérateur la certitude de ne pas les rencontrer au côté interne, et lui prescrit de se conformer au précepte du célèbre chirurgien de l'Hôtel-Dieu.

M. Duplay dit qu'il y a une observation d'opération de hernie obturatrice étranglée de plus à compter, de Bansby Cooper en 1859.

Ligature de la carotide primitive.

RAPPORT

M. Després lit un rapport sur l'observation de ligature de la carotide primitive lue par M. Raynaud. (Voir la *Gazette des Hôpitaux* du 3 ocobre 1871, n° 107.)

M. Verneuil communique l'observation suivante :

Plaie par arme à feu. — Hémorrhagies consécutives répétées. — Ligature de la carotide primitive. — Hémiplégie. — Mort rapide. — Oblitération de la carotide interne et de la cérébrale moyenne dans toute leur longueur. — Ramollissement cérébral très-étendu. — Altération du foie.

F..., âgé de 30 ans, robuste et jouissant d'une bonne santé habituelle, est blessé à la joue droite, le 23 mai 1871.

La plaie est presque linéaire, transversale, parallèle au bord inférieur de l'os malaire, très-peu grave en apparence; aucun organe essentiel ne paraît touché; la douleur est minime; les mouvements de la mâchoire inférieure sont un peu gênés.

Un stylet s'enfonce cependant à une grande profondeur, et, d'après sa direction, je conclus que le fond de la blessure correspond à la partie la plus reculée de la fosse ptérygo-maxillaire. On ne constate ni projectile, ni esquille, ni corps étranger quelconque.

On prescrit pour tout pansement des applications répétées d'eau fraîche. Tout se passe bien les jours suivants; cependant, à diverses reprises, la plaie laisse écouler un peu de sang, qui s'arrête de lui-même ou par un tamponnement léger et la compression.

Parfois aussi, F... accuse dans la région blessée et la moitié correspondante de la face des douleurs assez vives, revenant par accès, et qui cèdent aisément au sulfate de quinine.

Tous ces troubles disparaissent, et, dans les premiers jours de juin, l'état local et l'état général sont aussi satisfaisants que possible. Je soupçonnais bien l'existence d'un projectile dans l'épaisseur de la face, puisque l'ouverture était unique et que rien n'annonçait la perforation des cavités nasale, buccale ou pharyngienne; mais, ayant fait une nouvelle exploration infructueuse, je résolus d'attendre. L'appétit était bon, ainsi que le sommeil, les douleurs nulles, la suppuration insignifiante; le blessé se levait toute la journée; bref, je ne m'en occupais plus.

(1) *De la hernie obturatrice.*

Vers le 15 juin, sans cause connue, une hémorrhagie abondante se déclare dans l'après-midi. On l'arrête en introduisant dans la plaie un plumasseau de charpie imbibé de perchlor re de fer, et soutenu à l'extérieur par une bande roulée assez serrée.

Le lendemain, je trouve la région gonflée, douloureuse au toucher; le malade se plaint de malaise et de céphalalgie. Je prescris un purgatif et le repos; je ne touche point au pansement. Deux jours après, nouvelle hémorrhagie, dont on triomphe aussi aisément et par les mêmes moyens. Ce retour du sang me préoccupe; je crains que le projectile n'en soit la cause, et je songe à débrider la plaie, pour le rechercher et l'extraire. Deux ou trois jours se passent sans nouvelle hémorrhagie. Le malaise général disparaît, la fièvre tombe, et je diffère encore l'entreprise.

Tout va bien jusqu'au 29 juin. Ce jour-là, l'hémorrhagie se renouvelle, on l'arrête sans peine. — Le 30, elle reparaît trois fois, traversant l'appareil, mais facile encore à réprimer par la compression. En même temps je constate de la fièvre avec céphalalgie, constipation, soif, inappétence, mauvaise humeur. Le blessé se laisse à peine examiner et refuse obstinément toute opération. Comme la perte totale du sang était restée jusque là peu considérable, j'accorde un répit pour prescrire d'ailleurs, un purgatif le matin et du sulfate de quinine le soir.

Cette journée du 1er juillet est marquée par le retour incessant des hémorrhagies. La première fois, on arrête le sang avec quelque peine à l'aide d'une série de boulettes de charpie réunies par un fil commun (tamponnement en cerf-volant), mais à plusieurs reprises, sept ou huit fois au moins dans les 24 heures, le sang traverse l'appareil; on comprime par dessus avec succès. La perte de sang est assez notable.

Le 2 juillet au matin, le malade est pâle, affaibli, très-craintif et très-soumis. Il n'a point dormi; la fièvre est plus forte que la veille, sa face est tuméfiée et douloureuse au toucher.

Le chloroforme est difficilement supporté; il provoque une grande agitation et ne produit, que pour un temps très-court, la résolution complète; à chaque instant le malade s'agite, se débat, vocifère, ce qui rend très-laborieux les actes opératoires suivants :

On enlève d'abord les boulettes de charpie, aussitôt le sang s'échappe en abondance; le doigt indicateur de la main gauche est rapidement porté dans la plaie, et après quelques tâtonnements arrête l'hémorrhagie; de la main droite, armée d'un bistouri, j'agrandis la plaie en avant et en arrière, le long du bord inférieur de l'os malaire, pour faciliter les recherches dans la profondeur. Je ne trouve aucun corps étranger, mais je constate des lésions osseuses méconnues jusqu'alors : le bord inférieur de l'os malaire est échancré ainsi que le bord antérieur de l'apophyse coronoïde du maxillaire inférieur; on sent aussi des inégalités osseuses au niveau de la tubérosité maxillaire.

Quoiqu'il en soit, l'hémorrhagie étant momentanément arrêtée par la compression digitale, je cherche à remplacer l'action du doigt par un tamponnement exact. J'entasse donc avec soin un certain nombre de boulettes de charpie sèche, mais je n'ai pas achevé que déjà le sang reparaît en abondance; il ne s'arrête que par la compression de la carotide primitive. Grâce à cet expédient, je puis renouveler tout le tamponnement et le faire surtout avec toute l'exactitude désirable. — Malheureusement à peine le doigt quitte la carotide que l'hémorrhagie recommence.

Le sang s'échappe, monte, remplit la cavité et paraît au dehors, sans que je puisse voir exactement d'où il sort et quel vaisseau le fournit. Cependant, comme la compression digitale directe arrête l'écoulement quand je presse en haut et en arrière, dans le fond de la cavité, j'essaye de toucher ce point avec le fer rouge. La carotide comprimée et la plaie débarrassée des caillots, je porte successivement sur le point susdit quatre cautères olivaires. Mais en vain! le sang s'échappe comme auparavant.

Toutes les tentatives d'hémostase directe ayant échoué, il me restait la ressource ultime de la ligature de la carotide. Je confiai à mon aide le soin de comprimer dans la plaie avec le doigt, et je procédai à la ligature en question. La brièveté du cou, le volume des muscles, l'agitation incessante du malade rendaient très-laborieux la découverte et l'isolement du vaisseau.

Je me proposais d'abord de lier seulement la carotide externe; mais, ayant mis à nu, à grand peine, la carotide primitive près de sa bifurcation, je crus plus sage de l'étreindre aussitôt, pour terminer une séance opératoire qui, en raison de toutes les tentatives énoncées plus haut, durait déjà depuis plus d'une demi-heure.

Un nouvel incident survint encore. J'étais aussi mal outillé que possible; je n'avais pas d'aiguille de Deschamps, mais seulement une mauvaise sonde cannelée qui pliait comme du plomb. En chargeant l'artère, après l'avoir dénudée, je pus craindre d'avoir lacéré sa tunique externe; c'est pourquoi, la première ligature placée, je passai un nouveau fil et fis une seconde ligature à 12 millimètres plus haut, de façon à ce que, en cas de blessure incomplète de l'artère, le point lésé se trouvât entre les deux fils.

L'hémorrhagie était enfin domptée. De la charpie alcoolisée fut appliquée dans la plaie profonde de la face et dans la plaie de la ligature. Le malade fut reporté dans son lit; il se réveilla progressivement. Je me préoccupai sur-le-champ de l'hémiplégie; il n'y en avait pas trace. Il n'existait non plus ni déviation de la face, ni embarras de la parole.

Dans la journée, le malade fut relativement assez bien. Il reçut avec joie l'assurance de l'arrêt définitif du sang, et n'accusa que des souffrances modérées. Il prit et garda du bouillon et du vin. Dans l'après-midi, il fut un peu agité, se leva sur son séant et parla avec quelque animation. Dans la soirée, il redevint calme, causa quelques instants avec la sœur de service, et enfin parut s'endormir paisiblement. Il est certain qu'à huit heures du soir il n'offrait pas la moindre trace d'hémiplégie.

Pendant la nuit, l'infirmier de veille constate seulement un sommeil profond; mais, au lever du jour, on reconnaît qu'il s'agit d'un état comateux, avec perte presque complète de connaissance.

A la visite du matin, l'état n'a pas changé. La tuméfaction du visage empêche de juger de la déviation des traits; mais l'hémiplégie est complète à gauche. Je parviens, non sans peine, à réveiller le malade et à en tirer quelques réponses brèves, mais d'ailleurs raisonnables; il n'accuse aucune souffrance, se plaint seulement quand on touche à ses plaies, et retombe aussitôt dans le coma. La peau est chaude, la fièvre intense.

Le pronostic est très-grave; je prescris, néanmoins, des révulsifs aux membres inférieurs et du calomel. Mais les choses vont en s'aggravant, et la mort survient dans la nuit suivante, à quatre heures du matin, quarante-deux heures après la ligature, trente heures environ après le début de l'hémiplégie, qui s'est produite sans doute dans le cours de la première nuit.

Autopsie six heures après la mort, avant tout indice de décomposition.

Méninges modérément injectées, hémisphères cérébraux plutôt pâles et anémiques, surtout à droite. Le cerveau enlevé, on constate sur-le-champ que la carotide droite, coupée en travers, à la sortie du canal carotidien, est complétement remplie par un caillot qui se prolonge, sans interruption, dans l'artère cérébrale moyenne et ses principales ramifications dans la scissure de Sylvius : on dirait que ces vaisseaux ont été injectés avec une matière solidifiable. Les deux ventricules latéraux sont ouverts par la partie supérieure. A gauche, tout est à l'état normal, comme couleur et consistance; à droite, on trouve une certaine quantité de sérosité un peu louche. La paroi inférieure présente une teinte jaunâtre et cède à la pression du doigt. Il y a évidemment là un ramollissement cérébral. Pour en juger, nous soumettons les deux côtés à l'action d'un filet d'eau : à gauche, la pulpe cérébrale résiste; à droite, elle se désagrége aussitôt.

M. Jeoffroy, interne distingué des hôpitaux, a examiné avec soin l'état du cerveau et a bien voulu me remettre une note, que je reproduis textuellement :

« L'encéphale enlevé et reposant sur sa convexité, on constate les particularités suivantes : 1° L'artère sylvienne droite est complétement oblitérée par un caillot relativement ancien, c'est-à-dire plus ancien, à coup sûr, que les caillots de l'agonie. Il remplit le trou de l'artère et s'étend dans ses branches de premier ordre. Au delà, les rameaux de second ordre sont vides.

« 2° L'artère sylvienne gauche ainsi que toutes les autres artères de la base sont vides.

« 3° Aucun de ces vaisseaux ne présente de trace d'athérome, ni à droite ni à gauche.

« 4° Méninges du lobe cérébral gauche injectées et même ecchymosées. A droite, elles sont normales.

« 5° Le mesocéphale et le lobe cérébral gauche sont tout à fait sains.

« 6° Lobe cérébral droit profondément altéré; diminution considérable de consistance, qui rappelle celle des vastes foyers d'apoplexie. Une coupe horizontale montre un large foyer ramolli, qui comprend la plus grande partie de la couche optique, des corps striés et du centre ovale de Vieussens. Le ramollissement s'étend surtout au lobe antérieur, sans aller, toutefois, jusqu'aux circonvolutions frontales. Toute la substance de ce lobe, y compris la partie ramollie, est beaucoup plus pâle que celle du lobe gauche.

« L'examen microscopique de la substance ramollie, répété plusieurs fois et dans les points les plus diffluents, ne révèle ni corps granuleux, ni granulations graisseuses. Les tubes nerveux et les vaisseaux sont sains : la myéline s'échappe seulement avec plus de facilité. On sait, du reste, que les choses peuvent se passer ainsi trente ou quarante heures après l'oblitération cérébrale. »

Au cou, la plaie de la ligature commence à s'enflammer et à suppurer. Les fils sont en place; ils n'étreignent que la carotide. La veine jugulaire, le nerf pneumo-gastrique et le grand sympathique n'ont pas été lésés, ni même froissés. Les deux ligatures sont distantes de 12 millimètres environ.

L'inférieure porte sur la terminaison de la carotide primitive à 5 ou 6 millimètres de la thyroïdienne. La supérieure, située à égale distance au-dessus de cette même artère, étreint à la fois les carotides interne et externe tout près de leur origine.

Un caillot occupe la carotide primitive entre la première ligature et le cœur; il est court et remplit à peine le vaisseau dans l'étendue de 10 à 12 millimètres.

Un second caillot se trouve dans le tronçon compris entre les deux ligatures; il se prolonge de quelques millimètres dans la thyroïdienne supérieure.

Enfin, on retrouve encore des caillots très-étendus : 1° dans la carotide externe et toutes ses branches; 2° dans la carotide interne, entièrement oblitérée depuis la ligature jusqu'à l'entrée dans le crâne. Le même caillot existe dans la portion du vaisseau qui occupe le canal carotidien et se continue avec celui qui remplit l'artère cérébrale moyenne.

En un mot, la trombose artérielle s'étend à tout le système carotidien du côté droit, si j'en excepte la cérébrale antérieure, la communicante de Willis et peut-être l'ophthalmique qui n'a pas été examinée.

J'ajoute que le caillot carotidien interne n'offrant aucune solution de continuité, l'oblitération de la cérébrale moyenne ne peut être attribuée à une embolie, mais à l'ascension, à l'élongation progressive de bas en haut du caillot, formé d'abord dans la partie extra-crânienne de la carotide interne. On s'explique ainsi, de la manière la plus satisfaisante, l'apparition assez précoce mais cependant non soudaine de l'hémiplégie; il est bien regrettable que ce symptôme se soit produit pendant la nuit, car nous ignorons la marche qu'a suivie la paralysie. On sait que celle-ci se montre quelquefois tout à coup, comme s'il s'agissait d'une véritable apoplexie. Sans doute alors il y a embolie. D'autres fois elle s'achève avec plus de lenteur; la coagulation ascendante du sang en rendrait bien compte.

Dans tous les cas, l'observation présente est tout à fait conforme à la théorie proposée par notre collègue M. L. Lefort, pour expliquer les accidents cérébraux qui suivent de plus ou moins près la ligature de la carotide primitive. La seconde ligature, jetée par prudence sur la carotide interne elle-même, n'a peut-être pas été sans influence sur le fâcheux résultat, et me fait regretter plus que jamais de n'avoir pas lié exclusivement et uniquement la carotide externe : pratique qui doit définitivement prévaloir en cas d'hémorrhagie de la face.

L'examen de la plaie génale confirme l'existence des lésions osseuses de l'os malaire et de l'apophyse coronoïde déjà reconnue pendant l'opération. On voit, de plus, que le projectile a traversé la partie la plus reculée de l'antre d'Highmore et brisé l'extrémité postérieure du cornet moyen et inférieur. La pituitaire a été également déchirée dans une petite étendue, en l'absence de toute hémorrhagie par la fosse nasale et le pharynx; ce trajet de la blessure ne pouvait être soupçonné. Nous ne retrouvâmes pas de projectile, mais seulement une petite lamelle de plomb, irrégulière, mince, large à peine comme l'ongle et collée à l'os malaire.

Il nous fut également impossible de retrouver le vaisseau qui fournissait l'hémorrhagie; à la vérité, le fer rouge avait détruit les parties molles dans la profondeur de la plaie et converti les tissus en une bouillie noirâtre. Tout porte à croire qu'ici comme dans la plupart des cas d'hémorrhagie secondaire repétée[1], le sang était fourni par des vaisseaux d'un calibre assez restreint.

Les viscères étaient sains; cependant le foie, volumineux, offrait çà et là cette coloration jaunâtre, pointillée et en plaques, sur laquelle M. le docteur Hayens a fait des observations si intéressantes, et en particulier sur le foie d'un malade de mon service, qui, l'an dernier précisément, succomba à des hémorrhagies consécutives. Quelques fragments de la glande hépatique furent donc portés sans indication de la provenance. M. Hayens me fit répondre que les lésions étaient identiques à celles qu'il avait constatées jadis et qu'elles indiquaient une pyohémie commençante.

Si notre opéré a manifestement succombé à un ramollissement cérébral rapide, dû lui-même à l'oblitération d'une grosse artère cérébrale, en revanche, les hémorrhagies qui ont nécessité la ligature étaient symptomatiques d'une maladie générale qui aurait plus lentement, mais tout aussi sûrement amené la mort.

En constatant ce fait, je ne veux pas dire qu'il ne fallait pas tenter la ligature dans le cas actuel, car le diagnostic de la pyohémie ne pouvait être posé, et quand bien même il l'eût été, l'indication n'en serait pas moins restée formelle.

Dans un cas récent, j'ai été appelé pour une hémorrhagie de la fémorale chez un sujet épuisé par des pertes sanguines internes, et qui offrait la plupart des signes classiques de l'infection purulente. Bien que sans espérer de succès, je liai les deux bouts du vaisseau dans la plaie, et, contre toute attente, le malade se rétablit.

DISCUSSION.

M. LEGOUEST. Je désire insister sur quelques points de pratique. M. Raynaud n'a lié que la carotide primitive, et il s'étonne d'avoir eu une hémorrhagie consécutive; mais il eût été étonnant qu'il n'y en eût pas eu. M. Raynaud dit encore qu'il a reculé devant la nécessité d'une dissection pour lier le bout supérieur des artères; c'était cependant la seule chose à faire. On doit toujours chercher des vaisseaux dans une plaie et les lier. C'eût été difficile chez le malade de M. Raynaud, je l'accorde; mais il fallait rechercher les vaisseaux après la ligature de la carotide primitive, alors que l'écoulement du sang était arrêté.

Pour ce qui est des hémorrhagies consécutives, j'ai déjà appelé l'attention sur ce fait. Dans les plaies par armes à feu, elles sont fréquentes, et le plus souvent on les voit apparaître par séries dans les hôpitaux, annonçant l'infection purulente.

Je ne m'explique pas bien pourquoi M. Verneuil a enlevé le tamponnement qui avait arrêté la dernière hémorrhagie. J'aurais laissé le tamponnement, puisqu'il y a un exemple, dû à Larrey, où la compression a arrêté une hémorrhagie grave d'une carotide.

M. LABBÉ. Je ne crois pas que le malade de M. Verneuil ait eu une hémorrhagie diathésique. Le siége de la blessure de l'artère suffit pour expliquer l'hémorrhagie persistante, M. Verneuil n'a pas pu arrêter le sang; ce n'est point comme cela que se passent les hémorrhagies diathésiques.

M. CHASSAIGNAC. La répétition des hémorrhagies constitue une condition de santé nouvelle, les malades se trouvent alors exposés à des accidents. C'est là ce que je vois de plus clair, et c'est pour cela que je ne suis pas partisan de ligatures des artères dans les plaies en suppuration. Je ne serais pas éloigné de penser que la coagulation du sang dans les artères et l'inflammation de la plaie ont été dues à ce que la plaie a été tourmentée par les explorations répétées et les tentatives d'hémostase.

M. VERNEUIL. M. Legouest me demande pourquoi j'ai enlevé le tamponnement pour faire la ligature. Je ne pouvais laisser le malade sous l'imminence d'une nouvelle hémorrhagie. Il en avait eu déjà 15; je ne pouvais laisser le malade, abandonné, sans lui faire quelque chose. J'ai déjà insisté ici sur les hémorrhagies diathésiques, sur ces hémorrhagies qui apparaissent tout à coup ou reparaissent avec persistance au moment où l'infection purulente s'établit et dont elles sont, pour ainsi dire, l'un des premiers signes bien caractérisés. Je dirai à M. Labbé que mon malade était dans des conditions de santé défectueuse, et que, s'il n'avait pas une infection purulente confirmée, il pouvait l'avoir le lendemain ou quelques jours après.

J'ai vu souvent ce qu'a remarqué M. Legouest relativement aux hémorrhagies dans le cours de la cicatrisation des plaies par armes à feu. Dans la nuit du 2 au 3 juin, j'ai eu une série d'hémorrhagies consécutives chez mes blessés de l'hôpital Lariboisière, et l'infection purulente s'est confirmée les jours suivants chez ces blessés.

M. LEGOUEST. Je ne crois pas que les hémorrhagies consécutives soient nécessairement liées à l'infection purulente; mais j'ai vu, dans les hôpitaux encombrés, cinq à six hémorrhagies à la fois être suivies d'infection purulente. En face d'une hémorrhagie consécutive dans une plaie par arme à feu, j'ai toujours des craintes sérieuses.

M. CHASSAIGNAC. Je ne peux pas admettre que les hémorrhagies soient un indice de pyohémie quand les malades n'ont pas d'infection purulente. Nous avons tous fait des ligatures d'artère, et nous savons que ces opérations sont assez souvent suivies d'infection purulente, et nous nous sommes demandé si ce n'était pas la ligature qui était la cause de l'infection purulente. Il ne faudrait pas prendre pour un signe d'infection purulente ce qui peut être un effet de la ligature ou du sang perdu.

M. LABBÉ. Je me joins à M. Chassaignac; je crois que l'individu qui a des hémorrhagies est disposé à l'infection purulente. Si l'on peut arrêter l'hémorrhagie, les malades peuvent guérir. J'ai donné des soins à des blessés qui avaient eu des hémorrhagies rebelles 16 et 27 fois répétées; j'ai lié enfin le vaisseau qui donnait; les malades, très-affaiblis, ont guéri. Il est vrai qu'ils étaient isolés. S'ils avaient été dans un lieu encombré, ils auraient eu sans doute de l'infection purulente.

M. FORGET. M. Verneuil nous dit que son malade allait très-bien au bout de trois semaines et qu'on le croyait guéri. Je ne vois pas ce qui pouvait faire penser à M. Verneuil que son malade était diathésique.

M. DESPRÉS. Tous ceux qui ont vu des blessés de guerre pendant ces dernières campagnes ont été frappés du fait du fâcheux pronostic qu'entraînaient les hémorrhagies consécutives. Pour ma part, je n'ai pas manqué de voir nombre d'hémorrhagies consécutives qui étaient la première phase de l'infection purulente.

Il ne faut pas confondre les faits dont parle M. Labbé avec les faits d'hémorrhagie consécutive dans des plaies où aucun vaisseau important capable de donner des hémorrhagies graves n'a été intéressé, comme des sétons simples des parties molles, par exemple. Depuis Boyer, nous connaissons ces hémorrhagies à répétitions où l'on épuise les moyens hémostatiques, et qui ne cèdent qu'à une ligature bien faite au niveau de la plaie artérielle. Les deux genres d'hémorrhagies n'ont point la même signification, et on ne doit pas les confondre.

M. VERNEUIL. J'ai défini les hémorrhagies diathésiques dont parle M. Desprès, des hémorrhagies par des vaisseaux innommés, et ce sont bien celles-là qui ont une signification; elles sont peu abondantes, mais fréquentes, et elles sont l'indice certain de la septicémie. J'ai remarqué que chez des malades opérés, lorsqu'au bout de quelques jours l'état général paraissait mauvais, en examinant, je trouvais une température de 40 degrés. Alors se montraient peu après des frissons et des hémorrhagies; souvent cette hémorrhagie était constituée par un simple écoulement d'un peu de sang, qui donnait lieu à un caillot peu volumineux. Je dis, quand le malade a eu de la fièvre et une hémorrhagie, qu'il a une hémorrhagie diathésique, et c'est l'événement qui vient prouver la réalité du pronostic; l'infection purulente ne tarde pas à apparaître. Mais je distingue bien de ces faits ceux qui ont lieu à la suite des plaies des artères de la main, où les hémorrhagies ont lieu par un bout de l'artère non lié.

M. SÉE. Il y a un état général qui précède les hémorrhagies consécutives. Quand les blessés sont dans de bonnes conditions hygiéniques, il n'y a pas d'hémorrhagies consécutives. Cependant j'ai donné des soins à un colonel qui avait eu des hémorrhagies consécutives à une plaie du cou; la carotide avait été liée, le malade allait très-bien; une petite plaie restait au tégument; par cette plaie, une hémorrhagie a eu lieu et a emporté le malade; mais il n'y a pas eu d'infection purulente. Ce malade habitait un appartement où il était seul. Ce sont les mauvaises conditions morales du malade qui me paraissent avoir entraîné sa mort.

M. LABBÉ. Le malade de M. Verneuil n'était pas diathésique avant la ligature de l'artère.

M. VERNEUIL. Je ne dis pas que le malade avait une infection purulente. Les hémorrhagies peuvent être diathésiques en dehors de l'infection purulente; la septicémie simple est une cause fréquente d'hémorrhagies. Des lésions viscérales au foie présentant l'état gras que j'ai indiqué, donnent à un malade un cachet diathésique qui peut provoquer la tendance aux hémorrhagies consécutives. Mon malade avait d'ailleurs une élévation de la température intérieure.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le vice-secrétaire annuel : ARMAND DESPRÉS.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret du Président de la République, en date du 3 octobre 1871, ont été promus ou nommés dans l'ordre national de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier : Netter (Abraham-Jacob), médecin principal de 2e classe à l'hôpital militaire de Rennes, chevalier du 16 avril 1856; 30 ans de services, 10 campagnes.

Lecœur (Joseph-Stanislas), médecin-major de 1re classe; 8 campagnes.

Au grade de chevalier : Martin (Charles), chirurgien-major du 72e bataillon de la garde nationale de Paris.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments ou autres objets).

Vertiges, siége et causes, par le docteur AMANIEU. In-8°. — Prix : 1 fr. 50 c.

Étude sur le scorbut en général, l'épidémie de 1871 en particulier, par le docteur Paul CHARPENTIER. In-8°. — Prix : 1 fr. 75.

Pronostic et traitement des fractures de jambe compliquées de plaie, par le docteur E. DEMEULES. In-8°. — Prix : 2 francs.

Des fractures compliquées de la cuisse par armes de guerre, par le docteur de ROALDÈS, ex-chirurgien en chef de la 6e ambulance internationale, etc. In-8°. — Prix : 2 francs.

Documents pour servir à l'histoire du seigle ergoté, par le docteur LETEURTRE. In-8°. — Prix : 2 fr. 50 c.

Revue photographique des hôpitaux de Paris, publiée par les docteurs de Montméja et Bourneville. Numéro de juillet avec 4 photographies. — Prix : 2 francs.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois. . . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 9 octobre 1871.

AMBULANCE DE LA RUE SAINT-LAZARE.

Dr Eugène MOYNIER.

L'ambulance a été constituée par la souscription de notables commerçants du quartier, qui l'ont administrée avec beaucoup de zèle.

Le local fourni par M. Baudin, secrétaire général du chemin de fer de Paris à Lyon, était d'une salubrité exceptionnelle : exposé en plein midi, ayant la vue du boulevard à travers de la rue Caumartin, l'air des appartements pouvant être renouvelé par une double ventilation de la rue Saint-Lazare avec l'immense cour du chemin de fer de Lyon, la hauteur des appartements, leur dimension, qui aurait permis, sans imprudence, d'admettre un nombre d'un tiers plus considérable de blessés que celui que nous admettions. Nous en avions limité le nombre à 22 et nous aurions pu en recevoir près de 30; mais nous préférions les faire profiter d'un cube d'air qui les mettait à l'abri de toute infection.

Le service de l'infirmerie, de la lingerie, de la cuisine était fait par les sœurs de la Présentation de la rue de Clichy, aidées par les dames du quartier; le service médical par MM. Gratiot, Masson et Moynier; M. le curé de Saint-Louis-d'Antin ayant le haut patronage de l'ambulance.

Le nombre des blessés ou des malades a été de 60, représentant 2,223 journées de malades, c'est-à-dire une moyenne de 37 à 38 journées par homme.

Le prix de revient par journée ne peut encore être établi. Avant de signaler quelques cas particuliers, nous devons faire connaître que sur les soixante blessés ou malades que nous avons soignés, un grand nombre était gravement frappé; cependant nous n'avons perdu que deux blessés : l'un est arrivé atteint mortellement d'une fracture de la base du crâne, et, malgré les soins de M. Nélaton, appelé en consultation, il est mort quatre jours après son entrée. Le second a eu les deux cuisses traversées par un coup de feu, et il est mort soixante-cinq jours après, à la suite de résorption purulente.

Parmi les autres blessés, il y en avait deux chez lesquels l'amputation de la cuisse aurait pu être rationnellement pratiquée, et pour lesquels elle a même été conseillée par des médecins qui les ont visités. (M. Noirot, obs. 1. — M. Porto, obs. 9.)

Deux autres, atteints de coup de feu ayant traversé l'articulation tibio-tarsienne, d'une malléole à l'autre, et ayant produit des fractures comminutives, avec issue d'esquilles, pouvaient également être amputés de leur pied. L'un (obs. 5) marche sans claudication. Le second (obs. 13) est en traitement depuis le 30 novembre; son état général est excellent, l'embonpoint revient, les mouvements sont faciles dans les orteils, le pied peut être soulevé et même fléchi sur la jambe.

Un garde national (obs. 17), atteint au coude droit d'un coup de feu, gardera son bras et nous espérons même qu'il n'y aura pas d'ankylose, quoique l'issue de la sérosité visqueuse ait montré que l'articulation du coude avait été atteinte.

Enfin (obs. 8) un coup de feu ayant produit une plaie pénétrante de la poitrine, avec épanchement pleurétique et emphysème généralisé, a fait discuter l'indication de l'opération de l'empyème qui n'a pas été pratiquée, et le blessé est aujourd'hui complétement guéri, il peut même se livrer à des exercices fatigants.

Nous avons eu parmi les autres blessés des cas assez graves, mais comme ils intéressent moins directement la pratique chirurgicale, nous n'insisterons pas en ce moment. Nous avons soigné plusieurs malades atteints de pneumonies graves, de rhumatismes articulaires, d'angines, etc.; mais ce genre de maladies se retrouvant dans le cours de chaque année et n'ayant présenté rien de spécial qu'une guérison assez rapide, que nous pouvons attribuer à l'hygiène, à la situation exceptionnellement favorable de l'ambulance et aux soins intelligents et dévoués des sœurs, nous demandons la permission d'insister sur les blessés par armes à feu.

Nous avons soigné 25 blessés, sur lesquels, ainsi que je l'ai dit, nous avons eu 2 décès; nous allons rappeler en peu de mots l'histoire de 17 d'entre eux :

Afin d'éviter les redites et d'abréger cette relation, nous allons exposer quel a été le traitement généralement employé, avec de légères modifications momentanées et sans autre changement que l'emploi alterné d'un ou d'un autre moyen.

La base du traitement consistait dans les lotions continues d'eau alcoolisée, un quart d'alcool à 36° et trois quarts d'eau pure. Dans les cas où une odeur fétide se manifestait, on ajoutait un peu d'acide phénique. Quand les plaies étaient enflammées, douloureuses, gonflées, rouges, on remplaçait le pansement à l'alcool par des cataplasmes de fécule froids. Jamais nous n'avons employé le cérat, ni les corps gras. Nous nous sommes servis avantageusement de l'irrigation continue d'eau alcoolisée, dans tous les cas où elle pouvait être employée; pour les plaies du pied, notamment, nous suspendions, au moyen d'un cerceau en fer, le pied placé dans un appareil en paille, système Bastien; cet appareil était doublé d'étoupe goudronnée; de cette façon, le pied et la jambe étaient parfaitement d'aplomb, sans constriction, sans même de ligatures, ayant même des mouvements possibles, puisque les lacs qui suspendaient l'appareil au cerceau laissaient une certaine liberté. Les plaies étaient à découvert, l'écoulement continu filtrait à travers la paille, et comme on donnait l'inclinaison désirée, il n'y avait aucune stagnation possible de liquide. Le membre reposant mollement sur l'étoupe goudronnée, qui n'a aucun des inconvénients de l'ouate ou de la charpie, tous ces avantages nous ont donné d'excellents résultats, et l'odeur fétide des suppurations osseuses disparaissait très-vite.

OBS. I. — Moirot (Eugène), 26 ans, entré le 24 septembre 1870. — Coup de feu ayant produit une fracture au tiers supérieur de la cuisse droite. — Usage de l'appareil Bonnet. Trajet oblique de dehors en dedans et de haut en bas, pas d'esquilles, pas de corps étranger, plaie d'entrée cicatrisée après quinze jours, plaie de sortie au bout de trois semaines. — Contractions musculaires causant des douleurs vives dans toute la jambe; — raccourcissement d'un centimètre et demi.

Dans le cours du traitement, phénomènes d'embarras gastrique, deux bronchites, une pneumonie, au mois de décembre.

Guérison complète; dès le mois de janvier, le blessé peut marcher avec une très-légère claudication. Pas de déformation de la cuisse.

Un médecin, envoyé par la mairie, avait constaté cette fracture par plaie d'arme à feu, et avait conclu à la nécessité de l'amputation immédiate. Le blessé fut plus tard examiné par M. Marjolin, qui constata les lésions et la guérison, qui ont été aussi constatées par M. le docteur Foissac.

OBS. II. — Conau (Jean-Marie), 23 ans, entré le 24 septembre 1870, sorti le 15 novembre 1870. — Contusion du coude gauche au-dessus de l'articulation; l'habit n'a pas été déchiré; plaie peu étendue, mais décollement considérable, ayant d'abord fait croire à la pénétration du projectile; plaie grande comme une pièce de quarante sous, décollement d'au moins six centimètres de diamètre. Dans le courant du traitement, érysipèle, cicatrisation très-lente. Mouvements de l'articulation intacts.

OBS. III. — B.... (Ferdinand), 25 ans, entré le 28 septembre, sorti le 15 décembre 1870. — Plaie à la face antérieure du tibia gauche, causée par un éclat d'obus, s'étant étendue dans la suite sous l'influence d'un vice syphilitique, périostite difficile et longue à guérir. Accidents épileptiformes; traitement spécifique nécessaire et utile.

OBS. IV. — Pijourne (Jean-Marie), 21 ans, entré le 2 octobre 1870, sorti le 4 février 1871. — Coup de feu ayant traversé toute la masse musculaire du mollet gauche, obliquement de bas en haut et de dehors en dedans sur une longueur de douze à quinze centimètres de trajet.

Constitution lymphatique, injection du réseau vasculaire sous-cutané, présentant l'aspect de taches ecchymotiques. Dans le cours du traitement trois érysipèles et deux abcès, un au cou-de-pied, l'autre dans le voisinage de la plaie de sortie. Les abcès ont été ouverts par le bistouri. Quelques phénomènes d'embarras gastrique.

OBS. V. — Cavalié (Pierre), 24 ans, entré le 2 octobre 1870, sorti le 20 janvier 1871. — Plaie d'arme à feu, ayant traversé le talon, fracture du calcanéum, esquilles nombreuses, débris de projectile, plusieurs abcès ouverts spontanément. — Traitement par l'irrigation continue d'eau alcoolisée. — Guérison complète.

OBS. VI. — Vallier (Louis), 28 ans, entré le 30 octobre 1870, sorti le 23 novembre 1870. — Coup de feu ayant traversé la cuisse droite à la partie antéro-supérieure, obliquement de dehors en dedans et de haut en bas. Sortie d'un morceau de drap, trajets fistuleux ayant duré quelque temps, — cicatrisés à la suite d'injections alcoolisées.

OBS. VII. — Mignard (Pierre), 22 ans, entré le 4 (?) 1870, sorti le 17 janvier 1871. — Balle de fusil ayant pénétré par la région lombaire du côté gauche, glissé le long de la gouttière rachidienne, sur une longueur de trente centimètres, ressortie, rentrée au niveau de la fosse sous-épineuse gauche, ressortie six centimètres plus haut, au niveau du bord supérieur du trapèze, quelques esquilles des apophyses épineuses dorsales, décollement considérable, abcès métastatique à la région lombaire. Injections alcoolisées. — Guérison complète.

OBS. VIII. — Chauveau (Charles), 23 ans, entré le 30 novembre 1870, sorti le 1er mars 1871. — Plaie d'arme à feu pénétrante de la poitrine, à la partie postérieure du côté gauche, vers la neuvième côte. Emphysème généralisé. Infiltration de tout le tissu cellulaire, présentant à la pression le craquement caractéristique; accidents très-menaçants de dyspnée, pas d'hémoptysie, expectoration spumeuse, menace de syncopes; fièvre intense, pouls très-fréquent.

Peu à peu résorption de l'emphysème, diminution de l'état fébrile; cicatrisation rapide de la plaie. — Aujourd'hui guérison complète.

L'auscultation ne présente aucun phénomène particulier. Le malade peut supporter la marche et même certaines fatigues, sans souffrances. Les fonctions respiratoires ont repris leur cours normal.

OBS. IX. — Porto (Jean-Florentin), 22 ans, entré le 30 novembre 1870, décédé 5 février 1871. — Coup de feu ayant traversé la cuisse gauche, obliquement de haut en bas et de dehors en dedans, au niveau du tiers inférieur, puis ayant pénétré au tiers inférieur et interne de la cuisse droite. La balle logée à la partie externe au-dessus du ligament rotulien, puis ayant glissé et plus tard extraite à la partie externe, au niveau du tiers inférieur avec les deux tiers supérieurs de la cuisse droite. Projectile déformé et incrusté de substance osseuse, provenant probablement de la ligne âpre du fémur gauche sans avoir déterminé de fracture. Vers le commencement de janvier, frisson, suppuration fétide très-abondante, symptômes de résorption purulente. — Mort le 5 février 1871.

OBS. X. — Billochon (Jean), 23 ans. — Coup de feu à la cuisse gauche; plaie pénétrante sans complication. Entré le 30 novembre 1870, sorti, guéri, le 17 janvier 1871.

OBS. XI. — Laramas (Henri), 22 ans, 30 novembre 1870. — Coup de feu à la tête; torsion d'un large lambeau, qu'il a fallu réséquer; sortie d'esquilles de la table externe. — Guérison.

OBS. XII. — Troguo (Jean), 28 ans, entré le 30 novembre 1870. — Coup de feu ayant traversé la cuisse droite, au-dessus de la rotule; érosion assez profonde des condyles du fémur; issue d'esquilles, sans présence de corps étrangers; inflammation des muscles droits de la cuisse jusqu'à la moitié de la hauteur, de temps à autre accumulation du pus, qui s'écoule ensuite par l'une ou l'autre plaie d'entrée ou de sortie.

28 février. Phénomènes inflammatoires sensiblement atténués. Le 1er mars, le blessé est évacué, rue Chaptal, 18, chez M. le docteur Marjolin.

OBS. XIII. — Richard (Jacques), 21 ans, entré le 30 novembre 1870. — Coup de feu ayant traversé le talon droit; odeur horriblement fétide, sanie purulente; issue de plusieurs esquilles; gonflement considérable à plusieurs reprises; menaces d'érysipèle, d'angioleucite. — Irrigation continue d'eau alcoolisée et phéniquée.

Le 28 février, état général excellent, embonpoint reparu, suppuration de bonne nature. Mouvements des orteils et même de l'articulation tibio-tarsienne, qui est encore très-tuméfiée.

Le 1er mars, le blessé est évacué chez M. le docteur Marjolin.

OBS. XIV. — Michel (Jean), 27 ans, entré le 30 novembre 1870. — Coup de feu à la tête ayant déterminé un sillon intéressant l'épaisseur de tous les tissus mous, jusqu'au pariétal droit, dans une étendue de quatre centimètres de longueur. — Guérison et sortie le 4 février 1871.

OBS. XV. — Prout (Victor), 18 ans, entré le 24 décembre 1870. — Atteint d'une congélation des pieds : rougeur, tuméfaction, insensibilité; demi-paralysie des pieds, à la suite de plusieurs nuits passées au plateau d'Avron. — Frictions douces avec de l'eau-de-vie camphrée. Réapparition lente et graduelle de la sensibilité, qui, peu à peu, se transforme en hyperesthésie. Les mouvements deviennent douloureux; la station debout est impossible à cause de la faiblesse et de la douleur. Ces phénomènes ont duré plus de trois semaines. — Sorti, guéri, le 31 janvier 1871.

OBS. XVI. — Quzimberche (Hyacinthe), 30 ans, entré le 29 décembre 1870. — Atteint d'un éclat d'obus ayant labouré le pied gauche, au-dessus de la malléole externe, dans une étendue de quatre centimètres de longueur et d'un centimètre de profondeur, — Sorti guéri, février 1871.

OBS. XVII. — Peuchaut (Jules), 16e régiment de la garde nationale, 19 ans, entré le 21 janvier 1871. — Atteint d'un coup de feu ayant déterminé une plaie à la partie interne du coude droit, au niveau et un peu au-dessus de l'épitrochlée : gonflement considérable et douleurs vives, écoulement de sérosité visqueuse, comme la synovie.

Février. Grande amélioration, légers mouvements de l'articulation; la plaie commence à se cicatriser. A la suite d'imprudence : tuméfaction considérable du coude; gonflement de l'articulation huméro-cubitale; réapparition du liquide synovial; douleurs; plaie ayant repris ses anciennes dimensions.

28 février, amélioration sensible.

Lors de la fermeture de notre ambulance, le 1er mars 18

ce blessé a été évacué, avec quatre autres, chez M. le docteur Marjolin qui les a recueillis chez lui, dans son hôtel, rue Chaptal, et leur a prodigué ses soins avec son talent et son expérience, suivant les traditions de son père, notre ancien et vénéré maître, et où madame Marjolin a montré l'intelligence et le dévouement d'une sœur de charité, rappelant que le sentiment élevé dans les arts est le privilége d'un noble cœur.

P. S. J'ai revu au mois de juillet plusieurs de ces blessés, entre autres ceux qui font l'objet des observations 1, 5, 9, 13. Ils marchaient sans claudication et avec l'aide d'une canne sur laquelle ils s'appuyaient à peine.

Peuchaut (obs. 17), blessé au coude, peut se servir de son bras et exécuter tous les mouvements du coude avec très-peu de gêne.

OBSERVATION D'APHASIE HYSTÉRIQUE

Par le docteur Bazin (de Corbeilles-en-Gâtinais)

Le 20 mars 1870, vers huit heures du matin, la femme P...., demeurant à Sceaux (Loiret), âgée de quarante ans, enceinte de sept mois, était occupée à coudre devant son feu, quand tout à coup elle s'aperçut que son aiguille n'obéissait plus à sa volonté. Elle éprouvait en même temps comme un étourdissement qui, suivant son expression, la rendait toute drôle. Elle se leva, ordonna à sa fille d'aller chercher du monde, puis elle perdit complétement l'usage de la parole. Elle voyait, entendait, comprenait ce qui se faisait et se disait autour d'elle; mais elle tentait vainement d'exprimer verbalement sa pensée. Elle faisait des signes pour répondre aux questions des voisins appelés par sa fille. — Elle ressentait en même temps de l'oppression dans la région épigastrique, des bâillements et des éructations.

Les voisines la délacèrent et la placèrent devant le feu; mais elle fit comprendre que la chaleur la gênait.

Elle demeura absolument sans parler pendant environ une heure; survint alors un tremblement général, avec sensation de froid, analogue au frisson qu'éprouvent, avant les vomissements, les personnes atteintes d'indigestion, et, chose singulière, aussitôt la parole revint.

Je passais par hasard devant la porte de la malade; on me fit entrer. Je trouvai la femme P..... dans cet état de frisson et capable de m'exposer ce qui lui était arrivé.

Pendant que je l'interrogeais, le frisson s'arrêta court, et aussitôt, d'une manière aussi nettement tranchée que possible, la parole redevint beaucoup plus embarrassée.

La malade se déshabilla, et, pendant qu'elle se mettait au lit, le frisson reparut encore, et avec lui une plus grande facilité de parole.

Je ne constatai pas de paralysie : la femme P.... s'était déshabillée elle-même, elle était montée au lit sans aide. — Le pouls n'était pas fébrile.

Diagnostiquer l'aphasie était chose facile; mais à quelle cause l'attribuer?

La femme Péron étant grosse de sept mois, il se pouvait que les troubles nerveux constatés fussent dus à de l'albuminurie : le moyen d'en faire la preuve immédiate me manquait.

Comme la malade habite dans le voisinage du marais de Sceaux, j'étais fondé à craindre un accès de fièvre pernicieuse se larvant sous cet appareil insolite de symptômes.

Il y avait eu, au début de l'attaque, de la difficulté à tenir l'aiguille; mais cette difficulté ne pouvait être attribuée à une paralysie consécutive à une hémorrhagie cérébrale, paralysie dont la fugacité avait été telle qu'il n'en restait pas trace une heure après.

S'agissait-il d'une congestion cérébrale très-faible? Ce n'était pas vraisemblable.

N'avais-je affaire qu'à une aphasie purement nerveuse? Nous verrons plus loin l'importance de cette dernière hypothèse.

Quoi qu'il en soit, cet embarras dans le diagnostic causal explique le traitement polypharmaque que j'instituai pour parer à toutes les éventualités : j'administrai un gramme de sulfate de quinine, associé à un gramme de scammonée; je fis sinapiser les extrémités et donnai une potion éthérée.

Le soir, je revins voir la malade; elle avait eu une selle dans la journée, et éprouvait encore quelques coliques, dues à la scammonée. Le pouls était à 75° 80. La parole était assez libre, mais s'embarrassait encore par moments. La femme P.... expliquait la difficulté qu'elle avait de s'exprimer en disant qu'*elle ne pouvait trouver les mots*.

J'emportai de l'urine et l'analysai. Elle ne renfermait ni albumine ni sucre. Elle était acide, brune; laissait déposer un précipité abondant d'urates colorés en rose par de l'hémaphéine. — Phosphates et carbonates terreux.

21 mars. — La nuit a été assez bonne; la malade a dormi; elle s'est levée dès le matin pour habiller ses enfants, a pris quelques aliments et s'est remise au lit. Je lui trouvai la parole plus libre que la veille. Je remarquai que les mots « ah! oui! » revenaient au commencement de toutes les phrases. L'intelligence me parut un peu affaiblie; il y avait de l'apathie, de l'indifférence. — Le pouls était à 85° 90. La malade accusait de la céphalalgie. La partie droite du front et la joue du même côté étaient douloureuses et très-impressionnables au froid.

22 mars. — La malade a dormi toute la nuit précédente. Elle a éprouvé de temps en temps des alternatives de gêne et de plus grande liberté dans la parole. L'urine offre les mêmes caractères que précédemment, sauf que le précipité n'est plus coloré en rose; j'attribue d'ailleurs cette dernière particularité au traitement du premier jour. La peau est fraîche, le pouls à 70° 75.

24 mars. — Je trouve la malade occupée à son ménage. Elle se plaint d'engourdissement dans les deux bras. Elle a de la tendance à l'étourdissement quand elle demeure longtemps assise.

Voulant me rendre compte de l'état de ses facultés intellectuelles, je la fais écrire; elle a une certaine difficulté à tenir le crayon. Sur mon indication, elle essaye de tracer son nom (Marie). Elle commence un *m*, qu'elle laisse inachevé. A force d'application, elle parvient à écrire *Mare*, oubliant l'*i* qui entre dans la seconde syllabe du mot.

Elle me dit qu'elle ne sait plus compter à haute voix. Je la prie d'écrire la série de neuf chiffres. Elle forme un 1, puis 2, et, croyant s'être trompée, fait un 6 sur le 2; elle recommence et écrit : 1, 3, 3, s'efforçant de faire un 2 et traçant deux fois 3. — A une seconde tentative, elle écrit 2, 5; puis 1, 2.... Enfin j'obtiens : 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7; elle ajoute à cette série un autre 7 qu'elle surcharge ensuite d'un 6, puis fait un 8 et s'arrête, sans pouvoir aller plus loin. — Cette attention soutenue lui cause dans la vue une fatigue passagère.

Devant moi elle dit à sa fille : « Va donner à *manger* à la vache, » quand elle sait très-bien que c'est « *à boire* » qu'elle veut et ne peut dire, et elle me répète à ce propos qu'*elle parlerait bien si elle savait*.

Elle ne peut plus lire mentalement ni à haute voix. J'ouvre un livre d'enfant, intitulé : *Trois mois sous la neige*; elle commence la lecture du titre par : « *sous la neige* ». Elle prend un livre d'Evangiles et commence la page que je lui indique, par les mots : « En ce temps-là... » qui justement ne s'y trouvent pas. — D'ailleurs ces essais de lecture la fatiguent et elle ne peut s'y appliquer longtemps.

L'état de cette femme resta quelque temps stationnaire. L'accouchement, qui eut lieu le 17 mai, n'amena aucun changement, ni en bien, ni en mal. Il m'a été impossible de savoir si les facultés intellectuelles étaient revenues progressivement ou subitement à leur état d'intégrité.

Le 5 septembre 1871, j'allai visiter cette malade, que j'avais, du reste, eu l'occasion de rencontrer plusieurs fois et qui, depuis longtemps, se disait guérie. Je désirais recommencer l'épreuve que j'avais faite le 24 mars.

Elle me raconta que, lorsqu'elle est très-fatiguée, elle éprouve encore parfois un peu de difficulté à s'exprimer; ce qu'elle veut dire sort alors avec peine. Je remarque que les mots « ah! oui », qui jadis revenaient si souvent, ne se présentent plus aujourd'hui qu'à propos dans le cours de la conversation. Elle se rappelle que, pendant la guerre (septembre 1870), voulant écrire à son fils, soldat, elle avait encore beaucoup de peine à représenter sa pensée à l'aide de l'écriture. — Aux mois de mars et d'avril de cette année, elle a encore ressenti dans les bras un engourdissement coïncidant avec une plus grande gêne dans l'expression verbale de sa pensée.

Aujourd'hui, elle ne se plaint plus de cette fatigue temporaire de la vue que nous avons signalée; elle n'a pas de céphalalgie, elle est aussi forte qu'avant son accident et ne s'aperçoit pas qu'un côté soit plus faible que l'autre. Elle ressent des ronflements dans les oreilles, symptôme de la chloro-anémie dont elle est atteinte, et pour laquelle elle a déjà subi un traitement.

Je la fis lire, écrire et compter; elle s'acquitta très-bien, sans hésitation, de ce triple exercice, pour lequel je suivis le même ordre que lors de mon premier examen.

Réflexions. — De prime abord, vu l'état de grossesse avancée de la femme P..., l'aphasie pouvait être considérée comme un trouble nerveux albuminurique. L'examen de l'urine n'ayant pu être pratiqué séance tenante, je conservai, à cet égard, une incertitude qui fut levée le lendemain : la malade n'était pas atteinte de néphrite albumineuse.

J'ai dit plus haut que le voisinage du marais éveilla dans mon esprit des craintes d'intoxication paludéenne, et, comme il est de bonne pratique de ne jamais perdre de vue cet élément quand on exerce dans les localités où l'impaludisme est endémique, j'administrai le sulfate de quinine, plutôt, je l'avoue, par acquit de conscience que pour des motifs suffisamment justifiés.

Les symptômes observés ne peuvent guère être rapportés ni à une congestion, ni à une hémorrhagie cérébrale.

Il ne reste donc qu'une hypothèse vraisemblable : c'est que cette aphasie est purement nerveuse, et liée soit au vertige épileptique, soit à l'hystérie. C'est donc entre ces deux névroses que nous devons établir le diagnostic différentiel.

Or, dans le vertige épileptique, si léger qu'il soit, il y a toujours perte de connaissance momentanée. La femme P... n'a pas un seul instant perdu connaissance. Cette absence de la caractéristique du vertige lié à l'épilepsie, jointe à la nature tout hystérique des symptômes qui marquèrent le début de l'accès chez notre malade, suffit, je crois, à attribuer l'aphasie à une attaque non convulsive d'hystérie.

Dans cette forme de l'hystérie, en effet, tout se borne à des vertiges, des troubles de la vue, des serrements de poitrine, des bâillements, des éructations. N'est-ce pas là ce qui eut lieu chez le sujet de cette observation? L'attaque commence par un vertige, pendant lequel la femme P... se sent *toute drôle*, mais ne perd pas connaissance. Les doigts cessent de pouvoir fonctionner; mais la malade, qui s'aperçoit de ce qui lui arrive, en avertit sa fille et se lève. C'est alors que surviennent l'oppression dans la région épigastrique (boule), les bâillements, les éructations. Sous l'influence de cet état hystérique, la parole est supprimée, l'intelligence restant conservée. Survient un frisson, — phénomène convulsif, — pendant lequel la parole redevient facile. Le frisson cesse et l'aphasie reparaît. Ces alternatives dans le frisson et la récupération de la parole sont bien dans le caractère de l'hystérie, névrose si remarquable par la mobilité des localisations nerveuses et leur mutuel remplacement. Qui n'a vu un clou hystérique, par exemple, persistant depuis plusieurs jours, être subitement remplacé par des vomissements, pour revenir aussitôt que les vomissements cessent? Qui n'a vu des hystériques se plaindre successivement de douleurs dans le ventre, puis dans un membre, puis dans un autre, puis dans un point de la tête, et toutes ces douleurs successives disparaître subitement et définitivement par le fait d'une attaque convulsive?

Il en a été de même chez la femme P.... Le frisson, manifestation convulsive de l'hystérie, fait cesser les autres manifestations de cette névrose (oppression, aphasie, etc.), et ce n'est qu'après plusieurs crises successives que l'hystérie se calme, mais en laissant après elle une aphasie incomplète, qui persiste pendant plusieurs mois.

Cette aphasie a-t-elle disparu progressivement ou subitement à la suite d'une crise passée plus ou moins inaperçue? Je ne saurais rien affirmer à cet égard. Tout ce que je puis dire, et cela résulte de l'observation elle-même, c'est que notre malade aurait éprouvé à plusieurs reprises, jusqu'au moment de sa guérison complète, des vertiges passagers, de l'engourdissement dans les bras, coïncidant avec une plus grande gêne de la parole. Ne sont-ce pas là de nouveaux accès moins marqués que le premier, mais cependant réels? Et n'est-il pas permis de supposer que l'aphasie a disparu subitement à la suite d'un de ces accès frustes? Car, chez les hystériques comme chez les épileptiques, les troubles nerveux (paralysies, aphasie, troubles des sens, contractures, etc.) ne disparaissent pas, en général, par degrés, comme cela a lieu quand ces mêmes troubles sont symptomatiques de lésions matérielles, mais disparaissent subitement, d'ordinaire, à la suite d'une nouvelle attaque.

L'épilepsie peut produire l'aphasie : c'est là un fait admis. En voici deux exemples sommaires :

Lors du combat de Juranville, près Beaune-la-Rolande (28 novembre 1870), parmi les blessés apportés à l'ambulance de Lorcy, se trouvait un soldat épileptique, n'ayant aucune blessure, ayant été pris d'un accès de sa maladie sur le champ de bataille, au moment où un obus prussien éclatait près de lui, et qui était devenu subitement et complétement aphasique, sans présenter de paralysie, sans abolition de l'intelligence. Malheureusement il fut évacué le lendemain, en sorte que je ne pus suivre cette curieuse observation.

Je retrouve, dans les notes que j'ai recueillies à Bicêtre, l'histoire fort intéressante d'un épileptique qui, à plusieurs reprises, à la suite d'accès, fut frappé de paralysie des membres supérieurs, disparaissant instantanément à la suite d'autres accès. Deux autres fois, il fut frappé d'aphasie, survenant et disparaissant de la même manière. Ce malade, nommé D..., était dans le service de M. le docteur Voisin, qui doit en posséder l'observation très-détaillée.

Les exemples d'aphasie épileptique ne sont donc pas très-rares. Mon maître, le docteur Jules Falret (*Arch. de méd.*, 6e série, t. III, p. 336, 591, 1864), et d'autres auteurs, en ont cité un certain nombre.

Mais, quant à l'aphasie liée à l'hystérie, il n'en est pas de même. La relation n'est pas facilement admise. M. Jules Falret (*Dict. encycl.*, art. *Aphasie*, p. 612) s'exprime ainsi à cet égard : « En ayant soin d'éliminer les diverses variétés de perte de la parole observées dans les affections nerveuses, il reste bien peu d'observations authentiques propres à démontrer la production d'un état d'aphasie véritable dans l'hystérie, et l'on peut même se demander si ce phénomène peut réellement survenir dans cette névrose avec les caractères qui lui sont propres. »

Je crois avoir démontré que l'observation que je viens de relater présente réellement le caractère d'une aphasie hystérique, et c'est ce motif qui m'a déterminé à la publier.

DOCUMENTS

POUR SERVIR A L'HISTOIRE DU MOUVEMENT SCIENTIFIQUE PENDANT LE SIÉGE DE PARIS (1).

10 FÉVRIER.

Note sur certains cas curieux de boulimie et de polydipsie d'origine syphilitique, par le docteur Alfred Fournier, médecin de l'hôpital de Lourcine, professeur agrégé de la Faculté.

(Suite et fin.)

Durée. — La durée qu'affecte ce trouble morbide est variable. Quelquefois, elle est très-courte. J'ai vu l'exagération de l'appétit ne se produire que pendant quelques jours, puis s'évanouir aussitôt, pour ne plus reparaître. Cela est assez rare. Tel a été, comme exemple, le cas d'une malade dont nous avons relaté l'histoire précédemment (obs. I); chez elle, une boulimie excessive ne dura que dix à douze jours environ. — D'autres fois, et c'est là ce qu'on observe le plus habituellement, les phénomènes boulimiques affectent une durée bien supérieure (plusieurs semaines, un mois au minimum). — Il n'est pas rare même qu'ils se prolongent, avec des exacerbations et des rémissions variables, deux ou trois mois. — Enfin, il ressort de quelques faits qu'ils peuvent affecter parfois une persistance plus opiniâtre encore. Nous les avons vus durer sept mois chez la malade de l'observation III, avec une intensité extraordinaire; encore cette femme n'était-elle pas guérie complétement lorsqu'elle quitta l'hôpital.

Pronostic. — La boulimie syphilitique n'est pas une manifestation grave, parce que le plus habituellement elle se dissipe en un temps assez court. Ce n'est pas cependant une manifestation indifférente, car elle entraîne le plus souvent à sa suite des désordres gastriques et intestinaux qui sont de nature à retentir sur la nutrition et la santé générale.

(1) Suite. — Voir le dernier numéro.

Mais ce en quoi elle doit surtout éveiller l'attention, c'est qu'elle fait partie le plus habituellement d'un groupe de phénomènes sinon graves absolument, du moins sérieux, pénibles et rebelles, phénomènes dont nous avons précisé la nature précédemment. Elle coïncide avec eux dans la plupart des cas. C'est donc un indice d'une tendance de la syphilis à la *forme nerveuse* et aux manifestations polymorphes qui composent cette forme. C'est, de plus, parmi ces manifestations, une des plus importantes et des plus essentielles à surveiller pour le médecin, en raison même des grandes fonctions qu'elle intéresse et compromet.

Traitement. — En dehors de quelques indications thérapeutiques d'ordre secondaire, je ne crois pas que la boulimie syphilitique exige un traitement spécial. Manifestation d'une diathèse, elle réclame la médication d'une diathèse, et c'est tout. Seulement, expression habituelle de syphilis à déterminations multiples et sérieuses, sinon graves, elle me paraît légitimer l'intervention d'un traitement *plus énergique* que celui dont on a coutume de faire usage dans la plupart des cas. Il en est d'elle, en effet, comme d'un certain nombre de symptômes nerveux de la syphilis secondaire, qui sont bien plus rebelles à la médication spécifique que les autres accidents de la diathèse, notamment que les éruptions cutanées ou muqueuses. C'est là un point qui ressort de l'expérience et dont il importe en pratique d'être prévenu. Si l'on n'oppose aux manifestations de ce genre que le traitement usuel, aux doses courantes, on n'obtient aucun résultat. Mais si, dépassant les doses habituelles, on proportionne l'action du remède à la résistance connue de cet ordre d'accidents, on ne tarde guère, en général, à constater l'heureuse influence de la médication.

Est-il avantageux, dans l'espèce, d'associer au traitement spécifique quelques-uns de ces nombreux agents qui composent la thérapeutique usuelle des phénomènes nerveux et des névroses? Je ne saurais le dire. Très-fréquemment, j'ai été conduit à combiner à l'emploi des mercuriaux ou de l'iodure l'administration de l'opium, du bromure de potassium et d'autres antispasmodiques, ou bien encore l'hydrothérapie, les douches, les bains sulfureux, etc. Mais telle est, indépendamment de l'intervention de l'art, la variabilité du trouble spécial que nous étudions actuellement, telle est, surtout, l'inconstance de sa marche et de sa durée, que je n'oserais encore rien affirmer de positif sur la valeur réelle de cette médication mixte et de ces derniers agents en particulier.

Quant aux accidents qui compliquent parfois la boulimie et qui sont produits par elle (troubles gastriques ou intestinaux), il m'a toujours paru véritablement illusoire de s'attacher à les combattre par un traitement spécial. Il est impossible de s'en rendre maître tant que persiste la cause qui leur a donné naissance et qui les entretient. Tout ce qu'on peut faire contre eux, c'est d'en modérer l'intensité en leur opposant une médication purement palliative.

III

Est-il besoin, après cet exposé, de justifier la *nature syphilitique* du symptôme que nous venons de décrire? Elle ressort manifestement, ce nous semble, d'un ensemble de considérations que le lecteur aura déjà pressenties, et qu'il suffira conséquemment de résumer en quelques mots.

Ce n'est pas, comme je l'ai dit au début de cette étude, sans hésitation ni sans mûr examen que je suis arrivé à considérer comme syphilitique le symptôme bizarre qui fait l'objet de ce mémoire. Longtemps je me suis tenu en défiance, me demandant si je n'étais pas victime d'une illusion. Longtemps j'ai cherché si cette exagération morbide de l'appétit que je constatais chez mes malades n'était pas un simple fait de coïncidence, sans relation avec la diathèse syphilitique. D'une part, en effet, j'avais affaire à des femmes *jeunes*, très-jeunes même pour la plupart, que nous observions dans cette période de la vie où l'appétit est le plus vif, le plus impérieux, et dégénère parfois en de véritables fringales. Ces malades, d'autre part, étaient *femmes* et sujettes, comme telles, à toutes les bizarreries d'un système nerveux facilement excitable. Surgissait donc la question de savoir si la boulimie dont elles étaient affectées n'étaient pas le résultat d'une perturbation nerveuse quelconque, étrangère à la syphilis (hystérie, névroses, nervosisme, affections cérébrales, etc.). Puis ce phénomène ne pouvait-il pas reconnaître comme origine quelque autre cause de l'ordre de celles qui déterminent la boulimie vulgaire, non spécifique, telles que névroses gastriques, affections vermineuses, influences de certains remèdes ou voire même de certaines substances toxiques employées dans l'industrie (sulfure de carbone, par exemple)? Ne pouvait-il pas enfin, dériver d'autres causes plus simples encore, de privations antérieures, du changement de milieu, du repos de l'hôpital, de modifications de régime, etc.? Une grande réserve et un contrôle sérieux m'étaient donc imposés avant de rien conclure sur un sujet aussi complexe et d'appréciation aussi délicate.

Or, analysant scrupuleusement à ces divers points de vue l'état de mes malades, je ne trouvais rien sur elles à quoi pût être rapportée l'exagération insolite de leur appétit. Nul antécédent de symptômes identiques; — nulle lésion antérieure du système nerveux; — chez la plupart, aucun phénomène qui autorisât à soupçonner une hystérie jusqu'alors latente; — pas de chlorose appréciable; — pas de diabète; — pas d'affection vermineuse (des remèdes vermifuges ou des ténifuges administrés à plusieurs de nos malades n'ont produit ni expulsion de vers, ni atténuation de la boulimie); — aucune influence médicamenteuse ou toxique à invoquer (quelques-unes de nos malades avaient été soumises préalablement à l'action de l'iodure de potassium ou des ferrugineux; nous avons suspendu l'administration de ces remèdes sans que l'appétit ou la soif diminuât); — aucune autre condition individuelle et idiosyncrasique à suspecter; — aucune raison pathologique, en un mot, qui pût expliquer la production du phénomène.

Par cela seul, déjà, n'était-il pas rationnel de se demander si, en l'absence de toute autre cause, cette boulimie ne pouvait pas être rapportée à la syphilis, au même titre que les autres accidents contemporains que nous observions chez nos malades?

Me plaçant à ce point de vue, je trouvais nombre de raisons qui m'autorisaient à considérer cette interprétation comme acceptable et légitime. Ces raisons, qui me paraissaient et qui me paraissent encore démontrer jusqu'à l'évidence la nature syphilitique du symptôme à l'étude, peuvent être résumées sommairement de la façon suivante :

1° *Fréquence même du symptôme chez les sujets syphilitiques.* — Chacun conviendra que la boulimie est un phénomène rare en médecine commune. Or, le fait seul de l'avoir rencontrée près d'une cinquantaine de fois, dans l'espace de quelques années, chez des sujets syphilitiques, ne constitue-t-il pas une forte présomption en faveur de la nature syphilitique de ce symptôme? L'aurais-je observée avec une fréquence telle, si elle n'eût eu aucune liaison avec la syphilis, si elle n'eût apparu chez nos malades qu'au seul titre d'une fortuite coïncidence?

2° *Identité des conditions dans lesquelles se produit ce symptôme chez les sujets syphilitiques.* — C'est dans la période secondaire de la syphilis, et presque invariablement dans les premiers temps de cette période, souvent même à son début et coïncidemment avec les premières manifestations constitutionnelles, que se manifeste la boulimie, ainsi que nous l'avons précisé dans les pages qui précèdent. Or, se produirait-elle ainsi à terme fixe, à point nommé, pour ainsi dire, et à une époque de la maladie aussi catégoriquement déterminée, si le hasard seul des coïncidences en disposait, si le hasard seul présidait à son apparition?

3° *Coïncidence du phénomène boulimie avec d'autres accidents syphilitiques, et,* ce qui est plus significatif encore, *avec d'autres accidents syphilitiques de même nature, évidemment imputables à un trouble général du système nerveux.* — Comment se refuser, en effet, à considérer ce symptôme comme syphilitique, alors qu'on le voit se produire en compagnie d'autres manifestations syphilitiques, en compagnie spécialement d'autres accidents de même ordre, relevant, comme lui, d'un état pathologique des centres nerveux (céphalée, insomnie, douleurs, névralgies, viscéralgies, troubles de la sensibilité générale ou spéciale, étourdissements, défaillances, asthénie, accès convulsifs, tremblement, algidités périphériques, sueurs, fièvre, palpitations, irrégularités et faiblesse du pouls, etc.)? Quoi! coïncidant avec de tels phénomènes, faisant partie d'un tel ensemble, la boulimie devrait en être distraite, comme introduite dans ce milieu par un effet du hasard et comme relevant d'une cause différente! Quelle raison aurait-on de dissocier ce groupe de symptômes homologues et de rejeter tel d'entre eux hors du cadre de la syphilis, alors qu'on y laisserait figurer tels ou tels autres? La logique se refuse à ce partage arbitraire, et le simple bon sens nous dit que, plusieurs accidents de même ordre venant à se manifester sur un malade, il est pour le moins rationnel de les rattacher à la même cause.

4° *Évolution du phénomène se faisant d'une façon parallèle à celle des autres accidents contemporains et restant soumise à l'évolution générale de la diathèse.* — Dans plusieurs de nos observations, en effet, nous voyons la boulimie apparaître et disparaître en même temps que d'autres manifestations diathésiques, se manifester avec elles et s'éteindre avec elles. Et ce n'est pas tout encore. Quelques-uns des faits que nous avons recueillis nous la montrent docilement subordonnée aux phases successives de la maladie, et nous font assister, par exemple, à une évolution telle que la suivante : développement de la boulimie coïncidemment avec une poussée d'accidents syphilitiques; disparition du phénomène avec la disparition des accidents constitutifs de cette poussée; puis, après un temps plus ou moins long, poussée nouvelle, et récidive simultanée de la boulimie.

Une telle évolution n'indique-t-elle pas aussi évidemment que possible la liaison du symptôme à l'étude avec la diathèse syphilitique, qui en gouverne à son gré l'apparition, la disparition et le retour, qui le dirige suivant son impulsion propre, qui le *régit* en un mot et le domine, comme une cause morbide régit et domine ses effets, ses manifestations?

Donnons, comme exemple de récidive de la boulimie, coïncidemment avec des poussées syphilitiques successives, la curieuse observation suivante :

Obs. IX. — *Chancres parcheminés. Boulimie se manifestant avec les premiers phénomènes de la période secondaire. Céphalée, douleurs diverses, syphilides cutanées et muqueuses, fièvre syphilitique, refroidissement général, étourdissements, analgésie, etc. Guérison de tous ses accidents. Récidive de la boulimie avec une poussée nouvelle d'accidents syphilitiques; syphilides muqueuses, fièvre spécifique. Disparition des accidents.* — P... (Aimée), chemisière, âgée de seize ans, entre à l'hôpital de Lourcine, salle Saint-Clément, n° 12, le 1er juin 1869.

« Santé habituelle assez bonne. Pas de maladie grave antérieure. Constitution moyenne. Réglée à l'âge de douze ans. Règles régulières.

« Cette femme se dit malade depuis une huitaine environ, époque à laquelle elle ressentit aux lèvres « de petits boutons qui lui faisaient mal en urinant ». Elle n'a fait aucun traitement.

« *Etat actuel*, 1er juin. — Deux chancres syphilitiques très-petits (de l'étendue d'une lentille), érosifs, à induration foliacée, siégeant l'un sur la petite lèvre gauche, l'autre sur la marge de l'anus. Quelques érosions herpétiques au voisinage de ces lésions. Dans l'aine gauche, un gros ganglion dur et indolent. Aucun autre accident syphilitique.

« Inoculation sur la cuisse avec la sécrétion de l'un des chancres. — Traitement: bains; pansement à la charpie sèche; six pilules de Vallet.

« Les jours suivants les chancres s'élargissent, et leur induration devient plus manifeste, parcheminée. Ils restent sans modification bien appréciable pendant une quinzaine environ, puis se réparent et se cicatrisent dans les premiers jours de juillet. — L'inoculation n'a fourni qu'un résultat négatif.

« Vers la fin de juin, la malade commence à ressentir les premiers phénomènes de la période secondaire, qui s'annonce comme il suit : *maux de tête* assez violents; mal de gorge, sans aucune lésion apparente; sensation continue de *refroidissement*; douleurs vagues dans les jambes et dans les reins; *fièvre quotidienne* se produisant par accès de deux heures à neuf heures du soir; simultanément *exagération singulière de l'appétit*, qui dégénère après quelques jours en une véritable *boulimie*. La malade *a toujours faim*; au sortir de table, et après avoir copieusement déjeuné ou dîné, elle éprouve encore la sensation de la faim; elle mange avec voracité. Et, après avoir absorbé une grande quantité d'aliments, bien supérieure à celle dont elle se satisfaisait autrefois, elle éprouve de fréquentes et vives *nausées*. — Enfin sur plusieurs points du corps, et nous pouvons dire même sur la presque totalité de la surface cutanée, nous constatons une diminution légère de la sensibilité normale à la douleur.

« Le 5 juillet, les phénomènes précédents persistent. De plus, il s'est produit au périnée une série assez confluente de petites érosions arrondies et légèrement papuleuses (*syphilide papulo-érosive* au début).

« Le 7 juillet, syphilide papulo-érosive plus accentuée. Mêmes phénomènes. Céphalée très vive. Sentiment de faiblesse dans les jambes. *Etourdissements* dans la station. Exagération considérable de l'appétit; faim insatiable. La malade mange au moins dix portions, c'est-à-dire 1 kilogramme de pain par jour, non compris sa ration réglementaire de viande et de légumes, des fruits, des biscuits, des confitures, etc.

« Le 10 juillet, début sur le tronc d'une *syphilide papuleuse*, qui le 16 envahit la face. — Mêmes phénomènes. — On commence le traitement mercuriel, que la malade jusqu'alors s'était refusée à subir. (Une pilule de *cinq* centigrammes de proto-iodure.)

« Les jours suivants, la syphilide se généralise et devient papulo-squameuse; mais en même temps tous les phénomènes nerveux s'apaisent; la céphalée, les douleurs des membres, la sensation de froid, etc., disparaissent; l'appétit diminue, puis revient à l'état normal.

« Vers la fin de juillet, l'état général de la malade est très-satisfaisant. Il ne reste, comme manifestation spécifique, que la syphilide qui tend à s'effacer.

« Le 16 août, il reste à peine quelques papules sur la face, en voie de disparition.

« Le 21, on ne constate plus d'autres phénomènes morbides que quelques rougeurs au menton. Bon état général. — La malade veut sortir. *Exeat.*

« Le 9 novembre, la malade rentre dans nos salles. Elle n'a fait aucun traitement depuis sa sortie. Depuis quelque temps elle a ressenti de nouveaux phénomènes, pour lesquels elle revient demander nos soins, à savoir : des accès de fièvre pendant la nuit, des boutons à la bouche, des boutons à la vulve, etc. Pendant tout son séjour au dehors elle n'a eu qu'un appétit normal; mais depuis quelques jours elle commence à ressentir « une faim singulière », semblable à celle qu'elle a éprouvée à l'hôpital.

« Nous constatons une syphilide papulo-hypertrophique très-confluente sur les grandes lèvres, les petites lèvres, le périnée et toute la marge de l'anus.

« Traitement : Lotions à la liqueur de Labarraque; pansement à l'oxyde de zinc recouvert d'ouate; six pilules d'iodure de fer; une pilule de proto-iodure mercuriel; bains.

« Les jours suivants, boulimie véritable, identique avec celle que nous avons signalée lors du premier séjour de la malade à l'hôpital. Coliques abdominales. — La syphilique vulvo-anale ne tarde pas à se sécher, mais laisse de gros mamelons indurés.

« En décembre, ces mamelons s'affaissent. La faim commence à s'apaiser. La malade, se sentant mieux et se croyant guérie, quitte l'hôpital malgré nous. — Non revue depuis cette époque. »

De cet ensemble de considérations il ressort manifestement pour nous que la boulimie, qui, associée ou non à un certain degré de polydipsie, se produit parfois dans le cours de la syphilis secondaire, est un accident d'essence syphilitique, développé sous l'influence de la diathèse et se reliant à elle comme un effet à sa cause. — C'est là seulement ce que j'avais pour but d'établir dans ce mémoire.

Quant à la nature intime du phénomène, je ne m'aventurerai pas à essayer de la définir. Je n'agiterai pas la question de savoir si cette boulimie spécifique résulte d'une modification survenue dans les sécrétions de l'estomac, ou bien d'une névrose gastrique « constituant une forme particulière de dyspepsie », ou bien encore d'une lésion des centres nerveux, car je ne vois trop quelle solution pourrait sortir d'une discussion de ce genre. Je me bornerai à dire que les éléments d'une pathogénie et d'une localisation précise de ce symptôme nous font absolument défaut; — que si l'on voulait risquer une hypothèse, il y aurait plus de raison, ce me semble, à chercher le siége du phénomène dans les centres nerveux qu'à le localiser dans l'estomac; — que, dans l'état actuel de nos connaissances, cette boulimie syphilitique ne peut être considérée que comme un simple trouble fonctionnel, comme une névrose, et qu'à ce dernier titre enfin elle est complétement assimilable à ces désordres nerveux dont la syphilis, chez la femme spécialement, se montre si prodigue dans les premiers temps de la période dite secondaire.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1871.

1. Faneau de la Cour. Du féminisme et de l'infantilisme chez les tuberculeux.
2. Darvaris. De l'orchite en général et de l'épididymite blennorrhagique en particulier.
3. Alling. De l'absorption par la muqueuse vésico-uréthrale.
4. Farabeuf. De la confection des moignons et de quelques moignons en particulier (poignet, coude, jambe) annexes : cathétérisme œsophagien, statistique de fractures par armes à feu.
5. Petiteau. De l'iodoforme, son emploi comme topique cicatrisant et anesthésique local.
6. Bénard. D'un mode de traitement de la pleurésie purulente.
7. Royer. Les ambulances pendant le siége de Paris.
8. Chalvet. Des moyens les plus propres à sous-cutaniser les plaies.
9. Monsnereau. Essai comparatif entre quelques-unes des principales ambulances sédentaires établies à Paris pendant le siége de 1870-1871.
10. Flamain. De l'amputation tibio tarsienne.
11. Gaulard. De la glycosurie.

12. Culot. De l'inflammation primitive aiguë de la moelle des os.

13. Carret. Quelques considérations sur la rougeole chez les enfants.

14. De Montméja. Diagnostic des cataractes et parallèle des opérations qui sont applicables à leur traitement.

15. Camboulives. Étude critique sur le chloral.

16. Job. Malades et blessés (ambulance de l'hôpital Rothschild pendant le siége de Paris, 1870-1871).

17. Blehée. Quelques considérations sur la tuberculose des enfants.

18. Hallopeau. Des accidents convulsifs dans les maladies de la moelle épinière.

19. Guérard de la Quesnerie. Du traitement curatif de l'anus contre nature par la méthode de la suture simple.

20. Thédan. De la luxation des phalanges des doigts.

21. Duboux. Étude sur la physiologie de Descartes.

22. Jardin. Du scorbut pendant le siége de Paris (1870-1871).

23. Jacquet. Considérations sur l'étiologie des fièvres paludéennes de la Cochinchine (accès pernicieux).

24. Douat. Étude sur les maladies traitées aux eaux minérales d'Eugénie-les-Bains (Saint-Loubouer), Landes.

25. Guinand. Des hémorrhagies dans la fièvre typhoïde et surtout dans l'entérorrhagie.

26. Bachelez. Étude sur une variété particulière de la folie héréditaire.

27. Popis. Les endémies intertropicales au point de vue de l'unité miasmatique.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret du Président de la République en date du 4 octobre 1871, M. le docteur Chertier, médecin à Nogent-sur-Seine (Aube), a été nommé chevalier de l'ordre national de la Légion d'honneur.

— Le Bulletin hebdomadaire des causes de décès pour Paris, du 30 septembre au 6 octobre 1871, donne les chiffres suivants :

Variole, 3. — Scarlatine, 5. — Rougeole, 3. — Fièvre typhoïde, 30. Typhus, ». — Érysipèle, 3. — Bronchite, 53. — Pneumonie, 43. — Diarrhée, 39. — Dysenterie, 34. — Choléra infantile, 4. — Choléra nostras, ». — Angine couenneuse, 7. — Croup, 7. — Affections puerpérales, 4. — Autres causes, 529. — Total : 764.

Celui de Londres donne les chiffres suivants, du 24 au 30 septembre 1871 :

Variole, 51.—Scarlatine, 36.—Rougeole, 18. — Fièvre typhoïde, 23. — Typhus, 8. — Érysipèle, 13. — Bronchite, 83. — Pneumonie, 39. — Diarrhée, 153. — Dysenterie, 1. — Choléra infantile, 7. — Choléra nostras, ». — Angine couenneuse, 6. — Croup, 13. — Affections puerpérales, 10. — Autres causes, 929. — Total : 1,390.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments ou autres objets).

Traité pratique des maladies de l'oreille, ou leçons cliniques sur les affections de cet organe, par M. le docteur C. Miot. Paris, 1871, 1 vol. grand in-8° avec 18 gravures dans le texte et 4 planches chromolithographiées par Lackerbauen, représentant 38 figures. — Prix : 8 francs.

De la nécessité de l'éducation physique et de l'organisation des gymnases municipaux hydrothérapiques, par le docteur E. Dailly. Brochure de 24 pages. — Prix : 1 franc.

Diagnostic des manifestations secondaires de la syphilis sur la langue, par le docteur Saison. In-8°. — Prix : 1 fr. 50.

Traité élémentaire de pathologie externe, par E. Follin et Simon Duplay, professeurs agrégés à la Faculté de médecine. — Tome troisième, fascicule 4 : Maladies du rachis. Maladies des fosses nasales. — Prix : 4 fr. — Prix des trois vol. parus : 37 fr.

Du traitement de la hernie étranglée par aspiration sous-cutanée, par M. le docteur P. Autun, ancien élève lauréat de l'école de Dijon, ancien externe des hôpitaux de Paris. — Prix : 1 fr. 50 c.

Anatomie pathologique des perforations cardiaques, à propos d'une observation de communication interauriculaire, interventriculaire et pulmo-aortique avec trochardie, par le docteur P. Fr. Da Costa Alvarenga, professeur à l'École de médecine de Lisbonne; traduit du portugais par le docteur Lucien Papillaud (Henri Almès). Paris, 1871, in-8° de 39 pages. — Prix : 1 fr.

Capvern. Ses eaux minérales. Applications thérapeutiques par le docteur Michel Ticier, médecin inspecteur des eaux de Capvern, ancien interne des hôpitaux de Toulouse, etc. 1 vol. in-8° de 300 pages. — Prix : 2 fr. 50 c.

De la fièvre syphilitique, par le docteur Courteaux. In-8°. — Prix : 2 francs.

L'acte de la déglutition, son mécanisme, par le docteur Moura, avec planches et gravures dans le texte. Br. in-4° de 60 pages. — Prix ; 3 fr.

Étude sur la lèpre tuberculeuse ou éléphantiasis des Grecs, par le docteur Paul Lamblin. In-8° avec figures dans le texte. — Prix : 3 fr. 50.

L'Uranoplastie et les divisions congénitales du palais, par le docteur Rouge, chirurgien de l'hôpital cantonal de Lausanne, 1 volume in 8° avec figures dans le texte. — Prix : 3 francs.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois. . . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 10 octobre 1871.

HOPITAL NECKER. — M. DELPECH.

Phlegmon du ligament large.

(Observation recueillie par M. E. FOUCART, externe du service).

Jeanne F....., 40 ans, cuisinière, d'une bonne santé habituelle, bien réglée, ayant depuis quelque temps des flueurs blanches, entre à l'hôpital le 11 septembre 1871 (salle Sainte-Adélaïde, n° 27).

Voici les renseignements qu'elle donne :

Elle n'a jamais eu de grossesse, ses dernières règles ont paru du 15 au 18 août; elle est malade depuis le 26 août; ce jour-là, vers quatre heures et demie du soir, elle fut prise subitement d'une vive douleur dans la fosse iliaque droite, douleur accompagnée d'un frisson et de fièvre, ce qui la força à se mettre de suite au lit; la douleur se passa pour reparaître vers cinq heures et demie; elle dura trois quarts d'heure environ, s'accompagnant de vomissements et de diarrhée; la malade perdit deux fois connaissance, elle avait une céphalalgie intense; vers la fin de la journée la douleur se calma à peu près complétement; mais le lendemain, quoique la malade fût restée au lit, la douleur reparut sous forme d'accès, deux ou trois fois dans la journée; lors de ces poussées douloureuses il y avait des vomissements, la diarrhée avait cessé, mais la malade ne pouvait manger; le 27 août, elle se décida à voir un médecin qui lui ordonna de prendre de la tisane, des pilules d'éther, des lavements et le repos; au bout de huit jours, ce traitement n'ayant pas eu le succès attendu, elle revit le médecin, qui lui fit prendre deux verres d'eau de Sedlitz qui la purgèrent beaucoup; voyant que cela ne la soulageait en aucune façon, elle entra le 11 septembre à l'hôpital.

Le 12 septembre, à l'examen, nous remarquons que le ventre est assez tendu, douloureux dans toute l'étendue de la fosse iliaque droite; le reste du ventre n'est pas douloureux à la pression; la malade n'a pas eu de vomissements depuis deux jours, pas de fièvre, figure calme, selles régulières, sans diarrhée; pas d'appétit. En palpant la région douloureuse on sent une tumeur rénitente, globuleuse, du volume d'un petit œuf. Le toucher vaginal fait reconnaître que le corps de l'utérus est à sa place, assez volumineux, un peu dur; le col, en forme de pointe, est celui d'une femme qui n'a jamais eu d'enfant; le sommet est un peu mou; dans le cul-de-sac gauche, en avant et en arrière, on ne trouve rien; mais dans le cul-de-sac droit, rénitence douloureuse; on sent qu'il y a là une grosseur; si, appliquant la main gauche sur la paroi abdominale droite, on pousse la tumeur vers cette paroi de dedans en dehors, la malade se plaint alors beaucoup; elle urine bien, se plaint de douleurs vers la base du sacrum; pas d'appétit. Cet état fait diagnostiquer un phlegmon du ligament large du côté droit. La malade ne sait à quelle cause faire remonter la maladie; interrogée sur la possibilité d'une grossesse, elle dit que depuis longtemps elle ne s'est pas mise dans ce cas; les dernières règles ont du reste paru du 15 au 18 août. Cet état se maintient ainsi jusqu'au dimanche 17 septembre; pendant ce temps, traitement : frictions sur le ventre avec la pommade mercurielle belladonée, cataplasmes laudanisés, repos.

Le 17 septembre, à la visite du matin, le toucher vaginal ne dénote rien de particulier; dans un examen fait avec prudence on ne constate pas de fluctuation; mais le soir très-tard, vers dix heures, la malade est prise subitement d'une vive douleur dans le côté droit, avec frisson, fièvre, vomissements verts, nous dit-elle; pendant la nuit, elle va plusieurs fois à la selle et rend aussi des matières verdâtres.

Le 18 septembre au matin, la malade est dans le décubitus dorsal, la figure tirée, je dirais presque amaigrie depuis hier; elle se plaint de souffrir de tout le ventre même sans pression; dans la fosse iliaque droite on ne sent plus de résistance, la tumeur semble avoir disparu complétement; tous les mouvements que la malade fait dans son lit sont douloureux; les vomissements verdâtres, l'anxiété et l'altération de la face, la température +38,1, la peau chaude et sèche, le pouls petit et fréquent, 116 pulsations, font penser qu'il y a eu ouverture du phlegmon dans le péritoine. Le toucher vaginal n'a pas été pratiqué, pour ne pas augmenter les souffrances; la malade n'a, dit-elle, rien perdu par le vagin ni cette nuit ni ce matin.

Traitement : badigeonnage de tout l'abdomen avec le collodion, potion de Rivière contenant *dix* centigrammes d'extrait thébaïque; diète absolue, morceaux de glace pour arrêter les vomissements.

Le 19 septembre, ventre moins douloureux qu'hier, même à la pression; vomissements verts arrêtés, une seule garde-robe depuis hier matin, figure bien abattue, douleur dans le côté droit du ventre au moindre mouvement, céphalalgie, insomnie, langue sale, voix éteinte, 116 pulsations, pouls petit, fréquent, température +38; la glace a empêché les vomissements hier; le badigeonnage avec le collodion ayant amené un soulagement sera continué, ainsi que la glace; dans la potion de Rivière on ajoutera *quinze* centigrammes d'extrait thébaïque.

Le 20 septembre, le pouls est un peu moins petit, mais aussi fréquent qu'hier : 116 pulsations; température +37,9, ventre tendu, peu douloureux, sauf dans le côté droit; vomissements liquides, verdâtres, pas de garde-robe depuis avant hier matin, urine fortement colorée, face grippée, voix éteinte, céphalalgie, langue sale, insomnie. Continuer le badigeonnage avec le collodion, la glace, les bouillons; mettre *deux* centigrammes de chlorhydrate de morphine.

Le 21 septembre, le ventre, toujours tendu, n'est pas douloureux à la pression; dès que la malade boit, elle est prise de vomissements verdâtres, elle urine bien, mais n'a pas été à la garde-robe depuis trois jours; face grippée, voix éteinte, maigreur, hoquet, faiblesse, langue sale, insomnie, un peu de prostration, céphalalgie persistante, 116 pulsations, température +37,9; continuer la glace, le badigeonnage, l'injection de *deux* centigrammes de chlorhydrate de morphine, qui a un peu soulagé la malade hier; dans la potion de Rivière mettre *vingt-cinq* centigrammes d'extrait thébaïque.

Le 22 septembre, ventre toujours tendu, céphalalgie, hoquet, face grippée, maigreur se prononçant de plus en plus, vomissements vert foncé; la glace n'empêche plus les vomissements, pas de garde-robe depuis quatre jours, voix éteinte, langue sale, insomnie, pouls 120 pulsations, température +38,1, peau toujours chaude et sèche, les yeux sont excavés et cernés. Continuer le badigeonnage et mettre *trente* centigrammes d'extrait thébaïque dans la potion de Rivière; suspendre l'injection de chlorhydrate de morphine.

Le 23 septembre, même état général qu'hier; pouls 120 pulsations, température +38,1, ventre tendu, non douloureux. Même traitement; de plus injection de *neuf* centigrammes de chlorhydrate de morphine.

Le 24 septembre, pouls petit, filiforme, 150 pulsations, hoquet, voix éteinte, peau chaude, ventre tendu, dur, un peu douloureux, pas de garde-robe, vomissements verts, céphalalgie, face grippée, température +39,6. Même traitement.

25 septembre. Pouls petit, filiforme, 150 pulsations, température + 39,2; pas de coliques; voix éteinte; ventre de plus en plus tendu, non douloureux; vomissements verts continuels, dès que la malade boit; soif intense; face grippée; intelligence assez nette; constipation; céphalalgie; respiration difficile; gémissements continuels.

Le 26 septembre, température +37,8; pouls de plus en plus petit et filiforme, irrégulier et impossible à compter; face éteinte; respiration de plus en plus embarrassée; vomissements verts continuels; la malade ne parle plus, ne fait que gémir. La mort arrive à 10 heures du matin.

27 septembre, *autopsie*. L'autopsie est faite 24 heures après la mort : la partie sus-diaphragmatique, le foie, les reins, la rate, ne présentent rien de particulier à considérer. Lorsqu'on ouvre la cavité abdominale, un flot de pus s'échappe, après quoi nous voyons que le bassin contient encore une grande quantité de ce liquide. Le péritoine est épaissi dans toute son étendue et chagriné; les circonvolutions intestinales sont adhérentes entre elles et adhèrent à la paroi abdominale. Dans la partie inférieure de la fosse iliaque droite, nous trouvons quelques fausses membranes; en vidant la cavité du bassin de tout le pus qu'elle renferme, on voit que les parois des fosses iliaques, de chaque côté, sont parfaitement saines; la surface extérieure de l'intestin, examinée dans sa longueur, ne présente aucune altération; la vessie et l'utérus sont indemnes; ce dernier organe est petit, et dans l'état où on le trouve chez les femmes qui n'ont pas eu d'enfants. Du côté droit, le ligament large, la trompe, l'ovaire et l'oviducte forment une masse purulente et se confondent avec les épaississements péritonéaux qui tapissent le petit bassin et qui limitent plusieurs loges cloisonnées renfermant aussi du pus. Du côté gauche, le ligament large porte sur sa face postérieure une tumeur très-petite et ouverte, par laquelle le pus a dû s'écouler aussi dans le péritoine; mais le toucher n'avait pas révélé cette seconde tumeur, qui ne remonte peut-être pas, du reste, à l'époque du début de la péritonite.

Conclusion. — Cette malade a donc succombé à un phlegmon du ligament large droit qui a amené, en s'ouvrant dans la cavité péritonéale, une péritonite d'abord circonscrite à la fosse iliaque, dans laquelle nous avons trouvé quelques fausses membranes, péritonite qui s'est ensuite généralisée; ceci était, du reste, le diagnostic porté.

Les annexes de l'utérus, du côté droit, avaient été tellement détruits par le pus, qu'il nous a été impossible de démêler celui qui avait été le premier atteint; on ne devait pas songer à retrouver l'ovaire dans cette bouillie purulente. Notons en passant que la malade n'a jamais accusé de douleurs dans la cuisse ni dans les jambes, mais seulement vers la base du sacrum. Je fais cette remarque, parce que M. Grisolle appelle l'attention des observateurs sur ces douleurs névralgiques.

L'état de l'utérus fait rejeter une cause puerpérale ou une phlegmasie venant de cet organe; doit-on douter de la parole de cette femme niant tout rapprochement sexuel? Quoique les règles aient duré le temps normal, on doit pourtant admettre, en procédant par élimination, que la cause probable de ce phlegmon vient d'une inflammation survenue dans les annexes de l'utérus après la période menstruelle et sous son influence. Les règles ont paru le 15 août, ont cessé le 18, et le premier frisson a eu lieu le 26. Ne peut-on pas admettre, dans ce cas, que le pus se soit formé sans douleur et sans éveiller nulle part de sympathie, et que le frisson survenu le 26 août ait été le signe, non pas d'une suppuration qui allait avoir lieu, mais d'une suppuration qui avait eu lieu et dont les éléments venaient de se réunir en foyer, comme M. Grisolle l'admet dans certains cas. (*Pathologie interne*, tome I, p. 604.)

On ne pouvait pas, pendant la vie, confondre la tumeur avec un ovaire déplacé, car la tumeur eût été bosselée, mobile; avec la péritonite circonscrite aiguë ou chronique, car la douleur eût été plus vive dès le début, accompagnée d'une fièvre intense, la tumeur eût été plus molle, fluctuante, non rénitente; avec des tumeurs stercorales, mais l'état général est bien différent; enfin avec l'hématocèle péri-utérine, dont le début et les symptômes se rapprochent quelquefois de ceux du phlegmon, mais dont la marche est plus rapide; l'autopsie, enfin, nous a fait découvrir un état pathologique différent de celui de l'hématocèle.

Lorsque l'on eut reconnu l'existence de la tumeur, lorsque l'on se fût arrêté au diagnostic de phlegmon du ligament large droit, la question d'ouvrir l'abcès au dehors s'est présentée. Mais les raisons données alors par M. Delpech pour ne pas inciser ont été l'existence encore douteuse de la fluctuation et l'incertitude dans laquelle on était de savoir si le foyer adhérait à la paroi abdominale, raisons indiquées aussi par M. Grisolle, car on pouvait s'exposer à un épanchement dans la cavité péritonéale. Malgré toutes les précautions prises ici, la certitude manquait encore sur ces deux points; on a dû s'en tenir aux frictions de pommade mercurielle belladonée, et plus tard à l'opium à haute dose par la bouche et par la méthode endermique.

Si la durée de la maladie a été si longue, cela peut être attribué à la présence du pus liquide, moins irritant que les matières qui peuvent être versées dans la cavité péritonéale, matières fécales et bile, par exemple. En voyant l'amélioration produite dans les premiers jours, on peut penser que la maladie aurait eu peut-être une heureuse terminaison, si le pus n'avait pas continué chaque jour à se former dans le foyer et à être versé peu à peu dans la cavité péritonéale.

TRAITEMENT DU DELIRIUM TREMENS PAR L'EXPECTATION

Par M. E. DECAISNE.

(Extrait d'une Note communiquée à l'Académie des Sciences.)

« Pendant le cours des derniers événements, j'ai eu l'occasion de traiter les accidents du *delirium tremens* par les principaux médicaments préconisés dans cette maladie. J'ai soigné 5 malades par l'opium, 4 par le chloral et 4 par la digitale. La guérison, ou du moins l'apaisement très-marqué de tous les symptômes d'excitation fut obtenu, en moyenne, en cinq jours par l'opium, en six jours par le chloral et la digitale. Je prescrivais à tous mes malades le même régime, et je fus frappé de voir que les résultats étaient à peu près les mêmes, et l'étaient à peu près dans le même temps, sauf certaines différences dans les effets physiologiques, particuliers à chaque médicament.

« Je résolus alors de soumettre un certain nombre de malades à un traitement tout à fait expectant, pour savoir si le régime pur et la simple soustraction de la cause donneraient le même résultat. Les 8 malades que j'ai traités par l'expectation étaient âgés de 24 à 62 ans, et tous, à l'exception d'un seul, pris de *delirium tremens* pour la première fois.

« Tous furent soumis au régime suivant : abstinence entière du vin et des liqueurs. Comme boisson, de la bière. Pour tisane, une infusion de feuilles d'oranger. Nourriture douce, un bain tiède d'une heure ou deux chaque jour, et un purgatif (sulfate de magnésie : 40 grammes)..... »

L'auteur donne, comme exemple, les détails des observations recueillies sur un sujet de 28 ans, guéri au bout de cinq jours, sauf la persistance du tremblement des mains et l'embarras de la langue.

« Le traitement du *delirium tremens* par l'opium n'est pas sans danger, à cause des doses considérables auxquelles il faut, dans la plupart des cas, arriver progressivement, et qui exposent à une accumulation du médicament, qu'il n'est pas très-rare de rencontrer. J'ai pu me convaincre que la digitale, employée à dose élevée, donnait souvent aux malades des nausées et des vomissements, qui rendent la démonstration fort difficile. Le chloral m'a paru complé-

tement sans action sur 2 malades. C'est au moins un agent infidèle, sur lequel il n'est pas possible de compter.

« S'ensuit-il qu'il faille rejeter, de la thérapeutique du *delirium tremens*, des médicaments qui, sagement maniés, ont rendu et rendent encore de signalés services? Telle n'est pas ma pensée. J'ai voulu seulement attirer l'attention des praticiens sur une méthode de traitement trop délaissée aujourd'hui, et qui me paraît devoir être employée ici avec avantage. »

TABLETTES DU MÉDECIN-LÉGISTE.

(Suite.)

XXIII

Salubrité publique. — Les autorités sanitaires peuvent et doivent, en cas d'urgence, prendre les mesures nécessaires pour préserver la santé publique, sous la seule condition de soumettre ces mesures à l'approbation du ministre du commerce et de les notifier sans retard aux intéressés; les dommages qui peuvent être causés aux particuliers par l'exécution de ces mesures, ne sauraient donner lieu à aucun recours contre l'Etat, alors du moins qu'il n'est pas établi que les agents de l'Etat aient omis de prendre, dans cette exécution, les précautions que comportaient les circonstances (L. 3 mars 1822, art. 5; décr. du 24 déc. 1850, art. 16).

De ce qu'un navire est muni d'une patente *brute*, il ne s'ensuit pas qu'il doive nécessairement, à son arrivée en France, dans un port de l'Océan, être soumis à une quarantaine, si aucun cas de décès n'était survenu à bord dans les dix jours qui ont précédé son entrée en rade et s'il était exclusivement chargé de marchandises non susceptibles de transmettre la contagion;

Dès lors, quoique des cas de maladie pestilentielle se soient déclarés après que le navire a été admis à la libre pratique et pendant que l'on procédait à son déchargement, l'Etat ne saurait être rendu responsable des dommages qu'a pu causer à l'armateur l'exécution des mesures sanitaires auxquelles ces faits ont donné lieu, encore bien que l'on prétende que ces dommages proviennent de la faute commise dans l'admission immédiate du navire à la libre pratique.... Cons. d'Etat, 26 fév. 1863. — Cf. Dalloz, *Jur. gén.*, 1863, 3e partie, p. 52.

XXIV

Sépulture, décès, vérification, doute, inhumation, embaumement, statistique médicale, acte de l'état civil, médecin assermenté. — La vérification des décès avant la délivrance des permis d'inhumer doit être confiée à un médecin; ce médecin est assermenté (C. Nap., 77).

Les préparatifs de l'ensevelissement doivent être suspendus jusqu'à la visite du médecin-vérificateur; en cas de doute sur la réalité du décès, ou en cas de décès faisant naître un soupçon de mort violente, il doit être sursis à la délivrance du permis d'inhumer.

Il ne peut être procédé au moulage, à l'autopsie ou à l'embaumement du corps d'un individu décédé, avant la vérification du décès et sans une déclaration préalable à l'autorité municipale, qui doit se faire représenter à l'opération.

Le médecin-vérificateur des décès doit mentionner sur son bulletin, outre les indications relatives à l'identité de la personne décédée, la nature de la maladie à laquelle elle a succombé, le médecin qui l'a soignée et le pharmacien qui a fourni les remèdes. — Circ. min. int. (M. de la Valette), 24 déc. 1866. — Cf. Dalloz, *Jur. gén.*, 1867, 3e partie, p. 48.

DOCUMENTS

POUR SERVIR A L'HISTOIRE DU MOUVEMENT SCIENTIFIQUE PENDANT LE SIÉGE DE PARIS (1).

12 FÉVRIER

Légion d'honneur. — Par décret en date du 12 février 1871, ont été nommés ou promus dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier :

M. Filhos, médecin principal de la garde nationale.

Au grade de chevalier :

MM. Gombault, chirurgien-major au 53e bataillon;
Piron, chirurgien-aide-major au 71e bataillon;
Poindron, chirurgien-major au 123e bataillon;
Caen-Mayer, chirurgien-aide-major au 190e bataillon;
Desroches, médecin-major au 205e bataillon;
Moynier, chirurgien-major à l'État-Major.

MÉDAILLE MILITAIRE. — Par décret en date du même jour, la médaille militaire a été conférée à :

MM. Gallet-Lagoguey, chirurgien-major du 10e bataillon;
Thuillier, chirurgien-major au 38e bataillon;
Pau, chirurgien-aide-major au 78e bataillon;
Ruffié, chirurgien-major au 91e bataillon;
Dumas, aide-major au 94e bataillon;
Jousset, chirurgien-major au 106e bataillon;
Blanchon, chirurgien aide-major au 111e bataillon.

12 FÉVRIER

Ambulances. — La convention pour l'évacuation des blessés français ou allemands par voies ferrées vient d'être arrêtée de la manière suivante :

« Les trains sanitaires allemands, vides ou pleins, peuvent circuler d'une gare mixte à l'autre, en empruntant le chemin de fer de ceinture de Paris; réciproquement il sera permis d'évacuer de Paris, sur les pays situés au delà de la ligne de démarcation, les blessés et malades jusqu'à concurrence du nombre de cinq mille.

« Dans le but d'assurer la sécurité et la facilité de circulation de ces trains sanitaires, un délégué de la Société française de secours aux blessés militaires accompagnera le train sanitaire allemand, vide ou plein, dans la traversée de Paris, entre une gare mixte et l'autre. Un délégué allemand sera placé dans les gares mixtes situées sur la ligne de démarcation vers Paris et vers les provinces non occupées, et il vérifiera le train en contre-signant la déclaration sur le but du train et le nombre des blessés et malades faite par le délégué de la Société française qui accompagnera chaque train de Paris vers la province.

« Les trains d'évacuation français pourront comprendre des véhicules de toute sorte et ils circuleront en suivant la marche des trains vides de ravitaillement.

« Les stipulations du traité du 28 janvier 1871 pour l'exploitation des chemins de fer sont applicables à la présente convention.

« Versailles, le 11 févier 1871.

« *Signé* comte SÉRURIER, prince DE PLESS.

« Approuvé, avec cette observation que la ligne de démarcation mentionnée à la 5e ligne de la première page n'est pas celle qui entoure la ville de Paris, mais celle indiquée à l'article 1er de la convention du 28 janvier 1871.

« Versailles, le 11 février 1871.

« *Signé* ERNEST PICARD,
« *ministre des affaires étrangères par intérim.*
« *Signé* DE BISMARK. »

Voyage dans Paris. — M. Théophile Gautier publie une nouvelle étude consacrée aux animaux.

LES ANIMAUX PENDANT LE SIÉGE

Une question que le rêveur peut se poser est celle-ci : les animaux s'aperçoivent-ils des événements qui se passent autour d'eux et cependant semblent en dehors de leur sphère instinctive? Les partisans de Descartes répondraient tout de suite par la négation : les animaux n'étant pour eux que de pures machines, des espèces de tourne-broche accomplissant d'une manière inconsciente une fonction déterminée. Ceux qui ont vécu dans l'intimité des bêtes, ces amis inférieurs, ces humbles frères de l'homme, qui les suivent et les regardent avec attention, seront d'un avis différent. Démocrite comprenait le langage des oiseaux; Dupont de Nemours en a fait le dictionnaire. Sans aller jusque là, il n'est pas impossible à un observateur de se rendre compte des impressions et des jugements des bêtes.

Il est douteux que les chiens, par exemple, aient su notre investissement par les Prussiens. Ils ne connaissent ni le roi Guillaume, ni M. de Bismark, ni M. de Moltke, mais ils se rendirent très-bien compte, et cela depuis les premiers jours, de la situation anormale de Paris. Le mouvement inaccoutumé de la population, le changement presque général du costume civil en costume militaire, les exercices des mobiles et des gardes nationaux sur les places, les sonneries du clairon, les batteries du tambour les inquiétaient, les étonnaient et leur donnaient à réfléchir. Quelques-uns, réfugiés avec leurs maîtres, étaient visiblement dépaysés; ils hésitaient dans le choix des rues, incertains d'allures, flairant la voie, et consultant, aux angles des carrefours, quelque confrère du quartier. Ces chiens suburbains n'avaient nullement la physionomie des chiens de ville; ils étaient aisément discernables à leur air rustique et campagnard. Dès qu'une voiture faisait entendre son roulement, ils se rangeaient de loin avec des signes de frayeur, tandis que les parisiens daignaient à peine s'écarter un peu lorsque la roue allait leur passer dessus, en chiens à qui appartient le haut du pavé. Ils avaient l'embarras du provincial.

Tous les matins se formait devant notre porte un conciliabule présidé par un terrier bien râblé, les pattes un peu coudées en dehors, la lèvre inférieure avancée, la supérieure rebroussée, le poil fauve, zébré de brun et portant un collier de cuir noir papelonné d'écailles de cuivre. Les autres chiens, de race plus vague qui l'entouraient, semblaient lui témoigner beaucoup de considération et l'écouter avec déférence.

L'écouter! Il parlait donc? assurément : non pas à la manière des hommes au *langage articulé*, belle expression homérique pour distinguer notre espèce des bêtes, mais par de petits abois, des grommellements variés, des brochements de babines, des manéges de queue et des jeux de physionomie expressifs. Ce groupe de causeurs quadrupèdes s'entretenait à coup sûr de la situation. De temps à autre un nouveau venu semblait apporter une nouvelle; on la commentait; puis le cercle se brisait et chacun allait à ses affaires.

Cela se passait au commencement du siége. Le pain ne manquait pas. Le stock de bœuf, comme on dit maintenant, était encore considérable, et la cherté des fourrages rendait abondante la viande des chevaux sacrifiés; car le public ne mordait que faiblement à l'hippophagie. Les animaux ne souffrirent pas d'abord; le menu des pâtées resta à peu près le même, mais bientôt les choses changèrent : la résistance se prolongeait, et la ration des bêtes diminua comme celle des hommes. Les pauvres créatures n'y comprenaient rien et vous regardaient de leurs yeux étonnés quand on plaçait devant eux leur maigre pitance. Ils avaient l'air de demander : « De quoi sommes-nous coupables, et pourquoi nous punit-on de la faute que nous n'avons pas commise? » Plusieurs chiens furent abandonnés ou perdus par leurs maîtres, qui n'avaient pas le courage de les tuer, car « ce qu'il y a de mieux dans l'homme, c'est le chien, » comme dit le troupier de Charlet, et il faut une nécessité bien dure pour se défaire de cet ami à quatre pattes; plus d'un pauvre diable a partagé avec lui sa dernière croûte, et, dans un club, quand on fit la motion de sacrifier impitoyablement toutes ces *gueules* inutiles, il y eut une révolte générale des cœurs sensibles. Quelques bonnes âmes réclamèrent aussi pour les chats, qui ont bien leur mérite, malgré les calomnies que des malveillants font courir sur leur compte.

En rentrant le soir, nous rencontrions souvent des chiens vagabonds qui erraient comme des ombres le long des murailles obscures, d'un pas nonchalant, comme font les chiens lorsqu'ils ne vont nulle part. Quand nous passions sous la lueur tremblottante d'une lanterne au pétrole, nous trouvant sans doute l'air suffisamment débonnaire, ils se mettaient à nous suivre à une distance respectueuse, suffisante pour se mettre à l'abri d'un coup de pied ou de canne, si par hasard le promeneur était un mortel de trop farouche approche; mais les chiens s'y trompent peu, étant de nature meilleurs physionomistes que Lavater.

Rien de plus touchant qu'une de ces pauvres bêtes perdues, harassées de recherches vaines dans le dédale d'une ville inconnue, qui tâchent de se rattacher à un maître et de se créer un patron nouveau. Elles vous accompagnent pendant les plus longues courses, jappant à vos côtés d'un son de voix plaintif, vous regardant d'un air tendre, et parfois vous poussant la paume de la main de leur nez humide.

C'est une obséquiosité caressante, mais non importune, une fidélité à suivre, montrant le bon chien qu'une fatalité sépare de son maître malgré son dévouement, et qui vous servira bien, si vous l'accueillez. Il en venait jusque sur notre seuil, et c'était nous l'avouons, un vrai crève-cœur pour nous d'être obligé de leur fermer la porte sur le nez et de tromper ainsi leur espérance. Nous pensons là-dessus comme Crébillon le tragique, qui prenait les chiens errants sous son manteau, les portait au logis, les hébergeait, essayait de leur apprendre un métier, comme de tourner la broche, de danser, de sauter pour le roi ou la reine, de donner la patte et autres industries canines, puis les reportaient en soupirant à l'endroit où il les avait trouvés s'ils étaient incapables, rebelles ou paresseux. Mais nous possédions déjà notre ménagerie intime, bien difficile à nourrir.

Bientôt les bêtes s'aperçurent que les hommes les regardaient d'une manière étrange, et que leur main, sous prétexte de les caresser, les palpait, comme des doigts de boucher, pour s'assurer de leur plus ou moins d'embonpoint. Elles étaient devenues une proie, un gibier ardemment poursuivi. Les chats, plus spirituels et plus défiants que les chiens, comprirent les premiers, et mirent la plus grande prudence dans leurs relations. Ce ne fut qu'avec des amis bien sûrs de la race féline qu'ils se hasardèrent à filer leur rouet et à prendre leur place habituelle sur les genoux; mais au moindre geste un peu vif, ils se réfugiaient sur les toits et dans les caves les plus inaccessibles. Les caniches, s'étant à la fin doutés de la chose s'enfuirent quand on les appelait comme le chien de Jean Nivelle, ce qui n'empêcha le nœud coulant, le sac et l'assommoir de faire de nombreuses victimes. Des boucheries canines et félines, où se débitaient aussi des rats, arborèrent hardiment leur enseigne; ne trompant pas sur la qualité de la marchandises, les clients y affluaient.

La petite réunion matinale qui avait lieu devant notre porte diminua de jour en jour, et il ne resta bientôt plus que le terrier révant sur le seuil de la boutique de son maître, à la disparition mystérieuse de ses amis. Il se tenait d'ailleurs sur ses gardes, flairant le péril et montrant les crocs à la moindre approche suspecte. Quand il voyait passer quelque rôdeur de mauvaise mine, porteur d'un sac, il se réfugiait sous le comptoir avec des grognements sourds.

Au commencement du siége, les postes des remparts avaient une nombreuse clientèle de chiens qui s'y étaient installés à demeure; ils saluaient de battements de queue la garde descendante et accueillaient de joyeux abois la garde montante. Ils partageaient l'ordinaire du soldat, moblot ou sédentaire, mais ils ne prenaient que la viande offerte et dédaignaient le pain d'une narine superbe. La faim ne tarda pas à les rendre moins difficiles; mais, au bout de quelque temps, de convives ils s'élevèrent à l'état d'objet de consommation. Ils allongèrent la ration un peu courte ou furent vendus à des restaurateurs de troisième ordre. Les postes se dégarnirent peu à peu de leurs hôtes.

Un seul chien demeura fidèle au secteur. On le voyait se promener le long du rempart, comme accomplissant une ronde, efflanqué, disséqué par la maigreur, l'épine dorsale en chapelet, le nœud de l'échine proéminent, les apophyses des jointures perçant presque la peau, les côtes faisant cercle, le poil bourru et rêche comme du gazon sec. Il allait ainsi, plus misanthrope que Timon d'Athènes, évitant l'homme et surtout le militaire avec le même soin qu'il le recherchait autrefois; lui pauvre quadrupède, simple de cœur, il trouvait indélicate à l'endroit de son espèce la conduite du *bimane*, genre *primate* qu'il avait trop longtemps estimé, et il lui en gardait rancune. C'était l'ombre d'un chien qui revenait : deux profils collés l'un sur l'autre, une découpure n'offrant aucune espèce d'épaisseur. La pauvre bête avait choisi pour lieu de ses promenades solitaires l'endroit où furent pétris dans la neige la statue de la Renaissance, de Falquière, et la tête colossale de la République, de M. Moulin. Un artiste qui avait monté de nombreuses gardes à ce bastion, avait remarqué le lamentable animal, et, s'étant intéressé à lui, essayait de l'amadouer par toutes sortes d'avances. Il l'appelait d'une voix caressante, et s'asseyant sur une pierre pour ne pas l'effrayer par un air de poursuite en marchant vers lui, il lui montrait de loin un appétissant morceau de pain. Sollicitée par l'appât, la bête s'arrêtait, mais ne faisait pas mine d'avancer, malgré la faim qui lui tordait les entrailles. Notre ami posa le morceau sur un pavé et s'éloigna discrètement. Alors la bête happa le pain après avoir franchi l'espace d'un bond prodigieux, et se sauva à une grande distance avec une vitesse de lévrier pour aller dévorer sa proie en lieu de sûreté.

Après le tour des chiens et des chats vint celui des oiseaux. L'ornithologie de Paris n'est pas bien riche. On n'y voit guère que des moineaux, et dans les vieux jardins des quartiers tranquilles, quelques merles et quelques rossignols. Les pierrots, — c'est ainsi qu'on les nomme vulgairement — gamins ailés, vrais Gavroches de gouttières, sont aimés des Parisiens et jouissent par la ville d'immunités pareilles aux priviléges des pigeons de Saint-Marc; si on ne leur distribue pas de la graine à certaines heures, s'ils n'ont pas de rentes comme les oiseaux de Venise, on les laisse picorer effrontément partout, et les *charmeurs* leur jettent de la mie de pain aux Tuileries; ils vont, ils viennent, voletant, piaillant, ne partant que lorsqu'on va leur mettre le pied dessus; leur caquet met de la gaieté dans l'air; leur innocente vie a jusqu'à présent été respectée

(1) Suite. — Voir le dernier numéro.

de tous. Ils n'ont pas, d'ailleurs, grand'chair sous leur plume, ces insouciants petits bohèmes consumés d'ardeur et d'esprit. Mais la faim les a fait accepter comme alouettes ou comme ortolans.

On a commencé à en faire la chasse, et pendant quelque temps, habitués qu'ils étaient à la fusillade et au canon, ils se refusaient à croire que cette mousqueterie fût dirigée contre eux, ne se trouvant pas dignes d'une telle dépense de poudre. On les tira à la sarbacane, on leur tendit des gluaux et des piéges. Il fallut bien se rendre à l'évidence et reconnaître que l'ancien pacte d'amitié était rompu et que les pierrots passaient dans Paris à l'état de gibier. Au parfait abandon succéda la défiance extrême. L'animal, trompé, en garde longtemps rancune. Le pierrot, si familier, devint farouche et hagard. Tout homme, même inoffensif, lui fit désormais l'effet d'un chasseur, et la petite clientèle qui venait, par les temps de neige, prendre sans crainte sur notre fenêtre quelques miettes de notre maigre pitance, ne reparut plus, et pourtant nous avions pour la vie des animaux le respect d'un brahme. Traquée, fusillée, décimée, la gente tout entière se décida à l'émigration, et, quoiqu'il soit douloureux d'abandonner le vieux mur tapissé de lierre où l'on fait son nid au printemps, la corniche du palais sur laquelle on lisse sa plume au soleil, la mansarde qui encadre la jeune ouvrière penchée sur son travail, on alla chercher la sécurité au loin.

On ne voit plus aujourd'hui un seul moineau à Paris. Tous n'ont pas été tués, espérons-le. En quelques coups d'aile on monte au-dessus de la portée du plomb. L'oiseau ne subit pas cette fatalité de la pesanteur, et il peut toujours fuir la terre dans le ciel. — Heureux privilége !

Théophile Gautier.

Ambulances. — Parmi les efforts charitables qui se sont associés à l'œuvre de défense, on n'oubliera pas ceux de la communauté israélite de Paris et de ses représentants les plus considérables. Le vaste hôpital israélite, fondé par M. James de Rothschild, a ouvert ses portes toutes grandes à nos braves soldats et malades. Cent lits nouveaux y ont été affectés à ce service, dans un bâtiment récemment construit et admirablement approprié à sa secourable destination. Ce nouvel hôpital a été entretenu par les larges offrandes de la communauté, pourvu en matériel et doté d'un personnel d'élite, sous la direction médicale du docteur Jules Worms. Depuis le 1er octobre jusqu'au 1er février, 536 soldats malades ou blessés y ont été admis, sans compter ceux qui ont trouvé place dans les ambulances particulières établies au milieu des habitations privées de la famille Rothschild. Sur ce nombre total de blessés et de malades, le chiffre des décès n'a été que de 5 6/10 pour 100. Ce chiffre atteste une vigilance et des soins tout particuliers.

Un fait digne d'être noté, puisque nous parlons des israélites : on nous assure qu'une foule de vieillards sont morts de faim pendant le siége, pour n'avoir pas voulu violer la loi religieuse qui leur défendait l'usage des viandes provenant d'animaux considérés comme impurs, parce qu'ils n'étaient pas tués selon les rites. La personne qui nous communique ces renseignements nous écrit : « Ce sont les Machabées de 1871. » Nous ne refusons certes pas d'admirer l'héroïsme de ces martyrs ingénus de leur foi, si puériles que nous semblent les antiques prescriptions auxquelles ils ont sacrifié leur vie. Machabées pour Machabées, nous préférons pourtant ceux de la Bible, qui étaient morts pour la patrie. Mais le judaïsme a eu aussi ses héros à Paris, et pour nous le Machabée de 1871, c'est ce jeune commandant des éclaireurs de la Seine, ce jeune homme souriant, qui s'appelait Franchetti, et qui a montré à toute une troupe de jeunes gens d'élite groupés autour de lui comment on meurt devant l'ennemi. — Louis Ratisbonne.

13 FÉVRIER.

Académie des sciences. — L'Académie tient séance.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 13 février 1871. — Présidence de M. Faye.

MÉMOIRES ET COMMUNICATIONS DES MEMBRES ET DES CORRESPONDANTS DE L'ACADÉMIE.

Sur le parenchyme des os et les matières grasses du cheval. — Par M. PAYEN. — Nous avons précédemment démontré que l'on peut obtenir des os du cheval le parenchyme azoté, puis le transformer graduellement en gélatine par l'ébullition. Mais ces produits, soit organisés, soit mis en dissolution dans l'eau, sont en proportions moindres et plus impurs que dans le cas où l'on traite de la même manière les os du bœuf.

« Une cause de l'infériorité des premiers dans ces opérations nous a paru dépendre de ce que les os des côtes des chevaux, en l'état où les animaux en général sont abattus, offrent dans toute leur étendue, jusqu'à quelques millimètres de leurs extrémités, une large cavité tubulaire ne laissant qu'une faible épaisseur à la couche externe compacte de ces os creux.

Toute la cavité se trouve remplie de la substance osseuse qui, partiellement résorbée, est devenue spongieuse. Elle renferme des cellules organiques azotées contenant des substances grasses; ces deux dernières (cellules et graisse) ne pouvant ni l'une ni l'autre donner du parenchyme ni de la gélatine amoindrissent d'autant, les rendant plus impurs, les produits gélatineux obtenus de l'os entier, c'est-à-dire de l'ensemble de la couche externe compacte et de la masse spongieuse interne.

Ces caractères de l'os des côtes du cheval semblent devoir être d'autant plus prononcés que l'âge de l'animal est plus avancé au moment de l'abatage, car alors la cavité tubulaire spongieuse graduellement agrandie, laisse en moindre proportion la substance osseuse enveloppante compacte plus riche en parenchyme transformable en gélatine. L'influence des os de côtes sur la production du parenchyme et de la gélatine est d'autant plus grande, que souvent on exclut de ses applications les os compactes suffisamment épais des jambes et des omoplates réservés pour le travail de la tabletterie; c'est alors surtout que dominent les côtes et les vertèbres abondantes en masses spongieuses et pauvres en couches externes osseuses compactes.

On comprend que de telles différences soient moins considérables relativement aux os des bœufs, les animaux de cette espèce, destinés à la boucherie, étant en général abattus bien plus jeunes, partout où l'on adopte les méthodes d'engraissement favorables à la plus abondante production de la viande (1).

Il y aurait d'ailleurs un intérêt véritable au double point de vue de la science et des applications à constater l'état de la substance osseuse des côtes chez les deux espèces animales aux mêmes âges, et chez la même espèce à des âges différents. Je me propose de faire des déterminations comparatives lorsqu'il me sera possible d'obtenir les spécimens indispensables pour ce travail.

En cherchant dans la structure des os longs l'explication du plus fort rendement en gélatine de ces os comparés à celui que l'on obtient des côtes, une particularité digne d'intérêt s'est offerte à mes observations.

Des coupes perpendiculaires à l'axe de l'un de ces os (le canon) ont donné deux rondelles épaisses de 5 millimètres, qui, débarrassées par l'acide chlorhydrique des matières minérales, éprouvèrent par la dessiccation un retrait inégal, laissant vers les deux surfaces internes et externes un bourrelet circulaire, montrant une texture plus serrée dans ces parties; l'une des rondelles, plongée dans l'eau, reprit par degrés son volume primitif, les deux bourrelets avaient alors disparu et la surface plane des coupes prouvait que le tissu organique n'avait éprouvé aucune altération.

Ce tissu est donc en effet graduellement plus dense vers les deux surfaces cylindriques externes et internes de l'os.

Cette structure est-elle d'accord ou contradictoire avec la théorie admise du développement de la matière osseuse? Il reste ici un doute que des recherches expérimentales pourront éclaircir, mais qui, dans l'état actuel de nos connaissances, m'a paru digne d'attention.

Tel a été aussi l'avis de l'un de nos éminents confrères physiologistes, que je me suis empressé de consulter à cet égard.

En poursuivant des recherches sur les substances grasses contenues dans les diverses parties du corps et des os du cheval, j'ai observé des différences analogues à celles que j'avais précédemment constatées relativement aux degrés de fusion de ces substances, chez un même animal, suivant leur siége, et l'occasion s'est offerte de connaître plusieurs faits nouveaux.

La masse de tissu adipeux de l'épiploon, désigné sous le nom de *panne*, découpé en tranches minces, et soumis dans une étuve aux températures variées entre + 35 et 70 degrés durant 24 heures, a laissé graduellement sortir une partie de la substance grasse offrant les remarquables propriétés organoleptiques précédemment signalées, notamment la légère odeur agréable des graisses neutres du cheval, et sans altération chimique appréciable du tissu azoté, qui seulement avait acquis plus de consistance en éprouvant un notable retrait.

Soumis aux mêmes températures dans des conditions toutes semblables, les tissus adipeux mous situés sous la peau chez le même animal, près des poches pleines de synovie et des articulations des membres, ces tissus se sont altérés au point d'exhaler, 24 heures après leur entrée dans l'étuve, une odeur putride comparable à celle des intestins vides entrant en fermentation. La substance, sortie spontanément à l'étuve par les sections de ces tissus, avait contracté la même odeur (2).

Cependant le liquide légèrement albumineux extrait, en quantité assez grande (130 centimètres cubes), des poches synoviales voisines des tissus adipeux sous-cutanés, soumis pendant trois jours dans la même étuve aux mêmes variations de température jusqu'à complète évaporation à siccité, n'a manifesté, durant cet intervalle de temps, aucun signe d'altération putride, encore bien que le résidu sec donnât, par la calcination, des vapeurs ammoniacales, ainsi que des huiles pyrogénées infectes connues en médecine sous le nom d'*huile animale de Dippel*.

Le tableau synoptique suivant montre les deux termes de la température de fusion des substances grasses extraites des tissus adipeux contenus, soit dans le corps du cheval, soit dans ses os, manifestant des caractères propres à chacune d'elles, suivant son siége dans l'organisme.

Toutes ces graisses ayant d'abord été prises en masse aux températures convenables de + 6 à + 14 degrés centésimaux, ont présenté un premier terme de fusion commençante et un second terme assez fixe, alors que la liquidité était devenue complète sans que le liquide fût encore diaphane.

Il eût été difficile d'atteindre ce dernier terme sans le dépasser, en raison du retard à se dissoudre que présentent les traces de corps gras solides qui troublent très-légèrement alors la transparence de la substance grasse fondue.

Tableau synoptique de la fusibilité des graisses neutres contenues dans des parties déterminées des tissus du corps et des os d'un cheval.

	Commencement de fusion.	Liquidité complète.
Graisse dite *de rognon*, la plus blanche de toutes	+ 18°	+ 31,5°
Graisse du tissu adipeux sous-cutané, près des articulations et des poches synoviales	17	28,5
Graisse des épiploons (dite *panne*)	16	20,5
Graisse des tissus adipeux entre les muscles	14	18,5
Graisse de la moelle d'un os long (le *canon*)	12,5	16
Graisse du bout inférieur spongieux du même os long (le *canon*)	9 à 10	14
Graisse du bout spongieux inférieur d'un os long semblable	9 à 10	

Cette dernière, à + 9 degrés, forma un léger dépôt granuleux qui, retenu par un filtre de papier, laissa passer une partie huileuse jaune diaphane restant fluide à + 5 degrés.

On peut voir qu'ici encore les différences de fusibilité, dépendantes sans doute des rapports entre les graisses solides et les matières huileuses liquides aux températures ordinaires, sont très-notables, puisqu'elles s'étendent sur l'échelle thermométrique de 14 degrés à Cx 31r,5 (1).

Il me reste à comparer entre eux, pour différents âges et sous l'influence de nourritures variées, les parenchymes des os et les substances grasses dans les différentes parties du corps, des tissus et du squelette des bœufs et des chevaux.

Il est permis d'espérer de ces recherches, *à posteriori*, expérimentales, selon l'heureuse expression de M. Chevreul, quelques nouveaux faits intéressants.

Déjà j'ai plusieurs fois eu l'occasion de reconnaître que quelques-uns de ces animaux et quelques autres, parmi les plus jeunes, donnent des gélatines et des graisses plus blanches.

Mais la crainte d'attendre trop longtemps pour réunir les échantillons et mettre à fin ces expériences m'a décidé à soumettre, en ce moment, la première partie du travail à l'Académie.

M. Chevreul, après avoir entendu la lecture de M. Payen sur les os du cheval, l'explication de leur différence d'avec les os de bœuf, prenant en considération les différents degrés de liquidité de la graisse et de l'huile de cheval, provenant de régions différentes de l'animal, engage l'auteur à continuer des recherches si heureusement commencées.

Les observations de M. Payen sur la facilité avec laquelle la graisse du tissu sous-cutané voisin des poches synoviales a pris l'odeur du tissu altéré ont un grand intérêt, au double point de vue de l'analyse organique et de l'application aux arts, en montrant comment un produit normal, la graisse, peut prendre par accident une propriété qui ne lui appartient pas, et cela par une action comparable à celle qui préside à l'extraction, au moyen d'une huile inodore, du principe odorant très-altérable d'un certain nombre de fleurs.

Les observations sur la diffusion de la matière odorante ou colorée sont importantes en physiologie et en médecine, pour montrer à tous combien elle est extrême.

M. Chevreul rappelle le fait d'un sel de baryte formé par un acide du suint, qui, après avoir séjourné douze heures dans une atmosphère limitée et séchée par la chaux, s'est imprégné de la vapeur d'acide paraphocénique émanée du paraphocénate de baryte, et l'avait conservée plus d'un mois.

M. Chevreul, insistant de nouveau sur la complexité des odeurs d'une même matière organique, signale, dans les plumes de l'albatros, outre l'acide avique, un principe qui, mis en liberté par l'eau de baryte, a l'odeur du poisson avec l'odeur ammoniacale. Serait-ce une ammoniaque composée, analogue à celle que M. Wurtz a fait connaître? C'est à rechercher.

M. Chevreul parle du mémoire d'un médecin, imprimé dans le volume de l'ancienne Académie de médecine (année 1789), sur l'importance des odeurs en médecine. Il reviendra sur ce travail à l'occasion de ses propres recherches et montrera l'extrême différence des idées actuelles d'avec les idées qui sont professées encore dans le *Système des connaissances physiques de Fourcroy*, et qui remontent à Boerhaave.

M. Payen demande si l'on ne pourrait rapprocher des faits si précis que vient de citer M. Chevreul relativement à la fixation des odeurs ou des corps odorants, un cas particulier d'accumulation ou de concentration d'une substance fortement odorante dans les tissus des animaux.

A une époque déjà éloignée où il suivait et commençait à diriger les travaux d'une grande fabrique de produits chimiques que M. Chevreul avait récemment honorée de sa visite, une partie importante de cette usine était consacrée à la préparation des sels ammoniacaux.

Les matières premières de cette industrie : os débouillis et chiffons de laine, carbonisés en vases clos, dans plusieurs batteries de grands cylindres dits cornues en fonte, donnaient, à la distillation sèche, plusieurs produits pyrogénés, principalement du carbonate d'ammoniaque; celui-ci, dissous dans l'eau, était décomposé par une filtration au travers du sulfate de chaux cristallisé en poudre.

Il en résultait du carbonate de chaux insoluble et du sulfate d'ammoniaque en dissolution; celui-ci à son tour, décomposé à l'ébullition par une solution de sel marin, laissait précipiter du sulfate de soude (transformé en soude par le procédé Leblanc et Dizé), tandis que le chlorhydrate d'ammoniaque, dans la solution décantée, cristallisait par le refroidissement; égoutté, desséché, puis sublimé, il fournissait le sel ammoniac en pains, originairement importé de l'antique province d'Ammonie de l'Égypte en Europe. Durant tout le cours de ces opérations manufacturières, des huiles pyrogénées fluides, goudronneuses ou plus ou moins épaisses, recueillies en écumes ou dépôts, étaient lavées, puis enfouies dans le sol.

Ces huiles pyrogénées, de composition complexe, brunes-noirâtres, à odeur très-désagréable et très-forte, désignées sous le nom d'*huile pyrogénée des matières animales* ou d'*huile animale de Dippel*, étant partiellement solubles dans l'eau, se trouvaient entraînées par les eaux souterraines dans les puits; reprises ultérieurement par le gros tube d'aspiration d'une pompe à vapeur, elles étaient rejetées après avoir servi à la condensation de la vapeur détendue de la machine. Dans cet état, les eaux de condensation incolores et limpides, bien que contenant en solution les minimes quantités d'huiles suffisantes pour leur donner une odeur sensible, mais si légère que les chevaux de l'usine étaient habitués à les boire, ces eaux furent dirigées par des caniveaux vers un grand bassin où s'entretenaient en bon état quelques carpes et petits poissons blancs.

Au bout de deux ou trois ans, le bassin étant mis en réparation, on essaya de faire cuire les poissons; ce fut alors qu'il fut reconnu que la chair de ces animaux était devenue brune et exhalait une odeur d'huile de Dippel beaucoup plus forte que l'odeur, à peine sensible, de l'eau dans laquelle ils avaient longtemps vécu en bonne santé.

Il paraît donc évident que, dans ces circonstances, la matière odorante diluée dans un énorme volume d'eau, s'était peu à peu accumulée ou concentrée dans les tissus des poissons, de même que

(1) Ces faits relatifs aux os spongieux du cheval seraient d'accord avec les observations de Proust, qui a constaté que les bouts spongieux des os longs de bœuf donnent moins de gélatine que la portion compacte des mêmes os.

(2) Au point de vue des applications, il pourrait être utile de traiter à part les tissus adipeux sous-cutanés ou de les soumettre rapidement et de les maintenir à une température assez élevée pour éviter le développement de la fermentation putride.

(1) M. Dureau, jeune chimiste, plein de zèle pour la science, m'a aidé dans ces déterminations longues et plusieurs fois répétées; je tiens à l'en remercier ici.

l'on voit certaines substances vénéneuses prises chaque jour en faibles doses s'accumuler peu à peu dans l'organisme de l'homme, dans le foie par exemple, au point d'atteindre graduellement une dose toxique.

La séance est levée à quatre heures un quart.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOSPICES CIVILS DE BORDEAUX. — *Concours pour la place de chef-interne, médecin résidant à l'hôpital Saint-André.* — Ce concours sera ouvert le *mardi 12 décembre* 1871. Ne seront admis audit concours que des docteurs en médecine ou en chirurgie, non mariés ou veufs sans enfants. Les inscriptions seront reçues, jusqu'au samedi 12 novembre inclusivement, au secrétariat de l'administration des hospices, *Cours d'Albret*, 91. En se faisant inscrire, les candidats déposeront : leur diplôme de docteur, délivré par l'une des Facultés de médecine de France; leur acte de naissance et un certificat du maire de la commune de leur résidence, constatant qu'ils sont célibataires ou veufs sans enfants; un certificat de bonne conduite et de moralité, délivré par le même fonctionnaire; un engagement écrit de se conformer au règlement du service de santé, à celui de l'hôpital, aux décisions et délibérations ultérieures de la commission administrative des hospices, ainsi qu'aux mesures de discipline prévues par le règlement. L'admission au concours est subordonnée à la décision de la commission. Le jury d'examen sera composé de sept juges, savoir : le président de la réunion médico-chirurgicale de l'hôpital Saint-André et six autres membres de cette réunion, dont trois médecins et trois chirurgiens.

Le programme du concours comprend quatre épreuves :

1° *Une composition écrite sur un sujet de pathologie chirurgicale;*

2° *L'examen clinique de deux malades atteints d'affections internes, avec dissertation sur ces cas;*

3° *L'examen analogue de deux cas de maladies externes;*

4° *Une épreuve opératoire ayant pour objet* : 1° Une opération chirurgicale précédée des considérations anatomiques et pathologiques qui s'y rapportent; 2° une opération obstétricale avec démonstration.

Le temps accordé à chaque candidat, pour la première épreuve, est de quatre heures, et d'une heure pour chacune des trois suivantes. Le chef interne nommé entrera en exercice le 1er janvier 1872; ses fonctions prendront fin le 31 décembre 1874. Pendant ce temps il sera nourri, logé, chauffé et éclairé; il recevra un traitement annuel de 600 francs. Si, pendant la durée de son exercice, il se marie, cette circonstance équivaudra à une démission, et il sera immédiatement pourvu à son remplacement.

— Les nouvelles du choléra sont de plus en plus satisfaisantes : le fléau paraît décidément se limiter dans son foyer primitif; quelques cas légers seulement ont été signalés à Francfort-sur-l'Oder.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments ou autres objets).

Vertiges, siége et causes, par le docteur AMANIEU. In-8°. — Prix : 1 fr. 50 c.

Étude sur le scorbut en général, l'épidémie de 1871 en particulier, par le docteur Paul CHARPENTIER. In-8°. — Prix : 1 fr. 75.

Documents pour servir à l'histoire du seigle ergoté, par le docteur LETEURTRE. In-8°. — Prix : 2 fr. 50 c.

Pronostic et traitement des fractures de jambe compliquées de plaie, par le docteur E. DEMEULES. In-8°. — Prix : 2 francs.

Des fractures compliquées de la cuisse par armes de guerre, par le docteur de ROALDÈS, ex-chirurgien en chef de la 6e ambulance internationale, etc. In-8°. — Prix : 2 francs.

Revue photographique des hôpitaux de Paris, publiée par les docteurs de Montméja et Bourneville. Numéro de juillet, avec 4 photographies. — Prix : 2 francs.

Traité pratique des maladies des yeux et de la vue, par le docteur J. CARNET, ancien interne des hôpitaux de Paris. 1 vol. in-12 avec figures dans le texte. 3e édition. — Prix : 5 francs.

Du service de la pharmacie militaire; son importance, sa situation actuelle. Réformes à introduire dans son organisation, par M. le docteur C. ROUCHER, pharmacien principal de 1re classe en chef à l'hôpital militaire du Gros-Caillou. Paris, 1871, in-8° de 32 pages. — Prix : 1 fr. 25 c.

Traité pratique de laryngoscopie et de rhinoscopie, suivi d'observations, par le docteur MOURA. Ouvrage orné de planches explicatives. 2e tirage. 1 vol. gr. in-8° de 200 pages. — Prix : 4 fr.

Principes de chimie biologique, par le docteur E. HARDY, préparateur de pharmacologie à la Faculté de médecine de Paris, 1 volume in-18 de 500 pages avec figures dans le texte et une planche chromolithographiée représentant l'analyse spectrale du sang. — Prix : 7 francs.

Quelques considérations sur le crétinisme, par le docteur ALEXANDRE NIEPCE. In-8°. — Prix : 1 fr. 75.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

N° 114. — MARDI 26 SEPTEMBRE 1871. 44e ANNÉE. MARDI 26 SEPTEMBRE 1871. — N° 114.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois. . . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 11 octobre 1871.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La discussion sur l'infection purulente a occupé encore toute cette séance. M. Chassaignac a donné lecture des conclusions du discours qu'il a prononcé dans la séance du 16 août dernier. M. Bouillaud a eu la parole ensuite pour répondre au discours de M. Gosselin, non sur le fond de la question, mais sur un point de l'histoire de la doctrine de la septicémie qui lui a paru avoir été complétement méconnu par son collègue, et qu'il a tenu à cœur de remettre dans tout son jour.

On se souvient que, presque au début de cette discussion, M. Bouillaud exprima son étonnement qu'on présentât comme une nouveauté des idées qui remontent, sinon à Hippocrate, du moins jusqu'à Galien, à qui l'on doit la division des fièvres continues en deux grandes classes : la fièvre inflammatoire (*causus*) et la fièvre putride, dont l'infection purulente n'est, en dernière analyse, qu'un seul genre ou une des innombrables formes. Il eût pu ajouter même que Galien avait créé un mot *blabé* pour exprimer ce fait qui n'avait pas échappé à son observation, savoir, que les grandes plaies, les opérations graves pouvaient nuire, non-seulement par l'interruption des fonctions de la partie et par la réaction fébrile, mais encore par un retentissement général sur tout le système vivant ; ce que, dans le langage moderne, les chirurgiens ont traduit ou résumé par le mot *traumatisme.* Cette première invocation à la tradition, réitérée par M. Chauffard avec plus d'insistance et de bien plus amples développements, n'a pas été tout à fait du goût de M. Gosselin.

Voici comment s'exprimait M. Gosselin dans son discours de la séance du 16 août dernier, en réponse à ceux de ses collègues qui avaient invoqué la tradition : « Quand on nous renvoie à la tradition, on entend parler de la fièvre spontanée ou médicale, la seule que les auteurs anciens et modernes aient eue en vue. Mais nous parlons ici des fièvres chirurgicales que ces mêmes auteurs n'avaient pas étudiées et dont ils ne connaissaient pas les principaux éléments. J'appliquerais volontiers, pour ma part, à ces dernières la pathogénie de la fièvre médicale, si la tradition nous en avait donné une qui fût précise et claire. Mais qu'il est loin d'en être ainsi ! L'explication de la fièvre est, depuis que notre science existe, l'écueil de la médecine. Les livres nous ont parfaitement donné les phénomènes et les variétés cliniques, mais pour ce qui est de l'origine et du développement, ils sont restés d'une obscurité désespérante ; et je n'hésite pas à dire que tout est encore à faire sur ce sujet, et que le mieux est d'en convenir sincèrement.... Que nous donne la tradition, relativement à la fièvre des blessés ? elle ne nous donne absolument rien pendant une longue série d'années, pendant lesquelles les chirurgiens s'en tiennent aux données vagues et incompréhensibles de la pyrétologie médicale.... La tradition ne date, selon moi, que de l'époque où Hunter, Danee, Cruveilher et Blandin ont vu et signalé la phlébite suppurative, et donné l'explication de la fièvre par le transport du pus des veines dans le sang.... » Et plus loin : « Que les médecins me permettent de leur donner un conseil, qu'ils se familiarisent avec les travaux des chirurgiens modernes, qu'ils examinent attentivement et sans prévention cet argument de la coïncidence de nos grandes fièvres avec des putridités que rien n'empêche de passer de la plaie dans le sang, et peut-être trouveront-ils là une pathogénie applicable aussi bien aux fièvres de la médecine qu'aux fièvres de la chirurgie. »

M. Bouillaud n'a cru devoir accepter ni le reproche fait par M. Gosselin à la pyrétologie médicale de reposer sur des données vagues et incompréhensibles, ni le conseil qu'il a donné aux médecins d'aller apprendre à l'école des chirurgiens la doctrine de la septicémie et de l'infection purulente. Il a revendiqué pour l'école médicale tout entière, qui a eu pour maîtres et pour promoteurs : Bichat, Broussais et Laennec, l'honneur d'avoir ouvert la voie aux doctrines qui sont aujourd'hui l'objet de cette discussion, en leur donnant pour base les principes anatomo-physiologiques. Qu'on ouvre, a-t-il dit, les innombrables ouvrages publiés à cette époque, et on verra que la doctrine de la septicité locale et de la septicité générale saute aux yeux partout. M. Bouillaud avait le droit de revendiquer pour lui-même, — ce qu'il a fait du reste avec un tact et un sentiment parfait de convenance, en s'abritant sous l'anonyme — une large part dans la constitution des doctrines modernes sur les maladies septiques et sur la septicité purulente en particulier, par son travail publié, en 1826, sur la phlébite, dans lequel il montrait que la phlébite peut donner naissance à une espèce particulière de fièvre putride, par suite de l'introduction d'éléments septiques dans l'organisme. Il suffirait d'ailleurs de parcourir son traité de *Nosographie* (chap. Ier, liv. IIIe), pour voir le rôle important qui y est donné à la septicité dans l'histoire des fièvres médicales.

Il y a, à côté peut-être de quelques propositions contestables, beaucoup de vérités et de choses excellentes à prendre dans l'allocution de M. Bouillaud. Il y aurait là un texte à discussion nouvelle interminable sur les grandes questions de la pyrétologie. Ce n'est pas le moment de l'entreprendre ici. Nous ne voulons retirer pour l'instant, de ce conflit soulevé entre la médecine et la chirurgie, que ce seul enseignement, que médecins et chirurgiens, au lieu de se parquer dans une division arbitraire et toute de convention, nécessaire, il est vrai, au point de vue pratique, devraient se tenir les uns et les autres un peu mieux au courant de ce qui se fait, se dit et s'écrit de part et d'autre.

Nous n'ajouterons qu'un mot, et nous sommes à peu près certain d'être d'accord sur ce point avec tout le monde. Lorsque M. Bouillaud, dans un langage qui n'a pas manqué de fierté, a revendiqué pour ses contemporains les titres glorieux que se sont acquis la médecine et la chirurgie françaises dans toute cette première partie de notre siècle, il venait naturellement à la pensée de chacun, en l'écoutant avec respect, de lui faire à lui-même la part si légitime qui lui revient.

Dr BROCHIN.

ÉDUCATION MÉDICALE DES FEMMES

Il a déjà été question d'un projet de l'université de Moscou, relatif à l'admission des femmes aux cours de la Faculté de médecine. On trouve dans le *Magazin des Auslandes* des détails sur une des dernières séances de la *Victoria discussion Society*, à Londres, dans laquelle le même sujet a été traité. On a surtout insisté sur ce point, que des études sérieuses étaient nécessaires pour les femmes qui se destinaient à la pratique des accouchements, d'autant plus que les accidents qui pouvaient être causés par des personnes ignorantes et inhabiles étaient innombrables. On a rappelé que cette branche de la science médicale avait toujours été confiée aux femmes, dans la plupart des pays civilisés, soit dans les temps anciens, soit dans les temps modernes, et que c'était seulement par suite d'un abus qu'il n'en était plus ainsi en Angleterre. Quand une fois, a-t-il été dit dans cette réunion, la nécessité de préparer convenablement les femmes à un emploi pour lequel on ne peut guère contester leur vocation naturelle aura été reconnue, il sera difficile d'établir une ligne de démarcation qui leur interdise l'étude des autres branches de la médecine.

M. le docteur Drysdale, directeur de deux grands hôpitaux, a émis les considérations suivantes : « On consent bien à ce que les femmes reçoivent l'éducation médicale, mais on nie qu'elles soient capables de pratiquer. Mon avis est qu'on doit accorder aux femmes le droit de suivre telle partie de la carrière médicale qu'elles voudront embrasser. » L'orateur croît que cette facilité existe déjà en Allemagne, mais elle ne s'applique guère qu'au métier de sage-femme. « Quand une fois les femmes auront ce droit, a-t-il ajouté, il est très-vraisemblable qu'un grand nombre de personnes de leur sexe auront recours à des médecins féminins. Ma conviction est que l'enseignement doit être libre, dans les sciences comme dans les arts, de manière à ce que tous puissent apprendre ce qu'ils désirent en effet savoir. Le devoir de la société vient après, qui est de s'assurer si les personnes qui veulent exercer sont capables ou non. Humboldt disait qu'il n'y a que deux branches où un examen puisse se justifier, et un examen sévère : la médecine et la jurisprudence. Mais le premier devoir est de donner l'enseignement complet, aussi bien lorsqu'il s'agit de médecine que lorsqu'il s'agit de musique ou de peinture.

« Ensuite, quand les études sont finies, il faut, pour éprouver les candidats, des examens publics. (Assentiment général.) Si ceux qui se trouvent ici ont assez d'influence sur des membres du parlement pour obtenir que le grade de docteur puisse être accordé à des étudiants de l'autre sexe, notre but sera bientôt atteint. L'or qui vient d'Australie a exactement la même valeur que celui qu'on tire de Californie. »

En même temps, la *Gazette d'Augsbourg,* dans sa correspondance de Russie, publie, d'après la *Gazette de Saint-Pétersbourg,* une ordonnance impériale dont les deux premiers articles ont trait au même sujet : 1° étendre autant que possible les cours de science obstétricale destinés aux femmes et tâcher d'y attirer le plus grand nombre d'auditrices ; 2° vu les services rendus par les sœurs de charité, permettre aux femmes de remplir les fonctions de chirurgien, de pratiquer l'inoculation et de s'employer dans les pharmacies qui dépendent des hôpitaux destinés aux femmes.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 10 octobre 1871. — Présidence de M. WURTZ.

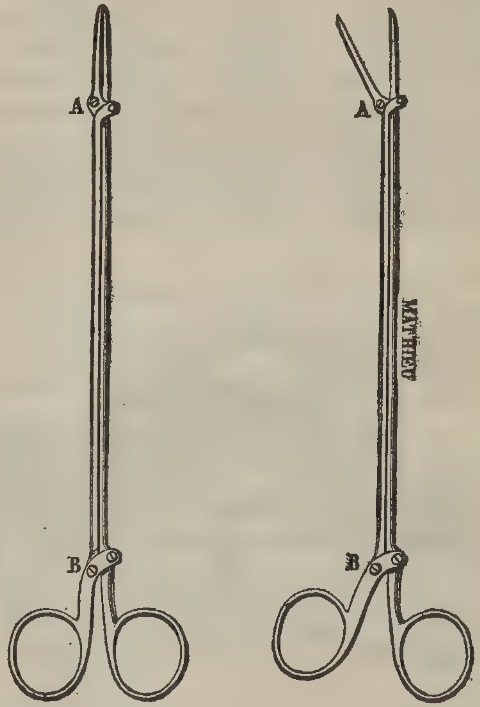
CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'instruction publique transmet une note de M. Lailler, pharmacien en chef de l'Asile de Quatre-Mares (près Rouen), sur une source d'eau minérale sulfureuse, découverte à Saint-Martin-de-la-Lieue, arrondissement de Lisieux (Calvados), (Comm. des eaux minérales.)

L'Académie reçoit : 1° un rapport de M. le docteur Fourrier sur une épidémie de variole qui a régné dans l'arrondissement de Compiègne (Oise) pendant les années 1870 et 1871 (Comm. des épidémies) ; — 2° une note de M. le docteur Arsène Drouet, sur un signe certain de la mort réelle ; — 3° Une lettre de M. Cocking (de Londres), accompagnant l'envoi d'un nouveau tissu, dit feuille poro-plastique, pour attelles (Comm., MM. Gosselin, Richet, Verneuil.)

M. BÉCLARD met sous les yeux de l'Académie une pince uréthrale à double levier et à branches parallèles, présentée et fabriquée par M. Mathieu.

Cet instrument est destiné à agir dans les parties profondes. La disposition de son mécanisme lui permet de saisir fortement les objets, malgré sa légèreté, de broyer les calculs uréthraux, écraser les petits polypes, etc., etc. La liberté de son action est tellement sensible qu'elle permet à l'opérateur de préciser la nature de l'objet saisi entre ses mors. On peut lui donner différentes formes, soit courbée sur le plat ou sur le champ, de façon à pouvoir pénétrer plus facilement dans la vessie. On peut fabriquer des ciseaux et des pinces de toutes sortes, sur le même principe, qui se compose, comme on peut le voir sur le dessin ci-joint, d'une branche fixe sur laquelle glisse, au moyen d'un levier, une branche parallèle qui commande le mors articulé.



M. BÉCLARD communique ensuite une lettre de M. le docteur Reliquet qui demande l'ouverture d'un pli cacheté adressé le 10 août dernier, renfermant la note suivante :

Dans mon traité des *Opérations des voies urinaires,* page 465 et suivantes, j'étudie la position que l'on doit donner au sujet pendant la séance de lithotritie. Je dis : « La position doit être telle que la « pierre occupe le point postérieur de la paroi vésicale, ou touche le « talon du lithotribe dans le mouvement direct de va-et-vient de « cet instrument dans l'urèthre. » Autrement dit : « Le point le plus « déclive de la vessie doit être celui que le talon du lithotribe touche « dans ce mouvement simple de va-et-vient. »

Pour arriver à remplir cette indication, il faut, d'abord, coucher le sujet, son siége mis sur une surface dure et fixe pour éviter le mouvement du retrait du bassin ; puis, dès que la lèvre inférieure du col vésical est plus élevée que le trigone, ce qui existe toutes les fois que la prostate est un peu développée, on incline le tronc en arrière, en plaçant sous le siége un coussin plus ou moins gros, jusqu'à ce que le bec du lithotribe tombe sur la pierre. De là l'examen antérieur à l'opération, nécessaire pour fixer la hauteur du coussin, et, par conséquent, le degré d'inclinaison à donner au tronc.

Mais pour que cette position, ainsi déterminée, soit toujours exactement celle que l'on doit donner, il faut que la vessie soit toujours également dilatée à toutes les séances de lithotritie faites chez le même sujet. — Or, souvent, malgré toutes les précautions prises, en faisant l'injection pour introduire la quantité de liquide que la vessie supporte ordinairement, il arrive que celle-ci un peu irritée en retient moins, ou que pendant les manœuvres de broiement elle

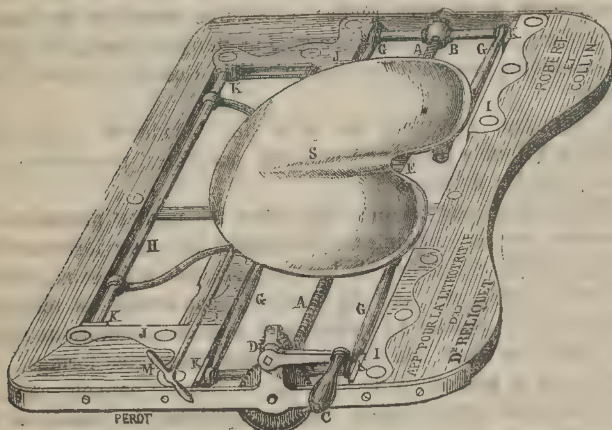
en chasse par dessus l'instrument. Alors la cavité vésicale n'est plus la même, et son point le plus déclive se déplace par rapport au bec de l'instrument. De là des difficultés pour saisir la pierre ou les fragments. De là des séances peu productives. — Car on ne peut pas varier (augmenter ou diminuer) instantanément l'élévation du siége, en changeant le coussin, le lithotribe étant dans la vessie.

L'appareil à lithotritie remplit cette indication opératoire, *Elever ou abaisser le siége, le lithotribe étant dans la vessie.*

En raison de dispositions toutes particulières, il arrive que l'élévation du siége ne suffit pas pour faire *que le talon du lithotribe touche le point le plus déclive de la vessie.* — Alors ce point déclive de la vessie est sur le côté. Pour le ramener vers le point de la vessie que touche l'instrument, on est obligé, au moyen de coussins, de mettre le bassin dans une position oblique. Afin de remplir cette indication avec mon appareil, j'ai ajouté à son mécanisme d'élévation et d'abaissement un second mécanisme qui permet d'incliner à droite ou à gauche le bassin du sujet, et cela à tous les degrés d'élévation. Cette inclinaison latérale, qui peut être courte et brusque (alors en même temps il y a secousse du bassin), est très-utile, car par elle on déplace facilement les fragments qui sont retenus par une colonne vésicale ou qui, placés sur leur surface plane, ne tombent pas au point le plus déclive de la vessie, occupé par le bec femelle du lithotribe.

Ce mouvement d'inclinaison latérale et celui d'élévation ou d'abaissement sont imprimés au sujet par le chirurgien qui, tenant avec la main droite le lithotribe, agit avec la main gauche sur la vis d'élévation ou sur la vis d'inclinaison, selon les indications qui se présentent.

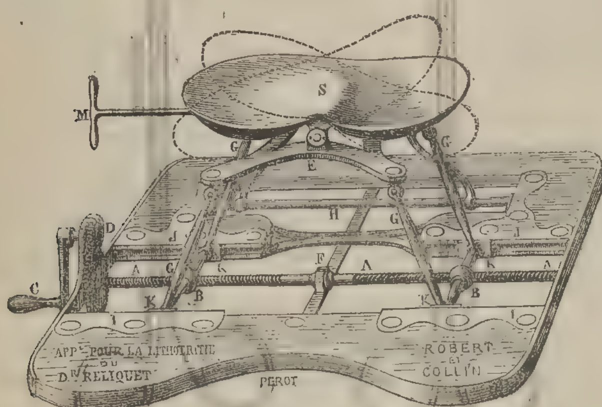
Je dois la bonne exécution de cet appareil à l'habileté de MM. Robert et Collin. Il présente une large base plane, qui, mise sur le lit, fait cesser l'enfoncement dans les matelas dû au poids, et constitue une large surface d'appui (fig. 1, 2, 3).



(Fig. 1)

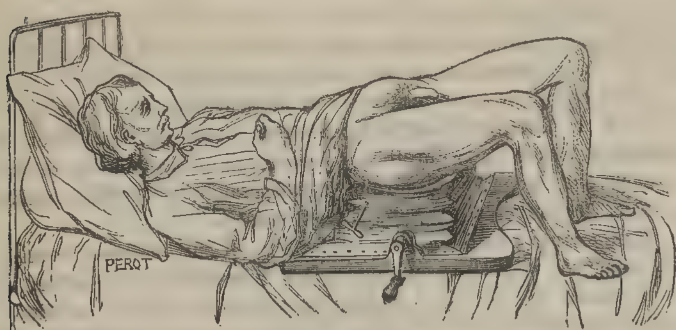
Le mécanisme d'élévation (fig. 1 et 2) se compose d'une vis AA, dont les deux pas sont en sens opposé de chaque côté du centre F, qui est dans un coussinet. Le mouvement est imprimé à cette double vis par la manivelle C, au moyen de l'engrenage D.

Sur les deux pas de vis se meuvent les pièces BB, qui, selon qu'on tourne la manivelle C à droite ou à gauche, se rapprochent du centre F ou s'en éloignent. Ces pièces BB s'articulent près de leurs extrémités, qui glissent sur les patins K dans les coulisses I, avec les leviers G. A mesure que les pièces B se rapprochent du centre F, les leviers G s'élèvent, soutenant la tablette E, aux quatre coins de laquelle s'articulent ces quatre leviers G (fig. 2).



(Fig. 2)

Naturellement, quand les pièces BB s'éloignent du centre F, les leviers G s'abaissent comme dans la figure 1.



(Fig. 3)

Pour que ces mouvements d'élévation et d'abaissement soient bien réguliers et fixes, aux deux angles du bord postérieur de la tablette sont articulés les deux branches d'un régulateur H (fig. 1 et 2) dont les extrémités glissent sur patins dans des coulisses.

Sur la tablette E est le siége S, qui peut s'incliner latéralement autour d'un axe central. Pour lui imprimer ces mouvements d'inclinaison latérale que les pointillés indiquent (fig. 2), en arrière est une noix qui est manœuvrée, grâce à la tige et à la poignée M.

Ainsi, en agissant sur la manivelle C, on élève ou abaisse plus ou moins le bassin, on incline plus ou moins le tronc en arrière. En agissant sur la poignée M, on incline à droite ou à gauche le bassin.

Or, lorsque le sujet est sur le siége (fig. 3), le tronc incliné en arrière, les épaules et la tête sur les oreillers, les jambes fléchies et écartées, le chirurgien introduit le lithotribe dans la vessie, et, tenant cet instrument avec la main droite, il a juste à la portée de sa main gauche la manivelle C et la poignée M.

Ainsi, avec cet appareil, le chirurgien peut, pendant la séance de lithotritie, selon l'indication qu'il rencontre, modifier soit l'élévation du siége, soit l'inclinaison latérale du bassin. Et cela instantanément, d'une façon vive ou lente, selon les cas, car le mécanisme d'élévation et celui d'inclinaison sont tels, que, quelle que soit la position donnée, elle est fixe.

En résumé, cet appareil rend plus facile et plus sûre la préhension de la pierre, et, par conséquent, il rend la séance plus productive. Enfin il a l'avantage d'être portatif et de pouvoir être mis sur tous les lits, de là son usage facile (1).

PRÉSENTATIONS

M. RICHET présente, de la part de M. le docteur Miot, un volume intitulé : *Traité pratique des maladies de l'oreille.*

M. CLOQUET offre en hommage un exemplaire de la première planche de l'Atlas physique de la France publié par l'Observatoire.

M. GUBLER donne lecture d'une note de M. le docteur Luton : *Sur l'emploi de l'ergot de seigle contre la dysenterie.*

M. LARREY dépose sur le bureau : 1° au nom de M. le docteur Martin, médecin de la légation de France à Pékin, une brochure ayant pour titre : *l'Opium en Chine*; 2° les Mémoires, pour les années 1869 et 1870, de la *Société des sciences de Lille*; 3° plusieurs volumes et brochures en langue italienne.

M. GUÉRARD présente, au nom de M. Jacquemin, un volume intitulé : *la Polarité universelle, science de la création.*

M. VERNEUIL offre en hommage, de la part de l'auteur, M. Henri Huchard, interne des hôpitaux de Paris, une brochure sur *les Causes de la mort dans la variole.*

M. JULES GUÉRIN présente : 1° au nom de M. le docteur Crocq, membre de l'Académie de Belgique, une série de publications ayant pour titres : de la Vaccine, de la Contagion du choléra, de la Pleuropneumonie épizootique, des Boissons fermentées et des Boissons distillées, et des comptes rendus des travaux de l'Académie royale de Belgique; 2° deux brochures, au nom de M. le docteur Liégey, membre de la Société royale des sciences de Bruxelles, ayant trait à quelques observations cliniques.

Discussion sur l'infection purulente (Suite).

M. CHASSAIGNAC, sur l'invitation de M. le président, donne lecture des conclusions du discours qu'il a prononcé, dans la séance du 16 août 1871, sur l'infection purulente.

Voici ces conclusions :

1° L'infection purulente diffère essentiellement de l'infection putride : 1° par sa cause : un traumatisme récent à vaisseaux ouverts; 2° par sa durée : toujours courte, ne se prolongeant pas des mois entiers, comme cela s'observe dans l'infection putride; 3° par ses symptômes : frissons profonds et soudains, avec teinte ictérique de la peau; 4° enfin, par les lésions cadavériques : abcès viscéraux.

De pareilles dissemblances repoussent l'unification des deux maladies.

2° Il n'est pas un lieu, quelque salubre qu'il soit, qui préserve d'une manière absolue de l'infection purulente à la suite des grands traumatismes opératoires. La dissémination des opérés diminue dans de fortes proportions le contingent de la mortalité.

3° Jusqu'à ce jour, les conceptions théoriques n'ont préservé personne de l'infection purulente; le seul résultat vraiment sérieux, au point de vue de la préservation, n'a été obtenu que par la dissémination des opérés et par l'emploi des méthodes produisant la fermeture des vaisseaux.

4° Il y a deux grandes classes de traumatismes : 1° le traumatisme à ciel ouvert; 2° le traumatisme à vaisseaux fermés.

L'infection purulente ne s'observe que dans le traumatisme à vaisseaux ouverts.

5° L'infection purulente peut être conjurée, dans un certain nombre de cas, par l'emploi de trois méthodes : celles de l'écrasement linéaire, du drainage et de l'occlusion.

6° Pour être en droit d'affirmer qu'un malade qui a succombé avec les signes de l'infection purulente n'avait pas de suppurations viscérales ou articulaires, il faut la production d'une autopsie absolument complète.

7° Il existe un empoisonnement du sang par excès de violence mécanique. Cet empoisonnement est caractérisé par deux faits : la production soudaine des gaz dans la région blessée, et une exceptionnelle rapidité dans la décomposition cadavérique.

8° Tout sujet atteint d'une suppuration chronique est à l'abri de l'infection purulente tant qu'il ne subit pas d'opération chirurgicale.

9° Il y a ceci de parfaitement avéré que, pour produire l'infection purulente, il faut nécessairement, d'une part, un traumatisme récent non oblitérateur, et, d'autre part, une suppuration locale.

10° De toutes les lésions chirurgicales, celles qui divisent les tissus en ouvrant les vaisseaux par orifices béants sont précisément celles qui donnent lieu à l'infection purulente; tandis que tous les modes de traumatisme chirurgical ou accidentel qui agissent par fermeture préalable des vaisseaux ne donnent pas lieu à l'infection purulente.

11° Un progrès réel dans la thérapeutique de l'infection purulente se trouve réalisé toutes les fois qu'une méthode chirurgicale transforme le traumatisme à vaisseaux ouverts en traumatisme à vaisseaux fermés.

M. BOUILLAUD dit qu'il a été provoqué à paraître ouplutôt à comparaître à la tribune pour répondre à l'accusation portée par M. Gosselin contre la génération médicale à laquelle il appartient.

M. Gosselin dit, dans son discours, que la théorie de la septicémie est une création de l'école chirurgicale moderne, c'est-à-dire de cette école copiée par l'école allemande (les Allemands n'empruntent pas, il prennent). C'est à cette école chirurgicale française qu'appartient, suivant M. Gosselin, le mérite d'avoir fait une étude complète de la fièvre des blessés, des fièvres chirurgicales. Jusqu'à elle, jusqu'à l'époque où l'attention des observateurs a été appelée sur la phlébite supposée comme cause de l'infection purulente, la science était réduite aux données vagues et à peu près incompréhensibles de la pyrétologie médicale. Bref, M. Gosselin donne aux médecins le conseil d'aller apprendre à l'école des chirurgiens la doctrine de la septicémie et de l'infection purulente.

M. Bouillaud ne revient pas de l'étonnement où l'a plongé le discours de M. Gosselin adressant à la génération médicale qui précède immédiatement la génération actuelle le reproche de n'avoir eu en pyrétologie, et surtout en ce qui concerne la septicémie et la pyohémie, que des données vagues et incompréhensibles. Pendant vingt-cinq ans, de 1822 à 1847, plus de 50 volumes ont été publiés sur ce sujet par des médecins et ces ouvrages n'étaient pas le produit de la fantaisie, c'étaient des livres sérieux, basés sur des observations innombrables recueillies au lit des malades.

Avant d'essayer de présenter, chose impossible, un résumé même très-incomplet de cet ensemble de travaux, M. Bouillaud éprouve le besoin de dire que M. Gosselin et lui appartiennent à la même école, celle de tout le monde, école éternelle qui n'a pas de commencement et qui n'aura pas de fin, école qui fonde la médecine sur cette pierre angulaire constituée par l'anatomie et la physiologie.

A cette école ont appartenu Hippocrate et Galien qui ont basé leurs doctrines sur les données de l'anatomie et de la physiologie de leur temps; à cette école ont appartenu tous les médecins et les chirurgiens venus après ces pères et ces maîtres de la médecine et de la chirurgie. On devrait la désigner sous le nom d'école anatomo-physiologique, de préférence à la qualification d'école vitaliste organique, proposée par M. Gosselin.

Le dogme fondamental de la doctrine de cette grande école est qu'il faut d'abord, pour se faire une idée exacte des maladies, en connaître le siége. En effet, le corps même de la maladie échappe quand on ne sait où elle siége.

Les trois grands fondateurs de cette école, dans les temps modernes et dans notre pays, sont : 1° Bichat, le Newton de l'anatomie et de la physiologie françaises; 2° Broussais, dont le nom, rabaissé à tort aujourd'hui, restera grand surtout par la puissance que cet écrivain incomparable déploya dans la critique des doctrines médicales; 3° enfin, Laennec, qui faisait de l'anatomie pathologique la partie fondamentale de la médecine, de la médecine à laquelle le frein de l'anatomie pathologique était nécessaire pour l'empêcher de s'égarer.

Les doctrines des fondateurs de l'école française ont été développées depuis et confirmées par les travaux des médecins et des chirurgiens qui sont venus après eux. Dans cette phalange d'hommes éminents, M. Gosselin mérite lui-même une mention fort honorable pour ses études sur l'ostéo-myélite et sur l'influence de cette maladie comme cause de l'infection purulente. Elles sont confirmatives des idées professées depuis longtemps sur ce point. Il en est de même de la doctrine de l'influence fâcheuse de l'air sur la production des foyers septicémiques par l'altération des liquides à la surface et dans la profondeur des traumatismes. A cet égard, on ne saurait laisser passer, sans une mention des plus honorables, les travaux importants de M. J. Guérin au sujet de la méthode sous-cutanée et de l'occlusion pneumatique.

M. Bouillaud ne saurait admettre avec M. Gosselin que l'infection purulente n'ait été connue que depuis les travaux les plus modernes sur la phlébite suppurée. Il rappelle que, dès 1825, paraissait dans la *Revue médicale* un travail sur la phlébite suppurative.

Dans ce travail, l'infection purulente était rapportée à la résorption du pus, non pas du pus louable, mais du pus altéré et ayant subi la fermentation putride. Depuis cette époque, M. Bouillaud n'a pas été, en quelque sorte, un seul jour sans voir cette théorie confirmée par l'observation et l'expérience. Cette doctrine a été résumée par l'auteur de la *Nosographie*, ouvrage paru en 1846. Dans cet ouvrage l'infection purulente est rapportée à la résorption du pus altéré, devenu putride, septique, toxique. Elle n'est qu'une espèce de la grande classe des maladies septiques. La phlébite suppurée y est indiquée comme étant la cause de cette affection purulente, laquelle revêt la forme des fièvres dites typhoïdes, putrides, adynamiques; c'est à elle qu'on attribue également des fièvres d'accès en tout semblables à ceux des fièvres intermittentes pernicieuses.

Dans cette infection ou résorption purulente des chirurgiens, qui n'est qu'une espèce de la grande classe des fièvres putrides ou typhoïdes, l'auteur de la *Nosographie* a eu soin de distinguer deux éléments : l'élément inflammatoire et l'élément infectionnel, septique, putride. Il a eu la satisfaction de voir cette théorie admise par tous les observateurs de son temps : MM. Cruveilhier, Blandin, pour lesquels le pus infectant se formait dans les veines de la partie où siégeait le traumatisme; Gallois, Maréchal, Velpeau, etc., qui pensaient, au contraire, que le pus était d'abord résorbé et allait se collecter ensuite dans les veines où on le trouvait à l'autopsie. Cette théorie de la septicémie et de l'infection purulente est donc clairement et nettement exposée dans la *Nosographie* au point de vue de sa cause et de son mécanisme.

La question de la fièvre, considérée d'une manière générale, question qui, suivant M. Gosselin, n'aurait été nullement élucidée par la génération médicale qui précède immédiatement la génération actuelle, occupe les deux tiers au moins des livres de pathologie écrits à cette époque; tous les écrivains de ce temps, médecins ou chirurgiens, ont consacré leurs efforts à cette étude. C'est grâce à ces efforts persévérants qu'a été résolue, dans le sens de la vérité, cette grande question de l'essentialité des fièvres qui remonte jusqu'à Hippocrate et qui a traversé les siècles sans trouver de solution jusqu'à notre époque.

Pinel, Bichat lui-même admettaient l'essentialité des fièvres, c'est-à-dire des fièvres qui n'étaient ni symptomatiques d'un état inflammatoire, ni consécutives à un semblable état. Les travaux de M. Andral, de M. Louis, de Petit et Serres et de plusieurs autres qu'il est inutile de nommer, en montrant dans les fièvres prétendues essentielles une altération anatomique constante, inflammation et ulcération de l'intestin, ces travaux ramenèrent les derniers partisans de l'essentialité des fièvres, Chomel en particulier, qui aurait pu, à ce point de vue, être appelé le *dernier des Romains*. Ainsi fut consommée l'une des plus grandes révolutions que présente l'histoire

(1) Il est très-facile d'adapter à cet appareil un étau semblable à celui du lit d'Heurteloup.

de la médecine. M. Bouillaud se félicite d'avoir été, en quelque sorte, l'apôtre de cette révolution et du dogme de la phlegmasie, cause de la fièvre, substitué au dogme de l'essentialité.

L'application de cette doctrine aux fièvres chirurgicales était naturelle; l'ulcération de l'intestin, cause de la fièvre typhoïde, n'est-elle pas un traumatisme interne parfaitement comparable aux traumatismes chirurgicaux? Il était naturel de comparer les effets de ces derniers à ceux produits par l'inflammation, l'ulcération, la suppuration, la gangrène ou la mortification des organes internes; de là deux classes de maladies ou d'états typhoïdes, les uns de cause interne, les autres de cause externe, telles que les plaies accidentelles ou résultant de grandes opérations, etc. La nosographie renferme une série d'observations de maladies dites typhoïdes, putrides, septiques, adynamiques, ayant leur point de départ ou leur cause dans un traumatisme extérieur; de là même traitement appliqué logiquement à des maladies produites par une même cause, le traumatisme interne ou externe; c'est le traitement de la septicémie.

Ainsi, dans le livre de la nosographie, de l'étiologie à la thérapeutique, à chaque page, on voit apparaître la doctrine de la septicémie, soit locale, soit générale, la doctrine non point vague et incompréhensible, comme le prétend M. Gosselin, mais parfaitement arrêtée, nette et claire; les médecins n'ont donc pas besoin, pour apprendre la pyrétologie, d'aller à l'école des chirurgiens.

Mais, dit en terminant M. Bouillaud, ne créons pas d'antagonisme entre les médecins et les chirurgiens; tous, quelle que soit la partie de la science et de l'art que nous cultivons, nous devons nous tendre une main fraternelle. Nous devons proclamer bien haut que la grande école française n'a pas dégénéré, qu'elle n'a pas laissé se flétrir ses lauriers; enfin et surtout, qu'elle n'a pas laissé tomber dans des mains étrangères, entre des mains prussiennes, le sceptre de la médecine et de la chirurgie! (Applaudissements.)

COMMUNICATION

De la torsion substituée à la ligature des artères.

M. TILLAUX fait sur ce sujet la communication suivante :

Lors de la discussion sur la tuberculose, M. Alph. Guérin me proposa d'instituer, à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, une série d'expériences pour vérifier les assertions de M. Villemin.

M. Dubuisson, établi aujourd'hui dans le Finistère, à Châteauneuf-du-Paon, poursuivit particulièrement ces expériences dans le laboratoire de Clamart, et en fit, en 1869, le sujet de sa thèse inaugurale récompensée par la Faculté.

Au cours de ces expériences nous fûmes vivement frappés du fait suivant :

Les lapins sous la peau desquels nous introduisions un fragment de matière organique mouraient rapidement, comme empoisonnés. Nous songeâmes aussitôt à l'inconvénient de laisser dans une plaie d'amputation une portion de tissus sphacélés par la ligature, et l'idée nous vint de reprendre les expériences d'Amussat sur la torsion des artères comme moyen hémostatique.

J'ignore quelle fut exactement l'impression des travaux d'Amussat sur les chirurgiens de son époque, mais, ce qu'il y a de certain, c'est qu'ils sont absolument mis de côté aujourd'hui, et qu'il n'est pas, en France, un chirurgien qui ne fasse la ligature des artères après une amputation.

Il y aurait cependant de grands avantages à ne pas pratiquer la ligature.

La présence des fils entraîne la suppuration et s'oppose à la réunion immédiate.

Il n'est pas rare de saisir avec l'artère un filet nerveux, source de vives douleurs, source même du tétanos traumatique pour quelques auteurs.

On comprend parfois dans l'anse du fil du tissu cellulaire des fibres musculaires qui se sphacèlent et se putréfient dans la plaie. Ce sont là les principaux inconvénients de la ligature.

La torsion des artères met absolument à l'abri de ces inconvénients.

Mais assure-t-elle l'hémostase au même degré que la ligature? Je puis répondre, à cet égard, de la façon la plus affirmative : la *torsion des artères bien faite* oblitère complétement et définitivement la lumière du vaisseau.

De nombreuses expériences cadavériques m'avaient communiqué une foi si vive que je n'ai pas hésité à employer la torsion sur l'homme vivant avec la plus entière confiance.

J'ai amputé le bras gauche d'un cocher d'omnibus très-vigoureux. Le pansement ne fut pas même taché de sang, malgré l'incrédulité non déguisée des assistants. J'ai pratiqué ensuite une amputation de l'avant-bras, tout près du coude, une amputation tarso-métatarsienne avec le même résultat.

Pour faire la torsion, la pince à ligature ordinaire peut suffire à la rigueur. J'ai, néanmoins, fait construire, par M. Colin, trois pinces spéciales pour la torsion des grosses, moyennes et petites artères. Ces pinces saisissent mieux l'artère.

La manœuvre est la suivante :

L'artère étant isolée, j'en saisis l'extrémité entre les deux mors de la pince dans l'étendue de 5 à 6 millimètres environ; tenant la pince dans une direction parallèle à celle de l'artère, je la soutiens de la main gauche, pendant que de la droite, je lui imprime des mouvements de torsion lents et successifs. Les tuniques résistent d'abord, mais finissent bientôt par céder, et après un nombre variable de tours (j'ai fait vingt-sept demi-tours sur mon premier opéré pour l'humérale), l'extrémité saisie se détache et reste dans les mors de la pince.

Lorsque je posséderai des faits cliniques plus nombreux, j'aurai l'honneur d'exposer à l'Académie des considérations plus détaillées sur cet important sujet, me contentant aujourd'hui de lui communiquer une simple note (Comm., MM. Chassaignac et Richet.)

La séance est levée à cinq heures.

DOCUMENTS

POUR SERVIR A L'HISTOIRE DU MOUVEMENT SCIENTIFIQUE PENDANT LE SIÈGE DE PARIS (1).

14 FÉVRIER

Académie de médecine. — L'Académie tient séance.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 14 février 1871. — Présidence de M. BARTH.

ÉLECTIONS

L'Académie procède, par la voie du scrutin, à la nomination d'un membre associé et d'un membre correspondant national.

La liste de la commission porte, pour la place d'associé national : En première ligne, M. Chauffard (d'Avignon).

En deuxième ligne, *ex æquo* et par ordre alphabétique, M. Caseneuve (de Lille), et M. Stœber (de Strasbourg).

Sur 43 votants, majorité 22 :

M. Chauffard obtient 41 suffrages;

M. Stœber 1.

M. Chauffard, ayant obtenu la majorité et la presque unanimité des suffrages, est proclamé membre associé national de l'Académie.

M. ÉMILE CHAUFFARD se lève pour remercier l'Académie de la distinction qu'elle vient d'accorder à son père comme digne couronnement d'une longue carrière de dévouement à la science et à l'honorabilité professionnelle.

L'Académie procède ensuite à l'élection d'un membre correspondant national. La liste de la commission porte :

En première ligne, M. Seux (de Marseille).

En deuxième ligne, M. Cintrac fils (de Bordeaux).

En troisième ligne, *ex æquo* et par ordre alphabétique, MM Dupré (de Montpellier), Henri Guéneau de Mussy (de Londres), Morel (de Saint-Yon), Raimbert de Châteaudun).

Sur 42 votants :

M. Seux obtient 32 suffrages;

M. Cintrac 2;

M. Morel 2;

M. Raimbert 2;

M. Guéneau de Mussy 2;

M. Dupré 1.

M. Seux, ayant obtenu la majorité des suffrages est proclamé membre correspondant national de l'Académie.

M. BLACHE donne les nouvelles les plus affligeantes sur la santé de M. Danyau; cet honorable académicien, aimé de tous ses collègues, est à toute extrémité.

M. LE PRÉSIDENT prie M. Depaul de se joindre à M. Blache pour porter à M. Danyau l'expression des sympathies de l'Académie tout entière.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion relative à l'influence de l'alcoolisme sur les lésions traumatiques.

La parole est à M. Verneuil.

L'orateur déclare n'avoir rien à répondre à M. Giraldès, qui se trouve avec lui en communauté d'idées. Il s'attache à réfuter les objections et les critiques dirigées par M. Chauffard contre sa doctrine, en particulier contre la théorie de l'action réflexe et de la septicémie, comme explication du délire des blessés alcooliques.

Quoi qu'en dise M. Chauffard, l'action réflexe n'est pas la plus banale et la plus insignifiante des explications, et la septicémie n'est pas une fiction théorique.

Suivant M. Verneuil, le délire est un symptôme cérébral; il survient souvent à la suite de lésions traumatiques de deux sortes : celles qui portent sur le cerveau lui-même; celles qui atteignent un organe plus ou moins éloigné, la main ou le pied par exemple.

Dans le premier cas l'apparition du délire, conséquence directe de la blessure du cerveau, s'explique naturellement. — Dans le second, la participation du cerveau à un état morbide né loin de lui ne peut s'interpréter que de deux manières : 1° transmission jusqu'au centre, et par l'intermédiaire des nerfs, de l'irritation périphérique; 2° excitation de l'encéphale par le sang altéré consécutivement à la blessure.

Conclusion très-banale, mais très-importante pour le diagnostic, le pronostic et le traitement : lorsque le délire éclate à la suite d'une blessure, chercher avec soin si le cerveau est directement lésé, si le sang est adultéré, si le système nerveux est simplement surexcité.

Cette manière de découvrir l'origine du délire s'applique à tous les symptômes locaux ou distants qui se montrent à la suite des blessures. Tous les jours, au lit du malade, on procède identiquement pour le vomissement, la diarrhée, la rétention d'urine, les spasmes, etc.

Sans doute, il peut paraître banal d'employer le terme d'*action réflexe* pour expliquer le tétanos, le délire tremblant, la dilatation des pupilles en cas de vers intestinaux, les accès intermittents qui suivent le cathétérisme, etc.; mais on ne saurait nier qu'il existe des phénomènes morbides éclatant loin du foyer primitif d'irritation et ne pouvant se produire que par l'intermédiaire du système nerveux. Peut-on comprendre autrement que par la théorie de l'action réflexe comment le masséter se contracture à la suite de l'écrasement d'un doigt, comment le vomissement succède à une piqûre de l'iris, etc? Si les actions réflexes sont si souvent invoquées, c'est qu'elles jouent en pathologie un rôle immense; elles ne sont pas limitées à l'accomplissement des fonctions normales; une action réflexe quelconque, acte naturel chez un homme bien portant, devient à l'occasion symptôme pathologique; il est même quelques actions réflexes fort communes qui n'entrent pas dans le cadre des fonctions et sont toujours l'expression d'un désordre; par exemple le hoquet et le vomissement.

Il n'est pas sans intérêt de savoir qu'une irritation quelconque partie d'un point quelconque de la périphérie ou de la profondeur peut parvenir en suivant une route déterminée jusqu'à un point déterminé des centres nerveux, duquel point part, à son tour, pour un agent déterminé du système musculaire, un ordre précis de contraction. — Il est utile de savoir qu'on peut provoquer sûrement le vomissement en touchant avec une barbe de plume un espace muqueux de quelques millimètres où viennent se perdre de menus filets du nerf laryngé supérieur; — arriver au diagnostic de l'existence des helminthes par le seul fait du changement des dimensions de la pupille; — de savoir que le cathétérisme uréthral peut provoquer un accès fébrile; — que la présence d'un corps étranger dans le conduit auditif externe peut déterminer une toux opiniâtre rebelle à tout traitement jusqu'au moment où l'extraction est pratiquée, etc.

En résumé, si un alcoolique atteint d'une fracture simple est pris de *delirium tremens* pendant les 48 heures qui suivent l'accident, ce délire doit être assimilé aux actions réflexes, car il en présente les trois actes essentiels : 1° excitation périphérique transmise au centre; 2° excitation de ce centre; 3° réaction excentrique traduite par l'exaltation cérébrale et les mouvements désordonnés.

Il serait tout aussi facile de prouver l'existence du délire septicémique. M. Verneuil ajourne les développements qu'il pourrait donner à cette démonstration à l'époque où sera reprise la discussion sur l'infection purulente.

Mais, dit M. Chauffard, en supposant prouvée cette double origine du délire, elle ne touche en rien aux conditions spéciales de l'alcoolisme et pourrait s'appliquer à tous les délires venant compliquer un traumatisme quelconque. M. Verneuil répond qu'il n'a pas voulu parler du délire alcoolique, mais du délire chez les alcooliques, ce qui est bien différent.

Le délire surgissant chez les alcooliques blessés, il s'agit de savoir s'il reconnaît une ou plusieurs causes, s'il naît toujours dans les mêmes conditions, s'il présente des apparences en rapport avec son origine, s'il comporte toujours la même gravité et réclame uniformément les mêmes indications curatives. Toute l'attention du clinicien doit donc être concentrée sur la pathogénie.

Tout diathésique est un individu double : soumis, d'une part à la pathologie spéciale corrélative à sa diathèse et, d'autre part, à la pathologie commune à la généralité des êtres.

L'alcoolique ne fait pas exception; il délire spécifiquement dans des cas où nul autre ne le ferait; il délire également sous l'influence des causes qui excitent le cerveau du premier venu. Si le délire des ivrognes revêt souvent sa forme caractéristique, souvent aussi il ne diffère en rien de celui qu'on observe dans les fièvres graves les empoisonnements et même la manie aiguë.

M. Chauffard a lui-même décrit trois formes de délire alcoolique : une forme paroxystique, une forme asthénique primitive qui ressemble fort à la variété septicémique, enfin une forme intermédiaire, inflammatoire ou méningitique. Il paraît à M. Verneuil que M. Chauffard est allé au delà des faits en faisant correspondre chacune de ces trois formes cliniques à des états anatomiques déterminés des centres nerveux : le *delirium tremens* à la simple imprégnation du cerveau par l'alcool, sans lésions profondes; — le délire inflammatoire à la sclérose et le délire adynamique à la stéatose cérébrale. M. Verneuil en appelle à cet égard à l'observation ultérieure.

Un élément capital du pronostic du délire des ivrognes se tire de la considération de la lésion accidentelle qui l'a provoqué et qui, suivant qu'elle est légère ou sérieuse, influe sur la terminaison favorable ou funeste. Tout en tenant compte des formes du symptôme et de l'état anatomique des centres nerveux, il est nécessaire, en cas de terminaison funeste, de fixer la part de la lésion locale cause occasionnelle du désordre cérébral.

Voulant s'associer aux considérations élevées de morale et de patriotisme par lesquelles M. Chauffard a terminé son discours, et pour que cette discussion porte ses fruits hors de l'enceinte académique, M. Verneuil soumet à l'approbation de l'Académie les propositions suivantes :

1° Faire rédiger par une commission une série de propositions sur les effets et les dangers de l'alcoolisme. Ces propositions seront assez claires pour être comprises par tous, assez courtes pour être répandues à un nombre immense d'exemplaires dans les ateliers, les prisons, les hôpitaux, les bibliothèques populaires; assez saisissantes dans la forme pour frapper l'imagination et faire comprendre l'étendue du péril. L'Académie tout entière signerait ce document.

2° Préparer une pétition qui serait adressée au prochain pouvoir législatif et réclamerait en termes énergiques des lois contre l'ivrognerie. Ces lois existent dans la presque totalité du monde civilisé; par une déplorable exception, la France en est dépourvue.

M. CHAUFFARD répond à M. Verneuil qu'il n'a jamais nié l'action réflexe ni le progrès accompli par la physiologie moderne, qui a permis d'expliquer d'une manière satisfaisante des phénomènes physiologiques ou morbides compris autrefois sous la dénomination vague de sympathies.

Mais l'action réflexe ne donne que l'explication du mécanisme de ces actes; elle ne donne pas la raison de la modification propre du système vivant qui engendre l'acte morbide; c'est cette cause qu'il s'agit de pénétrer, et l'action réflexe n'explique rien, parce qu'elle est une expression banale qui s'applique à toutes sortes de causes.

En ce qui concerne l'alcoolisme, c'est dans l'affection, dans la vie altérée, affectée d'une certaine manière, qu'il faut chercher la raison d'être du délire alcoolique, et non dans cette explication banale de l'action réflexe.

Quant à la forme septicémique du délire chez les ivrognes, il n'y a rien là, suivant M. Chauffard, qui soit spécial au délire alcoolique. D'ailleurs, la septicémie, création de l'école allemande, est encore à prouver. M. Chauffard accepte volontiers le rendez-vous que M. Verneuil lui a proposé sur ce terrain.

M. Chauffard s'associe entièrement aux conclusions proposées par M. Verneuil et qui seront le fruit de cette discussion.

L'orateur présente, en terminant, quelques vues générales sur l'alcoolisme considéré dans les races et sur les différences de la force plastique propre à chacun de ces groupes de l'humanité. La question lui paraît digne des méditations des anthropologistes, qui jusqu'ici semblent s'être bornés à étudier l'homme par ses caractères purement extérieurs. Or, sous ces formes extérieures existe un fond vivant qui ne mérite pas moins d'attirer l'attention des observateurs. Cette étude révélerait à coup sûr des rapports surprenants entre les traits extérieurs et le fond plastique des divers types des races humaines. Il y a là,

(1) Suite. — Voir le dernier numéro.

suivant M. Chauffard, une mine à exploiter plus riche qu'on ne croit généralement.

M. VERNEUIL n'admet pas avec M. Chauffard que la septicémie soit une création de l'école allemande; c'est une idée française émise par Magendie et M. Sédillot, et que les Allemands ont eu seulement le mérite de développer d'une manière remarquable.

Il en a été de même de l'anatomie et de l'histologie, nées en France avec Bichat, mais dont nous n'avons malheureusement pas su tirer le parti que les Allemands en ont tiré. Les Allemands ramassent les idées que les Français laissent tomber et en font leur profit.

Relativement à la question de l'alcoolisme dans les races, M. Verneuil rappelle qu'en 1867, au Congrès de Paris, il s'est enquis auprès des divers représentants de la chirurgie à l'étranger de la manière dont les alcooliques des divers pays supportent les lésions traumatiques et les opérations chirurgicales. Il a appris qu'en Belgique, en particulier, les opérations réussissent très-bien chez les blessés alcooliques. Il s'est demandé si l'ivresse de la bière produisait les mêmes altérations organiques que celle du vin. Mais il n'a pu avoir sur ce point de renseignements satisfaisants. La question de l'alcoolisme dans les races est encore neuve et mérite toute l'attention de la Société d'anthropologie.

M. BROCA pense que la meilleure loi pour la répression de l'ivrognerie serait celle qui lèverait tous les obstacles à la libre circulation du vin. C'est la rareté et la cherté du vin qui entraînent un grand nombre d'individus à l'abus des succédanés de cette boisson fortifiante.

Relativement à la question de l'alcoolisme dans les races, M. Broca dit que les vues indiquées par M. Chauffard ont appelé déjà l'attention de la Société d'anthropologie, qui les a inscrites à l'ordre du jour de ses discussions. Cette Société ne se borne pas à considérer l'homme au point de vue de ses caractères extérieurs, elle l'étudie encore dans ses actes et sa constitution intimes. La pathologie humaine tient une place considérable dans ses préoccupations.

Des renseignements que la Société d'anthropologie a recueilli sur l'ivresse chez les différents peuples, il résulte que toutes les races ne supportent pas de la même manière le phénomène initial, immédiat de l'alcoolisme, l'ivresse proprement dite. Les peuplades sauvages sont plus facilement influencées par l'eau-de-vie que les Européens qui les entourent. Quelle est la cause de cette différence? Est-elle primordiale ou le résultat d'une sélection graduelle? On l'ignore.

Quoi qu'il en soit, on observe que les peuples non habitués aux boissons alcooliques résistent moins à l'ivresse que ceux chez lesquels l'intoxication a dégénéré en habitude. Il en est de même pour les maladies qui font pour la première fois leur apparition dans certains pays. Des populations entières peuvent être anéanties par le fléau. On a observé cela pour la variole, la peste, la syphilis, les diathèses, le cancer en particulier, etc.

M. Broca termine en disant qu'il appuie les propositions contenues dans les conclusions de M. Verneuil.

M. LE PRÉSIDENT propose de renvoyer à la prochaine séance l'examen et la discussion de ces conclusions.

— La séance est levée à cinq heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

MM. les docteurs en médecine qui ont obtenu de M. le ministre de l'instruction publique l'autorisation de faire leurs cours à l'École pratique sont prévenus que la distribution des Amphithéâtres aura lieu jeudi 19 octobre 1871, à midi précis, dans la salle du conseil de la Faculté.

— Le recensement décennal de 1871 fixe la population de la Grande-Bretagne et de l'Irlande à 31,465,480 habitants. Depuis le règne de la reine Victoria, l'accroissement a été de 5,900,000 âmes, chiffre qui dépasse la population de la Hollande, de la Belgique ou du Portugal.

— On lit dans le *Times* qu'une lettre reçue de Demerara annonce la mort soudaine de M. le docteur Beauperthuys, médecin français, qui avait été envoyé par le *Colonial office*, sur la désignation du Collége royal des médecins, aux Indes-Orientales, afin d'expérimenter sur place le procédé de traitement et de guérison de la lèpre, que le docteur avait recommandé comme efficace. M. Beauperthuis est mort d'une attaque d'apoplexie.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments ou autres objets).

Traité pratique des maladies de l'oreille, ou leçons cliniques sur les affections de cet organe, par M. le docteur C. MIOT. Paris, 1871, 1 vol. grand in-8° avec 18 gravures dans le texte et 4 planches chromolithographiées par Lackerbauen, représentant 38 figures. — Prix : 8 francs.

De la nécessité de l'éducation physique et de l'organisation des gymnases municipaux hydrothérapiques, par le docteur E. DAILLY. Brochure de 24 pages. — Prix : 1 franc.

L'Uranoplastie et les divisions congénitales du palais, par le docteur ROUGE, chirurgien de l'hôpital cantonal de Lausanne, 1 volume in-8° avec figures dans le texte. — Prix : 3 francs.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois... 8 fr. 50 c.
Six mois..... 16 —
Un an...... 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 12 octobre 1871.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. CHARCOT.

Des troubles trophiques musculaires consécutifs aux lésions de la moelle épinière et du bulbe rachidien (1).

Messieurs,

Les lésions irritatives des centres nerveux, comme celles des nerfs, ont le pouvoir de produire à distance des troubles trophiques dans diverses parties du corps. Dans l'exposé de ces altérations consécutives que nous allons vous présenter, nous retrouverons, à quelques nuances près, toute la série des affections que nous avons vues se manifester à la suite des lésions de nerfs et dont l'histoire, déjà connue, facilitera singulièrement la tâche qu'il nous reste à accomplir.

D'une façon générale, on peut dire que la *peau*, les *muscles*, les *articulations*, les *os*, les *viscères*, enfin, peuvent devenir le siége de troubles trophiques variés, consécutivement aux lésions de la moelle épinière et du cerveau.

Nous traiterons, en premier lieu, des affections *musculaires*, puisque l'étude que nous venons de terminer nous a mis sur la voie. Les considérations que nous allons développer, relativement à ces affections, concernent seulement les lésions de la moelle et du bulbe, car il est au moins fort douteux que les lésions du cerveau proprement dit aient jamais pour conséquence de produire directement l'altération du tissu musculaire. C'est même là, nous le reconnaîtrons en temps et lieu, un fait de la plus haute importance.

I. *Lésions musculaires consécutives aux affections de la moelle épinière.* — Parmi les lésions spinales de nature irritative, il en est qui déterminent très-rapidement tous les modes d'altération musculaire, fonctionnels ou organiques, que nous avons appris à connaître, comme conséquence des lésions de nerfs; il en est d'autres, au contraire, dans lesquelles la contractilité électrique et l'état trophique des muscles se conservent en parfaite intégrité pendant un laps de temps relativement considérable, des mois, par exemple, ou même parfois des années. Le muscle, dans ce dernier cas, ne s'altère qu'à la longue, sous l'influence de l'inertie fonctionnelle à laquelle les membres paralysés du mouvement se trouvent condamnés. A ce point de vue, il y a lieu d'établir, parmi les maladies spinales irritatives, deux groupes bien distincts, que nous passerons successivement en revue.

Dans le *premier groupe*, nous rangeons celles des lésions irritatives de la moelle qui, dans la règle, ne modifient pas directement la nutrition des muscles. Elles ont un caractère commun : toutes tendent à se limiter aux faisceaux de substance blanche, et si, parfois, l'axe gris est envahi, elles respectent la région des cornes antérieures, ou épargnent tout au moins les grandes cellules nerveuses multipolaires qui siégent dans cette région. Telles sont les diverses formes de la *sclérose fasciculée :* que celle-ci soit protopathique ou, au contraire, consécutive à une lésion *en foyer* du cerveau ou de la moelle épinière, qu'elle occupe exclusivement soit les faisceaux postérieurs, soit les faisceaux latéraux, ou simultanément ces deux ordres de faisceaux. Tant que la condition expresse qui vient d'être signalée, — à savoir, l'intégrité des grandes cellules nerveuses, — se trouve remplie, les lésions dont il s'agit peuvent atteindre leur plus haut degré de développement, envahir, par exemple, les faisceaux blancs, dans toute leur épaisseur et dans toute leur étendue en hauteur, sans que les muscles, animés par les nerfs issus des points lésés de la moelle, souffrent directement dans leur nutrition (2).

Le tableau changerait nécessairement si, dépassant les limites qui lui sont habituellement assignées, le processus irritatif, venait à s'étendre des faisceaux blancs aux cornes antérieures de la substance grise; alors on pourrait voir survenir, en conséquence de la participation des cellules nerveuses motrices, une atrophie plus ou moins rapide et plus ou moins prononcée des muscles. C'est ainsi que je l'ai fait voir (1), d'après ce mécanisme que les symptômes de la paralysie générale spinale ou de l'amyotrophie progressive se surajoutent quelquefois aux symptômes classiques de la sclérose postérieure, de la sclérose des cordons latéraux, etc. Tout récemment encore nous avons observé plusieurs faits de ce genre, où il nous a été donné de reconnaître nécroscopiquement, de la manière la plus nette, l'altération des cellules nerveuses à laquelle doit être rattachée, suivant moi, la lésion trophique des muscles (2).

La *sclérose en plaques disséminées* (3), les *scléroses diffuses*, reconnaissent la même règle. On peut en dire autant des *myélites partielles* primitives ou de celles que détermine la compression exercée par une tumeur, par le mal vertébral de Pott, etc. Ces diverses affections n'ont pas d'influence directe sur la nutrition des muscles tant qu'elles n'intéressent pas le système des cellules nerveuses motrices. On ne conçoit guère d'exception que pour le cas assez rare où la lésion, bien que limitée aux cordons blancs, occuperait la partie de ces cordons que traversent les faisceaux de tubes nerveux d'où émanent les racines antérieures. Pour peu que ces faisceaux prissent part à l'altération il se produirait là, nécessairement, l'équivalent d'une lésion affectant les nerfs périphériques (4).

II. Le *second groupe* comprendra les affections de la moelle épinière, qui ont pour conséquence à peu près inévitable de déterminer des troubles plus ou moins profonds, dans la nutrition des muscles. Ce groupe comporte deux sous-divisions.

1° La première est relative aux lésions *en foyer* ou *diffuses*, à marche aiguë ou subaiguë, qui intéressent, dans une grande étendue en hauteur, à la fois la substance blanche et la substance grise, mais prédominent cependant, en général, dans celle-ci. Elles sont habituellement suivies de modifications profondes de la contractilité électrique, et d'une atrophie à développement rapide de la fibre musculaire. — Je citerai, en premier lieu, *la myélite aiguë centrale ;* lorsqu'elle est quelque peu généralisée et qu'elle occupe, par exemple, une bonne partie du renflement dorso-lombaire, la diminution hâtive de la contractilité électrique des muscles des membres inférieurs est un symptôme qui ne lui fait peut-être jamais complétement défaut. M. Mannkopf a vu, dans un cas de ce genre, la contractilité électrique déjà notablement modifiée, sept jours après le début des premiers accidents (1). Quand les malades ne sont pas enlevés trop rapidement, on peut suivre le développement des phénomènes corrélatifs : l'atrophie des masses musculaires s'accuse bientôt; les lésions histologiques des faisceaux primitifs deviennent promptement appréciables. D'après MM. Mannkopf (2) et Engelken (3), ces lésions sont remarquables, surtout par la prolifération des noyaux du sarcolemme. En somme elles portent la marque du processus irritatif. La dégénération graisseuse des faisceaux primitifs est là un fait exceptionnel. Quant aux nerfs qui se rendent aux muscles affectés, examinés plusieurs fois par M. Mannkopf, tantôt ils ont été trouvés sains, tantôt ils ne présentaient que des altérations relativement légères et nullement en rapport d'intensité avec les lésions des muscles.

L'apoplexie spinale (*hématomyélie*) doit être mentionnée en second lieu. Il s'agit là d'une affection qui, au point de vue de la pathogénie et de l'anatomie pathologique, diffère essentiellement de l'hémorrhagie intra-encéphalique vulgaire; car, en général, dans l'hématomyélie, l'épanchement s'opère au sein de tissus déjà préalablement modifiés par un travail inflammatoire. Le sang se répand surtout dans l'axe gris, qu'il envahit assez souvent dans la plus grande partie de sa longueur. Lorsqu'il en est ainsi, la diminution ou même l'abolition de la contractilité électrique, survenant hâtivement dans les muscles des membres frappés de paralysie, est un symptôme qui paraît constant. Il a été constaté quatorze jours après le développement des premiers accidents dans un cas de Levier (4); le jour même de l'attaque dans un cas de Colin (?), dès le neuvième jour dans un fait rapporté par Duriau (5). L'apoplexie spinale est une affection en général rapidement mortelle; elle n'a pas encore fourni l'occasion de constater la lésion histologique des faisceaux primitifs et l'atrophie des masses musculaires qui ne manqueraient sans doute pas de se produire, si la vie se prolongeait.

C'est vraisemblablement en produisant une irritation de la moelle épinière, qui, partielle d'abord, tend bientôt à se généraliser, que les fractures et les luxations de la colonne vertébrale peuvent avoir pour effet de déterminer, ainsi que l'a observé M. Duchenne (de Boulogne), une prompte diminution de la contractilité électrique, dans les muscles des membres paralysés (6).

2° Les affections qui composent la seconde catégorie relèvent de lésions plus délicates : ces lésions, en effet, sont limitées, d'une façon pour ainsi dire systématique, à la substance grise des cornes antérieures dont elles envahissent rarement toute l'étendue ; on les voit se localiser, souvent assez exactement, dans l'espace ovalaire très-circonscrit qu'occupe un groupe ou agrégat de cellules motrices. La névroglie, dans les points altérés, devient d'habitude plus opaque, plus dense, parsemée de nombreux myélocytes et porte, par conséquent, les marques d'un travail inflammatoire. En même temps, les cellules nerveuses présentent divers degrés et divers modes de dégénération atrophique. Mais quels ont été les éléments affectés en premier lieu ? Tout porte à croire que ce sont les cellules nerveuses. On comprendrait difficilement, en effet, que l'altération pût se montrer étroitement localisée dans le voisinage des cellules si elle avait son point de départ dans la névroglie. Il est des cas d'ailleurs, où l'atrophie d'un certain nombre, voire même d'un groupe tout entier, de cellules nerveuses est la seule altération que l'examen histologique permette de constater; la trame conjonctive ayant, dans ces points là, conservé la transparence et, à peu de chose près, tous les caractères de la structure normale. Il est, de plus, d'autres cas non moins significatifs où les lésions de la névroglie se montrent beaucoup plus accusées vers les parties centrales d'un agrégat de cellules nerveuses, que dans les parties périphériques; beaucoup plus

(1) Extrait d'une série de leçons sur les maladies de la moelle épinière, recueillies par M. BOURNEVILLE, formant un ouvrage actuellement sous presse.

(2) Charcot et Joffroy. — *Deux cas d'atrophie musculaire progressive avec lésions de la substance grise et des faisceaux antéro-latéraux de la moelle épinière.* — *Archives de physiologie*, t. II, p. 635.

(1) Charcot et Joffroy, *loc. cit.*, p. 354.

(2) Voir, entre autres, le fait récemment publié par un de mes élèves, M. Pierret. — *Sur les altérations de la substance grise de la moelle épinière dans l'ataxie locomotrice considérées dans leurs rapports avec l'atrophie musculaire qui complique quelquefois cette affection. In Archives de physiologie, etc.* t. III, p. 599. Dans ce cas, le travail phlegmasique s'était étendu des cordons postérieurs à la corne antérieure de substance grise du côté droit, en suivant la voie des faisceaux radiculaires internes du côté correspondant. L'atrophie musculaire consécutive était exactement limitée aux membres droits.

Voici maintenant l'exposé sommaire d'un cas qui montre par quel mécanisme la sclérose fasciculée consécutive, uni-latérale peut, en s'étendant à la substance grise, déterminer l'atrophie musculaire.

Une femme âgée d'environ 70 ans, avait été frappée d'hémiplégie gauche consécutivement à la formation d'un foyer sanguin dans l'hémisphère cérébral droit. Les membres du côté paralysé, qui de très-bonne heure avaient été pris de contracture, commencèrent à diminuer de volume, deux mois à peine après l'attaque. L'atrophie musculaire était uniformément répandue sur toutes les parties des membres paralysés; elle s'accompagnait d'une diminution très-notable de la contractilité électrique et progressa rapidement. Dans le même temps où l'atrophie se prononçait, la peau des membres du côté gauche présenta sur tous les points soumis à la plus légère pression des bulles qui bientôt faisaient place à des eschares. A l'autopsie nous reconnûmes, sur des coupes durcies de la moelle, que la sclérose fasciculée descendante du cordon latéral gauche s'était propagée à la corne antérieure de la substance grise, du côté correspondant, et y avait déterminé l'atrophie d'un certain nombre de cellules motrices.

(3) Chez une femme atteinte de sclérose multiloculaire cérébro-spinale, que nous avons observée il y a quelques années, l'une des plaques scléreuses avait envahi, vers le milieu de la région cervicale, la presque totalité de la substance grise de la moelle dans une certaine étendue en hauteur, et, plus particulièrement, les cornes antérieures. Les cellules nerveuses présentaient à ce niveau pour la plupart des lésions atrophiques profondes ; bon nombre d'entre elles avaient même disparu sans laisser de traces. Chez cette femme les mains avaient offert la déformation connue sous le nom de *griffe;* les muscles des éminences thénar et hypothénar, les interosseux étaient atrophiés; les avant-bras présentaient également une atrophie très-marquée, limitée à certains groupes de muscles.

(4) A propos des myélites partielles, soit protopathiques, soit déterminées par le voisinage d'une tumeur, il y a lieu de présenter la remarque suivante: elles siégent le plus communément sur un point de la région dorsale de la moelle épinière qu'elles occupent dans une très-petite étendue en hauteur. Il résulte de cette disposition que si, d'une façon primitive ou par suite de l'extension concentrique du processus morbide, les cornes antérieures de la substance grise se trouvent intéressées, les lésions musculaires qui sont la conséquence de cette participation de l'axe gris, resteront limitées à certaines régions très-circonscrites du thorax ou de l'abdomen et pourront ne se révéler pendant la vie par aucun symptôme appréciable. Toujours la nutrition des muscles des membres est à moins de complication, parfaitement indemne lorsque la myélite partielle affecte le siége qui vient d'être indiqué. Il en serait tout autrement dans le cas où un foyer de myélite, même très-circonscrit, occuperait certaines parties du renflement cervical ou du renflement lombaire. Les lésions musculaires qui pourraient survenir consécutivement à l'envahissement des cornes antérieures de la substance grise, siégeraient alors dans les membres et se traduiraient par des troubles fonctionnels et par des modifications dans la forme des parties qui ne resteraient pas longtemps inaperçues.

(1) Mannkopf. — *Amtlicher Bericht über die Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte zu Hannover*, p. 251, Hannover, 1866.

(2) *Loc. cit.*

(3) H. Engelken. *Bestrag zur Patholog. der acuten myelitis.* Zurich, 1867.

(4) Levier. — *Beitrag zur Pathologie der Rucken marks apoplexie inaugural dissertation.* Bern, 1864.

(5) Duriau. — *Union médicale*, t. I, 1859, p. 308.

(6) Voir Duchenne (de Boulogne). — Obs., p. 246. *loc. cit.*, fracture de la colonne vertébrale vers le milieu de la région dorsale. — Moelle épinière ramollie dans l'étendue de plusieurs pouces, au niveau de la région dorso-lombaire. — Affaiblissement de la contractilité électrique dès le sixième jour après l'accident.

accentuées également au voisinage immédiat des cellules que dans les intervalles qui les séparent; de telle sorte que ces dernières paraissent comme autant de centres ou foyers, d'où le processus inflammatoire aurait rayonné, à une certaine distance, dans toutes les directions. On ne saurait admettre d'un autre côté que l'irritation se soit originellement développée sur les parties périphériques et qu'elle ait remonté jusqu'aux parties centrales par la voie des racines antérieures des nerfs, car ces dernières, en général, ne présentent, au niveau des points altérés de la moelle épinière, que des lésions relativement minimes et nullement proportionnées, quant à l'intensité, aux lésions de la substance grise. Il paraît évident, d'après tout ce qui précède, que les cellules nerveuses motrices sont bien réellement le siége primitif du mal : le plus souvent, le travail d'irritation gagne ensuite, secondairement, la névroglie et s'étend de proche en proche, aux diverses régions des cornes antérieures. Mais cela n'est nullement nécessaire, à plus forte raison il faut considérer comme un fait consécutif et purement accessoire, l'extension, observée dans certains cas, du processus morbide aux faisceaux antéro-latéraux, dans le voisinage immédiat des cornes antérieures de la substance grise (1).

TRAITEMENT DU TÉTANOS TRAUMATIQUE

PAR LES INJECTIONS INTRA-MUSCULAIRES A L'ÉMERGENCE DES NERFS

Par M. DEMARQUAY. (Note communiquée à l'Académie des sciences.)

J'ai l'honneur d'adresser à l'Académie des sciences le résumé d'une méthode thérapeutique du tétanos traumatique qui m'a donné deux cas de succès. Ayant eu la douleur de perdre, pendant le siége, plusieurs blessés du tétanos sans avoir pu améliorer leur position, je résolus à l'avenir de soumettre les tétaniques qu'il me serait donné de traiter à la médication suivante :

1° Tenant compte de leur susceptibilité au froid et à l'aggravation de leur état quand ils y étaient soumis, j'ai placé mes deux tétaniques dans une chambre chauffée de 18 à 22 degrés centigrades. Soumis à la garde d'un infirmier vigilant, grâce à cette température, ces malheureux blessés peuvent transpirer à leur aise sans crainte de refroidissement brusque;

2° Pour calmer les contractions toniques et cloniques qui sont si douloureuses et font prendre au malade les positions les plus bizarres, et surtout pour faire cesser le trismus, qui est une des premières manifestations du tétanos, ainsi que pour calmer les douleurs de la plaie et les agitations du moignon, qui ramènent souvent des contractions musculaires très-douloureuses, j'ai pratiqué et fait pratiquer quatre ou cinq fois dans les 24 heures des injections intramusculaires autant que possible à l'émergence des nerfs. Ces injections sont faites avec une solution de morphine au cinquantième. Je commence par faire une injection dans chaque masséter et une autre injection dans les muscles du cou de chaque côté de la colonne vertébrale, et, si la plaie qui a été la cause occasionnelle du tétanos est douloureuse, je fais une injection profonde dans l'épaisseur des muscles des parties voisines de cette plaie. Sous l'influence de cette injection, une détente rapide se produit; les muscles cessent d'être aussi douloureux; le malade peut ouvrir la bouche, boire en abondance une légère limonade vineuse ou du bouillon et calmer, en un mot, la soif ardente qui tourmente généralement le tétanique. Grâce à la température du milieu et aux boissons abondantes, le malade transpire beaucoup. Au bout de quelques heures, on revient aux mêmes injections; on poursuit les contractures douloureuses partout où elles se montrent, dans la région du dos, dans la région lombaire, dans la paroi abdominale, dans l'épaisseur des muscles de l'abdomen, dans l'épaisseur du muscle sterno-clido-mastoïdien, sur le trajet des nerfs diaphragmatiques pour faire cesser le spasme du diaphragme, sur le trajet des pneumogastriques pour faire cesser une gêne à la déglutition qui me paraissait dépendre de la contracture de l'œsophage. Grâce à cette médication, on calme les douleurs, on satisfait à la soif; on alimente le malade d'abord avec du bouillon, du lait, des potages, des compotes, et, à mesure que les accidents se calment, on a recours à une médication plus substantielle. Mes deux malades avaient, l'un une plaie profonde du mollet en voie de guérison, l'autre avait subi une amputation de la jambe. Ils ont l'un et l'autre guéri d'un tétanos très-grave, en apparence du moins. Ces deux résultats ne me permettent point d'établir définitivement une méthode de traitement; mais ils me font un devoir de la porter à la connaissance du monde médical. Souvent on a eu recours aux infections sous-cutanées de morphine, d'atrophine et de curare, mais personne, que je sache, n'avait eu la pensée de porter profondément dans l'épaisseur des muscles l'agent modificateur, et voilà en quoi ma manière de faire est peut-être nouvelle, et à coup sûr elle est rationnelle.

TABLETTES

DU MÉDECIN-LÉGISTE

(Suite)

XXV

Testaments. — L'article 909 C. Nap., qui annule le legs fait par un malade, pendant la maladie dont il est mort, au médecin qui l'a traité pendant le cours de cette maladie, s'applique même au cas où le médecin serait héritier légitime du testateur, si sa parenté avec lui dépasse le quatrième degré (C. Nap., 909).

L'incapacité de recevoir établie contre le médecin du testateur, dans le cas prévu par l'article 909 C. Nap., entraîne la nullité du legs, quoique cette nullité doive profiter à un légataire universel.

La présomption légale de captation, en vertu de laquelle l'article 909 C. Nap. prohibe le legs fait par un malade à son médecin, dans le cours de la maladie dont il est mort, ne peut être détruite à l'aide de la preuve offerte par le médecin que la libéralité a été déterminée, non pour les soins qu'il a donnés au testateur, mais par sa qualité de parent et d'ami de ce dernier (C. Nap., 909 et 1352).

C. cass., ch. req., 7 avr. 1863. — Cf. Dalloz, *Jur. gén.*, 1863, 1re partie, p. 231.

XXVI

— Le legs fait par un malade à son médecin, fût-il son héritier présomptif, n'en tombe pas moins sous la prohibition de l'article 909 C. Nap., si leur parenté dépasse le quatrième degré, qu'il y ait ou non des héritiers en ligne directe.

Il ne peut être prouvé, contre la présomption légale de l'article 909 C. Nap., que la libéralité faite par le malade à son médecin a été déterminée par la qualité de parent et d'ami de ce dernier.

C. de Bordeaux, 1re ch., 12 mai 1862. — Cf. Dalloz, *Jur. gén.*, 1862, 2e partie, p. 167.

XXVII

— La disposition testamentaire faite au profit du médecin qui a traité le testateur pendant la maladie dont celui-ci est mort est frappée de la nullité établie par l'article 909 C. Nap., par cela seul que le testament et le traitement ont eu lieu au cours de cette maladie; il n'est pas besoin, en outre, que le testament soit contemporain du traitement;

En conséquence, ce testament est nul, alors même qu'il serait allégué, soit que le traitement, donné pendant la maladie dont le testateur est mort, ne s'est pas continué pendant toute la durée de la maladie et avait déjà cessé à la date du testament, soit que, à la même date, le traitement se trouvait interrompu par l'absence du malade voyageant en pays étranger.

La dernière maladie, dans le sens de l'article 909 C. Nap., peut, notamment pour un malade atteint d'une affection de poitrine, être considérée comme remontant à l'époque où est arrivé, chez le malade, un état morbide défiant tous les efforts de la médecine, et n'admettant plus que les palliatifs pour la douleur et les distractions pour les préoccupations du malade;

Par suite, le malade ne peut, à partir de cette époque, faire des donations ou des legs au médecin qui, après l'avoir traité antérieurement, lui a continué ses soins depuis que sa situation est devenue ainsi désespérée;

Et le médecin est réputé avoir continué son traitement au malade après la période où a commencé l'état constitutif de la dernière maladie, encore qu'il ait cessé de le traiter exclusivement et qu'il ait laissé intervenir, de la part d'autres médecins, des médications contraires à ses convictions, se bornant à surveiller l'ensemble des moyens de distraction et de soulagement entrepris par le malade, en même temps son ami.

C. Paris, 1re ch., 8 mars 1867. — Cf. Dalloz, *Jur. gén.*, 1867, 2e part., p. 145.

DOCUMENTS

POUR SERVIR A L'HISTOIRE DU MOUVEMENT SCIENTIFIQUE PENDANT LE SIÉGE DE PARIS (1).

15 FÉVRIER.

Clinique interne. — Nous reproduisons, d'après la *Gazette médicale*, un Mémoire lu par M. le docteur Constantin Paul à la Société de thérapeutique :

DU TRAITEMENT DES SYPHILIDES ULCÉREUSES CIRCONSCRITES PAR LE SPARADRAP DE VIGO.

Nous voyons trop souvent qu'un médecin qui reconnaît à une préparation mercurielle quelque avantage, la prône bientôt pour guérir toutes les affections syphilitiques quelles qu'elles soient, si bien qu'il me serait facile de citer les nombreux services de nos hôpitaux où la syphilis, quelle que soit sa forme et même sa période, reçoit un traitement qui ne varie pas.

Tel de nos collègues refusera, par exemple, de donner du mercure à ses malades; tel autre n'emploiera que le proto-iodure de mercure, tel autre que les frictions, tel autre que le sublimé, tel autre que les injections sous-cutanées, etc.; si bien qu'une fois que le sort a désigné un malade pour une de ces sections, il est fatalement voué à tel ou tel traitement. Il est pourtant évident que ces moyens ne sont pas tous identiques, que leurs avantages et leurs inconvénients ne sont pas les mêmes, que chacun d'eux doit demander, pour agir efficacement, certaines conditions. En un mot, en provoquant cette discussion sur le traitement de la syphilis et de ses différentes manifestations, je n'ai pas pensé qu'on devait rechercher quelle était la meilleure préparation mercurielle à opposer à la vérole. Je pense au contraire que, pour que cette discussion soit fructueuse, il faut prendre une à une chacune des modalités sous laquelle la syphilis peut se montrer et rechercher pour chacune d'elles le meilleur traitement.

Telle préparation qui réussira, par exemple, dans une forme ou une période de la syphilis, n'est pas pour cela celle qui réussira le mieux dans une autre période.

M. Liégeois nous a dit dernièrement que, pour lui, les cas où les injections sous-cutanées avaient leur action la plus favorable étaient les syphilides à forme néoplasique; qu'au contraire ce moyen était moins efficace dans les syphilides à forme ulcéreuse.

Je viens à mon tour vous faire connaître une autre indication des mercuriaux qui s'applique précisément aux formes ulcéreuses tardives. Cette méthode consiste dans l'absorption du mercure par les ulcères, au moyen de pansements avec le sparadrap de Vigo, c'est-à-dire d'un emplâtre qui contient environ 20 pour 100 de mercure, puis de l'emplâtre simple, de la cire et de la résine.

OBS. I. — *Fille cachectique atteinte de syphilis depuis trois ans, affectée à cette époque d'une syphilide tuberculeuse circonscrite et d'une syphilide gommeuse ou hydrosadénite syphilitique, guérie en trois semaines par des applications d'emplâtre de Vigo.*

La première malade à laquelle j'aie appliqué la méthode dont il est ici question est une fille nommée N***, âgée de vingt-cinq ans, domestique. Cette fille, qui n'était pas d'une robuste constitution, avait été affreusement éprouvée par les maladies. Dès l'âge de quinze ans, elle avait souffert d'une angine couenneuse; puis, devenue enceinte à vingt ans, elle avait vu son enfant mourir le lendemain de l'accouchement. A vingt-deux ans, elle avait été atteinte d'un érysipèle à la face, suivi bientôt d'une sorte de fièvre pyogénique avec formation de neuf abcès à la tête et de trois abcès au bras.

A peine remise de cette grave affection, le 14 juin 1866, elle était rentrée deux mois après à l'hôpital, atteinte d'une fièvre typhoïde. Elle fut deux mois à se remettre, et dès qu'elle fut à peu près rétablie, la malheureuse contracta la *syphilis*. Au mois de mars 1867, on put constater des syphilides vulvaires, et l'admettre à l'hôpital de Lourcine, où elle entra dans le service de M. Després. On diagnostiqua des plaques muqueuses vulvaires.

Pendant le séjour qu'elle fit dans ce service, elle fut traitée sans mercure. On lui donna d'abord des préparations ferrugineuses, puis du quinquina vers la fin. En outre, on cautérisait chaque jour les plaques avec du chlorure de zinc.

Au bout de trois mois de ce traitement, les accidents avaient disparu; elle sortit de l'hôpital en apparence guérie.

Malheureusement, à la première menstruation suivante, les accidents syphilitiques se montrèrent de nouveau; la malade rentra alors dans le service de M. Després, et y resta jusqu'au 14 décembre 1867.

La pauvre fille ne tarda pas à tomber de nouveau malade; elle était entrée comme domestique chez un marchand de vin, et dès le mois de février 1868 elle contracta une pneumonie qui la fit rentrer encore une fois à l'hôpital pour six semaines.

Néanmoins et malgré tous ses malheurs, cette fille jouit d'une santé passable pendant près d'une année.

Au mois de janvier 1869, la syphilis reparut; cette fois, les accidents semblaient siéger plus profondément; elle vit survenir aux deux jambes des tumeurs rouges et molles.

Le 11 mai 1869, elle entra à l'hôpital de la Charité, salle Sainte-Madeleine, n° 15, dans le service de clinique du professeur Bouillaud, que je suppléais alors.

La syphilis datait de deux ans; elle avait dû être marquée peu de temps après son début par des plaques muqueuses vulvaires qui n'avaient pas subi le traitement mercuriel et avaient duré douze mois.

Il y avait donc une année que ces accidents avaient disparu. Cette fois les manifestations syphilitiques étaient d'un autre ordre. Il y en avait de deux espèces. Il y avait premièrement une syphilide circonscrite tuberculeuse dont un groupe occupait la tempe droite, et l'autre l'épaule gauche au niveau de la région sous-épineuse.

Cette syphilide tuberculeuse circonscrite était caractérisée par des boutons durs, rugueux, couverts de croûtes épidermiques molles. Les tubercules étaient groupés circulairement et teintés de la couleur de la chair de jambon.

Outre cette syphilide tuberculeuse, il y avait à la cuisse gauche une tumeur faisant une saillie de la grosseur d'une amande de noisette. Cette tumeur, qui s'était développée lentement et sourdement, était molle au centre; la peau qui la recouvrait était d'un rouge violacé, très-amincie. Cette tumeur, adhérente à la peau et libre à sa face profonde, était, à n'en pas douter, une gomme syphilitique.

En troisième lieu, on pouvait constater deux ulcères à bords taillés à pic, d'une profondeur d'un bon centimètre. L'un d'eux, large comme une pièce de cinquante centimes, siégeait à la jambe gauche, près de la tête du péroné. L'autre, beaucoup plus étendu, de la largeur de la paume de la main, se trouvait au-dessous et en dehors du mollet; il était aussi profond que le précédent, mais sa forme dentelée et l'inégale profondeur de ses différentes parties montraient qu'il n'était que le résultat de la réunion de plusieurs ulcères semblables au premier. Le liquide qui en sortait était un peu clair, fluide et sanguinolent.

Nous avions à faire ici à des ulcères consécutifs, à des gommes déjà détachées. Ces ulcères étaient bien évidemment des ulcères syphilitiques et non pas des ulcères scrofuleux. Le diagnostic différentiel en fut établi sur les signes suivants. Ces ulcères avaient été longs à se former; ils occupaient une région très-limitée et se détachaient nettement des tissus voisins. La suppuration avait été d'abord centrale, et ce n'est que peu à peu que l'ulcère avait gagné les bords de la tumeur. Les bords étaient taillés à pic et encore indurés. Le pus était sanieux, liquide, sanguinolent, mais transparent. Ils étaient entourés d'un cercle rouge cuivré.

Le diagnostic s'établissait donc ainsi : syphilis datant de deux ans, caractérisée actuellement par deux groupes de tubercules syphilitiques; une tumeur gommeuse; un ulcère gommeux et un autre ulcère consécutif à l'élimination de plusieurs gommes.

En outre, on pouvait constater des adénopathies indolentes aux régions inguinale, axillaire, cervicale et mastoïdienne, enfin de l'impétigo du cuir chevelu.

Les antécédents déplorables de cette pauvre fille permettaient de comprendre comment chez elle la syphilis avait pris un aspect pour ainsi dire scrofuleux. C'est-à-dire que ce qui frappait, c'était l'abondance des adénopathies, la forme de l'impétigo et les ulcères.

Il fut bien établi toutefois que tous ces accidents étaient bien sy-

(1) Les vues qui viennent d'être émises, relativement au rôle de l'altération des cellules nerveuses dites motrices, dans la pathogénie de l'atrophie musculaire progressive, de la paralysie infantile, de la myélite aiguë centrale, et en général de toutes les amyotrophies de cause spinale, ont été exposées dans une leçon que j'ai faite à la Salpêtrière, en juin 1868. Compar. Hayem. *Archiv. de physiologie*, 1869, p. 263. — Charcot et Joffroy, *id.*, p. 756. — Duchenne (de Boulogne) et Joffroy, *id.*, 1868. — Ces vues ont été utilisées dans l'ouvrage récent de M. Hammond. — *A Treatise on Diseases of the nervous system*. Sect. IV. *Diseases of nerve cells*. p. 683. New-York, 1871.

(1) Suite. — Voir le dernier numéro.

philitiques et non pas scrofuleux, et je pensai seulement que si la syphilis avait pris cette forme, on devait l'attribuer à l'état cachectique de la malade.

Le traitement était difficile. Le mercure en pareil cas me semblait nécessaire, mais il fallait, à mon avis, en donner le moins possible, pour ne pas fatiguer une économie déjà si éprouvée. Je pensai qu'en pareil cas, le mieux était de faire absorber le mercure par les plaies, de manière que les parties malades reçussent tout le mercure qui pénétrait dans l'organisme. C'est pour cette raison que j'ordonnai de panser les plaies avec de l'emplâtre de Vigo.

J'avais déjà acquis, par des expériences antérieures, la conviction, que quand on a affaire à des accidents syphilitiques tardifs et circonscrits, on a grand avantage à faire pénétrer le mercure par les parties malades.

On se borna donc à laver les plaies avec du vin aromatique et à les couvrir de sparadrap de Vigo.

L'effet de ce traitement fut des plus satisfaisants. Dès le quatrième jour, il nous fut possible de constater une amélioration considérable dans les ulcères; les bourgeons charnus commencèrent à se développer, les bords ne furent plus à pic, et l'on vit un commencement de cicatrisation à la périphérie.

Au bout de douze jours, l'ulcère le plus petit était complétement guéri.

Au bout de quinze jours, l'ulcère le plus important, qui au début avait la largeur de la main, était aux trois quarts cicatrisé. La guérison était même si avancée, que la malade se mit à se lever et à marcher dans la salle. Nous en fûmes averti par une rougeur érysipélateuse qui apparut autour de l'ulcère, et une destruction d'une partie de la cicatrice. On fit alors observer rigoureusement le repos au lit, et, cinq semaines après, la guérison des ulcères était définitive.

Pendant la durée de ce traitement, la malade n'avait pas de salivation; son appétit et ses forces reprirent promptement, et elle quitta l'hôpital dans un état très-satisfaisant.

Encouragé par ce succès, je me proposai d'employer ce traitement à une prochaine occasion; elle ne se fit pas attendre.

Obs. II. — Peu de temps après, je reçus dans mon service une femme âgée de 40 ans, scrofuleuse, qui portait derrière l'épaule droite une cicatrice provenant d'une ancienne scrofulide; elle en avait d'autres semblables à la tempe et sur le cuir chevelu. Cette femme était atteinte de syphilide depuis deux ans; elle avait eu d'abord des douleurs rhumatoïdes, suivies bientôt de roséole et de boutons au visage. On l'avait traitée dans son pays, pour cette affection, au moyen de l'iodure de potassium.

Elle vint à Paris avec son mari; celui-ci dut aller se faire soigner à l'hôpital du Midi. Quant à elle, elle vit survenir une nouvelle éruption au visage et des plaques dans la gorge.

A son entrée à l'hôpital, elle montre des accidents qui se sont produits peu à peu.

Cette affection, qui est circonscrite, se compose de plusieurs ulcères qui correspondent à ce qu'on décrit sous le nom de syphilide ulcéreuse circonscrite, de lupus syphilitique, et que M. Bazin nomme syphilide tuberculo-ulcéreuse.

Trois de ces ulcères siégent, l'un sur l'épaule droite, le second sur la région lombaire droite, et le dernier sur la partie postérieure à gauche du thorax.

Chacun de ces ulcères est large comme la paume de la main, arrondi en fer à cheval, le centre étant beaucoup moins altéré que les bords.

Il existe des ulcères semblables à la tempe gauche et sur le cuir chevelu.

Je me décide à pratiquer le traitement par l'emplâtre de Vigo; je fais couvrir chaque ulcère d'un morceau de sparadrap de Vigo qu'on renouvelle deux fois par jour, à cause de l'extrême abondance de suppuration que provoque ce mode de pansement. Seulement, comme je tiens à ne pas provoquer une abondante salivation mercurielle et que les surfaces à couvrir sont assez grandes, je ne fais couvrir d'abord que les ulcères du dos. Le mercure ainsi absorbé par la plaie a donné aux gencives un peu d'inflammation et de sécrétion purulente, et pendant que ces ulcères marchaient rapidement vers la cicatrisation, les plaies de la face et du cuir chevelu se modifiaient d'une manière très-favorable, si bien qu'il n'a fallu que peu de temps pour les guérir ensuite par l'application du sparadrap de Vigo.

Ce qui a été frappant dans ce cas, comme dans le précédent, c'est la rapidité avec laquelle les bourgeons charnus se sont développés, la cicatrisation produite et le bon aspect qu'ont pris les ulcères au bout de trois ou quatre jours.

La malade a complétement guéri dans l'espace de deux mois.

En quittant, au mois de novembre dernier, la suppléance du professeur Bouillaud, je fus appelé à remplacer M. Vidal à l'hôpital Saint-Louis, et là je ne manquai pas de mettre à profit l'expérience précédente; je n'ai eu qu'à m'en louer.

J'apporte ici les observations des malades soumis à ce traitement et sortis guéris de l'hôpital.

Ces observations ont été recueillies par mon interne, M. Demeules.

Obs. III. — Le sieur E..., âgé de 36 ans, sculpteur, est entré dans mon service, salle Napoléon, n° 26, le 9 janvier 1870.

Cet homme a contracté un chancre il y a six ans; il a eu dans la même année des plaques muqueuses.

Six semaines avant son entrée à l'hôpital, il a été pris d'une éruption spécifique.

A la paupière supérieure droite, il existe une tumeur, du volume d'une noix, surmontée d'une croûte épaisse, brunâtre, stratifiée.

A la queue du sourcil droit, il existe une tumeur, de la grosseur d'un marron, recouverte d'une croûte brunâtre, noirâtre et dure au centre, jaunâtre et molle à la périphérie. Ces deux tumeurs sont, à n'en pas douter, des tumeurs gommeuses, suppurées et recouvertes de croûtes. Il y en a une semblable à l'avant-bras droit sur le trajet du cubitus. Il en existe trois autres sur les cuisses.

A la partie supérieure et interne de la jambe droite, il y a, en outre, deux bulles de rupia.

Traitement : pansement deux fois par jour avec le sparadrap de Vigo; à l'intérieur, 1 gramme d'iodure de potassium.

Dès le lendemain (10 janvier), les croûtes de la paupière et du sourcil sont tombées, en entraînant comme une sorte de bourbillon. Il reste un ulcère profond, laissant suinter une sanie purulente, visqueuse et mélangée de sang.

Les autres croûtes tombées laissent voir des dépôts blanchâtres ressemblant à des eschares et entourés d'un sillon d'élimination. Au bout de quinze jours, il ne reste plus que des ulcérations superficielles formées par des bourgeons charnus de très-bon aspect. Au bout d'un mois, la face est complétement guérie.

Le 19 février, quarante jours après son entrée, le malade sort complétement guéri; il a pris des forces et de l'embonpoint.

Obs. IV. — Celle-ci est plus concluante encore par la marche lente de la maladie sous l'influence d'autres traitements.

La nommée Ernestine P..., âgée de 24 ans, brodeuse, a contracté, il y a cinq ans, un chancre infectant.

Quatre mois après, elle a vu survenir une éruption pustuleuse occupant les cuisses, les bras et le front.

On la traite par le proto-iodure de mercure; elle met six mois à guérir de son affection.

Six mois après, survient une large ulcération à marche serpigineuse qui occupe le mollet droit.

On la traite par l'iodure de potassium; elle guérit au bout de quatre mois. Deux ans après le début de la syphilis, nouvelle ulcération à marche serpigineuse occupant la partie supérieure du cou. On ne fait pas de traitement interne, on se contente d'appliquer une pommade.

Trois ans après le début, en 1868, survient une syphilide pustulo-crustacée. Des croûtes épaisses, jaunâtres, couvrent le cuir chevelu, les joues, les oreilles, les paupières, etc.

La malade entre à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Hardy.

M. le professeur Hardy lui ordonne des pilules de Sédillot et de l'iodure de potassium. Ce traitement est continué pendant six mois sans amélioration; on y renonce et l'on donne le sirop de Gibert au bi-iodure et à l'iodure de potassium pendant trois mois.

Au bout d'un an de séjour à l'hôpital (septembre 1869), la malade demande sa sortie; les croûtes sont tombées, il ne reste plus que des macules syphilitiques.

Pendant ce temps, une large plaque de syphilide pustulo-crustacée était apparue à la région épigastrique. Au moment de la sortie de la malade, il reste encore sur les bords des croûtes ambrées très-épaisses entourées de petites pustules.

Deux autres ulcères se sont montrés en même temps aux jarrets et n'ont pas guéri; ils sont encore profonds, avec des bords taillés à pic.

Au mois de janvier 1870, la syphilide pustulo-crustacée de la face et du cuir chevelu s'est montrée de nouveau. Elle entre dans mon service, salle Saint-Thomas, n° 51, le 5 février.

Toutes les plaies sont recouvertes de sparadrap de Vigo; les cheveux sont coupés, et une calotte du même sparadrap est appliquée sur le cuir chevelu.

Douze jours après le début du traitement, les ulcères des jarrets sont guéris, les ulcérations du cuir chevelu sont cicatrisées et présentent une peau luisante violacée, une véritable cicatrice.

Au commencement de mars, une nouvelle poussée de tubercules se montre à la lèvre supérieure, avec tendance à l'ulcération; nouvelle application de Vigo; guérison aujourd'hui.

Si l'on compare la résistance que ces affections ont opposée au traitement interne et leur rapide guérison par le sparadrap de Vigo, on ne pourra manquer de voir là un des plus heureux effets de notre méthode.

Obs. V. *Hydrosadénite syphilitique guérie par le sparadrap de Vigo.* — R... (Jean-Baptiste), âgé de 64 ans, entré dans mon service, salle Napoléon, n° 56, le 29 janvier 1870.

Cet homme a contracté, il y a cinq ans, un chancre du filet.

Il est atteint depuis six mois d'une hydrosadénite syphilitique.

Les avant-bras présentent sur le trajet du cubitus de petites tumeurs ulcérées ou recouvertes de croûtes brunâtres, laissant suinter du pus lorsqu'on soulève leur bord.

Même lésion sur la partie antérieure du thorax.

Il y a, en outre, une gomme ulcérée au mollet droit.

Pansement avec le sparadrap de Vigo.

Cinq jours après, les croûtes sont tombées, entraînant de petites eschares; il reste une ulcération cupuliforme, bourgeonnante. Le 20 février, au bout de trois semaines, la cicatrisation est complète.

Obs. VI. *Syphilide pustulo-crustacée guérie par le pansement à l'emplâtre de Vigo.* — L... (Angélique), âgée de 21 ans, blanchisseuse, entre le 19 février 1870 dans mon service, salle Saint-Thomas, n° 43.

Cette fille a été atteinte d'accidents syphilitiques dès l'âge de 18 ans; elle est venue se faire soigner à l'hôpital Saint-Louis, où elle a dû faire un séjour d'un an.

Pendant dix-huit mois, la guérison s'est maintenue.

Six mois avant son entrée à l'hôpital, elle a vu survenir à la cuisse droite un petit bouton, suivi bientôt d'une ulcération à marche serpigineuse. En même temps, une plaque de syphilide crustacée se produisait au niveau du sacrum. Ces accidents ont persisté jusqu'au moment de son admission à l'hôpital.

Nous observons, en effet, au niveau du grand trochanter droit, deux ulcérations arquées, à fond grisâtre, à bords taillées à pic, entourées d'une auréole rouge cuivré.

Ces deux ulcérations forment chacune le quart d'un cercle qui aurait 5 centimètres de diamètre.

La partie ulcérée mesure 2 centimètres en largeur. Le centre de ce cercle est occupé par une cicatrice luisante et violacée. Cette plaie gêne les mouvements de la marche.

Il existe encore une plaque de syphilide pustulo-crustacée au niveau du sacrum.

Le traitement consiste purement et simplement dans l'application de sparadrap de Vigo, sans traitement interne.

Au bout de deux jours, l'ulcère a changé d'aspect, ses bords se sont affaissés et la suppuration est devenue très-abondante.

Au bout de six jours, la cicatrisation s'est faite dans la moitié de l'étendue de la surface ulcérée. Le reste bourgeonne activement. L'amélioration survenue dans la plaie rend la marche bien plus facile.

En même temps, les croûtes qui recouvrent la syphilide de la région sacrée tombent et ne laissent à leur place qu'une simple tache brunâtre.

Au bout de onze jours, les deux ulcères sont presque complétement cicatrisés. Après trois semaines de traitement, tout était fini.

Obs. VII. — Le sieur Pierre B..., employé, âgé de 34 ans, est entré à l'hôpital Saint-Louis, salle Napoléon, n° 10, le 18 janvier 1869.

Ce malade est atteint de syphilis depuis près de six ans.

L'accident primitif a été un chancre phagédénique du prépuce pour lequel il a été traité à l'hôpital du Midi par M. Puche. Le traitement a consisté dans l'administration du proto-iodure de mercure et des ferrugineux.

Après avoir eu de la roséole et des plaques muqueuses, il fut atteint, deux ans après, d'une hémiplégie, pour laquelle il entra à Saint-Louis, dans le service de M. Féréol. Cette paralysie l'a retenu dix mois au lit, mais a fini par disparaître à peu près complétement.

Au mois de janvier 1869, cinq ans après le début de sa syphilis, il rentra à Saint-Louis pour un rupia syphilitique et y fut traité par M. Bazin au moyen de sirop de Gibert. Mais on y a ajouté de l'huile de foie de morue et du vin de quinquina, parce que depuis deux ans le malade tousse et a craché du sang à plusieurs reprises.

Au mois de septembre 1869, lorsque je prends le service, le malade est manifestement phthisique; les deux sommets sont pris de pneumonie caséeuse, surtout le gauche. Le malade a l'aspect cachectique, les membres inférieurs sont œdématiés, le malade porte des traces de syphilides profondes ressemblant à des traces de scrofule.

Il est atteint de rupia syphilitique sur le front; il y a des gommes dans les environs du lobule de l'oreille.

On applique le sparadrap de Vigo sur les ulcères syphilitiques et la cicatrisation s'en fait rapidement; le malade engraisse et a bonne mine; au bout d'un mois les plaies sont guéries et le malade a pris des forces et de l'embonpoint.

Les syphilides tuberculeuses ont perdu de leur importance, les douleurs ostéoscopes qui existaient ont disparu. Le malade est beaucoup mieux; non-seulement ses ulcères ont guéri, mais son état s'est amélioré.

Très-frappé par ces résultats, j'en fis part à mon maître, M. Bazin, le doyen des médecins de l'hôpital Saint-Louis, et je suis heureux de pouvoir dire que M. Bazin a employé ce traitement et en a constaté l'efficacité.

Voici le résumé de cinq observations qui ont été recueillies dans son service par son interne, M. Thorens.

Obs. VIII. — Sarah D..., âgée de dix-neuf ans, entre à la salle Sainte-Foy, n° 20, pour une syphilis.

L'accident initial remonte au mois d'août 1869. En novembre de la même année, apparaissent des syphilides phagédéniques sur un genou et une paupière. M. Bazin emploie d'abord les pansements avec le vin aromatique, le cérat opiacé, le stéarate de fer, sans résultat, bien que la malade prenne à l'intérieur d'abord des pilules de protoiodure, puis du sirop de biiodure.

Sur mon invitation, au commencement du mois de mars, M. Bazin fait panser l'ulcère avec le sparadrap de Vigo; un mois après, la cicatrisation était complète sans qu'il y ait eu trace de salivation.

Obs. IX. — Victorine C..., âgée de quarante-six ans, entre à la salle Sainte-Foy, n° 18, le 14 mars 1870, pour une hydrosadénite syphilitique ulcérée, représentant une syphilis qui date de huit ans.

M. Bazin la soumet au traitement par le sirop biiodure et l'emplâtre de Vigo. Ce traitement lui permet de sortir guérie le 21 avril.

Obs. X. — Le sieur B... (François), âgé de quarante-neuf ans, entre à la salle Saint-Mathieu, n° 26, pour une syphilis datant d'un an. Il est en ce moment atteint d'une syphilide tuberculo-crustacée. M. Bazin le soumet à l'emplâtre de Vigo et au sirop de biiodure ioduré. Au bout d'un mois, le malade est guéri.

Obs. XI. — Le sieur P... (Arsène), âgé de quarante ans, entre à l'hôpital Saint-Louis, salle Saint-Mathieu, n° 50, pour une syphilis ancienne qui en est arrivée aux lésions viscérales. Le malade a subi depuis longtemps le traitement mercuriel.

Il entre à l'hôpital Saint-Louis pour une syphilide généralisée ulcéreuse que M. Bazin désigne par le nom d'impétigo cerclé.

M. Bazin prescrit le sirop de biiodure ioduré et obtient une amélioration lente. M. Bazin prescrit ensuite le pansement par le sparadrap de Vigo, et dès ce moment l'amélioration se fait d'une manière très rapide. La surface à couvrir d'emplâtre étant assez considérable, de la salivation se produit. Cela n'empêche pas le malade de sortir guéri au bout de trois semaines.

A ces onze observations j'en joindrai une douzième; elle m'a été fournie par M. Campenon, interne à l'hôpital des Enfants malades.

M. Campenon, qui était l'année dernière l'un de mes externes à la Clinique, avait été frappé des beaux résultats que j'avais obtenus dans le traitement des syphilides ulcéreuses par le pansement avec le sparadrap de Vigo. Un cas semblable s'étant présenté à son observation, il a appliqué le même traitement, et le succès a couronné sa tentative.

Voici l'observation de M. Campenon.

Obs. XII. *Syphilide tuberculo-crustacée.* — M. X..., âgé de quarante-cinq ans, de bonne constitution, a eu, il y a deux ans environ, une blennorrhagie accompagnée d'ulcération de nature douteuse sur le prépuce.

Depuis cette époque jusqu'au mois d'octobre dernier, il ne remarque aucun changement dans sa santé; cependant il croit se

rappeler une éruption « de points rouges disséminés, vers le printemps 1869. »

Au mois d'octobre 1869, il remarque une sorte de petite boule dure, indolente à la partie externe de la jambe droite vers la tête du péroné; bientôt une autre se montre dans le creux du jarret à la partie inférieure, puis une troisième enfin vers le tiers moyen de la jambe à sa région antéro-externe.

Peu à peu ces petites tumeurs se ramollissent, se perforent, puis elles se couvrent de croûtes qui ne sont détachées que pour être remplacées bientôt par d'autres de même aspect, c'est-à-dire blanc grisâtre, d'aspect corné, irrégulières.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1871.

28. Neveux. Du cancer aigu.
29. Pageot. De l'emploi de la toile vulcanisée dans les affections cutanées.
30. Deshayes. Diverses considérations sur les formes cliniques de la variole.
31. Loranchet. Du muguet.
32. Briand. Considérations étiologiques sur l'épilepsie en général, et particulièrement sur une forme nouvelle dite : Épilepsie traumatique.
33. Putnam. De la graisse neutre et des acides gras.
34. Alison. De l'hydarthrose dans les fractures de la cuisse chez les enfants.
35. Mohammed Hafiz. Étude expérimentale sur la circulation dans les muscles de la vie de relation.
36. Simacourbe. Plaies en séton des parties molles des membres.
37. Fougère. Étude sur l'angine ulcéreuse maligne de nature scrofuleuse.
38. Brémond. Essai sur l'hygiène de l'aliéné.
39. Jardin. De la phthisie pulmonaire chez les vieillards.
40. Isard. Traitement par l'iodoforme de la maladie vénérienne et de quelques accidents secondaires et tertiaires de la syphilis.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments ou autres objets).

Vertiges, siége et causes, par le docteur AMANIEU. In-8°. — Prix : 1 fr. 50 c.

Étude sur le scorbut en général, l'épidémie de 1871 en particulier, par le docteur Paul CHARPENTIER. In-8°. — Prix : 1 fr. 75.

Documents pour servir à l'histoire du seigle ergoté, par le docteur LETEURTRE. In-8°. — Prix : 2 fr. 50 c.

Pronostic et traitement des fractures de jambe compliquées de plaie, par le docteur E. DEMEULES. In-8°. — Prix : 2 francs.

Du service de la pharmacie militaire; son importance, sa situation actuelle. Réformes à introduire dans son organisation, par M. le docteur C. ROUCHER, pharmacien principal de 1re classe en chef à l'hôpital militaire du Gros-Caillou. Paris, 1871, in-8° de 32 pages. — Prix : 1 fr. 25 c.

Des fractures compliquées de la cuisse par armes de guerre, par le docteur de ROALDÈS, ex-chirurgien en chef de la 6e ambulance internationale, etc. In-8°. — Prix : 2 francs.

Revue photographique des hôpitaux de Paris, publiée par les docteurs de Montméja et Bourneville. Numéro de juillet, avec 4 photographies. — Prix : 2 francs.

Traité pratique des maladies des yeux et de la vue, par le docteur J. CARNET, ancien interne des hôpitaux de Paris. 1 vol. in-12 avec figures dans le texte. 3e édition. — Prix : 5 francs.

Traité pratique de laryngoscopie et de rhinoscopie, suivi d'observations, par le docteur MOURA. Ouvrage orné de planches explicatives. 2e tirage. 1 vol. gr. in-8° de 200 pages. — Prix : 4 fr.

Principes de chimie biologique, par le docteur E. HARDY, préparateur de pharmacologie à la Faculté de médecine de Paris, 1 volume in-18 de 500 pages avec figures dans le texte et une planche chromolithographiée représentant l'analyse spectrale du sang. — Prix : 7 francs.

Quelques considérations sur le crétinisme, par le docteur ALEXANDRE NIEPCE. In-8°. — Prix : 1 fr. 75.

Traité élémentaire de pathologie externe, par E. FOLLIN et Simon DUPLAY, professeurs agrégés à la Faculté de médecine. — Tome troisième, fascicule 4 : Maladies du rachis. Maladies des fosses nasales. — Prix : 4 fr. — Prix des trois vol. parus : 37 fr.

Du traitement de la hernie étranglée par aspiration sous-cutanée, par M. le docteur P. AUTUN, ancien élève lauréat de l'école de Dijon, ancien externe des hôpitaux de Paris. — Prix : 1 fr. 50 c.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois. . . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 13 octobre 1871.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Méningo-myélite spinale. — Question de l'accroissement de la température aux approches de la mort dans les affections tétaniques.

Dans le service de clinique médicale de la Charité, fait en ce moment par M. Peter, au n° 4 de la salle des hommes, nous avons vu un malade dont l'affection a été aisée à diagnostiquer. Il a suffi pour cela de l'aspect et d'un mot. Cet homme était couché dans une attitude tout à fait extra-naturelle, dans un décubitus dorso-latéral et suivant une direction oblique, comme un homme qui va tomber et qui ne peut se relever. Il avait, en outre, une énervation de la tête en arrière.

A la première question qui lui a été faite : D'où souffrez-vous? il a répondu : Je souffre de partout.

En l'examinant, on reconnut bientôt que les muscles de la région postérieure du cou étaient le siége d'une contraction permanente, tétanique, qui produisait le renversement de la tête en arrière.

Il en était de même de la plupart des muscles du tronc. Le malade, en s'aidant d'un appui, ne put se mettre sur son séant qu'avec une extrême difficulté et tout d'une pièce (opisthotonos). Les muscles des membres n'étaient point contracturés, mais ils étaient extrêmement affaiblis. Au dynamomètre, la pression de la main droite ne donnait que 3 kilos, et celle de la main gauche 2 kilos seulement.

Le malade se plaignait d'une sensation générale de douleur; tous les nerfs étaient douloureux.

Cet homme, âgé de 43 ans, avait fait la moisson, il avait travaillé de 16 à 18 heures par jour, exposé à toutes les intempéries et à toutes les vicissitudes atmosphériques, à l'insolation et aux températures extrêmes du matin, du jour et du soir. C'est sous cette double influence d'un travail excessif et d'une insolation prolongée alternant avec l'abaissement de la température du matin et du soir, qu'il était tombé malade. Sa maladie avait débuté par des douleurs vives dans la région des reins, puis il s'était senti pris de l'impuissance de mouvoir la tête et de difficulté pour avaler. Le premier temps de la déglutition, qui a lieu sous l'influence d'un nerf crânien, l'hypoglosse, se faisait bien; mais le deuxième temps se faisait un peu moins bien, et enfin les mouvements de l'œsophage étaient très-difficiles. La pression exercée sur les apophyses épineuses et transverses était très-douloureuse.

Passant en revue les diverses éventualités également graves qui pouvaient se présenter chez ce malade, propagation de l'irritation au cerveau et développement d'une méningite cérébro-spinale, ou progression constante de l'affection méningo-spinale devant entraîner consécutivement l'asphyxie et la mort, M. Peter s'est livré au sujet de ce malade à des considérations physiologico-pathologiques pleines d'intérêt. Nous ne voulons nous arrêter pour le moment que sur un seul point, sur le fait de l'élévation graduelle de la température que l'on observe habituellement dans ces cas, quelques moments avant et même après la mort, élévation de température due à cette circonstance que le travail de sanguification est enrayé.

Ce fait avait déjà été étudié par M. Peter à l'occasion d'un cas de contracture du diaphragme chez un sujet atteint de la rage.

On sait que, d'après une observation de Wunderlich, confirmée depuis par des expériences et par des observations semblables, la température du corps s'élève considérablement dans le tétanos, et que cette élévation de température va graduellement croissant jusqu'au moment de la mort. M. Peter a constaté, de son côté, dans un cas de tétanos, que la température s'était, en effet, considérablement augmentée dans les dernières heures de l'existence.

Cette élévation de la température aux approches de la mort n'est pas seulement propre au tétanos; on l'observe aussi dans certains cas très-graves de névroses, telles que l'épilepsie, l'éclampsie, l'hystérie; mais jamais dans ces divers cas la température n'a été aussi élevée que dans le tétanos.

Cette remarque de Wunderlich a été confirmée par des observations de Leyden, qui a donné de ce fait l'explication suivante :

« Il résulte, dit-il, des expériences de J. Béclard, que la contraction musculaire produit un double résultat : 1° un mouvement, 2° de la chaleur; or, si pour une contraction donnée le mouvement est minimum, la chaleur doit être maxima. Eh bien, ces conditions sont réalisées dans le tétanos, et généralement dans la convulsion tonique, où la contraction musculaire est excessive et le mouvement produit nul. Dans ces cas, il doit donc y avoir, comme conséquence dernière de la contraction, élévation de la température. Et c'est ce qu'on trouve en effet. »

M. Peter fait à cette théorie de Leyden les objections suivantes : dans tous les cas de tétanos où la température a été notée, ce n'est que pendant les dernières heures de l'existence que la température générale s'est beaucoup élevée, et c'est notamment aux approches de la mort qu'elle a été maxima, pour s'élever encore durant la demi-heure qui a suivi le dernier battement cardiaque. Si la contraction tonique, qui constitue essentiellement le tétanos, était la cause exclusive et toute mécanique de l'élévation de la température générale, cette élévation devrait être observée au bout de quelques heures de tétanos, et ultérieurement pendant toute la durée de celui-ci. Or, c'est ce qui n'est pas.

Ainsi, dans une première observation de Wunderlich, le tétanos dura six jours, et pendant les quatre premiers la température resta sensiblement normale; ce n'est que le cinquième qu'elle commença à augmenter d'une façon peu notable; tandis que c'est le sixième, jour de la mort, qu'elle s'éleva avec rapidité et intensité, pour atteindre au moment de la mort une température supérieure à toutes les températures fébriles, et la dépasser encore dans la demi-heure qui suivit la mort.

Dans une deuxième observation du même auteur, également relative à un cas de tétanos, pendant trois jours la température ne s'élève pas sensiblement; dans le cours du quatrième jour, elle s'accroît lentement; dans le cours du cinquième, elle augmente encore, ainsi que dans le sixième et le septième; puis dans la matinée du huitième jour, qui fut celui de la mort, en moins de cinq heures la chaleur s'accroît encore, pour acquérir son maximum dans le quart d'heure qui suit la mort.

S'appuyant sur ces faits et d'autres semblables, M. Peter a proposé à son tour la théorie physiologique suivante :

1° En premier lieu, il admet que l'élévation de la température est due à l'asphyxie, ces deux termes élévation de la température et asphyxie étant en corrélation incontestable;

2° Il pense, en second lieu, que dans cette élévation de la température par l'asphyxie, il n'y a pas production plus grande de chaleur, mais accumulation de la chaleur produite.

Voici comment il croit pouvoir le démontrer :

1° Le sang veineux qui se rend du cœur droit aux poumons est plus chaud que le sang artérialisé, qui retourne des poumons au cœur gauche; ce qui revient à dire que le sang se refroidit dans son passage à travers les poumons, et qu'il se refroidit parce qu'il échange de l'acide carbonique à la température du corps humain pour de l'oxygène à une température plus basse, et aussi en raison de l'évaporation qui s'effectue à la surface des voies respiratoires;

2° Mais, ajoute M. Peter, dans l'asphyxie, l'air pénétrant de moins en moins dans les vésicules pulmonaires, cet échange de gaz et cette exagération ne s'effectuent que d'une façon de plus en plus incomplète, d'où il suit que le refroidissement du sang est de plus en plus faible dans les poumons; de sorte que le sang qui retourne alors de ces organes au cœur gauche n'est plus refroidi autant que dans l'état normal des fonctions pulmonaires;

3° Cependant les combustions moléculaires qui s'effectuent dans le reste de l'organisme, à l'aide de l'oxygène dès longtemps existant dans le sang, continuant à s'effectuer, le sang veineux continue de s'échauffer; de sorte qu'il arrive toujours dans le cœur droit un sang échauffé par ces combustions interstitielles. C'est-à-dire qu'il y a, d'une part, persistance des combustions organiques, et d'autre part, cessation graduelle du refroidissement pulmonaire, d'où comme résultante l'élévation de la température du sang.

Ainsi se trouverait expliqué, suivant M. Peter, ce paradoxe pathologique d'une température graduellement croissante avec une surface d'absorption de l'oxygène graduellement amoindrie.

Petite tumeur inflammatoire péritesticulaire due à l'inflammation blennorrhagique d'un *vas aberrans*.

Dans le service de M. Gosselin se trouvait, il y a quelques semaines, un jeune homme de 19 à 20 ans, qui, dans le cours de la troisième semaine d'une blennorrhagie, avait senti apparaître au côté gauche du scrotum un gonflement assez douloureux pour gêner la marche et inquiéter le malade.

M. Gosselin constata, en effet, une tumeur grosse à peine comme une noisette, un peu irrégulière à la surface, douloureuse à la pression, qui se sentait sous la peau, en dessus du testicule, et qui se continuait par un pédicule petit jusqu'au voisinage de l'épididyme et de l'origine du canal déférent. En raison du peu d'ancienneté de la maladie, de la rareté du phlegmon simple dans cette région, de l'absence des symptômes habituels de cette maladie, comme la rougeur, l'empâtement; en raison d'ailleurs de l'absence de connexion avec l'urèthre, ce qui eût pu faire songer à l'inflammation blennorrhagique d'une glande de Cowper, M. Gosselin émit l'opinion qu'il s'agissait ici, comme dans un cas qu'il avait observé en 1869, d'une inflammation limitée à l'un de ces conduits diverticulaires anormaux, [parfois enroulés au voisinage de leur cul-de-sac terminal, qui se continuent avec l'épididyme, et que Haller a fait connaître sous le nom de *vas aberrans*. Il n'est pas impossible que l'inflammation, partie de l'urèthre, se localise dans ce petit conduit, au lieu d'envahir tout l'épididyme. La marche ultérieure de la maladie a paru confirmer ce diagnostic, car après une huitaine de jours, pendant lesquels le malade, soumis au copahu et au cubèbe, avait gardé le repos et mis des cataplasmes sur la petite tumeur, celle-ci avait disparu complétement. Un phlegmon simple, et à plus forte raison une tumeur de toute autre nature, ne se serait pas effacé aussi vite.

Gangrène sèche de l'avant-bras produite par un appareil compressif.

A l'hôpital Saint-Antoine, M. Tillaux a eu affaire, il y a quelques temps, à un fait d'un haut intérêt pratique et de nature à frapper vivement l'esprit des jeunes chirurgiens. Il s'agissait d'une petite fille de douze ans atteinte de gangrène sèche de la main et de l'avant-bras, moins le quart supérieur. Le membre était complétement momifié; la peau, d'un noir de charbon, était collée sur le squelette, et un large et profond sillon séparait les parties vivantes de la partie morte. Cette enfant avait été atteinte quelques jours auparavant d'une fracture de l'avant-bras pour laquelle on avait employé un appareil se composant de deux attelles et d'une bande.

Dès la nuit qui suivit l'application de l'appareil, l'enfant éprouva de vives douleurs, et la mère consultant de nouveau le médecin, celui-ci fut d'avis de maintenir les choses dans le même état. Les douleurs persistèrent et devinrent telles que l'enfant ne goûtait de repos ni jour ni nuit et troublait de ses cris les habitants de sa maison. Le quatrième jour la mère s'aperçut que le bout des doigts était noir; néanmoins on conseilla de maintenir l'appareil, et ce ne fut que le treizième jour que la compression fut enlevée. La gangrène alors était complète et étendue aux points que nous avons signalés plus haut.

M. Tillaux a profité de cette circonstance pour rappeler aux élèves tous les dangers d'une compression circulaire établie sans précaution sur un muscle atteint de fracture. Lorsque le membre fracturé est l'avant-bras et que le sujet est un enfant, il faut encore redoubler de vigilance, car une compression, même légère, faite avec des attelles de bois, interrompt facilement la circulation dans les artères radiale et cubitale et détermine une gangrène rapide.

L'enseignement pratique qui ressort de ce fait est qu'il faut lever l'appareil de fracture tous les jours au début, surtout lorsque l'on applique une bande circulaire. Des bandelettes de diachylon, espacées l'une de l'autre, conviennent beaucoup mieux dans ces cas, puisqu'elles permettent de surveiller à chaque instant l'état de la peau; de plus, aussitôt qu'un malade se plaint d'éprouver une douleur vive au-dessous d'un appareil quelconque, il faut immédiatement l'enlever, car 24 heures suffisent à produire une plaque de gangrène assez étendue.

Considérant que le travail de séparation des parties molles était complétement effectué, que le squelette seul établissait la continuité entre les parties mortes et les parties vivantes, que l'enfant était toujours en proie à de vives douleurs, produites principalement par les tractions exercées sur la plaie par l'avant-

bras sphacelé, M. Tillaux proposa à la mère de compléter l'amputation à l'aide d'un simple trait de scie, mais, dans le vain espoir de conserver encore la main de son enfant, la mère s'y est refusée.

EXOSTOSE DE L'ORBITE. — ABLATION. — GUÉRISON

Par le docteur LETENNEUR.

Mme D..., âgée de 40 ans, est venue me consulter en 1858 pour une tumeur qu'elle avait à l'angle interne de l'œil gauche. Cette tumeur, dont l'existence remontait déjà à plusieurs mois, était placée assez profondément pour que sa présence ne pût être constatée qu'au moyen du toucher; la vue ne faisait reconnaître qu'un léger soulèvement dans le point correspondant.

Cette tumeur, grosse comme une noisette, avait une dureté osseuse; elle était immobile et semblait avoir son point d'implantation sur l'os unguis. Les parties molles qui la recouvraient n'avaient contracté avec elle aucune adhérence; la vue n'était pas troublée, les mouvements de l'œil étaient faciles; enfin il n'y avait pas de douleurs. Je conseillai l'expectation. Cependant, par prudence, et malgré l'absence de tout symptôme syphilitique, je prescrivis l'iodure de potassium et je recommandai à Mme D... de venir me voir de temps en temps. Les progrès du mal furent lents, mais continus; la tumeur se développa en haut et en bas, perdant peu à peu de sa forme primitive, qui était globuleuse; elle parut bientôt bilobée, présentant au milieu une rainure correspondant au tendon de l'orbiculaire des paupières.

En bas, l'exostose semblait se confondre avec l'os maxillaire; en haut, à mesure qu'elle progressait, elle semblait faire corps avec le coronal.

Pendant longtemps l'œil n'a pas été trop gêné; les paupières seulement étaient un peu bridées; il n'y avait pas de larmoiement.

Mais il arriva un moment où l'exostose ayant pris un grand développement, le globe de l'œil fut repoussé en dehors et pressé contre la paroi externe de l'orbite; les mouvements de l'œil devinrent très-bornés, son axe fut dévié, il y eut un strabisme divergent et, par suite, de la diplopie.

Il n'y avait point d'exophthalmie, ce qui prouvait que la tumeur n'avait point envahi le fond de l'orbite. La fosse nasale correspondante ne paraissait point non plus comprimée.

Enfin cet état s'aggrava dans l'été de 1859. A la diplopie se joignit un affaiblissement de la vue; la tumeur faisait à l'angle interne de l'œil une saillie choquante; la conjonction s'enflamma, il survint un larmoiement continuel, suite probable de la compression et de l'oblitération du sac lacrymal.

Quelques temps après, un abcès se forma au niveau de la tumeur et s'ouvrit à un centimètre au-dessous du grand angle de l'œil.

C'est alors que Mme D... comprit la nécessité de se soumettre à une opération, et vint me trouver dans ce but au mois de novembre 1859.

L'opération fut pratiquée en présence de nos confrères, MM. Patoureau, Viaud-Grandmarais et Patry.

Une incision demi-circulaire, commençant au-dessus du sourcil, passait sur le côté du nez et, se terminant en bas, vers le milieu de la paupière inférieure, circonscrivit la moitié interne de l'orbite. Le tendon de l'orbiculaire fut détaché de son insertion, les parties molles coupées jusqu'aux os et tout le lambeau, y compris le périoste, fut décollé de la surface de la tumeur et rejeté en dehors. Ce temps de l'opération fut très-facile et mit l'exostose entièrement à nu; elle paraissait très-solidement fixée aux os.

La pointe d'un perforateur fut portée successivement à un centimètre d'intervalle sur toute la ligne, où la tumeur paraissait confondue avec la paroi interne de l'orbite; puis, au moyen d'une petite gouge et d'un maillet, je commençai à isoler la tumeur et à frayer la route à un levier, au moyen duquel je terminai l'opération.

La tumeur se brisa sous l'effort de l'instrument, et le tiers supérieur fut d'abord enlevé.

La partie qui restait s'étendait profondément, et je ne pus l'extraire qu'en amenant au devant d'elle le globe de l'œil qui, du reste, n'a pas souffert de l'effort auquel il a été soumis et qui a repris immédiatement sa place et ses fonctions.

La plaie des parties molles fut réunie par une suture entrecoupée au moyen de fils d'argent, et une compresse, imbibée d'eau froide, constitua tout le pansement.

L'examen de la tumeur démontra qu'elle avait son point de départ et sa base osseuse dans l'os unguis et dans la partie voisine de l'os planum; les lamelles osseuses, qui faisaient corps avec la tumeur, furent enlevées avec elle, de sorte que la paroi interne de l'orbite, dans une partie de son étendue, manquait de squelette et était formée par le lambeau périosté et par la muqueuse ethmoïdale.

Au niveau du coronal et du maxillaire, l'exostose, qui semblait faire corps avec ces os, ne leur était réellement unie que par une couche périostique très-serrée.

Cette tumeur, inégalement bosselée sur toute sa surface, ressemble assez exactement à ces productions verruqueuses qui se forment souvent sous l'écorce de l'ormeau; elle présente entre les bosselures des sillons plus ou moins profonds; le principal correspondait au tendon de l'orbiculaire, pour lequel il formait une sorte de poulie de renvoi.

Le plus grand diamètre est dirigé de haut en bas, il mesure 34 millimètres; la portion supérieure, qui s'est séparée pendant l'opération, a, d'avant en arrière, 28 millimètres; la portion inférieure a, dans le même sens, 30 millimètres; enfin l'épaisseur, c'est-à-dire le diamètre, de dehors en dedans, a 20 millimètres.

Cette exostose est formée d'une couche mince de tissu compacte et, dans l'intérieur, d'un tissu spongieux généralement assez dense.

Après l'opération, il n'y eut pas d'accident et la plaie se réunit par première intention; il y a eu un peu de suppuration profonde pendant une dizaine de jours, et le meilleur moyen de vider le foyer était de faire moucher la malade. Du reste il n'y a pas eu de communication entre la plaie et la fosse nasale; le phénomène que je viens d'indiquer tenait uniquement au refoulement de la muqueuse nasale dans le point où le squelette de l'orbite faisait défaut.

Il est resté pendant deux mois un léger larmoiement qui se produisait surtout sous l'influence du froid et du vent. Ce petit accident a disparu entièrement, et il ne reste d'autres traces de l'opération qu'une cicatrice linéaire à peine visible, puisqu'elle se trouve cachée en haut par le sourcil et confondue en bas dans les plis de la paupière.

TABLETTES DU MÉDECIN-LÉGISTE.

XXVIII

Art de guérir, remède secret. — 1° et 2° *Caractères, formule, publication scientifique, brevet d'invention*; — 3° *Appréciation, cassation*; — 4° *Thé Chambord*; — 5° *Annonce, pharmacien.* — Lorsque la formule d'un remède ne figure ni dans le Codex, ni parmi les préparations achetées par le Gouvernement ou approuvées par l'Académie de médecine, les pharmaciens ne peuvent composer d'avance ces remèdes et les tenir dans leurs officines sans se mettre en contravention aux dispositions des art. 32 et 36 de la loi du 21 germ. an II, relatives aux remèdes secrets (Décr. 3 mai 1850, art. 1er).

Il en est ainsi alors même que cette formule serait publiée dans des ouvrages de médecine ou de pharmacie, ou que son auteur en aurait fait l'objet d'un brevet d'invention, ce brevet étant d'ailleurs dépourvu de valeur légale (L. 5 juillet 1844, art. 3).

Le juge correctionnel apprécie souverainement si une préparation pharmaceutique est un similaire d'une préparation inscrite au Codex, ou si elle doit, comme en différant essentiellement, être qualifiée de remède secret.

Le thé Chambord, dont la composition serait à tort considérée comme se rattachant à celle des thés vulnéraires purgatifs du Codex, est un remède secret (Rés. par la Cour impériale).

Les peines édictées contre ceux qui annoncent ou vendent des remèdes secrets sont applicables aux pharmaciens comme à tous autres, si ce n'est même mieux encore (L. germ. an II, art. 32 et 36; Dalloz, Cf. 1868, 1er cahier, 1re partie; Cour de cassation, p. 44).

DOCUMENTS

POUR SERVIR A L'HISTOIRE DU MOUVEMENT SCIENTIFIQUE PENDANT LE SIÈGE DE PARIS (1).

17 FÉVRIER

Du traitement de la syphilide ulcéreuse circonscrite par le sparadrap de Vigo.

(Suite et fin.)

Entourées au début d'un cercle « d'inflammation », le malade continuant à marcher et à se livrer à ses occupations qui le tiennent debout une partie de la journée, ces ulcérations deviennent bientôt indolentes par le repos, mais conservent leur caractère et tendent à augmenter surtout en profondeur.

Au mois de janvier, ces ulcérations apparaissent à bord à pic, taillé à l'emporte-pièce; elles sont rondes, à fond grisâtre, entourées d'un liséré rouge cuivre, ou plutôt rappelant la teinte du jambon; ses bords sont durs; la plus petite a la dimension d'une pièce d'un franc; la plus large atteint environ celle d'une pièce de deux francs; leur profondeur est d'environ un demi-centimètre.

Rien à la jambe gauche.

Sur les cuisses, sur les jambes, mais moins, et aussi sur le tronc, des taches de la forme d'une lentille, de teinte rouge brun, ne disparaissant pas sous la pression.

Quelques ganglions inguinaux.

Rien du côté de la gorge ni du cuir chevelu.

Il n'y avait pas encore eu de traitement, à moins de considérer comme tel des applications de cataplasme ou d'alcool selon le caprice du jour, et aussi quelques pots de houblon.

Panser les plaies deux fois par jour avec emplâtre de Vigo.

Les laver avec du vin aromatique.

Pas de traitement interne.

Guérison complète en trois semaines. « Le malade voyait marcher la cicatrisation. » Depuis deux mois, il a vu la cicatrice se maintenir parfaite, quoique depuis six semaines il ait repris ses occupations.

La teinte grisâtre et cuivrée des macules s'est sensiblement amendée.

Pas de salivation.

Pour ne rien ôter de sa valeur à cette méthode et la montrer telle qu'elle est en réalité, je ferai connaître également un cas où elle a échoué.

OBS. XIII. — Le sieur Emile F*** entre à l'hôpital Saint-Louis, salle Saint-Matthieu, n° 26, dans le service de M. Bazin. Ce malade, qui a eu un chancre il y a trois ans, est atteint aujourd'hui de paraplégie, de gommes et d'une syphilide ulcéreuse (l'hydrosadénite syphilitique). Le malade a été traité antérieurement à l'hôpital du Midi par M. Liégeois à l'aide de quatre injections sous-cutanées par jour faites avec la solution de sublimé.

Le 28 février on commence l'usage de l'emplâtre de Vigo et du sirop de biiodure. Ce traitement, continué pendant un mois, n'a pas donné de résultat. On retourne au pansement simple. Ce malade est encore en traitement.

En résumé, treize malades atteints de syphilide ulcéreuse ont été traités par le sparadrap de Vigo.

(1) Suite. — Voir le dernier numéro.

Ces malades ont présenté les trois formes particulières à cette sorte de syphilide. En effet, sur treize cas nous trouvons la syphilide gommeuse arrivée à la période d'ulcération ou, comme l'appelle M. Bazin, l'hydrosadénite syphilitique cinq fois, la syphilis tuberculo-ulcéreuse cinq fois, et la syphilis pustulo-crustacée trois fois.

On sait que ces affections, en général circonscrites et tardives, résistent au traitement interne, surtout au protoiodure et au sublimé, et qu'elles ne sont guère améliorées que par le sirop de Gibert, qui contient, pour 1,000 grammes, 0,40 de biiodure de mercure et 20 grammes d'iodure de potassium. On peut voir qu'une de nos malades, entre autres celle qui fait le sujet de l'observation n° 4, a été traitée sans succès pendant six mois par l'iodure de potassium et les pilules de Sédillot, c'est-à-dire par des pilules qui contiennent de 5 à 8 centigrammes de mercure métallique. On sait que ces affections résistent encore activement aux préparations iodurées, c'est-à-dire à l'iodure de potassium donné à l'intérieur avec ou sans application de teinture d'iode sur la plaie.

Par notre méthode, la guérison est survenue douze fois sur treize, et elle a été obtenue dans un temps relativement très-court; quatre fois en trois semaines; quatre fois en un mois; une fois en cinq semaines; une fois en six semaines; une fois en deux mois; une fois en trois mois, chez la malade dont la guérison avait exigé une année par le traitement de M. Hardy pour une affection semblable.

J'ajouterai que cette méthode a un autre avantage, c'est qu'elle amène une grande amélioration presque immédiatement, et que par conséquent les malades l'acceptent avec plaisir.

Je conclus en disant : Je crois que, quand on a affaire à des syphilides circonscrites et ulcéreuses, à des syphilides tardives qui, en général, résistent si longtemps au traitement interne, il faut faire un traitement dans lequel tout le mercure qui entre dans l'organisme pénètre par les ulcères.

Le sparadrap de Vigo est pour ce traitement d'un usage très-facile. Les malades peuvent se panser eux-mêmes sans aide; il leur suffit d'appliquer sur leurs ulcères du sparadrap de Vigo, qu'ils enlèvent deux fois par jour, à cause de l'abondance extrême de suppuration que provoque cet emplâtre.

Je leur conseille en outre de laver chaque fois la plaie avec du vin aromatique et de débarrasser les bords de la plaie des fragments d'emplâtre qui peuvent y adhérer; il suffit pour cela de faire alentour des frictions avec de la ouate imbibée d'un peu d'huile d'amandes douces.

Il y a là, à mon avis, une ressource précieuse pour la thérapeutique, si l'on veut bien ne pas oublier que, malgré les moyens ordinaires, ces ulcères tendent à s'agrandir et surtout à s'éterniser.

Je me garde bien, comme on peut le voir, de faire du sparadrap de Vigo le remède de tous les accidents de la syphilis; je ne fais que proposer son application toute spéciale pour une forme déterminée de syphilis, et je serais heureux de connaître pour chaque affection syphilitique en particulier un moyen aussi efficace.

18 FÉVRIER

Nécrologie. — La chirurgie parisienne vient de faire une grande perte dans la personne de M. le docteur Cocteau, chirurgien des hôpitaux et agrégé à la Faculté de médecine. Surmontant courageusement les souffrances d'une affection de poitrine qui minait sa constitution depuis deux ans, le docteur Cocteau a usé ses dernières forces au service des blessés de l'hôpital Saint-Antoine, et, après avoir déployé pendant plusieurs mois le dévouement le plus admirable, il vient de succomber à cet excès de travail. Un grand nombre de médecins et de chirurgiens des hôpitaux, de docteurs, de prosecteurs et d'aides d'anatomie ont accompagné à sa dernière demeure le corps de ce jeune et savant praticien qu'entourait l'estime générale et qui laisse des regrets unanimes.

Le conseil général des hospices était représenté par son président, M. Broca, son secrétaire, M. Siredey, et par MM. les docteurs Verneuil et Potain; l'administration, par MM. Mœring, agent général des hospices, et Guy, directeur de l'hôpital Saint-Antoine; le corps médical des hôpitaux, par MM. les docteurs Gustave Monod, Lorain, Mesnet, L. Labbé, Tarnier, Guyot, Lannelongue, Dubreuil, Meunier, Gombaut, Bouchard. Deux discours ont été prononcés : par M. Siredey, au nom du conseil général; par M. Lorain, au nom des agrégés de la Faculté de médecine.

19 FÉVRIER

Ambulances. — L'ambulance des chemins de fer de l'Ouest (place du Havre) était placée sous la direction chirurgicale de M. le docteur Labbé. Le service médical était représenté par MM. Giboin, Baudot, Bergier, Foley, Lanquetin et Piberet.

Du 25 septembre 1870, jour où l'ambulance a été ouverte, jusqu'à ce jour 18 février 1871 :

Admis : malades, 79; blessés, 75. Total, 154.

Guéris et rendus à l'Etat-Major de la place pour rentrer à leurs corps : malades, 73; blessés, 75. Total, 115.

Décédés: malades, 3; blessés, 11. Total, 14.

Restent à l'ambulance aujourd'hui 18 février 1871 : malades, 3; blessés, 22. Total, 25.

Total général, 154.

— De son côté, l'ambulance de l'école des Beaux-Arts a reçu jusqu'au 2 février 1871, 114 personnes dont 40 blessées.

Sur ce nombre, on compte 8 morts parmi les malades et 3 parmi les blessés.

En résumé, sont sortis guéris : 40 malades ou blessés; 22 blessés ou malades ont été évacués en convalescence. Restent à l'ambulance, le 3 février 1871, 22 malades, 14 blessés

19 FÉVRIER

Assistance publique. — Le gouvernement de la défense nationale,

Considérant que le décret du 29 septembre dernier, portant réorganisation de l'assistance publique à Paris et dans le département de la Seine, n'a constitué le conseil général des hospices qu'à titre

provisoire, et qu'aux termes de l'article 9 le principe électif doit être la base de l'organisation définitive de ce conseil,

Décrète :

Art. 1er. Le conseil général des hospices sera désormais composé ainsi qu'il suit :

Deux membres du conseil municipal de Paris, élus par le conseil;

Deux maires ou adjoints d'arrondissement, élus par leurs collègues des vingt arrondissements municipaux;

Un maire ou adjoint de l'arrondissement de Saint-Denis, élu par ses collègues de l'arrondissement;

Quatre administrateurs des comités d'assistance des arrondissements municipaux de la ville de Paris, élus par leurs collègues;

Deux administrateurs des bureaux de bienfaisance des arrondissements de Sceaux et Saint-Denis, élus par leurs collègues, à raison d'un par arrondissement;

Deux médecins des hôpitaux et hospices de la ville de Paris, élus par leurs collègues;

Deux chirurgiens des hôpitaux, élus par leurs collègues;

Un professeur de la Faculté de médecine de Paris, élu par la Faculté;

Un médecin élu par la réunion des médecins des bureaux de bienfaisance de la ville de Paris;

Un membre de la cour de cassation, élu par la cour.

Un conseiller d'Etat ou un maître des requêtes, élu par le conseil;

Un membre de la chambre de commerce,

Un membre de la chambre des notaires,

Un membre du conseil des prud'hommes, élu par ses collègues;

Quatre membres n'appartenant à aucune des catégories ci-dessus indiquées, et qui seront choisis, à la majorité des voix, par le conseil général, composé comme il vient d'être dit.

Art. 2. Les membres du conseil sont renouvelés par tiers tous les ans.

Art. 3. Le conseil est présidé par le préfet de la Seine, et, à son défaut, par un vice-président, élu tous les ans par le conseil.

En cas de partage, la voix du président est prépondérante.

Le secrétaire général de l'administration remplit les fonctions de secrétaire du conseil.

Art. 4. L'agent général des hospices assiste de droit aux séances du conseil général, auquel il fait rapport de toutes les affaires.

Art. 5. L'agent général des hospices a sous ses ordres tout le personnel de l'administration centrale de l'inspection et celui des établissements.

Les employés de tout grade, tant de l'administration centrale que de l'inspection et des établissements, sont nommés par le préfet, sur la proposition de l'agent général et l'avis du conseil général.

L'agent général a la nomination des surveillants et gens de service.

Art. 6. La direction du service des secours à domicile dans la ville de Paris et dans les communes du département de la Seine est attribuée au conseil général des hospices et à l'agent général. Un arrêté préfectoral règlera l'organisation du service.

Art. 7. Le membre du gouvernement délégué à l'administration du département et à la mairie de Paris est chargé de l'exécution du présent décret.

Fait à Paris, le 18 février 1871.

GÉNÉRAL TROCHU, GLAIS-BIZOIN, JULES FERRY.

20 FÉVRIER

Académie des sciences. — L'Académie tient séance.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 20 février 1871. — Présidence de M. FAYE.

MÉMOIRES ET COMMUNICATIONS DES MEMBRES ET DES CORRESPONDANTS DE L'ACADÉMIE.

M. CHEVREUL, en apprenant à l'Académie qu'il vient de recevoir une lettre du maréchal Vaillant et une autre de Mme Berzelius, s'exprime comme il suit :

Je suis chargé par M. le maréchal Vaillant de le rappeler au souvenir de ses confrères. Malheureusement je m'acquitte d'une mission déjà ancienne, car sa lettre est datée du 20 de septembre 1870, et je ne l'ai reçue qu'avant-hier; sa santé alors était excellente. Il sera heureux, dit-il, de reprendre sa place au milieu de ses confrères.

L'Académie trouvera bon, sans doute, que je lui dise quelques mots d'une lettre que j'ai reçue ce matin même de Stockholm, à la date du 6 de février. Elle témoigne qu'il existe encore au delà de nos frontières des cœurs qui sympathisent avec les nôtres, et que les souvenirs de plusieurs membres de cette Académie ne sont point oubliés de la veuve d'un de nos plus illustres associés étrangers, feu le baron de Berzelius.

La lettre dont je parle est de la main d'une femme digne de son nom, qui n'oublie pas l'accueil qu'elle a reçu à Paris, ni les amis de son mari; elle appartient bien au pays qu'on appelle la *France du Nord*.

Note sur le service météorologique de l'Observatoire de Paris. — M. DELAUNAY. Le service météorologique international établi depuis plusieurs années à l'Observatoire de Paris a acquis, comme on sait, une très-grande importance. Au moment de l'investissement de la capitale, on a dû prendre les mesures nécessaires pour assurer autant que possible la continuation de ce service. Une partie du personnel qui en est chargé a quitté Paris pour suivre la délégation du Gouvernement, d'abord à Tours, ensuite à Bordeaux. Quant aux observations météorologiques qui se font régulièrement à l'Observatoire, elles ont continué à se faire sans interruption.

Depuis cinq mois je n'avais pas de nouvelles de ce qu'était devenu notre service météorologique international. M. Marié-Davy, auquel on doit son organisation scientifique, et qui le dirige avec tant d'habileté et de dévouement, vient de m'écrire pour m'annoncer que le service n'a subi aucune interruption pendant le siége de Paris, et qu'il reçoit encore, chaque jour, les dépêches de Suède et Norvége, des Pays-Bas, de Belgique, d'Angleterre, d'Espagne, de Portugal, d'Italie et d'Autriche. J'ai pensé que l'Académie apprendrait avec intérêt le bon résultat des mesures que nous avons prises à ce sujet; mais je désire surtout lui faire connaître l'appréciation de nos efforts par un des hommes les plus compétents dans cette matière, par M. Piazzi Smyth, directeur de l'observatoire royal d'Édimbourg. Il vient de m'écrire, et c'est par lui que j'ai eu les premières nouvelles du fonctionnement régulier de notre service météorologique international dans les circonstances si pénibles que nous venons de traverser. Voici la lettre de M. Piazzi Smyth, dont je donne une traduction littérale, pour conserver au tant que possible le cachet de la lettre elle-même :

« Observatoire royal d'Édimbourg, 24 janvier 1871.

« Ayant reçu de vous aujourd'hui un paquet de vos très-importants Bulletins météorologiques internationaux, je dois non-seulement vous envoyer des remerciments pour eux, mais aussi pour la série non interrompue que, en dépit de malheurs nationaux tels que jamais peut-être un pays n'en éprouva auparavant dans toute l'histoire, vous avez cependant réussi à maintenir et à nous en favoriser.

« Nulle part ailleurs, dans tout le monde, il n'y a de tels inappréciables Bulletins, jour par jour, de progrès météorologiques, comme ceux que vous publiez à la fois sous forme de tableaux numériques et de cartes figuratives. Et penser que nous les recevons d'un pays qui est en proie à un débat mortel! Cela nous convainc de tiédeur dans la cause de la science. . . . .

Cela dit de la France : « Là est le pays qui apprécie la science à la « fois pour elle-même et pour la cause du progrès international, « même jusqu'au fond de son âme. »

« De jour en jour, je montre à mes amis vos Bulletins derniers reçus, et ils apprécient infiniment la Minerve française, Minerve pareillement de sagesse et de patriotique défense, et ils avouent que l'exemple que la France montre à toutes les nations aujourd'hui surpasse tout ce qu'ils avaient cru possible, et ils espèrent seulement que leur propre pays, quand le temps en viendra, puisse viser à exhiber une égale vertu.

« Avec la plus profonde sympathie, en conséquence, pour vos débats héroïques et votre exemple intellectuel, et priant que la Providence intervienne pour terminer la très-cruelle calamité qui doit maintenant les accompagner, je reste, avec l'expression de la plus haute considération (oh! combien vraie!),

« Votre obéissant serviteur,

« C. PIAZZI SMYTH. »

Je n'ai pas besoin d'ajouter que tous les éloges personnels contenus dans cette lettre reviennent à M. Marié-Davy et non à moi.

Sur les observations météorologiques poursuivies par MM. Bérigny et Renou dans des contrées envahies par l'ennemi. — M. CH. SAINTE-CLAIRE DEVILLE. Je partage avec l'Académie la satisfaction toute patriotique qu'elle vient d'éprouver à la lecture de la noble lettre de M. Piazzi Smyth, et de l'hommage décerné par un juge aussi compétent aux services rendus par la délégation chargée, à Tours et à Bordeaux, de poursuivre l'œuvre importante du *Bulletin météorologique international de l'Observatoire de Paris*. Nous pouvons aussi nous honorer et nous féliciter de ce que, sur un grand nombre de points, même occupés par l'ennemi, les observateurs météorologistes français n'ont pas failli à leur tâche.

J'ai déjà communiqué, dans une des précédentes séances, l'extrait d'une lettre qui m'avait été adressée, à ce sujet, par notre confrère M. Naudin. Depuis, j'ai reçu encore deux autres témoignages du même genre.

En premier lieu, M. le docteur Bérigny m'annonce que, au milieu d'innombrables déboires et malgré la lourde tâche des ambulances, il n'a pas cessé, un seul jour, les observations qu'il poursuit à Versailles depuis près de vingt-cinq ans, et pour lesquelles l'Académie lui a décerné un prix en 1868.

De son côté, M. Renou m'écrit de Vendôme, à la date du 13 février, une lettre dont je demande à l'Académie la permission d'extraire les lignes suivantes :

« J'ai pu continuer mes observations, mais je leur aurais donné plus de développement sans l'occupation. Je suis sorti dans la campagne, au risque d'être arrêté comme suspect : ce qui est arrivé à beaucoup d'autres.

« Les jours les plus froids ont été le 24 décembre et le 2 janvier (1), à peu près égaux (— 12°,0), dans la vallée du Loir. Nous avons eu, le 7 et le 9 janvier, deux chutes de neige qui ont couvert la campagne de 18 pouces de neige environ. La moyenne des deux mois de décembre et de janvier a été, dans la campagne, de — 1°,0 et de — 1°,5 ici (2), ce qui ne s'est pas vu depuis 1830.

« En décembre, les blés, les prés et même les herbes sauvages ont gelé, de manière qu'il n'y avait pas trace de verdure dans la campagne, sauf quatre champs ensemencés de blé roux, variété admirable, que les cultivateurs ont abandonnée pour les blés bleus, qui donnent davantage, mais versent tous les ans et gèlent facilement. Heureusement, nos blés, morts en apparence, reverdissent aujourd'hui, et le mal ne sera pas si grand qu'on l'avait cru d'abord.

« La mortalité est effrayante ici. Il est mort autant de monde en janvier qu'il en meurt ordinairement en un an; et cela sans compter les décès de militaires français ou prussiens. On a enterré ici cinquante-sept personnes le 27 décembre.

(1) A Montsouris, les deux jours les plus froids ont été le 24 décembre et le 5 janvier.

(2) On peut voir, dans ma communication du 6 février dernier, que la moyenne de ces deux mois, à Montsouris, a été de — 1°,2, sensiblement la même qu'à Vendôme.

« Dans les tristes circonstances où nous sommes, ajoute en terminant M. Renou, personne ne fera attention à ce grand hiver, arrivé l'année même que j'avais indiquée il y a onze ans. Le retour est aujourd'hui hors de doute. »

Qu'il me soit permis d'ajouter moi-même, à propos de cette simple réflexion d'un savant aussi modeste qu'éminent, que, lorsque les rigueurs de l'invasion auront cessé, la lecture de nos *Comptes rendus* lui prouvera que l'Académie n'avait pas oublié ce travail, destiné à marquer dans l'histoire de la météorologie.

M. ROBIN, empêché de rentrer à Paris avant l'investissement, par des circonstances indépendantes de sa volonté, et appelé depuis à remplir les fonctions de sous-directeur des services médicaux militaires au ministère de la guerre, écrit de Bordeaux pour informer l'Académie qu'il ne peut encore, malgré son désir, reprendre sa place au milieu d'elle. Il prie l'Académie de vouloir bien, si son absence devait retarder le travail des commissions dont il fait partie, le remplacer comme membre de ces commissions.

MÉMOIRES LUS

Étude première concernant l'analyse physique du lait; conséquences qui en sont résultées pour l'économie domestique et l'industrie. — M. G. GRIMAUD (de Caux). J'avais toujours été frappé de la différence des conditions de la matière, selon qu'elle entre dans la composition des êtres du règne minéral ou du règne organique. Je résolus d'essayer le *démêlement* de ces conditions; mais je ne tardai pas à voir que c'était là le grand problème du monde; que ce problème devait laisser à notre insatiable curiosité d'éternels *desiderata*; que ces desiderata, enfin, tout en tirant leur origine des choses les plus positives de l'univers sensible, n'en entraînaient pas moins l'observateur le plus humble, comme le savant dont le génie est le plus élevé, à des considérations réservées jusqu'ici au domaine de la philosophie transcendante. On a vu comment un semblable entraînement a été subi naguère par l'auteur illustre du *Résumé historique des travaux dont la gélatine a été l'objet*.

Pour une semblable étude, il me fallait une base inébranlable, sur laquelle je ferais reposer les conséquences auxquelles mes observations pourraient me conduire. Je trouvai ces bases dans une simple phrase de Cuvier. « Ainsi, dit Cuvier, la forme de ces corps (les corps vivants) leur est plus essentielle que leur matière... » (*Rapport historique sur les progrès des sciences naturelles*, p. 200). Ce fut là pour moi un véritable trait de lumière. J'en tirai cette conclusion que, pour connaître l'état de la matière dans les corps vivants, il faut les étudier sans altérer leurs formes.

Pour premier objet d'étude je pris le lait, non pas à titre de corps organisé et vivant, mais comme un produit immédiat de la vie, d'autant plus précieux, dans la circonstance, qu'il sert de premier aliment à la conservation et au développement de tous les corps organisés, sans exception.

La composition chimique du lait, qui donne du beurre, du fromage, de l'eau et des sels, ne pouvait me fournir aucune lumière pour deux raisons : la première, parce que les opérations de la chimie commencent par la destruction de la forme; la seconde, parce que la reconstitution du lait avec les éléments révélés par l'étude chimique est une chose impossible.

L'analyse physique devait me dire autre chose. Et, en effet, l'étude du lait sous le microscope me donna les résultats suivants : je constatai d'abord, ce que l'on savait du reste et depuis longtemps, que le lait se présente sous la forme d'un liquide dans lequel nagent des globules ronds de diverses grandeurs. Mais, dans ce premier aspect, rien ne me disait où étaient le beurre, le fromage et les sels. J'évaporai à froid la partie aqueuse. Il me resta les globules, dont quelques-uns purent être saisis par le compressorium de Purkinje, et donnèrent, par l'écrasement, des gouttelettes huileuses, que je considérai comme l'élément du beurre et aussi, jusqu'à un certain point, comme un commencement de démonstration de l'existence d'une membrane enveloppant la cellule. Mais le fromage, où était-il? et où étaient les sels? Deux *desiderata* à découvrir. J'arrêtai là, pour le moment, mes recherches.

A ce point cependant, elles devaient fournir un résultat pratique auquel j'étais loin de songer, et qui, on va le voir, a eu son importance justifiée par l'événement et se développant aujourd'hui même sous nos yeux sur une assez grande échelle.

J'avais pu faire évaporer, sans altération, environ 8 litres de lait réduit au sixième de son volume. J'en mis à part une petite quantité, renfermée dans un vase cylindrique couvert d'un simple papier, et j'oubliai ce vase dans une armoire attenant à la cheminée de mon cabinet. Je donnai le reste à des amis, qui l'employèrent, avec le plus grand succès, à diverses préparations alimentaires usuelles.

Six mois après, je voulus savoir ce qu'il était advenu du vase placé dans l'armoire. La substance n'avait contracté aucune odeur, elle était légèrement desséchée à la surface. En perçant la croûte très-peu consistante qui s'était formée à la longue, je la trouvai dans l'état meilleux où je l'avais laissée. Pour en reconnaître le goût, je pris la valeur de cinq cuillerées d'eau, portée à une température convenable, et j'y délayai avec précaution une cuillerée de ma substance. L'odeur du liquide se développa incontinent : c'était absolument celle de la vacherie. Quant aux globules, ils s'étaient conservés dans leur intégrité, et, sous le compressorium, ils fournissaient les gouttelettes huileuses du lait trait nouvellement. Et, en effet, on fit du beurre avec ma préparation.

Un voyage en Allemagne, et les suites qu'il eut pendant une absence de seize ans, m'entraînèrent dans une autre direction scientifique. Cependant ces études initiales sur le lait ont eu une destinée assez curieuse. L'application à l'économie domestique suivit de près. Ses produits, recommandés d'abord pour le service des hôpitaux dans un Mémoire de M. Bouchardat, qu'on peut lire dans les *Annales d'hygiène publique* (juillet 1837), sont entrés plus tard dans la grande industrie, si bien qu'aujourd'hui les boîtes de lait concentré constituent une partie considérable de l'envoi de sub-

stances alimentaires fait avec tant de générosité par les citoyens de Londres aux citoyens de Paris, qui en conserveront une véritable et longue reconnaissance.

(Renvoi à la commission des Arts insalubres.)

La séance est levée à quatre heures un quart.

CORRESPONDANCE

Paris, le 11 octobre 1871.

Monsieur,

M. Cocking, l'auteur des *attelles poroplastiques* présentées à la séance de l'Académie du 10 octobre courant, a quitté Paris, laissant chez nous ses appareils, que nous tenons à la disposition de tous.

Je vous serai reconnaissant de porter ce renseignement à la connaissance de vos nombreux lecteurs, afin que ceux d'entre eux que cette présentation intéresse sachent où se diriger.

Recevez, Monsieur, avec mes remerciments, l'assurance de mes sentiments très-dévoués.

H. Galante,
Fabricant d'instruments de chirurgie,
2, rue de l'École-de-Médecine.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 7 octobre, ont été nommés chevaliers de la Légion d'honneur :

M. H. Delaroche, président des ambulances, membre du conseil municipal de Versailles.

M. Surbled, médecin à Corbeil.

M. Maurice, médecin à Versailles.

M. Mallet, chirurgien-major du corps des volontaires de la garde nationale de la Seine.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments ou autres objets).

Traité pratique des maladies de l'oreille, ou leçons cliniques sur les affections de cet organe, par M. le docteur C. Miot. Paris, 1871, 1 vol. grand in-8° avec 18 gravures dans le texte et 4 planches chromolithographiées par Lackerbauen, représentant 38 figures. — Prix : 8 francs.

De la nécessité de l'éducation physique et de l'organisation des gymnases municipaux hydrothérapiques, par le docteur E. Dailly. Brochure de 24 pages. — Prix : 1 franc.

L'Uranoplastie et les divisions congénitales du palais, par le docteur Rouge, chirurgien de l'hôpital cantonal de Lausanne. 1 volume in-8° avec figures dans le texte. — Prix : 3 francs.

Anatomie pathologique des perforations cardiaques, à propos d'une observation de communication interauriculaire, interventriculaire et pulmo-aortique avec trochardie, par le docteur P. Fr. Da Costa Alvarenga, professeur à l'École de médecine de Lisbonne; traduit du portugais par le docteur Lucien Papillaud (Henri Almès). Paris, 1871, in-8° de 39 pages. — Prix : 1 fr.

Capvern. Ses eaux minérales. Applications thérapeutiques par le docteur Michel Ticier, médecin inspecteur des eaux de Capvern, ancien interne des hôpitaux de Toulouse, etc. 1 vol. in-8° de 300 pages. — Prix : 2 fr. 50 c.

De la fièvre syphilitique, par le docteur Courteaux. In-8°. — Prix : 2 francs.

L'acte de la déglutition, son mécanisme, par le docteur Moura, avec planches et gravures dans le texte. Br. in-4° de 60 pages. — Prix : 3 fr.

Étude sur la lèpre tuberculeuse ou éléphantiasis des Grecs, par le docteur Paul Lamblin. In-8° avec figures dans le texte. — Prix : 3 fr. 50.

Diagnostic des manifestations secondaires de la syphilis sur la langue, par le docteur Saison. In-8°. — Prix : 1 fr. 50.

Angines aiguës ou graves. Origine, nature, traitement, par le docteur Moura. Broch. grand in-8° de 68 pages. — Prix : 3 francs.

De la thérapeutique de l'œil au moyen de la lumière colorée, par le docteur L. Boehm, professeur à l'université de Berlin, etc.; traduit de l'allemand par Th. Klein, traducteur de l'*Optique physiologique* de Helmholtz. 1 vol. in-8° avec deux planches coloriées. — Prix : 4 francs.

Revue photographique des hôpitaux de Paris, par les docteurs De Montméja et Bourneville. 3e année; les numéros de mai et juin sont en vente. — Prix de chaque : 2 francs.

Les spectres d'absorption du sang, par le docteur Victor Fumouze. In-4° de 150 pages, avec 3 planches coloriées. — Prix : 4 fr. 50.

Étude expérimentale et clinique sur l'absinthisme et l'alcoolisme, par le docteur Challand. In-8°. — Prix : 2 francs.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . . 8 fr. 50 c. Six mois. . . . 16 — Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 14 octobre 1871.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. CHARCOT.

Des troubles trophiques musculaires consécutifs aux lésions de la moelle épinière et du bulbe rachidien (1).

Messieurs,

La *paralysie infantile spinale* est, quant à présent, le type le plus parfait des affections qui forment la seconde catégorie. Les nombreuses recherches dont les lésions spinales auxquelles elle se rattache ont été l'objet, dans ces derniers temps, concordent toutes à signaler comme un fait essentiel, l'altération profonde d'un grand nombre de cellules motrices dans les régions de la moelle d'où émanent les nerfs qui se rendent aux muscles paralysés (2). Dans le voisinage des cellules atrophiées, le réseau conjonctif présente à peu près toujours les traces manifestes d'un processus inflammatoire. D'après l'ensemble des phénomènes on est conduit à admettre, comme une hypothèse très-vraisemblable, que, dans la paralysie infantile spinale, un travail d'irritation suraiguë s'empare tout à coup d'un grand nombre de cellules nerveuses et leur fait perdre subitement leurs fonctions motrices. Quelques cellules légèrement atteintes recupéreront quelque jour leurs fonctions, et cette phase répond à l'amendement des symptômes qui se produit toujours à une certaine époque de la maladie; mais d'autres ont été plus gravement compromises et l'irritation dont elles étaient le siége s'est transmise par la voie des nerfs jusqu'aux muscles paralysés qui, en conséquence, ont subi des lésions tropiques plus ou moins profondes (3). Quoiqu'il en soit, on sait que la diminution ou la perte même de la contractilité faradique peut être constatée sur certains muscles cinq ou six jours à peine après la brusque invasion des premiers symptômes. L'émaciation des masses musculaires marche d'ailleurs avec rapidité et devient bientôt manifeste. L'atrophie simple des faisceaux primitifs avec conservation de la striation en travers, et, sur quelques faisceaux isolés, les marques d'une prolifération plus ou moins active des noyaux du sarcolemme, telles sont les altérations que l'étude histologique fait reconnaître dans les muscles lésés. La surcharge graisseuse qui s'observe quelquefois, dans les cas très-anciens, paraît être un phénomène purement accidentel (4).

L'atrophie musculaire progressive offre à étudier l'atrophie irritative des cellules motrices dans son mode chronique (5). Il ne s'agit plus ici d'un processus d'irritation suraiguë envahissant les cellules nerveuses tout à coup et en grand nombre : celles-ci sont affectées successivement, une à une, d'une façon progressive; bon nombre d'entre elles sont épargnées, même dans les régions le plus profondément atteintes, jusque vers les périodes ultimes de la maladie. Le développement des lésions musculaires répond à ce mode d'évolution des lésions spinales. Ainsi, il est rare que les troubles trophiques portent simultanément sur tous les faisceaux primitifs d'un muscle; il en résulte que celui-ci pourra répondre tant bien que mal aux ordres de la volonté et se contracter encore sous l'influence des excitations électriques, alors que son volume sera très-notablement réduit (1). Il existe d'ailleurs au moins deux formes bien distinctes de l'amyotrophie progressive, liée à une lésion irritative des cellules motrices. L'une, *protopathique*, relève exclusivement de la lésion en question et celle-ci, développée primitivement, en conséquence d'une disposition originelle ou acquise, tend fatalement à se généraliser. Dans l'autre forme, sur laquelle nous appelions votre attention il n'y a qu'un seul instant, la cellule nerveuse n'est, au contraire, affectée que secondairement, consécutivement à une lésion des faisceaux blancs, par exemple, et pour ainsi dire d'une manière accidentelle. L'amyotrophie à marche progressive, dans ce second cas, peut être dite *symptomatique ;* elle a moins de tendance à se généraliser et son pronostic est certainement moins sombre (2).

Relativement à la *paralysie spinale de l'adulte* et à la *paralysie générale spinale* (Duchenne, de Boulogne), l'anatomie pathologique n'a pas encore prononcé d'une manière définitive. Mais à en juger par les symptômes, il est au moins fort probable que ces affections se rattachent, elles aussi, à une lésion des cellules nerveuses motrices. La paralysie spinale de l'adulte rappelle celle de l'enfance par l'invasion presque soudaine de la paralysie motrice, par la tendance à la rétrogression que celle-ci présente à un moment donné, par la diminution ou l'abolition de la contractilité faradique qui se manifeste hâtivement dans un certain nombre de muscles paralysés et, enfin, par l'atrophie rapide que ces mêmes muscles subissent, constamment, à un degré plus ou moins prononcé. Une évolution plus lente s'opérant suivant le mode sub-aigu ou chronique, une tendance à la généralisation marquée surtout dans les premières périodes, des temps d'arrêt fréquents suivis de l'envahissement des parties non encore affectées, distinguent, au contraire, la paralysie spinale et la rapprochent de l'atrophie musculaire progressive avec laquelle elle est quelquefois confondue, bien à tort, dans la clinique. La première se sépare cependant nettement de la seconde par les caractères suivants : les muscles de tout un membre ou d'une partie d'un membre sont frappés *en masse*, presque uniformément de paralysie ou d'atrophie ; ils présentent, déjà à une époque peu éloignée du début de la maladie, des modifications très-prononcées de la contractilité électrique; et naturellement, enfin, une période *de retour* survient, pendant laquelle les muscles atrophiés récupèrent, au moins partiellement, leur volume et leurs fonctions (3).

Lésions musculaires consécutives aux affections du bulbe. — C'est là un sujet encore peu exploré. Cependant des faits, aujourd'hui en certain nombre, empruntés à l'histoire de la paralysie labio-laryngée et de la sclérose en plaques, tendent à établir que, dans le bulbe comme dans la moelle épinière, les lésions irritatives des faisceaux blancs n'ont pas d'influence directe sur la nutrition des muscles, tandis qu'au contraire celles qui portent soit sur les agrégats de cellules motrices étayés sur le plancher du quatrième ventricule, soit sur les faisceaux de tubes nerveux émanant de ces agrégats, peuvent déterminer dans la langue, le pharynx, le larynx, l'orbiculaire des lèvres, etc., une atrophie plus ou moins accusée *des fibres musculaires* (4).

L'exposé sommaire qui vient d'être présenté suffira, je l'espère, pour mettre en relief le rôle remarquable que, suivant les recherches les plus récentes, les lésions des cellules nerveuses antérieures jouent dans la production des troubles trophiques musculaires consécutifs aux altérations de la moelle épinière. Dans la pathogénie de la paralysie infantile et des diverses formes de l'amyotrophie de cause spinale, ce rôle ne paraît pas douteux. Cette influence est certainement moins nettement démontrée mais cependant fort vraisemblable encore, pour ce qui concerne l'hématomyélie, la myélite aiguë centrale et, en un mot, toutes les affections de la moelle dans lesquelles l'axe gris se trouve investi. D'un autre côté, l'absence de toute participation des faisceaux blancs et des cornes postérieures de substance grise, dans le développement des affections musculaires dont il s'agit, est un fait qui s'appuie sur des preuves suffisamment nombreuses.

Cela étant reconnu, il y a lieu de rechercher pourquoi la lésion des cellules nerveuses motrices entraîne avec elle celle des fibres musculaires, tandis que les altérations irritatives, même les plus profondes, des faisceaux blancs n'ont aucune influence directe sur la nutrition des muscles.

Relativement au premier point, on ne pourrait qu'imaginer des hypothèses plus ou moins plausibles, mais évidemment prématurées. Il n'y a pas à invoquer ici les enseignements de la physiologie expérimentale; ses procédés, inférieurs sous ce rapport à ceux de la maladie, ne sont pas assez délicats pour permettre d'atteindre isolément les cellules nerveuses. Il faut donc se borner, pour le moment, à enregistrer les faits tels que nous les offre la clinique éclairée par l'anatomie pathologique et à constater que — comparés en cela aux nerfs périphériques — les cellules nerveuses motrices ont le pouvoir, lorsqu'elles sont devenues le siége d'un travail d'irritation, de modifier à distance la vitalité et la structure des muscles.

Pour ce qui est du second point, si l'on se reporte à ce que nous avons dit des effets de l'irritation des nerfs, il pourra sembler contradictoire, au premier abord, que la nutrition des muscles ne soit pas affectée lorsque les faisceaux blancs de la moelle sont occupés par l'inflammation. Pour montrer que la contradiction n'est qu'apparente, il suffira cependant de rappeler que, malgré l'analogie de composition, les cordons blancs ne sont nullement assimilables aux nerfs : l'expérimentation révèle en effet dans ceux-ci des propriétés qu'on ne retrouve pas dans ceux-là, et inversement. L'anatomie montre d'ailleurs que les tubes nerveux qui constituent les nerfs ne sont que, pour une part très-minime, la continuation directe de ceux qui, par leur réunion, forment les faisceaux blancs.

Ces faisceaux paraissent presqu'entièrement composés de fibres qui, nées soit dans l'encéphale, soit dans la moelle elle-même, établissent, à la manière des commissures, des communications entre la moelle épinière et le cerveau, ou encore entre les divers points de l'axe gris spécial. Il était à prévoir d'après cela que, à beaucoup d'égards, les faisceaux blancs de la moelle, sous l'influence des lésions irritatives, se comporteraient autrement que les nerfs périphériques.

Lorsque je me suis proposé d'exposer devant vous, Messieurs, les principaux faits relatifs aux troubles trophiques qui se montrent consécutivement aux affections du système nerveux, j'espérais que ma tâche pourrait être menée à bonne fin dans l'espace de deux leçons. Mais, à mesure que j'avance dans cette exposition, l'importance et l'étendue de la question se manifestent dans toute leur évidence. Je suis loin d'avoir épuisé le sujet, malgré les développements dans lesquels je suis entré déjà; j'ose espérer que vous n'aurez pas à regretter le temps que nous devrons encore lui consacrer.

(1) Suite, voir la *Gazette des Hôpitaux* du 11 octobre. — Extrait d'une série de leçons sur les maladies de la moelle épinière, publiées par M. Bourneville, faisant partie d'un ouvrage actuellement sous presse. Adrien Delahaye, éditeur.

(2) Sur l'atrophie des cellules nerveuses motrices, dans la paralysie infantile, consultez : Prevost, *Comptes rendus de la Soc. de Biologie*, 1866, p. 215. — Charcot et Joffroy, *Cas de paralysie infantile spinale, avec lésions des cornes antérieures de la substance grise de la moelle épinière, in Archiv. de physiolog.*, p. 135, 1870, pl. V et VI. — Parrot et Joffroy, *id.*, p. 309. — Vulpian, *id.*, p. 316.

(2) Voir Charcot et Joffroy. — *Loc. cit.*

(4) Charcot et Joffroy, *loc. cit.* — Vulpian, *loc. cit.*

(5) Voir sur l'atrophie des cellules motrices dans l'atrophie musculaire progressive : Luys, *Société de Biologie*, 1860. — Duménil (de Rouen), *Atrophie musculaire, graisseuse, progressive*, histoire critique. Rouen, 1867. — *Nouveaux faits relatifs à la pathogénie de l'atrophie musculaire, progressive, in Gazette hebdom.*, Paris, 1867. — L. Clarke, *On a case of muscular* Atrophy, etc. *British and Foreign-Medico-chirurgical Review*, July, 1862. *A case of muscular Atrophy, etc.*, *Beale's arch.*, t. IV, 1867. — *On a ease of muscular atrophy in Medico chir. trans.*, t. IV, 1867. — O. Schüppel. *Neber Hydromyelus. Archiv. der Heilkunde.* Leipzig. 1865, p. 289. — Hayem. *Archiv. de physiologie*, 1869, p 263, pl. 7. — Charcot et Joffroy, *in Archiv. de physiologie*, 1869, p. 355.

(1) Charcot. *Leçons faites à la Salpêtrière en* 1870. Voir à ce sujet, Hallopeau, *Archives de médecine*, septembre 1871, p. 277, 305.

(2) Sur les deux formes de l'amyotrophie progressive de cause spinale, voir Charcot et Joffroy, *in Archives de Physiologie*, 1869, p. 756, 757. — Duchenne (de Boulogne) et Joffroy, *in Archives de Physiologie*, 1870, p. 449.

(3) Duchenne (de Boulogne), *De l'électrisation localisée*, 3e édition actuellement sous presse.

(4) Consultez Charcot, *Note sur un cas de paralysie glosso-laryngée suivi d'autopsie, in Archives de Physiologie* 1870, *n°* 2, p. 247. — Charcot et Joffroy, *Archives de Physiologie*, 1869, p. 355, 636, pl. 13. Obs. de Catherine Aubel. — Duchenne (de Boulogne) et Joffroy, *de l'atrophie aiguë et chronique des cellules nerveuses de la moelle et du bulbe rachidien, in Archives de Physiologie*, 1870, p. 499.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 4 octobre 1871. — Présidence de M. H. BLOT.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

— Les numéros du 15 août au 1er octobre de la *Gazette des Hôpitaux*. — *L'Union médicale*. — La *Gazette hebdomadaire*. — Les *Archives générales de médecine*. — Le *Bulletin de thérapeutique*. — Le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*. — *L'Art dentaire*. — La *Gazette médicale de Strasbourg*. — Le *Montpellier médical*. — Le *Marseille médical*. — Le *Journal de médecine de l'Ouest* (juin et juillet). — Le *Bulletin médical du nord de la France* (août et septembre).

— Les *Bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, t. VII, 1870. — Les *Mémoires et comptes rendus de la Société des sciences médicales de Lyon*, t. IX et X, années 1869 et 1870. — Le *Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique*, année 1871, nos 6 et 7. — *Bulletin de la Société des sciences médicales du Grand-Duché de Luxembourg*, 1870. — *Bulletin de l'Institut luxembourgeois*.

— *De l'utilité qu'il y aurait à multiplier en France les Facultés de médecine ; ressources et titres de l'École préparatoire de médecine de Nantes à être transformée en Faculté*, par le docteur A. Laënnec, professeur à cette école.

— *Notice sur le professeur Küss*, lu à la Société de médecine de Strasbourg; par M. le docteur Hergott.

— *Origine nouvelle du choléra asiatique ou début et développement*

en Europe d'une nouvelle épidémie cholérique, par le docteur Tholozan.

— *The Hunterian oration for* 1871, by William Fergusson.

— *Transaction of the pathological society of London*, t. XXI.

— *Rapport sur la médecine cantonale de la Sarthe pour* 1870, par le docteur Mordret.

— Deux lettres de MM. Depaul et Legouest, qui demandent un congé.

— Une circulaire du préfet de police, qui demande à la Société de vouloir bien disposer des livres rares qu'elle aurait en double exemplaire pour reconstituer la bibliothèque de la préfecture de police, détruite par l'incendie.

M. LARREY. D'ici à quelque temps, la Société recevra pareille demande pour la bibliothèque du Louvre; il serait peut-être bon d'ajourner notre réponse jusqu'au moment où nous aurons reçu les deux demandes.

La proposition d'ajournement faite par M. Larrey est adoptée.

ÉLECTION

M. LE PRÉSIDENT rappelle qu'une vacance à une place de membre titulaire a été déclarée le 5 juillet dernier.

COMMUNICATION

Traitement des collections séreuses par une injection d'alcool.

M. Monod lit le mémoire suivant qui a pour titre : *Note sur la possibilité de guérir les collections séreuses en injectant de l'alcool dans la cavité qui contient la sérosité accumulée.*

La cause immédiate de l'accumulation de la sérosité, soit dans les poches séreuses normales, soit dans les kystes, est un défaut d'équilibre entre la sécrétion et l'absorption; la sécrétion l'emporte sur l'absorption; de là la collection séreuse. — La disparition, quelquefois très-rapide, de certaines de ces collections, soit spontanément, soit sous l'influence de traitements divers, prouve que l'équilibre entre la sécrétion et l'absorption peut se rétablir complétement et sans récidive.

Je me suis demandé s'il ne serait pas possible de rétablir cet équilibre en modifiant la composition du liquide accumulé dans la poche, et j'ai fait quelques tentatives dont les résultats m'ont paru assez satisfaisants pour vous être communiqués.

Je fus consulté, il y a trois ans, par un de mes amis, placé à la tête d'une des principales maisons de banque de Paris, pour un goître qui avait pris graduellement un développement assez considérable pour ne pouvoir plus être dissimulé par la cravate et pour gêner la respiration. Je crus reconnaître un kyste de corps thyroïde, et m'assurai de la vérité de mon diagnostic en faisant une ponction au moyen du trocart explorateur, qui donna issue à un verre de sérosité citrine. Lorsque la poche fut pleine de nouveau, je proposai au malade d'essayer un traitement qui pourrait amener une guérison radicale, sans le faire souffrir plus que lors de la première ponction, sans interrompre ses occupations, sans lui faire courir le moindre danger. J'avais, en faisant cette proposition, présent à l'esprit un fait de guérison d'un kyste semblable, dont j'ai entretenu la Société de chirurgie à une époque où presque aucun de vous n'en faisait partie. Il s'agissait d'une dame venue de Genève pour me consulter; je la traitai par l'injection iodée; les suites furent graves, les douleurs furent très-vives, mais le résultat définitif fut heureux; la guérison fut radicale, après six semaines de souffrances. Mon malade accepta avec empressement ma proposition. Au moyen d'un petit trocart à hydrocèle, je tirai une cuillerée à soupe de sérosité, que je remplaçai immédiatement en injectant par le trocart une quantité un peu moindre d'alcool à 40 degrés, coupé avec moitié eau. Il n'y eut pas de sensation douloureuse; il ne se manifesta aucun symptôme inflammatoire. La tumeur conserva la même mollesse au toucher qu'avant l'opération, et, pendant la quinzaine qui suivit, elle diminua notablement. La résolution, pendant les jours suivants, ne paraissant pas continuer, je fis une seconde ponction; je laissai écouler un peu plus de liquide, qui me parut semblable à celui que j'avais obtenu les deux premières fois, et injectai une solution plus forte d'alcool. Les suites furent aussi nulles que la première fois sous le rapport de la douleur et de l'inflammation; mais, cette fois, la résolution fut complète. La guérison date maintenant de trois ans.

J'ai été consulté, au printemps de 1870, par un négociant affecté d'une hydrocèle de la grosseur du poing. Il était fort embarrassé, n'ayant pas de temps ni d'argent à dépenser sans nécessité absolue. Je crus pouvoir lui promettre que je le guérirais sans douleur et sans arrêt de ses occupations. Au moyen de la seringue de Pravaz, modifiée par Lüer, je tirai une petite cuillerée à soupe de sérosité citrine et injectai le contenu de la seringue, c'est-à-dire *un* gramme d'alcool à 40 degrés, coupé avec moitié eau. Il ne se produisit ni douleur, ni inflammation; mais l'hydrocèle diminua graduellement de volume. Le malade venait me voir tous les huit jours; constatant, au bout de trois semaines, que la résolution s'était arrêtée, je fis, dans mon cabinet, une nouvelle ponction, suivie d'une nouvelle injection un peu plus forte. La résolution marcha un peu plus vite; cependant, je crus devoir, au bout de quinze jours, faire une troisième ponction, suivie d'injection, en grande partie pour satisfaire mon malade, qui, voyant les heureux résultats des deux premières piqûres, en réclamait une troisième, ayant hâte d'en finir.

Ces choses se passaient peu de jours avant l'investissement de Paris par les Allemands. Mon opéré partit pour la Belgique. Il est venu me voir après le siége, et j'ai pu constater que la bourse opérée était pareille à l'autre à la vue; on sentait au toucher un peu de liquide autour du testicule. Cette guérison s'est maintenue jusqu'à présent.

J'ai été consulté ce printemps par un négociant de 35 ans, vigoureux, affecté d'une hydrocèle plus volumineuse que le poing, dont le début remontait à une époque indéterminée, et qui avait grossi rapidement dans ces derniers temps.

Le 5 mars, je tirai, au moyen de l'aiguille de la seringue de Lüer, une cuillerée à soupe de liquide citrin, et injectai 20 gouttes d'alcool à 40 degrés. L'opéré n'éprouva pas de douleur à la suite de cette injection, mit un suspensoir et alla vaquer à ses affaires.

11 mars. L'opéré vient me voir, et je constate que la tumeur a perdu la moitié de son volume, et est plus molle qu'avant l'opération.

25 mars. L'hydrocèle a diminué très-sensiblement; elle ne contient plus guère que deux cuillerées à soupe de liquide, autant qu'on en peut juger par l'apparence.

Au commencement d'avril, je quittai Paris, et je revis le malade qu'à mon retour, le 10 juin; constatant alors que la résolution n'avait pas continué à se faire, je fis une seconde piqûre, je tirai deux grammes de liquide citrin et injectai un gramme d'alcool à 40°.

Ayant quitté Paris le même jour, je n'ai pas revu le malade, que j'ai trouvé absent lors de mon retour, avant-hier; mais sa femme m'a dit qu'il allait bien.

J'ai encore à vous entretenir d'un quatrième fait que j'ai observé avec d'autant plus d'intérêt qu'il m'est personnel.

Il y a trois ans environ que je m'aperçus du début d'une hydrocèle dans la bourse gauche. — Le développement en fut lent, mais graduel, et le 4 septembre dernier elle avait la grosseur d'un œuf de poule.

Le matin de ce jour, étant à ma toilette, je tirai, au moyen de l'aiguille de la seringue de Lüer, deux grammes de liquide et injectai un gramme d'alcool à 40°; je n'éprouvai pas d'autre douleur que celle de la piqûre; je mis un suspensoir et fis, dans la matinée, une assez longue promenade à pied. — J'éprouvai dans la journée un peu de sensibilité du testicule au toucher et sur le trajet du cordon. Le soir, cette sensibilité avait complétement disparu, et, à mon grand étonnement, je constatai une très-notable diminution dans le volume de l'hydrocèle.

7 septembre. Il ne reste plus qu'une cuillerée à soupe environ de liquide autour du testicule. — J'ôte le suspensoir.

27 septembre. La résolution paraît arrêtée; mais, d'un autre côté, le volume de l'hydrocèle n'augmente pas. Je me détermine à laisser passer quelques mois pour voir ce que deviendra ce restant d'hydrocèle.

De ces faits, je crois devoir conclure qu'il y a possibilité de déterminer la résorption du liquide accumulé dans certaines collections séreuses, en substituant à une petite partie du liquide une moindre quantité d'alcool à 40°; que dans l'hydrocèle cette substitution produit, non la destruction de la tunique vaginale, mais le rétablissement de son état normal.

J'ai la conviction que ce traitement pourrait être utilement appliqué à la plupart des collections séreuses qui ne sont pas dues à une cause mécanique, qu'elles aient lieu dans une cavité normale ou dans un kyste. — A en juger par la parfaite innocuité constatée dans les faits que je viens de relater, je crois qu'on pourrait, sans imprudence, essayer ce traitement dans l'hydarthrose de genou, dans les kystes simples de l'ovaire; dans l'ascite essentielle, l'hydrothorax et peut-être dans l'hydrorachis et l'hydrocéphalie.

Je suis loin de prétendre pouvoir baser sur ces quelques faits les règles d'un traitement. — Je ne sais pas si, en cherchant bien, on ne trouvera pas que l'idée que je viens de vous exposer est de l'histoire ancienne; mon seul but, en exposant ces faits à la Société de chirurgie, est d'appeler sur un moyen curatif, qui me paraît utile, l'attention de mes chers collègues, beaucoup mieux en état que moi d'en assurer la pratique, si il est bon, ou de prouver que je me suis trompé dans l'interprétation des faits observés par moi.

M. A. GUÉRIN. La communication de M. Monod est très-intéressante, mais il y a 15 ans que M. Dupierris a insisté sur l'utilité de faire, pour des cas semblables, une injection avec une cuillerée à café d'alcool. Le travail de M. Monod viendra donc corroborer des faits déjà connus.

M. DOLBEAU. Il y a certainement dans la science des faits analogues à ceux qui ont été recueillis par M. Monod, mais ils en diffèrent cependant à un certain point de vue qu'il est bon, je crois, de mettre en lumière. Les chirurgiens qui ont précédé M. Monod dans cette voie, et parmi eux je puis citer A. Richard, vidaient la tunique vaginale avant d'y injecter de l'alcool. Cette pratique n'avait pas été adoptée parce qu'elle avait des inconvénients et qu'elle était souvent suivie de récidive. Dans le procédé qui nous est décrit par M. Monod, on ne vide pas la cavité séreuse; on se contente de soustraire une petite quantité de sérosité pour injecter ensuite une cuillerée à café d'alcool, cinq grammes environ. L'expérience dira quels sont les avantages de la modification opératoire proposée par M. Monod, mais aujourd'hui il est difficile de se prononcer, parce que les observations de notre collègue sont incomplètes. Peut-être, comme le dit M. Monod, l'alcool rétablit l'équilibre entre l'absorption et l'exhalation.

M. L. LABBÉ. La pratique de M. Monod est nouvelle et originale, parce que, ainsi que l'a fait remarquer M. Dolbeau, au lieu de vider complétement la cavité séreuse, il ne retire qu'une très-petite quantité de sérosité avant de faire l'injection d'alcool. En admettant même que ce procédé opératoire ait été appliqué, il avait du moins été complétement abandonné, et M. Monod a le mérite d'avoir étudié de nouveau l'influence d'une injection d'alcool dans les épanchements séreux et d'avoir élucidé ce point de physiologie pathologique.

M. DESPRÉS. Les injections d'alcool remontent loin; elles se faisaient du temps de Dionis, et Boyer indique qu'un chirurgien du Cap injectait de l'alcool dans la tunique vaginale. La nouveauté du procédé de M. Monod consisterait à ne pas vider complétement la tunique vaginale et à y introduire une petite quantité d'alcool qui, en se mélangeant à la sérosité, modifierait son action sur la tunique vaginale. On peut rapprocher de cette pratique celle de M. Maisonneuve, qui tirait une partie du liquide d'une hydrocèle pour l'injecter ensuite dans la tunique vaginale d'où il sortait, espérant ainsi que, modifié par l'air, il pourrait acquérir des propriétés curatives.

Quand, pour obtenir la guérison d'une hydrocèle, on fait une injection de teinture d'iode et qu'on retire le liquide injecté, la tunique vaginale sécrète une nouvelle quantité de sérosité qui est résorbée un peu plus tard. C'est là un fait de physiologie pathologique bien connu qui se retrouve dans les observations de M. Monod, car, à mon avis, un malade atteint d'hydrocèle chez lequel se reproduit du liquide après une injection iodée est à peu près dans les mêmes conditions qu'un malade auquel M. Monod aurait fait une petite injection d'alcool.

M. A. GUÉRIN. M. Labbé a dit que l'originalité du procédé de M. Monod consistait principalement en ce qu'il ne vidait pas la tunique vaginale avant d'y faire une injection d'alcool; mais notre collègue pourra s'assurer, en lisant mon *Traité de chirurgie opératoire*, que j'ai depuis longtemps donné le conseil de ne pas vider complétement la tunique vaginale, parce que, en agissant ainsi, on est assuré que l'extrémité de la canule reste dans la tunique vaginale, tandis que, en évacuant la totalité du liquide, la canule peut quitter la tunique vaginale, et on se trouve exposé à pousser l'injection entre les tuniques qui forment les bourses. J'ai dit aussi, dans le même livre, qu'il suffit d'injecter un liquide médicamenteux qui, mélangé à la sérosité, puisse modifier la tunique vaginale. Beaucoup de chirurgiens ont d'ailleurs depuis longtemps donné le conseil de laisser dans la tunique vaginale une partie du liquide épanché; mais je reconnais que M. Monod en laisse une plus grande quantité que tous ses devanciers; c'est une question du plus ou du moins.

M. VERNEUIL. L'opération telle que la fait M. Monod est intéressante; elle est minime; elle se fait en plusieurs temps; elle peut être répétée sans danger; tout nous invite donc à multiplier ces essais pour la guérison de l'hydrocèle; mais il ne faudrait pas généraliser trop vite et en conclure qu'une injection de ce genre aura la même innocuité pour tous les épanchements séreux. Quand on voit des accidents mortels se produire après une piqûre simple du genou, il faut être réservé, et je n'oserais pas, pour mon compte, injecter une cuillerée d'alcool dans l'articulation du genou pour obtenir plus vite la guérison d'une hydarthrose. Il sera prudent, je crois, d'observer la même réserve dans le traitement des kystes de l'ovaire, car nous savons tous qu'une ponction simple peut être suivie d'épanchement dans le péritoine et de péritonite mortelle.

Dans l'hydrocèle même une ponction, fût-elle faite avec un trocart, n'est pas exempte de tous dangers, car dans quelques cas, rares il est vrai, le liquide s'infiltrera goutte à goutte dans les tuniques des bourses et y déterminera des accidents.

Alors que j'étais jeune chirurgien des hôpitaux, je soignais, à l'Hôtel-Dieu, où je faisais un remplacement, un malade atteint d'une tumeur des bourses; je fis une ponction exploratrice, qui donna issue à deux cuillerées seulement de liquide citrin, parce que je retirai la canule avant d'avoir vidé la tunique vaginale. Le lendemain, les bourses étaient infiltrées; elles s'enflammèrent, et le malade perdit la moitié de son scrotum. Il s'agissait pourtant d'une hydrocèle simple.

On peut encore se demander si, dans le procédé opératoire imaginé par M. Monod, l'alcool injecté modifie le liquide épanché et la tunique vaginale assez profondément pour amener la guérison; si, en un mot, l'alcool est indispensable, ou si la piqûre seule ne suffirait pas, puisqu'on a proposé de traiter l'hydrocèle par la ponction simple ou encore par l'acupuncture.

Je ferai encore remarquer en terminant que, dans le traitement de l'hydrocèle, les méthodes aussi simples que celles que je viens d'indiquer sont souvent suivies de récidive, et les succès obtenus par M. Monod ont, suivant moi, besoin d'être confirmés.

M. TRÉLAT. Dans la question actuellement discutée, il faut encore prendre en considération l'ancienneté plus ou moins grande de l'hydrocèle et sa nature, car les hydrocèles récentes guérissent beaucoup plus facilement que les hydrocèles anciennes, de même que certaines d'entre elles disparaissent avec une facilité étonnante. A l'appui de ce que je viens de dire, je citerai l'histoire d'un malade atteint d'hydrocèle double, chez lequel je fis une injection dans l'une des tuniques vaginales. Les deux côtés guérirent, bien que l'opération n'eût été faite que d'un seul côté. J'ai déjà vu trois faits de ce genre, et j'en conclus qu'il y a des hydrocèles si bénignes qu'un traitement très-léger suffira pour amener la guérison.

Il m'a semblé aussi que l'âge des malades avait quelque importance, et je crois avoir remarqué que chez les jeunes gens les hydrocèles récentes guérissaient très-facilement.

Pour asseoir une méthode générale de traitement, il faudrait qu'elle s'appuyât sur un grand nombre de faits, et jusqu'ici M. Monod n'en a recueilli qu'un trop petit nombre (4 observations) pour qu'on puisse porter un jugement définitif sur la valeur du procédé opératoire qu'il a mis en pratique.

M. L. LABBÉ. Il y a longtemps, il est vrai, qu'on a employé l'alcool dans le traitement de l'hydrocèle et qu'on a donné le conseil de ne pas vider complètement les tuniques vaginales; mais néanmoins si M. Monod ne fait pas comme ses devanciers, son procédé opératoire est différent, et la preuve de cette différence se trouve dans les phénomènes consécutifs à l'opération; avec le procédé de M. Monod, il n'y a pas d'inflammation de la tunique vaginale, et les malades continuent de vaquer à leurs opérations, tandis qu'avec toutes les autres méthodes d'injection on observe l'inflammation de la tunique vaginale, on s'efforce même de la provoquer, aussi les malades sont-ils obligés de garder le lit pendant tout le temps que dure cette inflammation.

Comme l'a dit M. Trélat, il y a des collections séreuses qui guérissent avec une facilité étonnante, et il y a peu de temps M. Périer nous a lu une observation de grenouillette double, dans laquelle l'injection faite dans l'une des deux poches suffit pour amener la guérison des deux tumeurs. La facilité et la singularité de cette guérison ont été mises en relief par M. Forget dans le rapport qu'il nous a lu sur ce sujet.

M. MONOD. Je n'ai pas voulu instituer un traitement nouveau, mais simplement appeler l'attention sur une opération innocente. Dans la discussion qui vient d'avoir lieu, je suis surpris que mes collègues n'aient eu en vue que l'hydrocèle, et que l'observation de guérison du kyste de la glande thyroïde n'ait pas attiré leur attention et motivé quelques réflexions, car je ne connais pas de fait pareil dans la science.

Comme M. Trélat, je sais par expérience qu'une hydrocèle double peut guérir après une injection faite dans l'une des tuniques vaginales; dans ces cas, on peut invoquer l'influence du voisinage; mais j'ai vu un fait plus inexplicable chez un malade atteint d'une double hydarthrose du genou. Je fis une injection dans l'une des articulations, et l'autre genou guérit en même temps que celui sur lequel j'avais pratiqué l'opération.

Pour en revenir au procédé opératoire que j'ai décrit, je serais

désireux que mes collègues voulussent bien étudier l'injection d'une petite quantité d'alcool dans les collections séreuses. Ma communication n'a pas d'autre but.

M. LARREY. J'ai vu deux faits singuliers, l'un dans la pratique de Velpeau, l'autre dans mon service : c'est la disparition spontanée d'une hydrocèle, pour laquelle l'opération était décidée. Assurément, chez ces malades la guérison était facile ; aussi je me demande si, chez les jeunes sujets, on ne pourrait pas se contenter de faire une ponction simple, sans injection, en la faisant suivre de malaxation. Pour mon compte, j'ai pratiqué plusieurs fois cette opération avec succès, chez de très-jeunes sujets. Dans les cas plus opiniâtres, on pourra essayer le procédé fort ingénieux décrit par M. Monod.

M. A. GUÉRIN. Les injections préconisées par M. Monod pourraient peut-être être rapprochées de certains faits encore peu connus : je veux parler de l'injection d'une très-petite quantité de teinture d'iode ou d'alcool dans les goîtres solides. Ces injections ont quelquefois réussi entre les mains de quelques médecins de l'hôpital Saint-Louis.

M. MONOD. La méthode de traitement dont parle M. Guérin a été exposée dans un mémoire publié dans les *Archives générales de médecine*.

M. L. LABBÉ. M. Luton est l'inventeur de la méthode dont on parle, et qu'il a publiée sous le nom de *Méthode substitutive parenchymateuse*. Le travail de M. Luton est des plus intéressants et des plus concluants ; il s'appuie sur de nombreuses expériences et sur plusieurs observations. J'ai essayé cette méthode de traitement sur plusieurs tumeurs ganglionnaires, et il m'a semblé qu'elle avait été utile dans certains cas.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Résection partielle du maxillaire supérieur.

M. LEDENTU présente un malade chez lequel il a pratiqué la résection du maxillaire supérieur ; il présente en même temps la tumeur enlevée, et donne lecture de l'observation et des réflexions qui lui font suite. Ce travail est intitulé : *Myxosarcôme de la voûte palatine ; résection partielle du maxillaire supérieur. — Guérison.*

Ce travail est renvoyé à une commission déjà nommée, et composée de MM. Guérin, Verneuil et Lefort.

PRÉSENTATION D'UNE PIÈCE D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Crico-trachéotomie.

M. PANAS. Avant de montrer la pièce d'anatomie pathologique, je crois utile de résumer brièvement l'observation du malade :

Cancer du voile du palais. — P... (Adolphe), rémouleur, né à Lyon, habite Paris depuis vingt ans.

Pas d'antécédents cancéreux dans sa famille ; malade depuis la fin de janvier.

Débuts lents, maux de gorge qu'il attribua aux refroidissements multiples pris en montant la garde. Il est alors survenu successivement un affaiblissement de l'ouïe, d'abord à gauche, puis peu après à droite, et un développement de plus en plus considérable des ganglions du cou.

Entré à l'hôpital le 5 juillet 1871, avec dysphagie considérable et accès de suffocation. — Traitement tonique.

A la fin d'août, phénomène d'asphyxie plus prononcés ; ecchymoses sous-conjonctivale ; teinte bleue de la peau ; accès répétés de suffocation. On fait la trachéotomie le 3 septembre 1871, ou plutôt la crico-trachéotomie. On est obligé d'employer une très-grande canule, à cause de la profondeur de la plaie.

Les jours suivants, amélioration notable, mais impossibilité de prendre des aliments solides. Le malade s'affaiblit peu à peu.

Le 27 septembre, il a une hémorrhagie assez abondante par l'ouverture de la trachée et meurt le lendemain.

A l'autopsie, un peu de pleurésie récente des deux côtés, dégénérescence graisseuse du foie et des reins, et lésions cancéreuses du voile du palais.

L'opération que j'entreprenais était faite *in extremis* ; elle ne pouvait pas amener la guérison du malade ; elle ne pouvait que prolonger son existence en faisant disparaître l'asphyxie. L'opération entreprise dans ces conditions avait donné tout le résultat que j'en attendais, et le malade opéré le 3 septembre ne mourut que le 28 du même mois.

Quand j'opérai, le cou était œdémateux ; je fis partir l'incision au-dessous du cartilage thyroïde et je la prolongeai jusqu'au sternum. En incisant couche par couche, j'arrivai à trois centimètres de profondeur sans parvenir à sentir la trachée ; je résolus alors de faire, séance tenante, comme M. Nélaton l'avait fait, l'excision d'une partie du cartilage cricoïde, après avoir détaché le périchondre et la membrane crico-thyroïdienne. Je pus assez facilement mener à bien cette partie de l'opération, et enlever une partie du cartilage cricoïde ; mais l'ouverture n'était pas suffisante et j'incisai les deux premiers anneaux de la trachée. La membrane crico-thyroïdienne n'était incisée que sur la moitié de sa hauteur. Je fis donc une crico-trachéotomie.

Sur la pièce anatomique que je présente, on voit que le cartilage cricoïde tend à se nécroser. Les deux premiers anneaux de la trachée sont en partie détruits, leur quart antérieur est usé par la suppuration et la présence de la canule. Ce sont là des lésions consécutives à l'opération, qui auraient eu une gravité assez grande si le malade avait pu vivre. Je crois, néanmoins, que, dans certains cas particuliers, l'excision du segment antérieur du cartilage cricoïde est une bonne opération, bien qu'elle n'ait pas encore été décrite, on pourrait lui donner le nom de *crico-ectomie* ; elle est différente de la simple incision du cricoïde, décrite par Boyer.

M. LARREY. Une semblable opération ne serait pas sans danger car il y aurait emphysème. En effet, le cartilage enlevé l'air s'infiltrerait dans les tissus avec tendance à la généralisation de l'emphysème.

M. PANAS. J'opposerai aux objections théoriques qui me sont faites par M. Larrey l'observation de guérison obtenue par M. Nélaton. Au niveau du point où l'opération avait été pratiquée, on trouvait une cicatrice ombiliquée, mais il n'y avait ni fistule ni emphysème. De plus, on peut ajouter en faveur de cette opération que les bords du cartilage maintiennent très-bien la canule en place.

M. LARREY. Il serait intéressant de faire des expériences sur les animaux, pour élucider la possibilité d'un emphysème ainsi que toutes les questions qui se rattachent à cette opération.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel : TARNIER.

Hydrologie

RÉSUMÉ HISTORIQUE ET MÉDICAL DES TRAVAUX ET OBSERVATIONS PUBLIÉS SUR LES EAUX MINÉRALES DE VALS.

Source Précieuse. — Plus on étudie ces remarquables sources de Vals, plus il semble qu'elles aient été créées pour répondre aux désirs d'un thérapeutiste intelligent. La source précédente nous a montré le bi-carbonate sodique associé à une proportion sérieuse de métaux toniques, et à une faible proportion de sels calco-magnésiens ; dans la source *Précieuse*, nous allons trouver cette association telle que les hydrologues les plus expérimentés l'ont désirée (bi-carbonate de chaux, 0,630 ; id. de magnésie, 750). Voici comment s'exprime, sur l'importance de ces sels, le membre le plus autorisé de l'Académie de médecine, le savant et judicieux Patissier :

« L'association, en proportion suffisante, des carbonates calciques et magnésiens dans les eaux minérales en font, en général, des eaux très-bien supportées, qui peuvent être prises en boisson à la dose de plusieurs verres par jour ; ce sont, en un mot, des eaux *très-amies de l'estomac* (Patissier, *Bull. de l'Acad. de médec.*)

Aussi, après avoir posé ces principes généraux, Patissier en fait-il l'application suivante aux eaux de Vals :

Dans l'état de santé, dit-il, l'eau de Vals prise en boisson augmente l'appétit, rend la digestion plus facile, régularise les évacuations alvines, et produit parfois un effet purgatif ; la circulation devient plus active, la peau plus chaude ; il se manifeste un sentiment de force et de bien-être inaccoutumé ; quelques verres de cette eau suffisent pour rendre alcalines les sucurs et les urines qui sont naturellement acides. » (*Ibid.*)

La proportion des sels calcaires et magnésiens, telle est, en effet, la condition qui spécialise la source de la *Précieuse*, et qui détermine ses indications. Il suffira de quelques explications très-brèves pour compléter, relativement à cette source, ce qui se trouve implicitement contenu dans nos généralités.

Nous avons déjà mentionné l'heureuse influence des eaux de Vals sur les engorgements hépatiques, sur les calculs biliaires, sur le diabète ; quand ces maladies ne sont accompagnées que de peu ou point d'irritation, et surtout, comme cela arrive souvent, quand elles se compliquent de constipation, c'est surtout la source *Précieuse* qui est plus particulièrement indiquée. En ce qui concerne les calculs, elle possède l'action favorable de toutes les eaux alcalines puissantes, et, par son action légèrement stimulante sur les sécrétions intestinales, elle facilite l'expulsion des calculs. La continuation de son usage prévient la formation de concrétions nouvelles chez les malades déjà guéris, et la tendance de cette maladie aux récidives est si grande, que les malades prudents continueront très-longtemps cet usage qui n'a, du reste, rien que de très-agréable.

Quant aux diabétiques, encore si généralement considérés comme incurables, ils ne doivent nullement craindre de boire copieusement des eaux de Vals, et notamment de l'eau de la *Précieuse* : Sous l'influence de ces eaux, le sucre disparaît peu à peu, puis complétement des urines ; la soif s'apaise, la vision reprend son intégrité, les forces générales renaissent ; *la constipation fait place à des selles bilieuses d'abord*, puis régulières et normales, le calme succède au malaise, le malaise à des insomnies pénibles. Ce sont là des faits constants, nombre de fois renouvelés aujourd'hui, et qui s'imposent à l'attention de tout médecin jaloux de suivre le progrès de la thérapeutique.

Ce que nous venons de dire de l'expulsion des calculs biliaires, on peut le dire également des graviers, et, quoique la *Rigolette* soit la source spéciale des graveleux, on pourra cependant recourir avec avantage à la *Précieuse*, en cas de difficulté présumée d'expulsion des calculs, de douleurs causées par les obstacles à cette expulsion. Il ne faut pas craindre, dans ces cas, de prendre huit à dix verres d'eau par jour, pendant plusieurs jours ; la dose ordinaire doit toujours être de six au moins.

Le peu d'activité de la muqueuse intestinale chez un grand nombre de goutteux doit faire choisir assez souvent la *Précieuse* parmi les sources de Vals qui toutes, comme on sait, ont une action des plus favorables sur la goutte, mais dont chacune, cependant, peut trouver quelques indications spéciales. La paresse intestinale s'observe très-souvent dans la goutte sthénique ; raison de plus pour qu'on donne la préférence à la *Précieuse*, qui renferme moins d'éléments toniques que la *Rigolette* et plus d'éléments évacuants. Si nous pouvions citer, ici, des faits cliniques, nos confrères seraient assurément émerveillés des résultats qu'on peut obtenir, dans le traitement de la goutte, par l'administration rationnelle des eaux de Vals ; ils pourront en voir un des plus remarquables dans notre opuscule intitulé : *Emploi médical des eaux minérales de Vals*, p. 21, et auquel nous avons déjà fait allusion. De ce fait et de beaucoup d'autres analogues nous avons pu conclure légitimement que si les sources de Vals, et la *Précieuse* en particulier, ne sont pas radicalement curatives de la goutte, elles en sont du moins le meilleur palliatif, un palliatif si puissant, qu'une infirmité des plus cruelles est transformée par elles en une incommodité des plus supportables. Il est sans doute inutile d'ajouter que, pour atteindre ce but, l'usage de l'eau devra être longtemps prolongé et qu'il pourra être utile ou même nécessaire, pendant la durée d'un long traitement, de faire alterner l'usage d'une source plus tonique ou seulement plus digestive, la *Saint-Jean* ou la *Madeleine*, par exemple, avec celui de la *Précieuse*. — Dr T.

DOCUMENTS

POUR SERVIR A L'HISTOIRE DU MOUVEMENT SCIENTIFIQUE PENDANT LE SIÉGE DE PARIS (1).

20 FÉVRIER.

Martyrologe médical. — De grands malheurs sont toujours la conséquence de la guerre ; quelques douloureux qu'ils soient, il faut se résigner à les subir ; mais il est des atrocités qui révoltent et que l'on ne saurait trop flétrir. De ce nombre est le massacre des blessés et du personnel des ambulances. Nous ne reproduirons pas les détails navrants de ces ignominies ; qu'il nous suffise de les signaler à l'indignation publique, ainsi que l'a fait le docteur Becour, à propos du meurtre d'un médecin par un officier allemand, dans les circonstances suivantes :

Le docteur de Baudre est envoyé de Sedan à Mézières pour une affaire relative au service des ambulances. Il obtient un sauf-conduit du commandant des étapes de Sedan et une voiture de réquisition ; muni de ces pièces, revêtu du brassard, possédant une carte de parcours, le docteur de Baudre se met en route, le 25 novembre, à une heure de l'après-midi, avec un conducteur français.

« Arrivé à Villers, le poste prussien lui enjoint de ne pas avancer ; il déclare être en règle et on le laisse poursuivre sa route jusqu'à la Francheville, seul et à pied. Il se présente chez le commandant du poste qui lui défend de passer ; le docteur retourne sur ses pas et va à la recherche de sa voiture. Dans ce trajet, une sentinelle, sans avertir, sans crier d'arrêter, tire sur lui sans le toucher ; il se retourne, montre son brassard, agite son mouchoir ; au même instant, il reçoit une balle en pleine poitrine par un officier qui, voyant le coup manqué, prit un fusil, et à 10 mètres tira sur le malheureux qui tomba ; le lendemain le docteur de Baudre expirait.

Malgré la présence des Prussiens et le danger qu'il pouvait courir, M. Becour, chirurgien des ambulances, membre de la Société des Sauveteurs belges, n'a pas hésité à flétrir l'abominable crime de l'officier allemand.

Le discours éloquent de ce courageux confrère se termine ainsi :

« Quel que soit le meurtrier, il portera la peine d'un crime de lèze-humanité, sa conscience, si elle est accessible au remords, lui criera : assassin, ta balle a frappé un neutre ! assassin, tu as visé un homme inoffensif ! assassin, tu as tué à bout portant un médecin, un inviolable, un homme dévoué, sans défense, dont la mission consistait à affronter la mort pour t'apporter la vie. »

(*Revue médicale de Toulouse.*)

— M. le lieutenant-colonel Fornel, commandant la 3e légion des gardes nationaux mobilisés de Saône-et-Loire, proteste au nom de l'humanité et des droits les plus sacrés de la guerre, contre l'acte inqualifiable de cruauté et de barbarie qui a été commis sur les membres de son ambulance, dans la nuit du 21 au 22 janvier, par les troupes prussiennes qui l'ont attaqué dans le village d'Hauteville.

L'ambulance avait été établie au centre à peu près du village ; les médecins et les infirmiers étaient occupés à donner des soins aux blessés, lorsque la maison dans laquelle ils étaient fut envahie par une troupe de ces sauvages, qui, sans avoir égard ni à la mission qu'ils remplissaient, ni au brassard de l'ambulance internationale qu'ils portaient, et bien qu'ils fussent sans aucune arme, les ont lâchement assassinés. M. le médecin-major Morin a reçu deux coups de crosse de fusil dans la tête : un officier lui a tiré un coup de revolver, et les lâches l'ont fini à coups de baïonnette. M. le docteur Milliat a été également assassiné, et les infirmiers d'Héret, de Champigny, Fleury, Legros et Morin, ont été assaillis à coups de crosse de revolver et n'ont dû leur salut qu'à l'idée qu'ils ont eue de faire le mort.

Une fois leur œuvre achevée, ils ont dépouillé le docteur Morin et ont jeté son cadavre au devant de la porte ; ils se sont emparés du matériel de l'ambulance.

Un pareil acte de cruauté n'a pas besoin de commentaires.

Nous nous joignons au commandant Fornel et aux rédacteurs du *Lyon médical*, dont faisaient partie M. le docteur Morin et M. Milliat, interne des hôpitaux de Lyon, pour demander qu'une enquête soit faite, et pour protester, au nom de tout le corps médical, contre cet horrible forfait.

Le typhus des bêtes bovines. — Le ministre de l'agriculture et du commerce,

Vu les renseignements parvenus à mon département, d'après lesquels le typhus des bêtes à cornes aurait envahi plusieurs cantons de la France, à la suite des armées allemandes ;

Sur la proposition du directeur de l'agriculture,

Arrête :

Art. 1er. Une commission est instituée auprès du ministère de l'agriculture et du commerce, à l'effet d'étudier la marche du typhus des bêtes bovines et de rechercher les moyens de circonscrire ses ravages.

Art. 2. Sont appelés à faire partie de cette commission :

MM. Bouley, membre de l'Institut, inspecteur général des écoles vétérinaires, président ;
Le docteur Fauvel, inspecteur général du service sanitaire ;
Magne, membre de la Société centrale d'agriculture et de l'Académie de médecine, directeur de l'école vétérinaire d'Alfort ;
Reynal, membre de la Société centrale d'agriculture et de l'Académie de médecine, professeur à l'école vétérinaire d'Alfort ;
Le Blanc fils, secrétaire de la Société de médecine vétérinaire ;
Ch. Prévost, chef du bureau de l'enseignement agricole et vétérinaire, secrétaire avec voix délibérative.

(1) Suite. — Voir le dernier numéro.

Art. 3. Le directeur de l'agriculture est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Paris, le 19 février 1871.

Pour le ministre et par délégation :

Le secrétaire général,

OZENNE.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1871.

41. Jaisson. Des complications survenant pendant les diverses périodes de la variole.
42. Autun. Du traitement de la hernie étranglée par aspiration sous-cutanée.
43. Guillié. Rapports des maladies avec l'atmosphère. Essai sur l'application de la méthode graphique à leur étude.
44. Galtier. Des plaies pénétrantes de l'articulation du genou par des projectiles de guerre.
45. Phaphoutaki. Étude sur les fistules uréthrales périnéo-scrotales.
46. Saison. Diagnostic des manifestations secondaires de la syphylis sur la langue.
47. Rouhier. De la camisole ou gilet de force.
48. Lescure. Des formes de la paralysie générale et particulièrement de la forme dépressive.
49. Peltier. Étude sur la dyspepsie essentielle.
50. Charpentier. Étude sur le scorbut en général, l'épidémie de 1871 en particulier.
51. Coutagne. De l'herpès généralisé fébrile.
52. Bauby. Essai sur l'alimentation insuffisante en générale.
53. Masseloux. De l'hydrocèle simple de la tunique vaginale, de son traitement par le nitrate d'argent.
54. Dominguez. Anémie diopathique.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

École de médecine d'Arras. — M. Lestocquoy (Michel-Louis), professeur de clinique externe à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Arras, admis, sur sa demande, à faire valoir ses droits à la retraite, est nommé professeur honoraire à ladite école.

M. Gossart, professeur-adjoint de chimie et pharmacie à ladite école, est nommé titulaire de cette chaire.

M. Lestocquoy (Désiré-Joseph), suppléant pour les chaires d'anatomie et de physiologie à ladite école, est nommé professeur-adjoint, en remplacement de M. Gossart. — Il sera chargé, en cette qualité, de l'enseignement de la clinique externe, en remplacement de M. Lestocquoy (Michel-Louis), admis à la retraite.

M. Dussart, docteur en médecine, est nommé suppléant pour les chaires de médecine et d'histoire naturelle à ladite école (emploi nouveau).

M. Lescardé, docteur en médecine, est nommé suppléant pour les chaires de chirurgie et d'accouchements à ladite école (emploi nouveau).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments ou autres objets).

Vertiges, siége et causes, par le docteur Amanieu. In-8°. — Prix : 1 fr. 50 c.

Étude sur le scorbut en général, l'épidémie de 1871 en particulier, par le docteur Paul Charpentier. In-8°. — Prix : 1 fr. 75.

Documents pour servir à l'histoire du seigle ergoté, par le docteur Leteurtre. In-8°. — Prix : 2 fr. 50 c.

Pronostic et traitement des fractures de jambe compliquées de plaie, par le docteur E. Demeules. In-8°. — Prix : 2 francs.

Du service de la pharmacie militaire; son importance, sa situation actuelle. Réformes à introduire dans son organisation, par M. le docteur C. Roucher, pharmacien principal de 1re classe en chef à l'hôpital militaire du Gros-Caillou. Paris, 1871, in-8° de 32 pages. — Prix : 1 fr. 25 c.

Des fractures compliquées de la cuisse par armes de guerre, par le docteur de Roaldès, ex-chirurgien en chef de la 6e ambulance internationale, etc. In-8°. — Prix : 2 francs.

Revue photographique des hôpitaux de Paris, publiée par les docteurs de Montméja et Bourneville. Numéro de juillet, avec 4 photographies. — Prix : 2 francs.

Traité pratique des maladies des yeux et de la vue, par le docteur J. Carnet, ancien interne des hôpitaux de Paris. 1 vol. in-12 avec figures dans le texte. 3e édition. — Prix : 5 francs.

Traité pratique de laryngoscopie et de rhinoscopie, suivi d'observations, par le docteur Moura. Ouvrage orné de planches explicatives. 2e tirage. 1 vol. gr. in-8° de 200 pages. — Prix : 4 fr.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . . 8 fr 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 16 octobre 1871.

CLINIQUE OPHTHALMOLOGIQUE. — M. SICHEL.

Observation de cysticerque du tissu cellulaire de la région du sourcil.

Par M. J. GROS, chef de clinique.

Le 5 octobre 1871, Mlle B..., âgée de 24 ans, vient consulter M. le docteur Sichel pour une petite tumeur du sourcil droit, donnant lieu à des douleurs intenses dans la moitié correspondante de la tête.

Cette malade nous raconte que, vers la fin du mois de novembre 1870, elle fut prise de violents maux de dents dans toute la moitié droite de la mâchoire supérieure et d'hémicrânie du même côté. Un dentiste fut alors consulté, et ne découvrit pas de dent gâtée. On attribua ces douleurs à une névralgie, et on les traita en conséquence. Néanmoins elles ne cessèrent jamais de tourmenter la malade, et prirent le caractère irrégulièrement rémittent.

Quelques jours après l'apparition des douleurs, Mlle B... s'aperçut de la présence d'une petite tumeur, du volume d'une lentille, située à un travers de doigt au-dessous du sourcil, un peu en dedans de la ligne médiane. La pression exercée sur la tumeur ne déterminait pas de douleur locale, mais réveillait les maux de dents et produisait une sensation de tiraillement dans l'œil.

Cette tumeur a grossi d'une façon continue, mais lente, jusqu'à la fin du mois d'août 1871. A partir de cette époque, elle a suivi une marche plus rapide, et présente aujourd'hui le volume d'une noisette.

La malade n'a jamais observé de rougeur de la peau à ce niveau. Elle se plaint que l'œil droit, dont l'acuité visuelle est néanmoins très-bonne, se fatigue beaucoup plus facilement que le gauche. La santé générale n'a jamais été sérieusement troublée, malgré de fréquentes insomnies provoquées par les douleurs névralgiques.

État actuel. — A un travers de doigt environ au-dessous de l'arcade sourcilière, et vers le tiers interne de cette arcade, on sent une petite tumeur du volume d'une noisette, immédiatement située sous la peau, dure, rénitente, extrêmement mobile, libre de toute adhérence soit avec la peau, soit avec les parties sous-jacentes. Les téguments qui la recouvrent ne présentent pas de changement de coloration. On ne détermine pas de douleur vive dans la tumeur, soit en la comprimant, soit en la pinçant entre les doigts; mais on provoque un violent mal de dents et une sensation de tiraillement dans l'œil. Enfin on ne perçoit pas de fluctuation.

Le siége de la tumeur, située directement sur le trajet de la branche ascendante du nerf frontal externe, et la névralgie persistante du trijumeau éveillèrent tout d'abord l'idée d'un névrome. Mais l'extrême mobilité de la tumeur, l'absence de douleurs vives à la pression rendaient ce diagnostic douteux.

Était-ce un kyste développé dans le tissu cellulaire sous-cutané, et comprimant le nerf frontal? L'absence de fluctuation et l'excessive dureté de la tumeur écartaient également ce diagnostic. M. Sichel pensa alors à un kyste pierreux ou calcaire du sourcil, affection décrite par Sichel père dans les *Annales d'oculistique* (1867, t. LVII, p. 211 et suiv.). La dureté de la tumeur et la région qu'elle occupait rendaient cette opinion fort admissible.

Les douleurs qu'éprouvait la malade étaient intolérables; ayant résisté à tout traitement médical, il n'y avait qu'un seul parti à prendre, quelle que fût du reste celle de ces hypothèses à laquelle on s'arrêtât, c'est-à-dire l'énucléation de la tumeur.

M. Sichel pratiqua une incision rectiligne, un peu au-dessus de la tumeur, au niveau d'un pli cutané, afin de masquer la cicatrice. Il introduisit un bistouri entre la peau et la tumeur, puis après l'avoir complétement séparée des téguments externes, il la saisit avec une forte pince à griffes. La passant alors à un aide, qui tira la tumeur en haut, il finit de la disséquer avec des ciseaux. On réunit les deux lèvres de la plaie par deux points de suture, et on appliqua un bandage fortement compressif, pour favoriser la réunion immédiate.

Sous la pression des pinces, la tumeur s'était rompue et avait donné issue à deux ou trois gouttelettes d'un liquide hyalin. M. Sichel pensa alors avoir eu affaire à un kyste à parois fibreuses très-résistantes; mais en examinant les parois de cette poche, il vit sortir un petit corps blanc, allongé, qui semblait se mouvoir. Il reconnut aussitôt un cysticerque enkysté dans une poche fibreuse. L'ayant retiré avec soin du kyste, il le plaça sous le microscope, et nous fit voir les mamelons et les crochets de l'entozoaire, dont la vésicule caudale s'était rompue et vidée. L'examen attentif du kyste démontra une texture fibro-celluleuse très-dense.

M. Sichel nous cita alors un cas à peu près analogue, rapporté par de Graefe (*Arch. f. ophth.* Bd. 12. *Abth.* 2. p. 174.—1863), où il s'agissait d'une petite tumeur dure, indolente, mesurant environ 10 millimètres de diamètre transversal, et située vers le milieu de la paupière inférieure, au-dessous du muscle orbiculaire. Précisément, dans ce cas aussi, au moment où l'aide attirait la tumeur en dehors, la poche se rompit et donna issue à quelques gouttes de pus et à un petit corps blanc, membraneux, qui, immédiatement soumis à l'examen microscopique, montra tous les caractères d'un cysticerque du tissu cellulaire, parfaitement intact, sauf que la vésicule s'était rompue et vidée. L'examen de la poche fut fait par le professeur Von Recklinghausen, qui ne trouva que du tissu fibreux compact.

A propos de cette observation, de Graefe fait observer que le cysticerque avait été rencontré dans presque toutes les parties de l'œil et de ses annexes. Qu'il nous soit permis de lui emprunter la petite note chronologique qu'il publia à ce sujet (p. 198, *loc. cit.*).

Le premier cas publié le fut par Schott et Soemmering, en 1830. Il s'agissait d'un cysticerque situé dans la chambre antérieure.

Baum publia, en 1838, l'observation d'un cysticerque trouvé sous la conjonctive.

Cunier, en 1841, observa un cysticerque sous l'épithélium de la cornée.

Sichel père, en 1847, en découvrit un sous la peau des paupières.

De Graefe, en 1853, en observe un, à l'ophthalmoscope, dans le corps vitré.

Nous trouvons dans l'atlas de MM. de Wecker et Von Jaeger, planche XVIII, fig. 83, le dessin d'un cysticerque logé entre la rétine et la choroïde.

En ajoutant à ces divers cas celui qui fait l'objet de la présente observation, nous trouvons que le cysticerque a été rencontré dans toutes les parties de la région oculaire, excepté dans l'appareil lacrymal.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 13 octobre 1871. — Présidence de M. MARROTTE.

CORRESPONDANCE.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL, parmi les pièces de la correspondance, signale une lettre de M. Besnier, par laquelle il s'excuse de ne pas présenter à la Société son rapport sur les maladies régnantes. Ce retard, ajoute M. Lailler, est d'autant plus excusable de la part de M. Besnier que, jusqu'à ce jour, il n'a reçu que fort peu de communications de ses collègues.

M. LE PRÉSIDENT rappelle à la Société la perte cruelle qu'elle a faite dans la personne de M. Blache. Il croit inutile d'ajouter quoi que ce soit aux paroles qu'a prononcées à cette occasion son collègue, M. Roger.

PRÉSENTATIONS

M. GALLARD présente le premier fascicule du second volume des *Bulletins de la Société de médecine légale.*

Parmi les articles renfermés dans ce fascicule, M. Gallard signale à l'attention de la Société : 1° les discours de M. Devergie, président sortant, et de M. Béhier, qui le remplace; 2° deux rapports de M. Béhier, dont l'un a trait à la demande d'une femme de soixante ans qui, après avoir fait une vente, alléguait, pour l'annuler, son état mental, demande qui, sur ce rapport, a été repoussée; et l'autre est relatif à un cas d'empoisonnement par des allumettes chimiques; 3° un rapport de M. Lagneau au sujet d'une demande en séparation de corps. Il signale en outre plusieurs articles, et entre autres la relation d'expériences pratiquées sur la tête d'un guillotiné.

COMMUNICATIONS

M. MOUTARD-MARTIN rapporte en quelques mots l'observation suivante : vendredi dernier est entré dans son service un jeune homme de 17 ans, se disant malade depuis trois semaines. Il se plaignait surtout d'un point de côté à gauche, de frissons accompagnés d'une fièvre intense qui ne l'a pas quitté un seul instant depuis le début de sa maladie.

A l'examen que M. Moutard-Martin en a fait samedi matin, ce malade présentait une coloration jaune très-prononcée; ses lèvres

FEUILLETON

LE TUNNEL DES ALPES

CONSIDÉRÉ AU POINT DE VUE HYGIÉNIQUE

Les grands travaux d'art entraînent presque toujours avec eux des questions scientifiques nouvelles et soulèvent des problèmes d'hygiène qu'il ne nous est pas permis de laisser inaperçus de nos lecteurs. Le percement du tunnel des Alpes, l'une des plus belles conquêtes pratiques de nos jours, devait naturellement soulever plusieurs questions de ce genre. On pouvait se demander, par exemple, avant la première épreuve qui en a été faite, qu'elles seraient les conditions d'aération et de température de ce long trajet souterrain et jusqu'à quel point il n'y aurait pas lieu de s'en préoccuper dans l'intérêt des voyageurs. L'expérience a déjà parlé sur ce point. Voici les détails intéressants à cet égard, que nous empruntons à un travail technique très-important et très-étendu, que M. Henri de Parville vient de publier tout récemment sur l'ensemble de cette œuvre colossale dans le *Journal officiel.*

Il est bon de rappeler d'abord quelques-unes des considérations principales de cette nouvelle voie de communication ouverte entre la France et l'Italie. Le tunnel des Alpes a une longueur de 12,233 mètres. L'entrée en galerie à Modane (côté d'Italie) est à 1,158 mètres 96 centimètres au-dessus du niveau de la mer. A Bardonnèche (côté de France), l'entrée est à 1,291 mètres 52 centimètres. Il existe, comme on le voit, une différence de niveau de 132 mètres entre les deux ouvertures, qui a été rachetée par une rampe montant avec une pente de 22 millimètres par mètre jusque vers le milieu de la galerie, sur un parcours de 6,273 mètres. Au delà, la voie descend par une pente insensible de 5 millimètres par mètre, suffisant pour l'écoulement des eaux jusqu'à Bardonnèche.

Le tunnel n'offre aux regards, quand on y pénètre, aucune différence appréciable avec les autres tunnels.

Toute la paroi est muraillée. On a ménagé sous la voie, au centre du souterrain, un aqueduc de 1 mètre de haut et de 1 mètre 20 centimètres de large, pour laisser écouler les eaux d'infiltration et de condensation et pour, au besoin, s'assurer un chemin de sauvegarde, si par un impossible, il se produisait un effondrement partiel de la voûte.

Le tunnel est parfaitement sec; on ne rencontre aucune faille, aucun amas d'eau.

Du côté de Modane, on remarque, à 2 kilomètres environ de l'entrée, une petite source, froide, ferrugineuse, dont le débit ne dépasse pas un demi-litre par seconde; l'eau est excellente à boire et a servi à désaltérer les ouvriers. Au delà, on ne trouve plus que quelques suintements sans importance. La voûte reste sèche sur une grande partie du parcours.

A pied, il faut trois heures pour traverser le souterrain. Le couloir est sombre; quelques becs de lumière placés de loin en loin et des transparents lumineux indiquant les distances kilométriques tranchent seuls sur l'obscurité de la galerie. On avance entre deux murailles qui vous défendent contre l'écroulement des roches et qui se déroulent en ligne droite jusqu'au versant opposé. L'atmosphère chargée des fumées des lampes n'est pas assez transparente pour que la lumière du jour puisse la traverser sur une épaisseur d'une lieue et demie.

Les trains font la traversée en vingt-cinq minutes en descendant la rampe d'Italie en France; il leur faut au contraire quarante-trois minutes environ pour remonter de France en Italie.

Arrivons à la question d'aération, qui nous intéressait particulièrement. Ici nous laissons parler M. de Parville :

La préoccupation des hommes de science depuis le commencement des travaux s'était principalement portée sur la question d'aération. Respirerait-on sous cette voûte si longue, au fond de ce trou

étaient décolorées, sa respiration très-courte et son pouls très-fréquent (de 130 à 140 pulsations). Bien que sa peau fût très-sèche, il avait des sueurs nocturnes très-abondantes. Le point de côté persistait toujours; la poitrine était très-dilatée du côté droit. Dans tout ce côté, la percussion révélait une matité complète; les espaces intercostaux étaient effacés. A l'auscultation, on entendait un bruit de souffle dans la partie supérieure; dans la moitié inférieure, les bruits respiratoires étaient nuls; il y avait de l'égophonie vers la pointe de l'omoplate. Le diagnostic était évidemment la présence d'un épanchement considérable dans la moitié de la poitrine. Restait à savoir si c'était un épanchement séreux ou un épanchement purulent.

M. Moutard-Martin se décida à faire immédiatement une ponction avec le trocart ordinaire; il n'en sortit aucun atome de liquide. Une seconde ponction donna issue à quelques gouttes de pus et à des grumeaux très-épais. Il s'agissait donc d'une pleurésie purulente avec fausses membranes.

Ayant recours à l'aspirateur de M. Dieulafoy, M. Moutard-Martin ne tira que vingt grammes de liquide. Il se décida alors à pratiquer l'opération de l'empyème. Il fit une large incision d'au moins six centimètres de longueur qui fit projeter au loin une quantité considérable de pus, mais qui ne s'échappait que par intervalles pendant lesquels se présentaient à l'ouverture d'énormes paquets membraneux d'un jaune grisâtre, qui n'étaient autres que des hydatides que M. Moutard-Martin retirait à mesure. Il en retira cinq ou six avec la main; d'autres furent projetés avec le liquide. On retira deux litres de ce dernier. Depuis lundi, que fut pratiquée l'opération, il est encore sorti plusieurs membranes hydatides. Mais un fait remarquable, c'est qu'il ne se produit pas, pour ainsi dire, de suppuration. Il n'y a pas la moindre odeur. L'eau qu'on injecte pour laver la poitrine ressort limpide et claire quand on dirige l'injection vers la partie supérieure; mais si on l'injecte en bas, dans les parties déclives de la poitrine, elle est alors un peu louche et légèrement tachée.

Ce fait a paru à M. Moutard-Martin assez intéressant pour devoir être porté à la connaissance de la Société, tant à cause des hydratides que par le peu de suppuration et l'absence complète d'odeur qu'il a remarqués.

PROPOSITION

M. LAILLER fait une proposition qui consiste à nommer une commission chargée d'examiner les améliorations à apporter dans le service des internes en pharmacie dans les hôpitaux.

M. Lailler pense qu'il y a de nombreux abus à supprimer et d'importantes réformes à faire dans ce service. Il considère d'abord la présence, à la visite, de l'interne en pharmacie comme absolument inutile. Selon lui, les prescriptions seraient ainsi plus promptement exécutées.

Il croit en outre qu'on pourrait diminuer de beaucoup le nombre de ces internes, ce qui constituerait une économie d'une certaine importance. Il est persuadé, en un mot, qu'il y a de grandes améliorations à apporter dans le service pharmaceutique des hôpitaux, et demande la nomination d'une commission chargée d'étudier cette question.

Cette proposition, appuyée par plusieurs membres, MM. Gallard et Brouardel entre autres, est discutée par MM. Chauffard, Moissenet et Constantin (Paul) qui, tout en acceptant la nomination d'une commission, combattent les idées émises par M. Lailler sur le service des internes en pharmacie dans le service des hôpitaux.

Une commission est donc nommée, qui se compose de MM. Lailler, Gallard, Moissenet, Constantin (Paul) et Guibout.

La séance est levée à cinq heures.

TABLETTES

DU MÉDECIN-LÉGISTE

XXIX

Vétérinaire, médicaments, préparation, vente. — Art de guérir, animaux. — Pharmaciens, animaux. — Les lois et les ordonnances, tant anciennes que modernes, sur l'exercice de la médecine et de la pharmacie, ont exclusivement en vue la conservation de la santé de l'homme.

Ainsi la loi du 21 germ. an II, qui réserve aux pharmaciens seuls la préparation et la vente des médicaments, n'est pas applicable à la préparation et à la vente des médicaments pour les animaux;

Et spécialement, les vétérinaires, dont la profession peut être exercée par toute personne, sans condition d'études ni de diplôme, ont le droit, même lorsqu'ils ne sont pas brevetés, de composer ou de vendre toutes préparations médicamenteuses destinées aux animaux...., sous la seule condition qu'elles ne contiennent aucune des substances vénéneuses portées au tableau annexé au décret du 8 juillet 1860 (Cf., Dalloz, année 1868, cahier 2, 1re partie; Cour de cassation, page 84).

XXX

Patente, médecin, habitations distinctes. — Le médecin imposé à la patente dans la commune où il a sa résidence habituelle et principale, mais qui est en même temps médecin inspecteur d'un établissement d' aux minérales dans une autre commune, doit également être assujetti à la patente dans cette seconde commune, s'il y occupe une habitation et y exerce sa profession pendant la saison des eaux (Cf., Dalloz, année 1868, 2e cahier, 3e partie; Décisions du conseil d'État, p. 13).

DOCUMENTS

POUR SERVIR A L'HISTOIRE DU MOUVEMENT SCIENTIFIQUE PENDANT LE SIÈGE DE PARIS (1).

21 FÉVRIER

Académie de médecine. — L'Académie tient séance.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 21 février 1871. — Présidence de M. WURTZ.

M. LE PRÉSIDENT a le regret d'annoncer à l'Académie la perte qu'elle vient de faire dans la personne de M. DANYAU. D'après la volonté expresse du défunt, les funérailles ont été célébrées sans apparat; aucun discours n'a été prononcé.—M. le président pense que l'Académie voudra bien honorer la mémoire de M. Danyau, en décidant que la séance de ce jour sera levée immédiatement après la lecture du procès-verbal et le dépouillement de la correspondance.

Avant de lever la séance, M. le président nomme une commission composée de MM. Béclard, Bergeron, Chauffard, Gosselin et Verneuil; cette commission est chargée d'examiner les propositions présentées par M. Verneuil dans la dernière séance comme conclusion de la discussion relative au pronostic des lésions traumatiques dans l'alcoolisme. (Notre dernier compte rendu fait connaître les termes mêmes dans lesquels ces conclusions ont été formulées par M. Verneuil.)

La séance est levée à trois heures et demie.

Typhus des bêtes à cornes. — M. Decroix adresse au ministre de l'agriculture la lettre suivante :

« Monsieur le ministre,

« Les journaux viennent d'annoncer que le typhus contagieux des bêtes à cornes « règne parmi les immenses troupeaux réunis dans « le Finistère pour le ravitaillement de Paris; que les cas de mort « sont tellement nombreux, qu'il est impossible d'enterrer les cada- « vres, et que deux vieux navires en ont été chargés et doivent les « porter dans la haute mer. » Je sais en outre, par des renseignements particuliers, que la maladie exerce ses ravages dans d'autres départements.

« Malgré les mesures déjà prises et celles qui pourront être indiquées par nos sommités vétérinaires, il est fort à craindre que le fléau ne fasse encore de nombreuses victimes par toute la France.

« Je viens donc appeler votre attention, monsieur le ministre, sur l'un des moyens de ne plus laisser perdre, à l'avenir, la chair des animaux *malades, suspects*, ou appartenant à des troupeaux ayant été en contact avec des malades, et qui, *tous*, doivent être abattus.

« D'après des recherches et des expériences personnelles auxquelles je me suis livré depuis onze ans sur les viandes dites *insalubres*, je me crois autorisé à affirmer de la façon la plus absolue que l'on peut, en toute sécurité, faire usage de la chair cuite des bœufs affectés et même morts du typhus contagieux.

« Dans les conditions actuelles de pénurie de viande, c'est un crime d'enterrer, de jeter à la mer ou de livrer à l'équarrissage pour faire des engrais, les animaux atteints ou menacés du typhus.

« Étant connues les propriétés éminemment contagieuses de cette maladie, il serait imprudent de transporter la viande sur les marchés des grands centres de population. D'autre part, il n'est pas possible de tirer un parti avantageux des troupeaux qui dans les petites localités doivent être abattus et livrés sur place à la consommation. Mais il est un moyen de parer à ces difficultés, c'est de mettre en conserve sur place la chair des animaux abattus. La salaison est aussi un bon moyen; mais la transformation en conserve est préférable.

« En prenant de sages et promptes mesures, pas un kilogramme de viande ne doit être perdu. Les troupeaux d'approvisionnement doivent être visités fréquemment et assidûment. Tout animal présentant les premiers symptômes de la maladie doit être abattu immédiatement. Si, par ineptie ou par incurie, les agents responsables, ayant les moyens d'action, laissent perdre des animaux, il est urgent de les révoquer sur-le-champ.

« Veuillez agréer, etc.

« E. DECROIX. »

Conseil général des hospices. — Le délégué à la mairie de Paris a adressé à M. le docteur Broca, président du conseil général des hospices, la lettre suivante :

« Paris, le 20 février 1871.

« Monsieur le président, au moment où son mandat allait expirer, le gouvernement ne pouvait laisser inachevée la réglementation dont le décret du 29 septembre 1870, sur la réorganisation de l'assistance publique, avait posé les bases.

« Un décret réglementaire vient de consacrer, d'une manière définitive, le régime nouveau que vous expérimentez depuis plus de quatre mois : créer au conseil général des hospices une situation indépendante, lui donner la meilleure part du pouvoir sans dépouiller la haute administration du contrôle supérieur qui lui appartient nécessairement, concilier le principe de la direction collective avec les nécessités d'une action administrative énergique et vigilante, tel est le but que nous nous étions proposé en commençant l'épreuve et que nous croyons avoir atteint.

« Le principe d'élection nettement posé pour la première fois dans une constitution hospitalière, et la représentation de tous les corps qui peuvent utilement concourir au développement des institutions charitables : voilà les traits essentiels du système inauguré par la République. On peut affirmer que la gestion du patrimoine des pauvres trouvera dans cette combinaison tous les éléments d'autorité, toutes les garanties d'indépendance et de stabilité, toutes les sources de perfectionnement qui lui sont indispensables.

« C'est grâce au conseil général qui administre depuis quatre mois; grâce au dévouement, à la bonne volonté, aux lumières des membres qui le composent, que cette voie nouvelle a pu s'ouvrir. Les circonstances étaient des plus difficiles qu'une administration improvisée pût affronter. Le zèle du conseil a triomphé de tout. Au nom de la ville de Paris, au nom du gouvernement, au nom des pauvres, je vous prie de transmettre à vos collègues l'hommage de la profonde reconnaissance qui leur est due.

« J'ai l'honneur de vous informer, en terminant, que les élections des membres qui doivent composer le nouveau conseil général des hospices auront lieu le mardi 21 et le mercredi 22 février.

« Agréez, etc.

« JULES FERRY. »

22 FÉVRIER.

Légion d'honneur. — Par décret en date de ce jour, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier : M. le docteur Alphonse Guérin, chirurgien des hôpitaux de Paris. (Service à l'hôpital militaire Saint-Martin.)

Au grade de chevalier : M. le docteur Guibout, médecin des hôpitaux de Paris. (Service à l'hôpital militaire Saint-Martin.)

M. le docteur Panas, chirurgien des hôpitaux de Paris. (Service à l'hôpital militaire Saint-Martin.)

22 FÉVRIER.

Voyage dans Paris. — Théophile Gauthier continue son voyage par une étude des bêtes du jardin des Plantes pendant le siége :

(1) Suite. — Voir le dernier numéro.

gigantesque? Les uns étaient pour la négative, les autres pour l'affirmative; certains, enfin, loin de croire au peu de renouvellement de l'air, craignaient une tempête dans le souterrain : les deux extrémités se trouvant à une différence de niveau de 132 mètres, on pouvait effectivement supposer qu'il se manifesterait un violent courant d'air.

La vérité est que l'air dans le tunnel, loin de rester en repos, s'écoule, en effet, avec des vitesses quelquefois très-appréciables, quelquefois aussi presque nulles; mais ce dernier cas s'offre rarement.

Il est facile de se rendre un compte exact de ce qui se passe en galerie. Dans beaucoup de tunnels, dans celui de la Northe par exemple, il arrive que la fumée des locomotives sort mal du souterrain, malgré ses 24 puits d'aérage : le tunnel est de niveau; c'est, en somme, une longue cave avec soupiraux. Les puits ont des hauteurs comprises entre 20 mètres et 180 mètres, et créent par cela même des courants variables en direction qui rabattent souvent la fumée dans la galerie. Le tirage ne s'effectue guère que par les puits les plus profonds.

Aux Alpes, au contraire, il n'y a aucun puits d'aérage, sauf à l'entrée du tunnel du côté italien; la galerie constitue une seule et unique grande cheminée inclinée de France en Italie. Le tirage s'y fait donc, comme dans toutes les cheminées possibles, en vertu des différences de pression et de température. La pression est plus forte sur le versant français de 13 millimètres de mercure en moyenne; aussi, en général, l'air va de France en Italie.

Cependant, et c'est un point qui avait échappé aux théoriciens, le courant se retourne quelquefois et balaye le tunnel en sens inverse, d'Italie en France. Il suffit pour cela que la température sur le versant italien devienne plus basse que la température sur le versant français; le tirage se fait de haut en bas, au lieu de se faire de bas en haut, comme il arrive souvent dans nos appartements pendant l'été, lorsque la pièce, hermétiquement close, est plus fraîche que l'air extérieur. Dans tous les cas, le tirage reste faible, c'est un inconvénient pour la ventilation.

Les cheminées ordinaires, lorsque le courant d'appel n'est pas encore bien établi, fument; des bouffées de fumée sortent par le foyer. L'air appelé à l'intérieur rencontre de l'air immobile; la résistance au mouvement crée un temps d'arrêt; puis l'air froid, le long des parois, descend et sort dans l'appartement, refoulant les gaz de la combustion. Dans le tunnel, le même effet se manifeste souvent.

Aux deux entrées, la température est de 12 à 14°; l'impression, quand on pénètre sous la voûte, est celle de la fraîcheur. Au milieu, la température atteint 24°. Il s'établit donc forcément un appel vers le point le plus chaud, et un courant de retour dans les couches supérieures du souterrain. Ces différents courants coexistent. On ne peut malheureusement pas dire qu'ils concourent tous à l'aération du tunnel, car souvent ils se gênent mutuellement et font tourbillonner la vapeur sous la voûte.

En général, cependant, le courant dominant conserve assez de vitesse, pour que tout l'air du tunnel puisse voyager d'une extrémité à l'autre en deux heures.

Lorsqu'une locomotive entre sous la montagne, elle laisse sa vapeur derrière elle, et si le courant va dans le même sens qu'elle, il est évident que fumée et vapeur s'engouffrent dans le souterrain. Le train pousse l'air en avant comme un piston et crée un vide derrière lui. Pour ces nouvelles raisons encore, la vapeur chemine comme le train.

Le voyageur n'est d'ailleurs nullement gêné. Si un peu de vapeur pénètre dans son wagon, il lui suffit de fermer la portière; il emporte avec lui dans la voiture une provision d'air largement suffisante pour la longueur du parcours. D'ailleurs, jusqu'à ce que le train parvienne vers le sommet de la rampe, l'effet produit ne diffère pas de celui auquel on est habitué dans tous les tunnels.

Vers le kilomètre 5, on se rapproche du maximum de température, de ce que l'on pourrait appeler l'équateur de la galerie; on traverse une sorte de région de calme et la vapeur emplit le souterrain; elle adhère au revêtement et le couvre entièrement d'une couche mate et opalisée. On dirait que l'on avance sous une voûte et entre deux murailles d'albâtre. Les lumières du tunnel illuminent d'un éclat doux et doré cette paroi translucide, et pour faire cesser toute illusion, on est malgré soi porté à étendre le bras hors du wagon.

La main est brusquement saisie par un courant d'air froid; on ne croirait jamais qu'un couloir de vapeur vous entoure; c'est qu'en effet entre le train et la vapeur qui adhère à la voûte et au mur

LES BÊTES DU JARDIN DES PLANTES

Si les souffrances des animaux domestiques pendant le siége nous intéressaient, celles des bêtes sauvages captives au jardin des Plantes n'excitaient pas moins vivement notre sollicitude. C'est déjà un assez grand malheur que d'être arraché à son milieu naturel et emprisonné dans une étroite cage, sans y subir en outre le lent supplice de la faim. Ces pauvres êtres innocents des folies barbares de l'homme en subissent les contre-coups avec une résignation touchante; ils s'étonnent et vous regardent de leurs yeux agrandis par la maigreur et pleins d'interrogations muettes, semblant dire : « Puisque tu ne peux me donner la nourriture, au moins rends-moi la liberté. » Aussi résolûmes-nous d'aller mettre notre carte chez les anciens hôtes du désert.

On ne parlait dans la ville, poussée par la famine aux caprices et aux dépravations de goût, que de mets bizarres : côtelettes de tigre, jambons d'ours, bosse de bison, pieds d'éléphant à la poulette, filets de lama, entrecôtes de chameau, râbles de kanguroos, civets de singe, serpents boas à la tartare, marinades de crocodile, fricassées de phénicop ères, grues de Numidie à la chasseur, foies d'autruches truffés, chaud-froids de toucans et de kamichis, et autres cuisines zoologiques qui ne laissaient pas que de nous alarmer pour la population du Jardin des Plantes. Cependant il nous semblait étrange que cet établissement national se défît ainsi de ses pensionnaires.

Ces suppléments exotiques au menu du siége venaient du Jardin d'acclimatation, dont les deux jeunes éléphants furent vendus à un prix énorme, ainsi que plusieurs bêtes, jadis objet de la curiosité publique : ce qui expliquait les excentricités culinaires rapportées dans les journaux.

Nous essayâmes d'abord d'entrer par la grande porte au bout du pont, mais elle était fermée à cause des baraques d'ambulance occupant cette partie du jardin. A travers les vitres des fenêtres on apercevait les rangées de lits et les malades couchés de leur long ou soulevés sur leur séant et tenant en main quelque journal, suivant la gravité de leurs blessures. C'était un spectacle étrange que ces asiles des victimes de la guerre dans cette retraite de la science et de la rêverie, où, tout jeune nous venions scander nos premiers vers : — Il y a bien longtemps de cela!

Une porte latérale ouverte un peu plus loin nous permit de pénétrer dans le Jardin où la première bête qui nous salua du regard le museau appuyé contre le treillis de son enceinte, fut un cheval nain des îles Shehtland, tout ébouriffé et tout bourru sous son poil d'hiver : vu la petitesse de sa taille, il aurait fourni un nombre médiocre de kilogrammes à l'hippophagie. Nous nous trouvâmes bientôt devant les loges des animaux appelés féroces par les hommes, qui feraient bien peut-être de se réserver ce titre pour euxmêmes.

Quelques-unes des cages avaient été blindées en prévision du bombardement qui n'était pas commencé encore. Ce blindage consistait en un amoncellement de pavés et de terre où déjà l'herbe avait insinué ses mosaïques vertes. Mais ce n'est là qu'un lieu de refuge; les autres cages, aux volets relevés, laissaient voir derrière leurs grilles leurs prisonniers habituels. Les ours se livraient à ce balancement qui leur donne une vague ressemblance avec les *aïssaouas* s'entretenant à leurs exercices, ou marchaient au pas gymnastique, frottant les barreaux de leurs nez, comme s'ils espéraient y trouver une paille. Leur épaisse fourrure ne permettait guère d'apprécier ce que le jeûne forcé du siége leur avait enlevé d'embonpoint.

D'ailleurs, comme tous les animaux qui dans l'état de nature s'engourdissent l'hiver, ils ajoutaient sans doute à la ration diminuée le supplément de graisse destiné à les nourrir pendant leur sommeil.

Les lions conservaient leur attitude majestueuse. Ils acceptent la captivité avec une dédaigneuse résignation. Dès qu'ils ont compris que l'évasion était impossible, ils ne luttent plus et ne donnent pas à leurs geôliers le spectacle de tentatives inutiles. Ce sont des bêtes de noble race, qui méprisent aristocratiquement les misérables humains, pour les avoir pris par trahison à quelque piége infâme. En les regardant nous pensions aux vers de Victor Hugo :

> Les lions dans la fosse étaient sans nourriture;
> Captifs, ils rugissaient vers la grande nature
> Qui prend soin de la brute au fond des antres sourds;
> Les lions n'avaient pas mangé depuis trois jours.

Nous ne croyons pas que les lions du Jardin des Plantes eussent fait un aussi long jeûne que les lions de la fosse où fut jeté Daniel par ordre de Nabuchodonosor; mais leur dîner n'avait pas dû être bien somptueux : des bas morceaux de cheval morts de maladie, et jugés impropres à la consommation, le composaient probablement; maigre régal pour ces grands consommateurs qui dépensent en Algérie, d'après les statistiques, une valeur de 12,000 francs par an de bœufs, de moutons, de chèvres, sans compter les gazelles et les sangliers, et dont l'appétit princier n'aime que la proie vivante. Ces fétides débris, bons tout au plus pour les hyènes et les vautours, devaient les dégoûter singulièrement. L'un d'eux allait et venait vaguement d'un air ennuyé, battant ses flancs de sa queue; l'autre était couché dans le coin de son antre, une patte de devant allongée, la seconde repliée à demi sous le poitrail, présentant sa tête comme un masque humain avec son nez droit, son large front et ses rigides moustaches semblables à des fils argentés, et sa fauve crinière échevelée. Le regard jaune de ses yeux fixes étaient plein de mélancolie. Peut-être dans ses rêves faméliques songeait-il aux antilopes qui vont, vers le soir, se désaltérer à la source. Ainsi posé, il semblait attendre le pinceau de Delacroix ou l'ébauchoir de Barye. Mais un spectacle plus touchant encore était une pauvre lionne malade, d'une maigreur presque diaphane, qui paraissait poitrinaire et au dernier degré de consomption. Amincie, évidée comme une levrette, elle avait pris une élégance idéale et ressemblait à ces lions rampants des anciens blasons, moitié ornement, moitié chimère, aux indications accentuées et cursives que l'art héraldique découpait sur ses fonds de métal ou de couleur « onglés et lampassés de gueules. » Son poil, d'un jaune pâle, prenait la lumière et la détachait de l'obscurité qui baignait l'arrière-plan de la loge; elle était arrêtée sur ses quatre pattes dont les muscles jadis puissants traçaient des sillons sous sa peau. La nostalgie du désert et des rochers brûlants de l'Atlas se lisait dans sa pose alanguie et frileuse; la maladie donnait à ses yeux une sorte de douceur inaccoutumée et d'une expression navrante. Dépouillée de sa force, la lionne avait l'air d'implorer la pitié humaine; nous avons plus d'une fois remarqué ce regard chez les animaux qui vont mourir. Il est éminemment tragique, et nul ne peut le voir sans en être ému. Dernièrement nous avons appris par les journaux reproduisant une note de l'administration que la pauvre lionne était morte.

Un jaguar a succombé aussi, mais n'a pas été vendu comme viande de boucherie. Le Jardin des Plantes tient à ses sujets, les soigne avec amour et n'en trafique pas.

Les deux tigres ne paraissaient pas avoir trop souffert, leur amaigrissement ne se distinguait pas sous leur magnifique robe fauve zébrée de bandes en velours noir. Le premier enduisait une de ses pattes de salive et la passait sur son mufle pour se débarbouiller, avec ce mouvement de chat qui, dit-on, présage la pluie. Le second s'était jeté brusquement contre la grille avec un rauquement étranglé et s'y tenait debout, montrant le gouffre hérissé de crocs de sa gueule et le poil soyeux de son ventre. Il avait peut-être aperçu parmi les spectateurs un morceau à sa convenance dont le séparait l'obstacle des barreaux — quelque enfant aux bras de sa bonne. Qu'il était admirable dans cette pose, et avec quelle perfection la nature modèle et colorie ces grands félins, et comme elle prodigue la beauté à ces bêtes formidables!

Une visite à la fosse de l'ours Martin était de rigueur. Martin n'exécutait pas après l'arbre mort, planté au milieu de la cour, une de ces ascensions ayant pour but d'atteindre un pain de seigle jeté au bout d'une ficelle remontée à mesure, spectacle qui faisait autrefois les délices des invalides, des tourlourous et de leurs payses, et même de flâneurs philosophes. Il n'y avait personne pour regarder ses gentillesses. Plus d'ours grimpant, plus d'ours se dressant sur ses pattes de derrière, et savant dans ces arts d'agrément dont Atta-Troll, le héros du poëme de Henry Heine, était si fier; mais seulement un jeune ourson occupé, faute de spectateurs, à se regarder lui-même, Narcisse velu, avec une amoureuse complaisance dans une flaque d'eau épanchée par le trop plein de l'auge. Il se contemplait à ce miroir, penchant la tête, se faisant des mines, restant en extase et comme ravi de ses propres charmes. Cette réflexion de son image l'avait surpris d'abord, puis il s'était trouvé beau et se souriait; rien n'était plus comique. Les hyènes aussi sont coquettes, et, suivant les Arabes, il suffit, pour les prendre, de leur présenter un miroir et de leur promettre du *K'heul* pour se teindre les paupières. Du reste, ce jeune ourson au poil fauve doré de reflets roux, aux yeux obliques et brillants, au nez noir et grenu comme une truffe, avait, dans son espèce, de l'élégance et de la beauté. Il eût tenu sa place sur la banquette d'antichambre d'un Boyard et présenté avec une certaine grâce le verre d'eau-de-vie de bienvenue aux visiteurs. La tendre Mummia, infidèle à ses devoirs d'honnête ourse, lui eût peut-être assigné un rendez-vous dans sa caverne des Pyrénées.

Un peu plus loin, par dessus la palissade de son jardinet, un chameau tendait au bout de son long col sa tête bénigne et hideuse, et rappelait la scène de l'évocation dans le *Diable amoureux* de Cazotte, où le chameau fantastique dit de sa voix caverneuse : « *Che vuoi?* » Cet honnête ruminant, il faut l'avouer, n'avait rien de commun avec la sorcellerie, et son grommellement ne signifiait rien autre chose que : « Donnez-moi du pain ou du gâteau de Nanterre. » Mais ce n'est pas en temps de siége qu'on prodigue ces friandises. Qui eût possédé un gâteau de Nanterre, une brioche même rance, les eût dévorés avec délices. La pauvre bête semblait tout confuse de son insuccès et se demander avec inquiétude pour quelle raison on la privait de sa provende.

Les éléphants étaient également de fort mauvaise humeur. Le plus gros résistait à son cornac qui voulait le faire rentrer, et les deux autres offraient l'aspect le plus singulier. Ils avaient considérablement maigri et leur squelette flottait dans une peau trop large. Cette peau grisâtre et fendillée comme de la terre glaise sèche formait des plis profonds aux entournures, ainsi que l'étoffe d'un habit mal fait. De longues rides sillonnaient leurs cuisses, et leurs oreilles aux membranes épaisses retombaient de chaque côté de leurs têtes monstrueuses au crâne chauve, semblables à des drapeaux effrangés et noircis. Ils agitaient leurs trompes comme de gigantesques sangsues et, simultanément, leurs queues rappelant les queues des anciens hussards ou des postillons.

Vainement ils avaient tendu au public leurs flexibles proboscides et ils lui tournaient le dos d'un air irrité. Ces manifestations de colère ne leur suffisant pas, ils *barrissaient* avec fureur. Rien de plus étrange, de plus lugubre et de plus formidable que ce cri de l'éléphant. Quand on ne le connaît pas et qu'on l'entend à l'improviste, il remplit de stupeur les plus braves. On ne sait d'abord ce que c'est, et s'il vient du ciel ou de l'enfer, tonnerre ou grondement souterrain; cela ronfle comme une pédale d'orgue ou éclate, comme la trompette de Jéricho, avec des mugissements et des strideurs qui assourdissent ou déchirent l'oreille : c'est bien la voix d'un de ces monstres de l'ancien monde échappés au déluge et conservant les énergies de la vie primitive.

Ce jour-là les éléphants, dont la tête a l'honneur de coiffer symboliquement la statue de Ganésa, le dieu indien de la sagesse, n'étaient vraiment pas raisonnables, et leur rauque musique faisait fuir les rhinocéros dont nous eûmes à peine le temps d'entrevoir par derrière la carapace cornée. Tant de bruit pour quelques bouchées de pain de moins! ne comprenez-vous, sagaces animaux, que notre ville est investie?

Nous retrouvâmes dans leurs cabanes rustiques et leurs enclos treillagés, où l'hiver laissait encore quelque verdure, les lamas, les vigognes, les antilopes, les cerfs du Canada, les hémiones, les zèbres et tout le mobilier vivant du Jardin des Plantes au grand complet; plus des phlascolomes et un singulier animal tenant du tapir et du sanglier que nous ne connaissions pas, amené d'Australie, le pays des cygnes noirs, de l'ornithorinque, de l'opossum, du kanguroo et autres excentricités zoologiques. Ce qu'on appelait autrefois « le palais des singes » était bien dépeuplé : babouins, mandrills, macaques, cynocéphales, cercopithèques, sapajous, papions, ouistitis avaient été décimés par le froid et beaucoup étaient morts de la poitrine. Les volières conservaient le plus grand nombre de leurs hôtes et ne semblaient pas s'inquiéter beaucoup du bruit lointain de la canonnade, auquel devaient bientôt succéder le sifflement et le fracas des obus.

Comme l'heure s'avançait, nous commençâmes à revenir sur nos pas par des allées différentes pour regagner le bateau-mouche qui, dans ces trajets, remplace l'omnibus avec avantage, et nous écoutions, tout en marchant, le babil d'un petit garçon de six ou sept ans accroché aux jupons de sa mère et qui regardait les animaux dans leurs parcs. Il s'arrêtait à chaque étiquette, examinait la bête à travers le treillis et disait à la jeune femme : « Maman, est-ce que tu mangerais de ça, toi? » et les yeux du petit carnivore brillaient de convoitise. La mère répondait : « Ce n'est pas fait pour être mangé; ce sont des bêtes rares, précieuses et très-gentilles, il faudrait aller bien loin pour en avoir d'autres. » L'enfant se taisait; mais devant le zèbre, le daim, le mouflon, l'orignal, il reposait opiniâtrement sa question : « Maman, est-ce que tu mangerais de ça, toi? » Nous soupçonnons cet affreux moutard d'être le cousin de ce Fanfan Benoiton à qui l'on demandait : « Lequel aimes-tu mieux de papa ou de maman? » et qui répondait : « J'aime mieux la viande. »

THÉOPHILE GAUTIER.

---

raillement, reste toute une épaisseur d'air. On passe au milieu de cette galerie vaporeuse sans en ressentir d'autre inconvénient.

Puis, le sommet de la rampe franchi, la vapeur se condense, entraînée par le courant qui s'accuse de nouveau; on commence à distinguer très-bien le revêtement du tunnel; l'impression de chaleur disparaît peu à peu, et, vers le kilomètre 9, en se penchant hors du wagon, on aperçoit déjà un premier reflet de la lumière du jour. Les rayons se réfléchissent sur la vapeur de proche en proche depuis l'entrée, et on voit, derrière le léger nuage vaporeux qui sépare le train de la paroi, naître une première lueur pâle et blanche; le tunnel s'éclaire comme la terre au lever du soleil; lui aussi a son aurore. Bientôt la clarté brillante du jour tranche sur la lumière rougeâtre des lampes, c'est la fin de la traversée. On franchit l'ouverture, et, devant nous, les Alpes se dressent de nouveau superbes au delà du pli qui forme la vallée de la Dora Riparia.

Suivant le sens du tirage dans le tunnel on voit, à Modane ou à Bardonnèche, s'échapper en dehors par la bouche du souterrain la fumée et la vapeur que la locomotive a semées sur sa route. De loin, on dirait que la montagne est en feu; les bois de pins disparaissent derrière des nuages de vapeur. Au bout d'une heure et demie à peu près, le tunnel ne fume plus; il est de nouveau à peu près vidé des produits de la combustion.

En définitive, le tunnel est assez aéré pour que les voyageurs ne soient nullement incommodés pendant la traversée. Si le trafic devenait très-chargé, peut-être les inspecteurs et les cantonniers de la voie éprouveraient-ils une gêne momentanée; dans ce cas, sans avoir recours à une injection d'air par procédé mécanique, il suffirait pour remédier à tout inconvénient d'installer le long du tunnel quelques portes d'appel, comme on l'a déjà fait ailleurs avec plein succès. On ne saurait plus conserver maintenant aucun doute sur la possibilité d'exploiter le souterrain sans faire intervenir des machines soufflantes.

Il ressort de ce qui précède que les questions qui préoccupaient à juste raison les ingénieurs depuis si longtemps semblent aujourd'hui éclaircies; le succès incontestable obtenu dans les Alpes cottiennes permet d'espérer que la science a définitivement résolu le problème si complexe du percement des grandes montagnes.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments ou autres objets).

Traité pratique des maladies de l'oreille, ou leçons cliniques sur les affections de cet organe, par M. le docteur C. Miot. Paris, 1871, 1 vol. grand in-8° avec 18 gravures dans le texte et 4 planches chromolithographiées par Lackerbauen, représentant 38 figures. — Prix : 8 francs.

De la nécessité de l'éducation physique et de l'organisation des gymnases municipaux hydrothérapiques, par le docteur E. Dally. Brochure de 24 pages. — Prix : 1 franc.

L'Uranoplastie et les divisions congénitales du palais, par le docteur Rouge, chirurgien de l'hôpital cantonal de Lausanne. 1 volume in-8° avec figures dans le texte. — Prix : 3 francs.

Anatomie pathologique des perforations cardiaques, à propos d'une observation de communication interauriculaire, interventriculaire et pulmo-aortique avec trochardie, par le docteur P. Fr. Da Costa Alvarenga, professeur à l'École de médecine de Lisbonne; traduit du portugais par le docteur Lucien Papillaud (Henri Almès). Paris, 1871, in-8° de 39 pages. — Prix : 1 fr.

Capvern. Ses eaux minérales. Applications thérapeutiques par le docteur Michel Ticier, médecin inspecteur des eaux de Capvern, ancien interne des hôpitaux de Toulouse, etc. 1 vol. in-8° de 300 pages. — Prix : 2 fr. 50 c.

De la fièvre syphilitique, par le docteur Courteaux. In-8°. — Prix : 2 francs.

L'acte de la déglutition, son mécanisme, par le docteur Moura, avec planches et gravures dans le texte. Br. in-4° de 60 pages. — Prix : 3 fr.

Nous empruntons au *Journal officiel*, qui n'a publié que tout récemment le texte de la proposition de loi sur la répression de l'ivrognerie, présentée à l'Assemblée nationale par M. le docteur Théophile Roussel, les conclusions de cet important travail :

PROPOSITION. — Art. 1er. Tout individu trouvé sur la voie publique, dans un débit de boissons ou tout autre lieu public, en un état d'ivresse pouvant donner lieu à un scandale, à un désordre ou à un danger quelconque, sera mis sur-le-champ en arrestation. Il devra être conduit au poste de sûreté le plus voisin, et y sera maintenu jusqu'à ce qu'il ait recouvré l'usage de la raison.

Pour la première fois, il sera cité à comparaître, dans le plus bref délai, devant le tribunal de simple police et sera passible d'une amende de 5 à 15 francs.

Art. 2. Tout individu arrêté pour la seconde fois, dans les conditions qui viennent d'être énoncées, sera cité à comparaître devant le tribunal correctionnel. Il sera passible d'une amende de 16 à 25 francs. Le jugement sera publié et affiché aux frais du délinquant.

Art. 3. Tout individu arrêté pour la troisième fois sera passible, outre les peines portées à l'article 2, d'un emprisonnement de 6 à 12 jours.

Art. 4. Tout individu arrêté plus de trois fois dans le cours d'une année, ou plus de cinq fois en deux ans, ou plus de six fois, quel que soit l'intervalle entre les condamnations encourues, sera, outre les peines portées à l'article 3, passible de l'application de l'article 42 du code pénal, au moins en ce qui concerne l'interdiction du droit électoral, pour une durée de deux à cinq ans.

Art. 5. Tout individu traduit en justice pour un délit ou un crime commis en état d'ivresse sera, en raison de ce dernier fait et quels que soient les résultats de l'action principale, passible des peines portées à l'article 3, et même de celles portées à l'article 4.

Art. 6. Tout individu inculpé d'un délit ou d'un crime commis hors de l'état d'ivresse proprement dite, s'il résulte de l'instruction de la cause qu'il est adonné à l'ivrognerie, sera, en raison de ce fait, passible des peines portées dans l'article 4.

Art. 7. Toutes les fois que dans une poursuite correctionnelle, civile ou criminelle, ou qu'à la suite de sévices ou de désordres dénoncés au parquet par une plainte de famille, il sera établi, par enquête médico-légale, que l'individu est dans un état prononcé d'alcoolisme chronique, cet individu sera passible, suivant la gravité des faits, soit de l'application de l'article 42 du code pénal, soit de l'interdiction judiciaire.

Art. 8. Tout cabaretier, aubergiste, cafetier, liquoriste ou tout autre débitant de boissons alcooliques, qui aura :

1° Admis dans son établissement un individu donnant des signes manifestes d'ivresse;

2° Consenti à ce qu'un individu, buvant dans son établissement et présentant déjà des signes manifestes d'ivresse, continue à boire jusqu'à l'abrutissement;

3° Négligé de faire reconduire à son domicile un individu qui, dans son établissement, donne des signes d'un état d'ivresse scandaleux et pouvant donner lieu à un désordre ou à un danger, ou négligé, si le domicile de l'ivrogne est inconnu, de veiller sur lui ou de le remettre entre les mains de la police,

Sera traduit devant le tribunal de police correctionnel et passible, pour la première fois, d'une amende pouvant s'élever à la moitié de sa patente, sans pouvoir être moindre de 20 francs.

En cas de récidive, l'amende sera doublée. A la seconde récidive, il pourra être joint à l'amende un emprisonnement de 6 à 12 jours.

A la troisième récidive, le débitant, outre les peines ci-dessus spécifiées, pourra être condamné à la fermeture de son établissement.

Les jugements rendus pour les cas de récidive seront publiés et affichés aux frais du délinquant.

Art. 9. Lorsqu'un délit ou un crime aura été commis dans un des établissements ci-dessus indiqués par un individu en état d'ivresse ou en état d'alcoolisme, les débitants ou tous autres individus qui auraient provoqué l'ivresse ou aggravé le désordre mental de l'inculpé en le poussant à boire, pourront être poursuivis comme civilement responsables des dommages résultant du délit ou du crime commis.

Art. 9. Le texte de la présente loi, ainsi que les règlements d'administration publique qui seront rendus pour en assurer l'exécution, seront affichés à toutes les mairies et dans tous les cabarets, cafés, auberges et autres débits de boissons alcooliques.

PETITE CORRESPONDANCE

M. le docteur D..., à la Nouzière. — Nous avons reçu votre envoi.

— Le Bulletin hebdomadaire des causes de décès pour Paris, du 7 au 13 octobre 1871, donne les chiffres suivants :

Variole, 2. — Scarlatine, 2. — Rougeole, 4. — Fièvre typhoïde, 27. Typhus, ». — Érysipèle, 1. — Bronchite, 47. — Pneumonie, 34. — Diarrhée, 29. — Dysenterie, 19. — Choléra infantile, 5. — Choléra nostras, ». — Angine couenneuse, 5. — Croup, 9. — Affections puerpérales, 4. — Autres causes, 502. — Total : 690.

Celui de Londres donne les chiffres suivants, du 1er au 7 octobre 1871 :

Variole, 72. — Scarlatine, 38. — Rougeole, 25. — Fièvre typhoïde, 21. — Typhus, 4. — Érysipèle, 7. — Bronchite, 84. — Pneumonie, 56. — Diarrhée, 80. — Dysenterie, 3. — Choléra infantile, 1. — Choléra nostras, ». — Angine couenneuse, 5. — Croup, 7. — Affections puerpérales, 3. — Autres causes, 877. — Total : 1,283.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois. . . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . . 16 —
Un an. . . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 17 octobre 1871.

HOTEL-DIEU. — M. NOEL GUÉNEAU DE MUSSY.

Étude sur le traitement de quelques albuminuries.

(Extrait de leçons cliniques faites à l'Hôtel-Dieu en 1867.)

L'albuminurie est habituellement consécutive à un état congestif des reins. Cette congestion peut être sous la dépendance de conditions pathogéniques très-diverses : elle peut être l'élément essentiel de la maladie, sa seule expression anatomique appréciable; elle peut accompagner d'autres processus morbides; elle peut dépendre de causes traumatiques ou accidentelles; elle peut être sous la dépendance d'altérations profondes de l'organisme qui l'entretiennent et en aggravent les conséquences. En un mot, l'albuminurie est un symptôme comme la congestion est un mode, mais l'une et l'autre peuvent traduire des conditions morbides très-différentes. S'il en est ainsi, il serait absurde de chercher un traitement uniforme de l'albuminurie. Dans la même espèce, la période à laquelle est arrivée la maladie n'a pas moins d'importance pour le pronostic et pour le traitement. Une fois la substance glandulaire étouffée par les néoplasies morbides, dégénérée ou atrophiée, toute régression (1) réparatrice est invraisemblable, et si les efforts du médecin peuvent quelque chose, c'est uniquement pour ralentir les progrès du processus morbide, pour combattre les complications, amoindrir les souffrances. Il n'en est pas de même dans la période congestive; si la congestion n'est pas subordonnée à une de ces affections générales ou locales que nos modificateurs ne peuvent atteindre, si elle est toute la maladie, différents traitements lui pourront être opposés. C'est dans ces cas que l'acide tannique, l'acide gallique ont quelquefois réussi, après que l'acuité du travail congestif était apaisée; j'en ai moi-même observé une fois les bons effets (2). L'hydrothérapie, entre les mains du docteur Fleury, de Becquerel et d'autres médecins, a obtenu des succès; les drastiques, les acides minéraux peuvent en revendiquer également. — Je vais citer quelques observations dans lesquelles, après des sympômes graves, j'ai eu la satisfaction de voir les malades guérir, et indiquer une médication nouvelle peut-être qui m'a, dans plusieurs cas, donné des résultats satisfaisants.

OBS. I. — En 1867, je reçus à l'Hôtel-Dieu (3) un homme de 42 ans, scieur de long; il avait eu la variole et la fièvre typhoïde; en dehors de ces deux maladies, il avait toujours joui d'une bonne santé.

Son père est mort *hydropique*; sa mère est bien portante; il n'a jamais habité de logement humide, et n'a pas fait de grands excès de boissons alcooliques. Il n'a eu ni la syphilis ni aucune manifestation rhumatismale.

Depuis quelques semaines cependant, il éprouvait des malaises inaccoutumés; quinze jours avant son entrée à l'Hôtel-Dieu, il fut pris de frissons avec perte d'appétit et vomissements; les frissons se répétèrent pendant sept à huit jours avec les mêmes symptômes; sur l'avis d'un pharmacien, il prit un purgatif.

Il s'aperçut alors que sa figure était enflée; l'enflure, d'après son témoignage, aurait suivi une marche descendante et aurait successivement envahi le ventre, puis les pieds, les jambes et les cuisses. La tuméfaction des extrémités inférieures augmentait pendant la marche; les vomissements continuaient, constitués par de la bile, en partie du moins, et accompagnés d'une constipation opiniâtre.

Le 6 juillet, il se décide à entrer à l'hôpital. On constata une anasarque généralisée. L'infiltration séreuse n'est pas bornée au tissu conjonctif sous-cutané; le malade éprouve une grande gêne de la respiration, et on constate les signes d'un œdème des poumons. Il urine peu; il est tourmenté par une soif ardente qui trouble son sommeil; il est réveillé la nuit par le besoin de boire; il est sans fièvre.

Les urines contiennent une énorme quantité d'albumine.

Je prescrivis à ce malade deux fois par jour avant les repas quatre gouttes de teinture d'iode, récemment préparée, délayées dans quelques cuillerées d'eau de riz; la dose fut progressivement portée à huit gouttes. Le malade ayant accusé quelques douleurs d'estomac, j'y ajoutai une à deux gouttes de teinture thébaïque, et ces douleurs cessèrent.

Dès le quatrième jour du traitement, on constata une diminution dans la quantité d'albumine que les urines renfermaient. L'œdème diminua d'abord au ventre, puis à la face; il disparut en dernier lieu aux membres inférieurs; la soif diminua; les selles devinrent régulières; une diurèse abondante accompagna la disparition de l'anasarque. Après trois semaines de traitement, cet homme, complétement guéri, quitta l'hôpital le 2 août.

OBS. II. — Un homme âgé de 41 ans, garçon brasseur, entre à l'Hôtel-Dieu le 3 juin 1867.

Il raconte qu'il y a treize ans, après avoir séjourné dans un lieu humide, il fit une maladie dont il ne peut se rappeler les incidents ni les symptômes, mais qui dura trois mois.

Il y a onze ans il fut traité, dit-il, pour un hydro-péricarde, pendant le cours duquel ses membres inférieurs et ses bourses se tuméfièrent. A cette époque, ses urines ne furent pas examinées. Depuis lors, il est resté sujet à des douleurs articulaires.

De ces renseignements très-vagues, il résulte que cet homme a eu très-probablement une péricardite rhumatismale, compliquée d'œdème. Les douleurs qu'il n'a cessé d'éprouver depuis ne laissent guère de doute à cet égard. Il avoue s'adonner aux excès alcooliques et s'enivrer trois ou quatre fois par mois.

Il y a sept mois, il s'aperçut qu'il enflait. Il entra à l'hôpital Saint-Louis; il en sorti sans être guéri; cependant l'enflure avait considérablement diminué. Quinze jours avant son entrée à l'Hôtel-Dieu, elle augmenta de nouveau sous l'influence d'un refroidissement, s'élevant progressivement des parties inférieures aux supérieures.

A son entrée, nous constatâmes une anasarque généralisée. La soif était ardente, l'appétit nul. Depuis trois jours la vue était troublée, il lui semblait qu'il avait un brouillard devant les yeux.

Il est sans fièvre; il se plaint de palpitations cardiaques; on constate dans la région précordiale un souffle au premier temps et à la pointe.

Les artères radiales et fémorales sont dures, bosselées. Les urines contiennent une grande quantité d'albumine.

Je prescrivis deux fois par jour, avant les repas, quatre, puis six, puis huit gouttes de teinture d'iode récemment préparée, délayées dans un petit verre d'eau de riz.

Jusque-là, ce malade buvait trois à quatre litres de liquide par jour et n'excrétait qu'un litre et demi d'urine. Sous l'influence du traitement, la soif s'apaisa; il ne buvait plus qu'un litre dans les 24 heures, et la quantité d'urine rendue variait entre un et deux litres.

En même temps, l'anasarque diminua très-rapidement, et le 30 juin, le malade voulut sortir. L'œdème avait complétement disparu; à peine pouvait-on découvrir encore quelques traces d'albumine dans les urines.

Dans ces deux cas, la cause de l'albuminurie paraît avoir été une congestion rénale, récente dans le premier cas, mais à forme subaiguë, sans douleurs vives, sans réaction fébrile; dans le second, la congestion était plus ancienne; sept mois auparavant l'anasarque avait déjà paru, puis s'était dissipée. Le malade ne s'était pas cependant trouvé complétement guéri; il conservait encore un peu d'œdème, il n'avait pas retrouvé ses forces habituelles. Probablement l'albuminurie existait à cette époque. Sous l'impression d'un refroidissement auquel sa disposition rhumatismale devait le rendre plus sensible, la congestion rénale augmente; l'anasarque se développe rapidement.

La soif, la dyspepsie chez ces deux malades sont avec l'œdème les phénomènes dominants de la maladie. Chez le dernier, les habitudes alcooliques ont pu avec la diathèse arthritique être les coefficients de la cause indéterminée qui a produit cette congestion du rein. L'affection du cœur ne paraissait pas encore arrivée à cette période où elle aurait pu être regardée comme l'origine de l'état morbide des glandes urinaires.

Cette appréciation des conditions pathogéniques de ces albuminuries m'a conduit à prescrire la teinture d'iode, que j'ai plusieurs fois employée avec succès depuis cinq à six ans dans des cas analogues.

Voici les motifs qui m'ont poussé dan cette voie; l'iode est éliminé par le rein; il peut donc avoir sur la texture de cet organe une action topique. Dans la congestion extérieure à forme subaiguë, l'iode a une action résolutive incontestable; il agit sur la circulation capillaire.

Il ne faut pas l'employer prématurément, ni à doses telles qu'il produise une stimulation trop énergique.

Chez un adulte, je commence généralement par quatre gouttes, en répétant cette dose deux fois par jour, quelques minutes avant les repas. Il faut s'assurer que la teinture d'iode est récemment préparée, car sous l'influence de l'air et de la lumière, la teinture d'iode donne facilement naissance à de l'acide iodhydrique, qui a des propriétés beaucoup plus énergiques, qui est même caustique. Il faut donc s'assurer des réactions de la teinture d'iode qu'on emploie; si elle est acide, elle produit de la gastralgie, des nausées, des coliques, de la diarrhée.

Pour le mieux faire tolérer, je donne l'iode mêlé à l'amidon, en faisant tomber la teinture dans un petit verre d'eau de riz. La diffusion est instantanée, et le véhicule prend une couleur violette, ce dont il faut prévenir les malades. Il m'a semblé que, sous cette forme, l'iode était plus facilement accepté par les organes digestifs. Si cependant l'estomac lui oppose quelque répugnance, j'y ajoute quelques gouttes de teinture thébaïque qui en assure la tolérance.

Chez mes deux malades, l'effet thérapeutique a été rapidement obtenu. La soif qui était ardente, qui chez le premier troublait le sommeil par ses exigences, s'est apaisée; en même temps, la diurèse augmentait aux dépens du serum infiltré dans le tissu connectif sous-cutané qui était résorbé, et l'albumine diminuait pour disparaître dans les urines.

Je ferai remarquer qu'un de ces malades avait depuis quelques jours de l'amblyopie, et très-probablement les lésions rétiniennes qui accompagnent les formes graves de l'albuminurie. En 1868, j'ai fait connaître ces observations à la Société de thérapeutique, et mon ami, le docteur Bourdon, ayant essayé depuis cette méthode thérapeutique dans son service de la Charité, m'a dit en avoir obtenu quelques bons résultats. Le succès n'est pas assez commun dans cette affection pour qu'on doive négliger d'enregistrer ceux qu'on a obtenus, et les moyens qui y ont conduit. Je crois important de ne pas oublier dans quelles indications déterminées j'ai conseillé cette médication et quelles limites j'ai assignées à son opportunité.

(1) J'ai toujours protesté contre l'emploi que les Allemands faisaient du mot régression. Appliquer le mot régression graisseuse à la stéatose musculaire, ce serait insinuer que le muscle, dans son évolution, a passé par l'état graisseux. Le mot dégénérescence, consacré par Laennec, est infiniment préférable. Quand un tissu altéré ou modifié revient à l'état normal ou tend à y revenir, il y a véritablement régression. Ce mot s'applique encore avec opportunité aux modifications que l'utérus subit après l'accouchement.

(2) Le docteur Gestin, professeur à l'École de santé de Brest, m'a dit avoir eu souvent à se louer de cette médication en portant la dose de ces acides à *deux* et *trois* grammes dans les 24 heures. Je suis heureux de pouvoir citer le nom de ce médecin, aussi distingué que modeste, qui, engagé volontairement dans les ambulances de l'armée de la Loire, devint le médecin en chef du 21e corps. Non content de diriger avec un dévouement admirable le service dont il était chargé, il contribua à rallier nos troupes surprises à Droué par la trahison des habitants; à Ivré-l'Évêque, il reçut un éclat d'obus qui lui coupa le nerf médian et l'artère humérale, pendant qu'il ramassait lui-même nos blessés, sur lesquels les Prussiens dirigeaient le feu de leurs batteries après le combat, comme ils l'ont fait en maint endroit, et comme ils se vantent de l'avoir fait à Leipsik.

(3) Cette observation a été recueillie par le docteur Rathery, interne du service.

TRAITEMENT DU DELIRIUM TREMENS

Nous recevons, au sujet de la note de M. le docteur E. Decaisne sur le traitement du *delirium tremens*, la lettre suivante de M. le docteur Delasiauve, que nous nous empressons de mettre sous les yeux de nos lecteurs :

Mon cher confrère,

Je lis dans votre numéro du 23 septembre une courte note de M. E. Decaisne, où il conclut à l'expectation dans le traitement du *delirium tremens*. Cette conclusion serait basée sur des essais comparatifs. Dans ces derniers temps, divers remèdes ont été préconisés, même à l'Académie, contre la folie alcoolique. Il y a lieu de concilier les opinions divergentes. Je crois, depuis longtemps, en avoir exposé le moyen. En 1851, j'ai publié, dans la *Revue médicale* (t. I, p. 657), un premier mémoire où, ayant analysé plus de quarante cas recueillis dans mon service à Bicêtre, j'établissais non-seulement que le désordre mental se rapportait à une variété de la stupidité hallucinatoire dont le diagnostic était facile, mais que, dans la très-grande majorité des cas, il suffisait des agents les plus simples, c'est-à-dire de l'expectation, pour voir disparaître les accidents en quelques jours. Autant de malades, autant de succès.

Cependant, durant l'impression de mon travail, qui avait été motivé par une discussion à la Société de médecine de la Seine, un fait avait éveillé mon attention sur le danger possible de l'intoxication ébrieuse. Le patient, entré le soir, succomba inopinément au milieu de la nuit. Le surveillant, pour modérer ma surprise, m'assura avoir observé plus d'un cas semblable, où l'aliénation provenait d'une *ribotte*. Je consignai dans une note et l'événement et la remarque.

Plus tard, j'eus doublement l'occasion de me convaincre que cette forme grave était moins rare que je ne le supposais, à l'encontre des auteurs, de Léveillé entre autres : *Folie des ivrognes*, 1832. En compulsant nos archives, et rencontrant un assez grand nombre d'issues funestes quelques heures ou un jour après l'admission, cinq fois sur six je constatai les excès alcooliques. Comme il arrive, soit à l'asile, soit dans ma pratique, le hasard me procura bientôt plusieurs exemples.

Alors je pus reconnaître combien, pour ces affections exceptionnelles, l'expectation était insuffisante, et combien aussi il était ur-

gent de recourir à un remède énergique, spécifique : l'opium à haute dose. On en a donné jusqu'à *un* gramme. Je ne dépasse jamais *vingt-cinq* centigrammes, et presque toujours cela réussit.

L'essentiel est de distinguer les cas bénins des cas pernicieux. Dans mon mémoire précité, j'ai stipulé des signes différentiels avec les autres espèces vésaniques. Un nouveau travail, consacré à la forme grave ou suraiguë, expose, à son tour, un ensemble de traits qui permettent, en l'absence d'autres renseignements, de comparer les degrés d'intensité, qui ne répondent pas toujours à la violence apparente du désordre physique.

En sorte qu'en présence d'une situation donnée on arrive, avec de l'attention, à discerner s'il faut ou agir ou s'en rapporter à la nature. Depuis, j'ai eu souvent à résoudre la difficulté. Mon jugement a été rarement déçu. Le titre de ce second mémoire, inséré dans le même recueil (31 avril 1851) est : *D'une forme grave de delirium tremens*. Des deux, j'avais fait faire un tirage à part. Il ne me reste du dernier que quelques exemplaires. Je vous en envoie un. Vous pourrez juger, par ce que j'y rappelle du précédent, comment la question pendante doit être envisagée, et surtout le peu de fond à faire des médications tour à tour vantées contre le *delirium tremens*.

Votre parfaitement dévoué,

DELASIAUVE.

Nous croyons devoir mettre sous les yeux de nos lecteurs le passage suivant de la brochure de M. Delasiauve, qui est relatif au traitement de l'affection dont il s'agit :

« Quel traitement est applicable au *delirium tremens* suraigu? Car c'est dans cette forme que la méthode expectante, suffisante dans les cas ordinaires, doit céder le pas aux méthodes actives. L'opium à hautes doses, tant recommandé par Saunders et Sulton, a conservé jusqu'à présent une vogue toute particulière. MM. Duméril et Rayer citent de nombreuses observations qui attestent son efficacité. Léveillé, le considérant également comme une sorte de spécifique, insiste sur ses effets, son mode d'action et son application simple ou complexe. M. Falret fait, au sujet de ce médicament, une ingénieuse remarque. On sait que l'insomnie est un des caractères saillants du *delirium tremens*, et que cette affection se termine souvent par des crises d'un long et favorable sommeil. M. Falret se demande si l'on n'aurait pas été conduit à employer l'opium par le désir d'imiter la nature, en provoquant ce sommeil qui tardait à naître.

« Ce n'est pas que d'autres moyens n'aient été mis en usage. Stoll, grand partisan des évacuants, rapporte quatre cas dans lesquels les vomitifs auraient amené une amélioration rapide. Léveillé se loue de l'association des éméto-cathartiques aux opiacés dans les cas compliqués d'embarras gastro-intestinal. Les docteurs Klapp, Albers, Eberle, Drake, ont également vanté leurs bons effets. La glace pilée sur la tête et des bains froids, d'une durée de cinq à huit minutes, auraient encore procuré sinon la guérison, du moins un amendement notable des symptômes. Quant aux émissions sanguines, méritent-elles l'espèce de proscription que l'opinion fait peser sur elles? Contrairement à Sulton, Boys et M. Rayer, qui auraient toujours vu les accidents s'aggraver sous leur influence, Léveillé ne les condamne pas absolument; s'il les croit le plus souvent inutiles, il ne les juge point dangereuses, et il admet des cas de pléthore et de phlegmasie cérébrale dans lesquels la soustraction générale et surtout locale du sang est manifestement indiquée. Tel est aussi le sentiment de MM. Ware, Hayard, Calmeil et Falret, qui n'hésitent point à recourir à la saignée, aux ventouses scarifiées ou aux sangsues, lorsqu'il s'agit de conjurer un paroxysme chez des sujets replets, dont la figure est rouge, vultueuse, la tête pesante et douloureuse.

« En présence de la turgescence réactionnelle dont s'accompagne le *delirium tremens suraigu*, on est instinctivement porté à conseiller les évacuations sanguines. Chez deux de mes premiers malades, j'ai ouvert assez largement la veine; tous deux deux ont succombé, l'un quelques heures après, l'autre dans la journée du lendemain. Un troisième ne tira pas meilleur profit des sangsues aux oreilles; il est vrai que, au moment où elles furent posées, le mal atteignait son extrême limite. Deux autres fois, je prescrivis avec un résultat moins malheureux des ventouses scarifiées à la nuque, mais à titre d'adjuvant seulement, et afin de débarrasser le cerveau manifestement congestionné. L'émétique m'a paru d'un plus grand secours. Chaque prise fut, dans trois cas, le signal d'une rémission prononcée dans le désordre mental. Une seule fois, l'administration en dut être réitérée, non pourtant sans occasionner de graves symptômes abdominaux. Le malade, actuellement encore à Bicêtre, et en convalescence, est sur le point de sortir.

« D'autres moyens, du reste, furent combinés avec l'émétique, notamment l'opium, la glace sur la tête et les bains tièdes. Ces moyens ont exercé une action sédative évidente. Rarement, les malades sont sortis des bains sans se sentir rafraîchis et plus calmes. Par sa vertu répercussive, la glace fait équilibre à la congestion, tendant sans cesse à s'opérer vers le cerveau, comme, de son côté, stupéfiant cet organe, l'opium neutralise l'agression alcoolique. Remarquons, à ce propos, que l'emploi de cette dernière substance exige quelque réserve. Dans un cas, par exemple, celui que je viens de citer, les premières potions narcotiques avaient fait merveille, tandis que les suivantes ranimèrent les accidents, entretinrent le coma, la sécheresse de la langue, etc. On put se convaincre de la réalité de cette influence nuisible par le soudain changement que produisit la substitution aux hypnotiques d'une médication exclusivement émolliente et débilitante.

« On a varié les doses et les préparations d'opium ; ceux-ci l'administrent à l'intérieur, ceux-là en lavement; l'un préfère l'extrait, l'autre la teinture, sans que rien indique quelle forme et quel mode sont les meilleurs. La quantité prescrite a été portée jusqu'à l'abus par quelques praticiens. Pidwel en aurait donné impunément *douze* grains, Charming *vingt* grains, Albers, Armstrong, Cliston, davantage encore dans les 24 heures. Cette unanimité prouverait une fois de plus quelle tolérance est susceptible de créer l'état morbide.

« Il y a cependant lieu de s'effrayer de prescriptions aussi hardies. L'opium ainsi employé est un glaive à deux tranchants, qui, s'il ne tue pas la maladie, peut tuer le malade; et comment discerner alors, dans les aggravations, ce qui appartient à l'affection ou au remède? Dupuytren prescrivait rarement plus de *deux* ou *trois* grains d'opium. Léveillé, M. Rayer, etc., oscillaient entre *quatre* à *six*. J'ai toujours respecté cette sage limite. Dans les juleps administrés à nos malades, l'extrait thébaïque est entré pour *quinze* centigrammes, au moins, pour *vingt-cinq* centigrammes, au plus.

« Aucune règle n'établit, d'ailleurs, d'une manière précise, quand on doit continuer ou suspendre le médicament. Est-il nécessaire, pour le supprimer, qu'il ait amené un sommeil prolongé? Et si les accidents persistent et augmentent, faudra-t-il persévérer, quand même, dans son emploi? Ce qui est arrivé au malade précité n'indique-t-il pas le contraire? L'émétique, les bains froids tièdes, la glace sur la tête, etc., soulèvent de semblables incertitudes. On n'éclaircirait ces points que si, l'étude étant dirigée en ce sens, on pouvait réunir assez de cas dans un temps limité. En attendant, c'est au praticien, tout en profitant des données actuelles, à prendre conseil des circonstances. »

TABLETTES
DU MÉDECIN-LÉGISTE.

XXXI

Enseignement, facultés, professeurs, traitement éventuel. —26 déc. 1867; 8 fév. 1868. Décret impérial relatif : 1° au traitement éventuel et aux droits de présence des professeurs des facultés des sciences et des lettres des départements; 2° au traitement éventuel des professeurs titulaires et adjoints de l'école supérieure de Strasbourg (Bull., n° 15,772).

Art. 1er. Le traitement éventuel des professeurs des facultés des sciences et des lettres des départements est fixé, en minimum, à 1,000 fr. pour l'année 1868.

2. Dans le cas où les droits de présence attribués à ces professeurs par les règlements n'atteindraient pas le chiffre de 1,000 fr., ce minimum sera complété au moyen des crédits inscrits au budget du ministère de l'instruction publique.

3. Le traitement éventuel des professeurs titulaires et adjoints de l'école supérieure de Strasbourg est fixé à 1,000 fr., comme à l'école de Montpellier.

XXXII

Enseignement, École préparatoire de médecine et de pharmacie de Lyon, histoire naturelle.—31 déc. 1867; 8 fév. 1868. Décret impérial qui crée une chaire d'histoire naturelle à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Lyon (Bull., n° 15,774).

DOCUMENTS
POUR SERVIR A L'HISTOIRE DU MOUVEMENT SCIENTIFIQUE PENDANT LE SIÈGE DE PARIS (1).

24 FÉVRIER.

Ambulances. — M. le docteur Liégeois adresse à M. Dechambre, rédacteur en chef de la *Gazette hebdomadaire*, la lettre suivante :

« Mon cher ami,

« M. Le Fort, rentré à Paris, doit, comme il se l'était promis dès le début, écrire l'histoire détaillée de la *première ambulance* de la Société internationale de secours. D'après ce qui est convenu entre nous, il s'occupera spécialement des questions générales que comporte l'organisation de l'ambulance, et moi je puis faire ce qui ne m'eût pas été permis sans l'assentiment de mon collègue, c'est-à-dire communiquer à la *Gazette* le résumé de notre campagne, ayant surtout en vue de faire connaître le sort qui nous a été réservé, les services que nous avons pu rendre. Je viens donc vous prier de vouloir bien insérer dans votre estimable journal ces quelques lignes, écrites *d'après mes souvenirs*, vu la nécessité dans laquelle je me suis trouvé de laisser en route mes malles, contenant toutes mes notes, afin de pouvoir librement traverser les lignes prussiennes. Malgré l'absence de mes notes, comptez sur la fidélité de ma mémoire; on n'oublie point les détails importants d'un spectacle tel que celui auquel nous avons assisté, et dans lequel nous avons eu à remplir un certain rôle. Pour donner, du reste, à mon récit toute la véracité désirable, j'ai prié M. Lefort et M. Sanné, témoins de tout ce que j'ai écrit, de vouloir bien vérifier si ma description portait avec elle le cachet d'exactitude.

« Agréez, etc. LIÉGEOIS. »

Première ambulance volontaire internationale de la Société de secours aux blessés.

Le personnel de la première ambulance, lors de son départ, était ainsi constitué :

Chirurgien en chef des ambulances : M. Le Fort.

Chirurgien de la première ambulance : M. Liégeois.

Chirurgiens : MM. Gilette, Sanné, Martin, Good.

Aides-chirurgiens : MM. Lorey, Laugier, Labadie-Lagrave, Ramelow, La Chapelle, Lagrange, Nottin, Létendard, Chevalet, Frémy.

Sous-aides : MM. Boylen, Barborin, Niepce, Brière, Bonnet, Forestier, Ménard, Parinaud, Lafitte, Vizau, Galisson, Guéneau de Mussy.

Fourrier : M. Cottolenc.

Comptable : M. Roussel.

Aumôniers catholiques : MM. Damas, Cossonel.

Aumônier protestant : M. Durand d'Acier.

Infirmiers : Au nombre de soixante.

Nous quittâmes Paris le 4 août; notre destination fut Nancy. Arrivés dans cette ville à la nuit tombante et par une pluie intense, nous dûmes renoncer à l'idée que nous avions de camper en plein air, d'autant plus que l'endroit qui avait été choisi par notre fourrier était à une grande distance de notre lieu d'arrivée. Ce fut avec plaisir que nous acceptâmes du chef de gare une gare de marchandises n'ayant pour abri qu'une toiture ouverte à tous les vents, à tous les sifflements de chemin de fer. Le lendemain, nous gagnions la plaine de Tomblène, où furent dressées nos tentes. Là, notre séjour fut de courte durée, car, le bruit étant parvenu jusqu'à nous que de nombreux blessés, victimes de la bataille de Reichshoffen, devaient être amenés à Nancy, nous prenions possession de la salle de cours de la Faculté des sciences, puis nous installâmes nos tentes sur la place Léopold, en face de cette Faculté. L'attente dans laquelle nous étions de recevoir des blessés fut vaine. Ceux de Reichshoffen étaient restés, pour la plupart, entre les mains des Prussiens, et il ne passa à Nancy que ceux qui avaient pu échapper à la poursuite de l'ennemi, mais pour se rendre à Châlons. Las d'être inutiles, nous résolûmes de quitter Nancy, et nous nous dirigeâmes vers Metz le 10 août.

Nous arrivâmes dans cette dernière ville à minuit. Les portes étant naturellement fermées à cette heure, il nous fallut demeurer à la gare, où les banquettes des salles d'attente nous servirent de lits. La nuit fut courte, car le départ d'un train à quatre heures nous força d'évacuer ces salles. Nous avions eu encore ici l'intention d'aller camper hors de la ville, un emplacement même avait été choisi; mais depuis quelques jours les pluies étaient tellement abondantes, que nous dûmes renoncer à notre projet, et, avec une autorisation, nous allâmes occuper une des plus grandes casernes de Metz, la caserne du génie, alors dépourvue de militaires.

Jusqu'au 14 août, rien de particulier. Ce jour, Metz était, dès le matin, traversé par un immense convoi qui se rendait à la porte de France, dans la direction de Gravelotte, Nous avons su plus tard que ce convoi accompagnait une partie de l'armée, qui se dirigeait vers Verdun. Pensant que le passage de ce convoi pouvait bien être le présage d'une proche bataille, nous essayâmes, vers midi, de nous annexer à lui avec tout notre matériel. Mais l'encombrement des voitures et des fourgons était tel, qu'il nous fallut retourner sur nos pas, et nous rentrâmes à la caserne. Trois ou quatre heures après notre rentrée, le canon grondait dans la direction de Borny. En quelques instants, toute l'ambulance fut réunie et se dirigea vers le lieu présumé de la lutte. Le trajet à parcourir était long; nous nous étions engagés sans guide dans des chemins de traverse, nous voyagions à pied, chirurgiens et infirmiers portant dans leurs sacs et leurs sacoches les objets à pansement, ces derniers munis presque tous d'un brancard roulé, si bien que, malgré notre célérité, nous n'arrivions à Borny qu'à la nuit tombante. A cet instant, les blessés affluaient, amenés par des soldats qui les soutenaient ou par des cacolets, tous se dirigeant vers le château du village, dans la cour duquel ils étaient déposés pêle-mêle. Dans ce village, nous ne trouvâmes aucune ambulance de corps d'armée; elles étaient avec les corps qui s'éloignaient de Metz dans la direction de Verdun : nous trouvâmes seulement deux chirurgiens en train de faire des pansements. Notre organisation nous permettant de nous diviser, il fut décidé que nous ferions, pour l'instant, cinq ambulances. Une fut instituée au château, une autre dans l'église, deux dans deux granges, une dans une grange et un corps de logis, granges et corps de logis que nous dûmes faire ouvrir de force, vu que tous les habitants avaient fui, emportant ce qu'ils avaient de plus précieux. Dans un espace de temps très-court, nos ambulances se remplirent; chacun, de son côté, était à l'œuvre, et à deux heures du matin tous les pansements étaient terminés. Quand cette besogne fut finie, nous reçûmes l'ordre d'un intendant militaire d'évacuer nos blessés vers Metz, avec une vingtaine de voitures qu'il avait fait venir à cet effet. Alors l'armée était en retraite et défilait dans la grande rue de Borny. Cet ordre de l'intendant avait été dicté par la crainte que le village ne fût occupé le lendemain, au point du jour, par les troupes prussiennes. Nous eûmes de la peine à loger nos nombreux blessés dans ces vingt voitures; mais enfin nous y arrivâmes, à l'exception d'un seul, qui fut rapporté sur un brancard par nos infirmiers. Pour arriver à Metz, il nous fallut traverser une vaste ligne de soldats, qui, malgré le découragement et la fatigue, ne cessèrent, pendant notre route, de nous témoigner la plus vive sympathie. Enfin nous arrivions, à six heures du matin, à la caserne, devenue un hôpital, dans lequel fut déposé notre précieux butin.

Le lendemain, 15 août, profitant d'un laisser-passer qui nous autorisait à franchir les lignes prussiennes pour aller, dans les ambulances, traiter de l'échange des prisonniers blessés, nous nous dirigions vers l'ambulance de Colombey, située à une petite distance au delà de Borny. Pour y arriver, nous dûmes traverser les confins du champ de bataille. Là, les morts prussiens furent enterrés, et, à côté des tertres qui les recouvraient, gisaient de nombreux Français accumulés en tas dans certains endroits; ceux-là, sans doute, avaient été les plus exposés aux feux de l'ennemi. Mais le spectacle le plus navrant que nous vîmes fut l'horrible mutilation que présentaient nos soldats dans un petit chemin creux que nous rencontrâmes sur notre route : dans ce chemin, on ne voyait que des troncs séparés des membres, des têtes séparées du corps, des corps entiers vidés de leurs viscères, des calottes crâniennes enlevées et le cerveau en bouillie, etc., etc. Tout autour de nous, partout où nous passions, le sol était jonché de bidons, de casques prussiens, de bonnets de police français, etc., de cartouchières, de débris de fusils à aiguilles, de chassepots. Arrivés à Colombey, nous fûmes reçus par deux chirurgiens prussiens. L'accueil qu'ils nous firent fut aimable. Ils commencèrent à nous faire visiter les blessés, et ce fut

(1) Suite. — Voir le dernier numéro.

non sans une certaine satisfaction que nous constatâmes qu'ils avaient traité les Français à l'égal de leurs compatriotes : les uns et les autres étaient mélangés; les pansements de part et d'autre avaient été faits avec soin. Déjà avaient été appliqués quelques bandages, sur la confection desquels il n'y avait rien à redire.

Après cette visite, nous leur parlâmes du motif intéressé de notre démarche, et sans hésiter ils acceptèrent de nous faire la remise des blessés français qui étaient entre leurs mains, n'y mettant comme unique condition que celle-ci, c'est que les blessés jureraient de ne pas reprendre les armes dans la guerre actuelle. Cette condition ayant été remplie par chaque soldat, toute notre ambulance se mit à la besogne : les blessés, qui étaient au nombre de 76 (69 soldats, 7 officiers), furent transportés sur des voitures et des cacolets qui nous avaient accompagnés; après quoi, nous regagnâmes Metz.

Je renonce à dépeindre l'étonnement d'abord, l'immense joie ensuite de ces pauvres blessés, quand ils surent que nous allions les délivrer; un certain nombre nous baisaient les mains, les autres nous remerciaient avec la plus vive effusion. Aussi, quelle bonne journée pour nous! Jamais nous n'en perdrons le souvenir. Et s'il est encore des hommes indifférents aux souffrances morales ou physiques d'autrui, ce dont je doute fort, à ceux-là je souhaite de tout cœur de connaître un instant le bonheur que nous avons éprouvé en cette circonstance.

Le 16 août, l'ambulance se divisa en deux parties. L'une, profitant d'un armistice conclu par le général Coffinières, quitta Metz, le matin, accompagnant 200 soldats de la ligne et 100 du génie. Mais, par un malentendu, les soldats du génie étaient sortis du fort Saint-Julien en armes, ce qui amena chez les éclaireurs prussiens une émotion et une agitation qui inquiétèrent assez l'intendance militaire escortant avec nous les voitures, pour l'engager à rentrer avec elles à Metz. De telle sorte que, privée de ces voitures, sur lesquelles nous comptions pour refaire ce que nous avions fait la veille, notre ambulance, ce jour-là, ne put évacuer qu'une partie seulement des blessés français retenus dans les ambulances prussiennes de la Planchette, Malleroy et Lauvallière. Le nombre de ces soldats ramenés à Metz fut de 100 environ.

L'autre partie de notre ambulance demeura à la caserne-hôpital du génie pour panser ou opérer les nombreux malades qu'elle avait reçus les deux jours précédents.

Pendant que les uns étaient occupés d'enlever des lignes prussiennes le plus de blessés français qu'ils pouvaient, tandis que les autres consacraient leur journée entière au service de l'hôpital, avait lieu, sans que personne, de part et d'autre, s'en doutât, la bataille de Gravelotte. Nous eussions assurément fort regretté de ne pas nous être trouvés à cette bataille, si nous n'avions pas été ce jour même d'une grande utilité.

Le 17 août au matin, nous résolûmes d'aller prêter notre concours à nos collègues de l'armée pour soigner les nombreux blessés recueillis sur le champ de Gravelotte; mais, vers deux heures de l'après-midi, la retraite de l'armée française sur le plateau de Rozérieulles nous laissant presque seuls à une petite distance de Gravelotte, nous dûmes rentrer dans nos lignes et opérer notre retraite derrière des batteries de mitrailleuses tirant déjà sur des masses prussiennes qui cherchaient à déborder nos troupes. La nuit arrivant alors, nous dûmes regagner Metz.

Ce jour, les Prussiens avaient averti le quartier général d'avoir à évacuer dans la nuit les blessés contenus dans une ferme située près de Gravelotte. Le soir, à onze heures, cinq de nos chirurgiens qui connaissaient cet avertissement partirent vers cette ferme, accompagnés de quelques chirurgiens militaires, se faisant suivre de sept ou huit voitures de réquisition. Le lendemain matin, ils nous ramenaient 80 blessés. Ces blessés, on peut l'affirmer, venaient tous d'échapper à une mort certaine; car, à peine avaient-ils quitté la ferme, qu'une grêle d'obus s'abattait sur elle, et, quelques heures après, il ne restait que des ruines, ruines que le voyageur passant sur la route de Gravelotte à Étain ne peut regarder sans effroi.

Le 18 août, nous apprîmes le matin que le canon se faisait entendre dans la direction de Saint-Privat; aussitôt une partie de l'ambulance quitta la ville et suivit cette direction. Parvenus à Chatel, nous rencontrâmes quelques blessés amenés par des cacolets; nous nous disposions alors à créer dans ce village une ambulance, quand des obus, tombant en assez grand nombre dans le bois qui touche Chatel, nous forcèrent de nous rabattre vers Lessy. Là, l'église servit d'asile à nos blessés, qui furent au nombre d'environ 150. Ce jour, nous eûmes l'occasion de rendre un service tout à fait insolite. Presque toujours, dans les villages ou les hameaux dans lesquels nous nous trouvions en rapport avec des blessés, nous ne pouvions espérer pour eux aucune ressource de la part des habitants, qui avaient fui la plupart du temps, et si, par hasard, il en restait, ceux-là se trouvaient dans l'impossibilité de procurer à nos malades de quoi satisfaire leur faim et leur soif; si bien que nous étions réduits à partager avec ces derniers le contenu de nos gourdes ou le reste du pain que nous possédions dans nos sacoches, mais gourdes et sacoches étaient bientôt vides. A Lessy, nous eûmes le bonheur de trouver dans la rue un voiturier vendant du vin. L'occasion était trop belle pour la manquer; aussi nous lui en achetâmes une pièce (200 litres), puis nous la disposâmes sur l'escalier d'un cimetière qui précédait l'église, en face même du chemin dans lequel défilaient nos troupes pendant la journée de la bataille de Saint-Privat. A côté de ce tonneau, nous plaçâmes un énorme sapin à vendange rempli d'eau. Et à ces deux sources, tous les blessés, si peu graves que fussent leurs blessures, purent satisfaire leur soif, qui était ce jour-là extrême, vu la température élevée de l'atmosphère. Ce voyant, une masse de femmes du village apportèrent d'énormes miches de pain, qu'elles distribuèrent sans trop de parcimonie aux malades entrant dans l'église, ou poursuivant leur route quand ils n'étaient pas trop blessés.

Le soir, soupçonnant, d'après l'effroyable canonnade que nous avions entendue toute l'après-midi, que les blessés les plus graves avaient dû rester à Chatel, nous redescendîmes à ce village, où nous fûmes quelques temps après rejoints par le reste de l'ambulance. A notre arrivée, se déroula à nos yeux le plus triste spectacle qu'il ait été donné de voir. La première maison que nous rencontrions était une maison d'école; deux salles de cette maison renfermaient chacune environ 80 à 100 blessés. Tous nageaient dans leur sang, poussaient des cris ou plutôt des hurlements affreux, les uns réclamant de l'eau, d'autres un pansement, d'autres suppliant qu'on les privât au plus tôt de leurs membres broyés ou à demi-détachés; d'autres enfin appelaient à hauts cris une mort rapide. Dans une autre petite salle, nous trouvâmes couchés sur la paille un général, trois officiers : le général, paralysé des quatre membres, ayant reçu une balle à la colonne vertébrale cervicale; les officiers ayant les jambes radicalement broyées. La curiosité nous poussa à ouvrir une chambre à four située dans la cour de la maison; là gisaient quatre officiers morts. De l'établissement d'école nous passons à une demeure voisine. Dix chambres de petites dimensions étaient remplies de nos malheureux blessés, poussant ici des cris d'autant plus lamentables, que, privés de lumière, ils ne cessaient de se heurter les uns contre les autres. Dans une troisième maison, dans une quatrième, même tableau. Là s'arrêta notre perquisition, perquisition pendant laquelle il ne s'échappa de nos lèvres que des expressions de malédiction à l'adresse des monarques qui, pour satisfaire leurs sentiments égoïstes ou ambitieux, n'ont pas honte d'imposer à de pauvres soldats de si horribles sacrifices. Cette perquisition faite, nous nous hâtâmes de soulager ces malheureuses victimes, en commun avec deux chirurgiens militaires que nous trouvâmes à la besogne dans une des salles de la maison d'école. Jusqu'à trois heures du matin, tous les membres de l'ambulance déployèrent une activité extrême. Pas un des blessés que nous avions visités ne resta sans être pansé ou soulagé d'une façon quelconque. Malheureusement, nous n'avions à notre disposition que quatorze voitures, nombre bien insuffisant pour les emporter tous. Toutefois ceux que nous ne pûmes emmener, nous les confiâmes à nos collègues de l'armée, qui avaient établi dans une autre rue du village plusieurs ambulances.

A quatre heures, nous quittions Chatel; une partie de nos aides et sous-aides accompagna les voitures jusqu'à l'hôpital du génie, tandis que l'autre partie chercha à prendre quelques heures de repos, là où ils purent, les uns sur la paille, les autres sur le sol, au coin d'un mur, d'autres, plus heureux, sur un matelas ou sur un lit.

A huit heures du matin, l'ambulance quitta Lessy. Quoique la veille les soldats qui avait pris part à la bataille de Saint-Privat se fussent retirés sur le fort de Plappeville, nous ne pouvions croire que cette troisième retraite était définitive. C'est pourquoi nous allâmes camper au pied du fort Saint-Quentin. Mais en vain nous attendîmes un retour offensif, et, le soir, nous regagnons tristement Metz. Metz alors était au centre d'un cercle de fer qui, pendant plus de deux mois, devait fermer toutes les communications avec le reste de la France.

Le 21 août, ayant ouï dire qu'il restait à Gravelotte un nombre assez considérable de blessés français, nous nous mîmes en route vers ce village. Les chirurgiens de l'ambulance étaient presque au complet, suivis d'infirmiers, de fourgons, de voitures, bien entendu le drapeau tricolore et le drapeau blanc en tête. Nous espérions tous que nous serions reçus par les Prussiens de Gravelotte comme nous l'avions été par ceux de Colombey. Nous nous trompions étrangement, comme on va le voir. Arrivés à Rozérieulles, nous traversâmes les avant-postes ennemis sans être arrêtés, et nous arrivâmes au sommet de l'énorme côte située en avant de Gravelotte. Là, nous nous aperçûmes que nous étions en pleines lignes ennemies : à droite de la route, de nombreux soldats étaient occupés à faire des travaux de défense en terre; à gauche, tout un corps d'armée faisait des exercices militaires. Pendant que nous gravissions la côte, M. Le Fort, accompagné d'un de nos chirurgiens parlant la langue allemande très-correctement, fit presser le pas de leurs chevaux, dans le but d'aller parlementer avec le général prussien. Quelle ne fut pas, à un moment donné, notre surprise, quand nous vîmes M. Le Fort et son compagnon revenir vers nous, à cheval, les yeux bandés, et conduits par deux soldats qui tenaient les brides de leurs montures. Immédiatement je fis retourner voitures et personnel, et nous rétrogradâmes, en apparence paisiblement, vers Metz. Mais à peine avions-nous fait une centaine de mètres, qu'un colonel suivi d'un certain nombre de soldats vint nous reprocher violemment de pénétrer dans leurs lignes, et nous menaça de nous faire prisonniers. A l'appui de notre défense, j'invoquais surtout « les droits de neutralité que nous conférait la convention de Genève, neutralité sur laquelle nous avions tout lieu de compter, puisqu'elle avait été comprise de la façon la plus large et la plus généreuse par des officiers de leur armée. » S'étant calmé quelque peu, le colonel nous laissa partir. Nous nous croyions quittes de toute arrestation; mais, à peine avions-nous fait deux ou trois cents mètres, que nous fûmes abordés, cette fois, par un commandant avec lequel je dus avoir une conversation presque en tout point semblable à la précédente. Mais le commandant affecta une dureté et une sévérité plus grandes que le colonel. Au lieu de nous relâcher tout de suite, après mes explications, il envoya demander au général la règle de conduite qu'il avait à tenir envers nous. Pendant qu'il attendait la réponse, il nous enjoignit de tourner tous nos regards vers Metz, sans doute afin que nous ne regardions pas les manœuvres que les troupes étaient en train d'effectuer. Puis, un quart d'heure après environ, soit qu'il eût voulu nous priver de la vue du plus beau panorama qu'il soit donné de contempler (la vallée de la Moselle), soit que quelques-uns des nôtres, ayant poussé la curiosité trop loin, eussent tourné la tête, le commandant nous ordonna, encore tout à coup, de nous asseoir dans le fossé de la route. Ici la vue était moins agréable, car nous étions placés en face d'un énorme talus de terre qui nous masquait toute perspective. Nous étions dans cette position depuis une demi-heure environ, quand un chirurgien en chef prussien vint nous délivrer, en nous conseillant de ne plus faire de tentatives semblables, à moins d'amener avec nous des blessés prussiens qui nous serviraient à faire des échanges. Prononçait-il ces paroles sérieusement ou pour plaisanter? Nous savions qu'à Metz il n'y avait pas plus de 5 ou 6 blessés prussiens. Après être sortis de notre fossé, nous fûmes reconduits jusqu'aux avant-postes par un sergent, étudiant de Bonn, qui ne nous a pas paru bien mécontent de faire un brin de route en société d'étudiants de Paris. A Moulins, nous retrouvâmes M. Le Fort, après quoi nous regagnâmes Metz, ne cessant de nous entretenir de notre mésaventure, et jurant, mais un peu tard, qu'on ne nous y reprendrait plus. Ce jour, nous ne revînmes pas cependant à vide, car nous évacuâmes les blessés d'une ambulance que nous trouvions à Moulins, laquelle nous paraissait singulièrement exposée aux obus de l'ennemi.

A partir du 20 août jusqu'au 31, notre temps fut consacré aux soins de nos blessés et à notre installation au gymnase Fabert, dont nous parlerons bientôt.

Le 31 août, nous apprîmes qu'une sortie devait être tentée dan la direction de la route de Boulay. Dès deux heures de l'après-midi, nous étions sur cette route, au milieu de l'armée. A quatre heures, l'armée s'ébranla, et à sept heures elle s'em arait, à la baïonnette, des villages de Noiseville et de Servigny, après un combat acharné. Mais, ce soir, quoique nous fûmes toujours à la queue de la bataille, les blessés ne furent point dirigés vers nous. Ils appartenaient presque tous au 3e corps, et furent conduits, comme nous l'avons su le lendemain, à l'ambulance du quartier général de ce corps, installée sous les murs de Metz, au village de Vallières. Deux de nos chirurgiens furent ce soir plus heureux que les autres. Partis de Metz après nous, ils eurent l'idée, en venant à notre recherche, de passer précisément par Vallières, où ils purent prodiguer leurs soins aux blessés dirigés vers ce village, et venir ainsi en aide aux chirurgiens militaires.

L'obscurité d'une part, l'encombrement des chemins et de la plaine d'autre part, disons aussi des fusillades fréquentes se faisant entendre dans des points très-divers, ne nous permirent pas d'aller voir si nous pourrions ailleurs offrir nos services. Nous fîmes alors retourner à Metz une partie de l'ambulance pour s'occuper du service médical, et l'autre partie chercha un gîte dans une grange du village de Lauvallière, village dans lequel les généraux Lebœuf et Changarnier passèrent aussi la nuit. En restant à Lauvallière, nous espérions que nos troupes continueraient, le lendemain, à chasser l'ennemi de ses positions, et que nous pourrions sans doute établir derrière elles quelques ambulances. Mais quelle amère déception quand, le lendemain, 1er septembre, après une lutte des plus vives qui dura six heures, nous vîmes notre armée battre de nouveau en retraite, et se retirer, en bon ordre cependant, vers Metz, sous le feu terrible des canons prussiens! Nous fîmes alors une ambulance dans une maison isolée, la plus proche du champ de bataille, où nous pûmes soigner un certain nombre de blessés, parmi lesquels se trouvait le brave général Manèque. L'armée continuant à battre en retraite, nous dûmes, à notre tour, abandonner cette position pour nous rapprocher de Metz.

Jusqu'au 22 septembre, les environs de Metz ne furent troublés que par les canons des forts, auxquels répondaient mollement ceux de l'ennemi, et par les feux des avant-postes. Le 22, le 23 et le 27, les fourrages et les vivres commençant à faire défaut d'une façon notable, nos troupes tentèrent d'enlever une partie de ceux que contenaient encore les villages voisins. Ces tentatives furent en somme malheureuses. Les quelques bottes de paille ou les quelques têtes de bétail qu'on ramena furent chèrement payées par la perte d'un assez grand nombre de nos soldats; de plus, elles entraînèrent l'ennemi à brûler avec ses obus la plupart des villages situés autour de Metz. Dans ces diverses affaires, les chirurgiens militaires suffirent amplement pour le service des blessés, et nous n'y assistâmes guère que comme spectateurs.

Enfin, un dernier et quasi suprême effort effectué, comme celui de Noiseville et de Servigny, dans le but de traverser les lignes prussiennes, fut tenté le 8 octobre, près de Woippy et de Ladonchamp. Dans l'église de ce village nous établîmes notre ambulance qui reçut environ 150 blessés. Nous reçûmes presque tous les blessés de l'aile gauche de l'armée combattant vers le village de Bellevue, tandis que ceux de l'aile droite étaient reçus par les ambulances de l'armée, principalement à la Maison-Rouge. Après les premiers soins donnés, ceux-ci furent ramenés à Metz. La plupart de nous passèrent la nuit au village, sur une couche de paille, et à cinq heures du matin nous nous dirigions vers la ferme de Sainte-Agathe où nous soupçonnions la présence de quelques blessés. Nous trouvâmes là un assez grand nombre de morts et un certain nombre de blessés atteints de blessures affreuses; après quoi nous revînmes à Metz avec les plus transportables de ceux-ci. Cette sortie fut la dernière que nous fîmes. Quelques jours après, le 28 octobre, la ville et l'armée tombaient au pouvoir des Prussiens.

Tel est le résumé rapide de nos excursions autour de Metz. Que nous étions, dans cette campagne, loin du but que nous nous proposions en quittant Paris! Au lieu d'établir, dans les points les plus rapprochés des champs de bataille, des ambulances dans lesquelles nous aurions gardé les blessés jusqu'à leur entière guérison, nous avons été réduits, dans la généralité des cas, à faire évacuer ceux-ci le plus rapidement possible, pour les empêcher de tomber dans les mains de l'ennemi, ou pour les enlever à la fureur de ses projectiles, après toutefois avoir apporté à ces malheureuses victimes tous les soulagements qu'il était en notre pouvoir de leur donner. Si notre but n'a pas été réalisé, il ne faut évidemment s'en prendre qu'aux circonstances mêmes dans lesquelles nous nous trouvions, à ces retraites successives qui attiraient fatalement nos terribles adversaires vers les ambulances que nous aurions voulu constituer. Loin de notre but, nous trouvant dans des circonstances malheureuses, exceptionnelles, inattendues, alors que tous les projets faits d'avance s'écroulaient les uns après les autres, alors qu'on ne pouvait songer à aucune direction d'ambulance méthodique, qu'avions-nous à faire? Une seule chose, nous rattacher à cette loi qui s'impose naturellement à tout homme de cœur vivant au milieu des infortunes : Fais le bien comme tu pourras et où tu pourras. Voilà ce que nous avons fait. Et qu'il me soit permis de dire ici qu'aucun de nos chirurgiens, aides, sous-aides, n'a failli à cette loi. Qu'importe le travail à effectuer, si dur, si répugnant, si fatigant, si dangereux qu'il ait été! Dès qu'il y avait un service à rendre, chacun était prêt, chacun rivalisait de courage et de zèle. On est heureux et fier quand on a vécu pendant trois mois avec de tels hommes, dans d'aussi tristes conditions que celles où nous étions à Metz.

De l'emploi du chloral dans le choléra. — Dans l'épidémie de choléra qui sévit actuellement à Riga, le docteur von Reichard a eu recours au chloral; il administrait ce médicament en vue des

ndications suivantes : 1° pour calmer les crampes du début; 2° pour adoucir les angoisses précordiales si poignantes de la dernière période; 3° pour arrêter les vomissements; enfin 4° pour provoquer le sommeil, que les malades réclament avec instances. Non-seulement tous ces résultats furent obtenus, mais le succès de la médication dépassa toute attente. Dans un cas où l'on avait suivi le traitement classique, la malade était littéralement à l'agonie et paraissait avoir tout au plus encore trois heures à vivre. A 11 heures du soir, on administra 4 grammes de chloral dans 15 grammes d'eau distillée; la déglutition du médicament produisit une vive sensation de brûlure. Mais deux minutes à peine s'étaient écoulées, que la malade était déjà assoupie. Le sommeil, agité d'abord, ne tarda pas à devenir paisible et dura trois heures. Les mouvements respiratoires devinrent plus calmes et plus profonds; le corps se réchauffa notablement, la turgescence de la peau reparut, le facies cholérique fit place à une expression de bien-être et de détente. Bref, on assista à une véritable résurrection, sur les détails de laquelle l'auteur insiste avec complaisance. Le pouls, qui auparavant dépassait 130 et était à peine perceptible, tomba à 90 au réveil de la malade et montrait déjà une certaine ampleur. La malade ne pouvait assez se louer de ce sommeil réparateur et ne se plaignait que d'une grande faiblesse. Depuis que le remède avait été ingéré, il ne s'était plus produit de vomissements; les selles ne reparurent plus que quatre fois en trois jours et présentaient une certaine consistance. La langue fut le plus longtemps à se dépouiller de son enduit muqueux. Au moment où l'auteur écrit, c'est-à-dire onze jours après la terrible crise qu'elle a subie, la femme est saine et sauve et vaque aux soins de son ménage.

M. Blumenthal, médecin à l'hôpital militaire de Riga, a pareillement employé le chloral dans les trois cas de choléra les plus graves qu'il a eus à traiter. Résultat : 2 guérisons, 1 insuccès. La dose était de 4 grammes dans 15 grammes d'eau distillée, répétée deux ou trois fois dans l'espace d'une heure. (*Berlin. clin. Wochenschr.* 1871.)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret du Président de la République, en date du 15 octobre 1871, rendu sur la proposition du ministre de la guerre, ont été promues ou nommées dans l'ordre national de la Légion d'honneur les personnes attachées aux ambulances dont les noms suivent, savoir :

SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

Au grade de grand officier : M. le baron Larrey (Félix-Hippolyte), médecin-inspecteur, président du conseil de santé; commandeur du 25 juin 1859; 42 ans de services, 8 campagnes.

SERVICE DE SANTÉ ET AMBULANCES

Au grade de commandeur : MM. Brousmiche (Édouard-Jean-Baptiste-Jacques-Philippe), docteur-médecin, directeur des ambulances de la Société de secours aux blessés, à Brest, officier du 10 août 1860.

Castano (Giuliano-François-André), médecin principal de 1re classe, en retraite, attaché à l'ambulance du lycée Corneille, à Paris, officier du 6 novembre 1860.

Delpech (Auguste-Louis-Dominique), docteur-médecin, requis à l'hôpital militaire du Gros-Caillou, à Paris, officier du 15 août 1866.

Évans (Thomas-W.), docteur-médecin, directeur de l'ambulance américaine, officier de 1863.

Gosselin, docteur-médecin, attaché aux ambulances du Châtelet, du Palais-Royal, etc.

Lacronique (Justin-Bernard), médecin principal de 1re classe, officier du 25 juin 1859; 33 ans de services, 20 campagnes.

Bourguillion (Augustin), médecin principal de 1re classe à l'hôpital militaire de Grenoble, officier du 14 septembre 1855; 38 ans de services, 24 campagnes.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments ou autres objets).

L'étudiant micrographe, traité pratique du microscope et des préparations, par Arthur Chevalier, O. ✻, 1 vol. de 600 pages, 600 figures : 7 fr. 50 c. — Delahaye, place de l'École-de-médecine. — Catalogue illustré des microscopes, gratis, chez Arthur Chevalier, Palais-Royal.

Vertiges, siége et causes, par le docteur Amanieu. In-8°. — Prix : 1 fr. 50 c.

Étude sur le scorbut en général, l'épidémie de 1871 en particulier, par le docteur Paul Charpentier. In-8°. — Prix : 1 fr. 75.

Documents pour servir à l'histoire du seigle ergoté, par le docteur Leteurtre. In-8°. — Prix : 2 fr. 50 c.

Pronostic et traitement des fractures de jambe compliquées de plaie, par le docteur E. Demeules. In-8°. — Prix : 2 francs.

Du service de la pharmacie militaire; son importance, sa situation actuelle. Réformes à introduire dans son organisation, par M. le docteur C. Roucher, pharmacien principal de 1re classe en chef à l'hôpital militaire du Gros-Caillou. Paris, 1871, in-8° de 32 pages. — Prix : 1 fr. 25 c.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois. . . . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 18 octobre 1871.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Quelqu'un nous contait hier qu'un officier allemand, voulant, avant de regagner ses foyers, jouir du spectacle des ruines de Paris, avait rapporté de sa visite une impression toute différente de celle qu'il venait y chercher. Pour une ville morte, Paris lui était apparu encore assez vivant, plus même, paraît-il, qu'il n'eût désiré le voir. Un savant allemand qui serait témoin de l'activité qui règne en ce moment dans nos imprimeries, qui parcourrait du regard les vitrines de nos libraires et assisterait aux séances de nos académies, et aux présentations qui s'y font d'ouvrages nouveaux, ne trouverait-il pas aussi que la science n'est pas tout à fait aussi morte en France qu'on paraît le croire ou qu'on affecte de le dire en certains lieux? Si, parmi les ouvrages présentés, quelques-uns n'ont que la valeur éphémère de l'actualité, il en est parmi eux qui ont tout le mérite de l'œuvre de longue haleine et du travail sérieux. Tel est, entre autres, le *Traité d'électricité médicale* de MM. Legros et Onimus, que M. Sée a présenté dans la séance d'hier.

Nous ajouterons sincèrement que nous avons vu avec plaisir, dans quelques-unes des séances précédentes, présenter, à côté des œuvres de nos compatriotes, de nouveaux ouvrages allemands, témoignage d'un rapprochement de relations scientifiques que nous aurions vu interrompre avec regret, quelque légitimes que puissent être d'ailleurs nos griefs à l'égard de quelques-uns des procédés de nos voisins, et quelque fondées que soient les énergiques protestations qu'ils ont provoquées.

Mais revenons à la séance d'hier. Après la lecture de deux rapports très-bien faits de M. Poggiale sur des questions de chimie pharmaceutique d'un intérêt pratique, M. Bouillaud est monté à la tribune pour terminer le discours qu'il avait commencé dans la dernière séance, et qui devait clore la discussion sur l'infection purulente. En effet, après une courte réplique de M. Verneuil, la discussion a été close. Nous demander de recueillir aujourd'hui tous les souvenirs et les impressions qu'a fait naître dans notre esprit cette longue discussion, qui a rempli, durant plus de deux années, la plus grande partie des séances de l'Académie, et d'en résumer immédiatement, à leur usage, le produit net, ce serait, de la part de nos lecteurs, pousser un peu loin, peut-être, l'exigeance. Nous réclamons de leur indulgence un court délai, qu'ils voudront bien nous accorder.

Dr BROCHIN.

HOTEL-DIEU. — M. NOEL GUÉNEAU DE MUSSY.

Étude sur le traitement de quelques albuminuries.

(Suite.)

(Extrait de leçons cliniques faites à l'Hôtel-Dieu en 1867.)

Dans l'observation suivante l'albuminurie s'est montrée sous une forme insolite, par l'évolution des phénomènes morbides, comme par leurs caractères mêmes, malgré la gravité et la persistance des symptômes, la terminaison a prouvé que cette albuminurie était liée à une congestion rénale : le traitement a présenté des circonstances intéressantes qui m'engagent à réunir ce fait aux précédents.

OBS. III. — Une femme de 48 ans, blanchisseuse, et par conséquent exposée fréquemment aux causes qui développent le rhumatisme, entra dans mon service au mois de décembre 1858. Elle est née de parents bien portants. Elle a eu onze enfants, dont six sont vivants; à la suite d'une de ses couches, elle a été affectée d'une hémiplégie gauche qui a duré deux mois.

Dans les premiers jours de novembre, elle éprouva des malaises. Le 3 ses règles parurent et s'arrêtèrent presque aussitôt, sans qu'elle puisse ou qu'elle veuille indiquer la cause de cette anomalie. Aux époques précédentes d'ailleurs, elles s'étaient montrées moins abondantes qu'auparavant; et son âge eût autorisé à voir dans cette apparition incomplète du flux menstruel un fait physiologique, si des phénomènes morbides ne fussent venus témoigner que la congestion cataméniale n'était pas épuisée.

Cette femme fut prise d'inappétence; de vomissements continuels de douleurs dans les reins, en même temps elle s'aperçut d'une enflure, qui se serait d'abord fait sentir à la ceinture et aurait envahi ultérieurement les membres supérieurs, puis les membres inférieurs.

Un mois après le début de ces accidents, elle entra à l'hôpital présentant un anasarque considérable. Ses urines étaient rares, rougeâtres d'aspect, sanguinolentes et ressemblaient à de la lavure de chair.

Le ventre était tuméfié; il donnait partout un son tympanique; aucune fluctuation n'y était perceptible, les intestins étaient météorisés.

Mais quand on appuyait le stéthoscope sur la paroi abdominale, il laissait un relief arrondi, circonscrit par une gouttière circulaire, témoignage de l'œdème de cette paroi et un des meilleurs moyens de l'apprécier. L'anasarque d'ailleurs était porté à un degré considérable : la face était bouffie, les paupières tuméfiées, les lèvres renversées, le cou élargi semblait raccourci; partout les saillies osseuses étaient effacées, et les membres présentaient un aspect éléphantiasique.

La peau était pâle, jaune, sèche et retenait l'impression des doigts.

La vue était trouble et, examinés à l'ophthalmoscope par le docteur Galezowski, les yeux offraient des exsudats et de petites hémorrhagies rétiniennes.

Le sommet du poumon droit présentait des nuances de sonorité plus aiguë et d'affaiblissement du bruit respiratoire qui permettaient d'y soupçonner des indurations du parenchyme pulmonaire. Les artères étaient dures, annelées. Le cœur, comme cela a lieu presque toujours, avait participé à l'action morbide qui avait amemé l'induration des parois artérielles; un bruit de souffle systolique, localisé à la pointe, indiquait une insuffisance de la valvule mitrale.

Les urines renfermaient une quantité d'albumine; examinées au microscope, le dépôt laissait voir des globules de sang très-nombreux, pas de tubuli, ni cylindres protéiques (1), quelques cellules épithéliales, et quand elles avaient été exposées au contact de l'air, elles exhalaient une odeur fétide, et renfermaient des bactéries.

Ainsi cette femme était atteinte d'une albuminurie hématurique avec les lésions de la rétine qu'on rencontre dans la maladie de Bright avec de l'anasarque, avec des soupçons de tuberculisation commençante à un des sommets, et enfin avec une lésion cardio-artérielle. Probablement, pour le dire en passant, cette lésion avait préexisté à l'hémiplégie dont cette malade nous avait fait mention.

Car les altérations de l'appareil circulatoire sont la condition pathogénique la plus active, et la plus commune des affections cérébrales qui s'expriment par l'hémiplégie. Cette femme, par son état de blanchisseuse, avait été exposée aux influences extérieures qui produisent le plus souvent le rhumatisme ou en favorisent l'évolution, et ces influences peuvent limiter leur action au système circulatoire et y provoquer un travail morbide qui est le plus souvent accompagné ou suivi d'autres manifestations rhumatismales, mais qui peut aussi en être l'unique expression.

Le cœur, du reste, ne paraissait pas sérieusement atteint dans son tissu musculaire; il fonctionnait régulièrement; et si nous ne répugnions pas à l'idée que les artères cérébrales altérées avaient pu céder à un effort énergique, et permettre un léger épanchement de sang, nous ne pouvions faire qu'une part insignifiante à ces anomalies de l'appareil circulatoire, dans la série de symptômes qui se déroulaient sous nos yeux; tout au plus avaient elles été des facteurs très-secondaires des troubles de circulation accusés par l'anasarque.

Deux symptômes dominaient la scène morbide : l'anasarque et les urines albumineuses. Ces deux symptômes peuvent se montrer indépendants l'un de l'autre; nos salles nous en fournissaient des exemples; mais leur connexion est si fréquente que la manifestation de l'une porte toujours à rechercher l'autre.

Les réactions chimiques et le microscope nous avaient montré la présence simultanée des globules du sang et de l'albumine dans les urines. Cette complication n'est pas rare au début de la néphrite albumineuse, surtout de celle qui succède à la scarlatine. Mais il est beaucoup plus rare que l'hématurie persiste pendant des mois : nous pouvions nous demander si l'albuminurie n'était pas sous la dépendance de l'hématurie. La présence du sang dans l'urine entraîne nécessairement celle de l'albumine, mais le sang n'était pas assez abondant pour rendre cette explication admissible. L'urine ne renfermait pas de ces coagulum fréquents dans les hématuries rénovésicales et qui parfois passent avec difficulté ou douleur à travers les excréteurs.

L'anasarque qui s'était montrée dès le début, avait pris rapidement un développement considérable et n'avait rien de comparable à cet œdème qui survient quelquefois chez les sujets anémiés par des hémorrhagies abondantes et prolongées.

D'ailleurs, il y avait chez cette femme un signe presque pathognomique de l'albuminurie, c'était la lésion rétinienne.

L'hématurie peut se lier aux affections organiques du rein. Mais outre cette affection de la rétine, qui est une note caractéristique et qui dirigeait le diagnostic dans une autre voie, on n'observait chez cette malade ni les douleurs vives, ni les urines fétides, ni les hémorrhagies abondantes du cancer rénal; on ne trouvait pas davantage les dépôts mucoso-purulents qui accompagnent la pyélo-néphrite tuberculeuse.

Nous arrivions par élimination à supposer, derrière ce flux albumineux sanguin, une congestion rénale analogue à celle qui accompagne le premier degré de la maladie de Bright, mais empruntant des caractères particuliers aux conditions dans lesquelles elle s'est développée.

L'examen de ces conditions éclairera peut-être la pathogénie de l'affection que nous avons sous les yeux.

Par sa profession, cette femme est souvent exposée à l'impression du froid humide et aux brusques variations de température : circonstances qui ont été signalées parmi les causes les plus actives de la néphrite albumineuse; en d'autres termes, cette femme est placée dans des conditions qui doivent amener des perturbations fréquentes des fonctions de la peau, et nous pouvons, à l'aide des données fournies par la physiologie, comprendre les retentissements que ces troubles peuvent produire dans l'organisme et dans l'action des reins en particulier.

La peau n'est pas seulement, en effet, une enveloppe protectrice, un organe sensoriel, aboutissant d'un grand nombre de nerfs, c'est un appareil sécréteur très-actif, un émonctoire très-important et à produits variés. Ainsi, comme le foie, elle sécrète des substances grasses à réaction alcaline; c'est la matière sébacée. Comme le rein, elle élimine par la sueur de l'eau, un acide, des matières protéiques; elle exhale de l'acide carbonique comme le poumon, dont sa trame vasculaire est un auxiliaire et comme un foyer de combustion respiratoire.

Les fonctions de ce grand organe sont sans cesse modifiées et exposées à être troublées par les conditions du milieu dans lequel nous sommes plongés; mais les organes chargés de fonctions analogues lui servent de pondérateurs et de suppléants; ainsi, lorsque, après un temps chaud, l'air devient frais et humide, la diurèse augmente; elle diminue dans les conditions inverses.

Si l'intestin sécrète avec excès, la peau devient sèche : *alvus laxus, cutis sicca.*

Aussi les anomalies de l'action cutanée jouent-elles un rôle considérable en pathogénie, et elles fournissent par conséquent des indications très-importantes à la thérapeutique.

Quand les fonctions de la peau sont suractives, quand sa trame vasculaire est turgescente et que tous ses appareils sécrétoires sont surexcités, si une cause extérieure, le froid, vient déterminer une contraction brusque des vaisseaux et arrêter, par un choc subit, cette impulsion fonctionnelle si énergique, si les vaisseaux et les autres éléments organiques n'ont pas cette élasticité physiologique, si je puis parler ainsi, qui diminue avec l'âge et certaines conditions morbides, si les organes congénères à la peau n'entrent pas dans un surcroit d'activité pour suppléer à son inertie, on pourra alors voir survenir des troubles graves dans l'économie.

Dans ce refoulement circulatoire, des congestions peuvent se localiser, soit dans les organes sous-jacents : le tissu cellulaire sous-dermique, la plèvre, le péritoine, soit dans les organes chargés si subitement de cette suppléance fonctionnelle.

Et si cette suppléance n'intervient pas immédiatement, la composition du sang est modifiée; des matières protéiques, de l'eau, des gaz, qui devaient être rejetés au-dehors, restent dans le liquide circulatoire, l'altèrent; et alors celui-ci produit sur les organes des incitations anomales qui peuvent se manifester d'abord dans les tissus périphériques. Notre malade était en outre dans l'imminence de la période menstruelle. Il y a alors un molimen congestif qui doit aboutir à l'écoulement menstruel et se limiter dans l'appareil génital, mais qui peut très-facilement être dévié et se porter dans d'autres organes. Il faut aussi noter que cette femme était arrivée à l'âge de la ménopause, où cette disposition congestive semble exagérée, comme le prouvent les ménorrhagies si communes à cette époque, les *bouffées* vers la tête, et toutes les modalités morbides qui apparaissent si souvent vers cette période de la vie, et dont la congestion est le phénomène initial.

Nous ajouterons enfin que le rein semble être, plus que d'autres organes, accessible aux retentissements de la congestion

(1) Concrétions croupales de Reinhard.

menstruelle. Dans un travail sur l'ectopie rénale, j'ai montré qu'aux époques menstruelles ces reins déplacés devenaient quelquefois le siége de congestions périodiques très-douloureuses.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 17 octobre 1871. — Présidence de M. BARTH.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Monsieur le ministre de l'agriculture et du commerce transmet le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné dans le département de la Charente pendant l'année 1870. (Comm. des épidémies.)

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

1° M. le docteur Romanowski, de Bédoin (Vaucluse), écrit à l'Académie une lettre accompagnant l'envoi d'une note intitulée : *Résumé d'une théorie de la respiration*. 2° M. le docteur Brault, de Saint-Servan (Ille-et-Vilaine), adresse une note sur l'emploi d'une combinaison de tannin, de chaux et d'amidon. (Comm. MM. Goblet et A. Guérin.)

PRÉSENTATIONS

M. LEGOUEST présente, au nom de l'auteur, M. le docteur Armand Després, son rapport à la Société de secours aux blessés sur les travaux de la septième ambulance.

M. SÉE présente : 1° Au nom de MM. les docteurs Onimus et Legros, un volume intitulé : *Traité d'électricité médicale*. 2° Une brochure de M. le docteur A. Netter, médecin principal, sur la pourriture d'hôpital et le traitement de cette affection par le camphre en poudre.

M. GAULTIER DE CAUBRY dépose sur le bureau, de la part de M. le docteur Brossard et de M. Démoget, architecte, un volume ayant pour titre : *Etude sur la construction des ambulances temporaires*.

M. GUBLER offre en hommage, en son nom, une brochure sur l'eucalyptus globulus et son emploi thérapeutique.

M. HÉRARD, au nom de M. le docteur Ch. Mauriac, présente un travail sur l'emploi du chloral dans le traitement des algies de nature vénérienne.

M. J. GUÉRIN offre en hommage un volume intitulé : *De la folie paralytique*, par M. le docteur Lefebvre.

M. BRIQUET, à l'occasion de la présentation faite par M. Sée d'un travail de M. Netter sur le traitement de la pourriture d'hôpital par le camphre en poudre, dit qu'il est très-étonné de voir présenter comme une nouveauté l'emploi du camphre dans ces cas-là; il rappelle qu'en 1814 des centaines de malades ont été traités par le camphre et, dès cette époque, ajoute M. Briquet, des faits de ce genre ont été rapportés par M. le docteur Rousseau, aujourd'hui médecin à Epernay.

RAPPORT

Bromure de Potassium.

M. POGGIALE donne lecture : 1° au nom d'une commission dont il fait partie avec M. Gobley, d'un rapport sur un mémoire de M. Falières (de Libourne) intitulé : *Monographie chimique et pharmaceutique du bromure de potassium*. « En résumé, dit en terminant M. Poggiale, le mémoire de M. Falières mérite tout l'intérêt de l'Académie : ce pharmacien distingué a perfectionné le procédé d'analyse volumétrique proposé par M. Baudrimont. Il a rendu plus simples et plus faciles les moyens propres à reconnaître les fraudes du bromure de potassium; il a décrit un mode d'élimination du chloral contenu dans le brome, et enfin il a substitué à la potasse caustique le bicarbonate de potasse purifié dans la préparation du bromure de potassium. Nous avons donc l'honneur de vous proposer :

1° D'adresser à M. Falières une lettre de remerciements pour son intéressante communication ;

2° De renvoyer son travail au comité de publication. (Adopté.)

Bromhydrates de quinine et de cinchonine.

2° M. Poggiale donne lecture d'un second rapport sur une note de M. Latour, pharmacien en chef de l'hôpital militaire de Lyon, sur les bromhydrates basiques et neutres de quinine et de cinchonine.

M. Latour prépare le bromhydrate neutre de quinine en faisant réagir le bromure de potassium sur une solution légèrement acidulée de sulfate de quinine . . .

Le bromhydrate basique a été obtenu par M. Latour en traitant le sulfate neutre de quinine dissous dans un mélange à parties égales d'eau et d'alcool, d'abord par une solution très-étendue d'ammoniaque, puis par une dissolution neutre de bromhydrate de quinine.

On réalise la préparation des bromhydrates de cinchonine en suivant les procédés que M. Latour a décrits pour les bromhydrates de quinine.

Ce travail, ajoute M. Poggiale, appelle l'attention des médecins sur une application thérapeutique, peut-être utile si l'observation clinique vient confirmer les prévisions de M. Latour. En tout cas, les nouveaux produits qu'il a soumis à l'examen de la commission, sont dignes, au point de vue chimique, de l'intérêt de l'Académie.

La commission propose d'adresser une lettre de remerciements à M. Latour. (Adopté.)

Discussion sur l'infection purulente (Suite et fin).

M. BOUILLAUD se félicite de l'approbation qu'a trouvée dans la presse médicale la partie de son discours dans laquelle il a établi un parallèle entre les écoles médicales françaises et les écoles d'outre-Rhin. Il cite avec éloge un passage de l'appréciation qu'un journal a faite de ce discours.

Reprenant ensuite son argumentation au point où il l'a laissée mardi dernier, M. Bouillaud proteste contre l'assertion de M. Gosselin, qui a dit qu'au sujet de la fièvre considérée en elle-même, les notions contenues dans les livres de pathologie médicale sont tellement vagues, obscures, insuffisantes, que tout est encore à faire sur ce point. L'orateur pense, au contraire, qu'à cet égard, l'école française de 1822 à 1847 a laissé très-peu de chose à faire à la génération actuelle. En face de Pinel et de Broussais, pour lesquels la fièvre simple n'était qu'une abstraction, un fantôme, une création ontologique, en face de cette négation, un médecin de ce temps s'est rencontré qui, distinguant la fièvre en général de toutes les espèces de fièvres admises à cette époque, montra que la fièvre, considérée en soi, était une entité morbide spéciale ayant pour siége le système vasculaire tout entier et constituée par l'inflammation de la membrane interne du cœur et des vaisseaux; en un mot, c'était la fièvre inflammatoire ou angioténique. Il trouvait la preuve matérielle de la nature de cette phlegmasie dans l'augmentation de la fibrine, cette couenne du sang, déterminée par la formation d'exsudats plastiques à la surface de la membrane séreuse vasculaire et qui, entraînés par le torrent circulatoire, se mélangent avec le sang pour en augmenter l'élément fibrineux. Or, non-seulement la possibilité, mais la réalité de cette exsudation plastique de la séreuse vasculaire était rendue, en quelque sorte, plus évidente que la lumière du jour par la découverte de la coïncidence de l'endocardite avec le rhumatisme articulaire aigu, découverte qui date de cette époque et qui montrait l'existence de ces dépôts plastiques sur les valvules du cœur et les artères. Ainsi la fièvre inflammatoire, fièvre angioténique, avait son siége et sa lésion anatomique. M. Bouillaud en distinguait deux formes, la forme simple et la forme putride; il admettait un sang inflammatoire et un sang typhoïde. Que l'on y ajoute, si l'on veut, aujourd'hui les bactéries et les bactéridies, qu'importe? Les bases de la fièvre étaient posées dès lors, et d'une manière solide, sur l'anatomie pathologique.

La séméiologie de la fièvre en général, de la fièvre inflammatoire ou angioténique, n'était pas moins bien établie que son siége et sa lésion anatomique. Ces signes étaient l'augmentation de la fréquence et de la forme des battements du cœur et des artères, l'élévation de la température générale, appréciée au moyen du thermomètre, car M. Bouillaud n'avait pas attendu l'école allemande pour appliquer l'usage du thermomètre à la recherche et à l'évaluation de l'élévation de la température du corps dans la fièvre. Ses recherches, continuées chaque jour pendant plus de douze ans, le thermomètre à la main, lui ont montré que la chaleur du corps dans la fièvre pouvait s'élever de 38° à 43, température maxima qu'il a constatée.

Au point de vue de l'étiologie, M. Bouillaud a montré que de toutes les causes de la fièvre inflammatoire, la principale est une cause extérieure : le froid, cause de toutes les phlegmasies franches, de la pneumonie, de la pleurésie, du rhumatisme et par conséquent de l'inflammation de la séreuse vasculaire, véritable rhumatisme interne.

Enfin, le traitement de la fièvre inflammatoire découlait naturellement des notions relatives à la nature, à la lésion, aux symptômes et aux causes de la maladie; c'est le traitement antiphlogistique, le seul rationnel. Entre la fièvre traumatique et la fièvre inflammatoire, le lien est simple et naturel; le traumatisme agit, comme le froid, en déterminant la mise en mouvement de ce principe inconnu dans son essence, de ce *quid divinum*, que l'on a désigné sous les noms d'inflammation, de pyrexie, de *pyretos*, de πυρ. Au point de vue de l'essence même de la cause qui produit la fièvre, les chirurgiens sont tout aussi embarrassés lorsqu'il s'agit de définir la nature du phlegmon que les médecins à qui l'on demanderait d'expliquer la nature des phlegmasies internes.

L'Ecole médicale française, de 1822 à 1847, ne s'est pas contentée de déterminer le siége, la lésion anatomique, la cause, les signes, la nature et le traitement de la fièvre inflammatoire; elle en a même créé le nom : *fièvre angioténique*, auquel on pourrait substituer, avec avantage, le nom d'*angiohémite*, en se conformant aux principes de la nomenclature de M. Piorry, à qui revient l'honneur d'avoir créé le mot, aujourd'hui généralement adopté, de septicémie.

M. Bouillaud, jetant un coup d'œil rapide sur la tradition médicale d'Hippocrate jusqu'à nos jours, au point de vue de la fièvre, montre la filiation des idées sur ce point. Hippocrate, Galien surtout admettaient une fièvre continue ou synoque qu'ils distinguaient en synoque putride et synoque imputride; de même les médecins admettent aujourd'hui une fièvre inflammatoire simple et une fièvre inflammatoire putride, septique, typhoïde, de même que les chirurgiens admettent une fièvre traumatique simple et une fièvre traumatique septique, infection purulente, infection putride, septicémie, etc., etc.

Le parallèle entre les fièvres médicales et les fièvres chirurgicales est complet, et si les médecins ne sont pas complétement d'accord sur les détails, on peut dire également que l'on ne voit pas régner, sur ce point, entre les chirurgiens une harmonie bien touchante. Mais si l'on diffère sur certains détails, on peut du moins s'entendre sur le fond même des choses; c'est là que se trouve le vrai terrain de conciliation entre les doctrines, sur lequel médecins et chirurgiens peuvent se donner un baiser fraternel.

M. Bouillaud lit, en terminant, les conclusions suivantes :

CONCLUSIONS FINALES

1° La fièvre considérée en elle-même et la fièvre dite inflammatoire ou angioténique ne constituent qu'une seule et même maladie. Comme l'indique l'heureuse expression d'angioténique, elle a son siége dans le système vasculaire sanguin (sang compris) en état de phlegmasie; car il ne faut pas oublier que le mot *ténique* est ici synonyme du mot inflammatoire (1).

2° Voilà quelle est la fièvre à son état de simplicité; mais elle peut se compliquer avec plusieurs autres éléments morbides, notamment avec l'élément putride ou septique.

Or, dans cette forme putride de la fièvre, il existe à la fois une angiophlegmasie et une septicémie.

3° La fièvre traumatique ou des blessés, une des espèces de la fièvre inflammatoire ou angioténique, dont elle ne se distingue que par sa cause occasionnelle. Elle se présente comme toutes les autres, tantôt sous la forme simplement inflammatoire, tantôt sous la forme inflammatoire (1) et putride, ou septique à la fois (2).

Cette complication avec la septicémie s'explique, dans ce cas comme dans tous les autres cas de foyer septique, soit extérieur soit intérieur, par le passage dans le sang d'une certaine quantité de matières septiques provenant de ce foyer.

4° L'infection purulente constitue une des espèces de la septicémie.

5° Au mode d'infection septique ci-dessus indiqué, dans lequel l'individu s'infecte en quelque sorte lui-même, peuvent s'en ajouter d'autres, l'infection septique au moyen de l'air ambiant, par exemple; dans ce dernier cas, les infections reunies se multiplient en quelque sorte l'une par l'autre ; et c'est ainsi que des blessés, que des femmes nouvellement accouchées, véritables blessées d'une espèce particulière, atteints d'une septicémie par voie d'absorption traumatique, peuvent, s'ils sont placés dans des salles dont l'air est imprégné de miasmes ou matières septiques, contracter par cette voie une nouvelle septicémie.

Ajoutons encore que les blessés de cette double catégorie par le fait même de leur traumatisme septique contribue à l'infection septique de l'air qui les environne.

Les parties constituantes de l'organisme, soit solides, soit liquides sont tellement nombreuses à la fois et tellement diverses, comme aussi les produits de leur décomposition putride, que la réaction exercée par celle-ci, toujours la même sous leur rapport principal, pourrait néanmoins varier sous d'autres rapports, selon chacune d'elles.

Ainsi s'expliquerait l'hypothèse de ces nouvelles espèces de virus tels que, par exemple, le virus ou poison puerpéral, le virus ou poison traumatique, etc. (3).

Mais avant d'en admettre la réalité, il faut attendre que la méthode expérimentale ait démontré cette réalité, et leur ait en quelque sorte délivré un certificat de vie ou d'existence.

M. VERNEUIL demande à répondre quelques mots à M. Bouillaud. Il déclare que, pour sa part, il a toujours rendu justice aux travaux si remarquables de l'illustre école française de 1822 à 1847, qui, parmi tant d'autres titres de gloire, a celui d'avoir si bien étudié la question de la fièvre et de la septicémie. C'est dans les travaux de cette grande école que M. Verneuil a puisé les idées qu'il a émises sur la fièvre traumatique. C'est en combinant ces doctrines avec les résultats des belles recherches expérimentales faites de Gaspard à M. Sédillot que M. Verneuil est arrivé à établir une théorie complète de la fièvre traumatique, maladie que l'on peut reproduire expérimentalement dans toutes les formes, à tous les degrés.

Donc, tout en rendant justice aux beaux travaux de l'école française, à laquelle appartient M. Bouillaud, il convient de reconnaître que cette école n'a pas tout créé et qu'elle a laissé quelque chose à faire à ses successeurs. La démonstration expérimentale de ce fait que l'introduction d'une matière septique dans le tissu circulatoire détermine la fièvre, n'appartient ni à M. Bouillaud, ni à M. Piorry; elle est due à un modeste praticien d'une humble ville de province, Gaspard, dont les travaux contiennent, suivant M. Verneuil, les véritables éléments de la doctrine définitive de la pyohémie.

M. BOUILLAUD fait observer à M. Verneuil qu'il ne distingue pas suffisamment l'élément septique de l'élément fébrile; or, c'est cette distinction qui est le fond de la doctrine de l'école médicale dont M. Verneuil croit avoir suffisamment médité et compris les travaux. M. Verneuil se trompe quand il prétend déterminer la fièvre en injectant une matière septique dans le sang : il produit la septicémie, non la fièvre. Les expériences dont M. Verneuil attribue la priorité à Gaspard, remontent bien plus haut, à Bagliri, qui, le premier, eut l'idée de faire naître, d'inoculer, d'injecter, pour ainsi dire, la fièvre, en injectant dans le sang des animaux des substances stimulantes, du vin, de l'alcool, etc. Bagliri, en effet, déterminait ainsi la fièvre, tandis que Gaspard et M. Verneuil produisent la septicémie, ce qui n'est pas la même chose. Il importe, suivant M. Bouillaud, de bien faire cette distinction.

M. LE PRÉSIDENT prononce la clôture de la discussion sur l'infection purulente.

La séance est levée à cinq heures et demie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret du Président de la République, en date du 15 octobre 1871, rendu sur la proposition du ministre de la guerre, ont été promues ou nommées dans l'ordre national de la Légion d'honneur les personnes attachées aux ambulances dont les noms suivent, savoir :

SERVICE DE SANTÉ ET AMBULANCES

Au grade d'officier : MM. Benoist de la Grandière, chirurgien en chef de l'ambulance militaire de la rue Méchain, à Paris; chevalier du 23 juillet 1859.

Bouchut, médecin aux ambulances de la Presse, à Paris.

Briquet (Pierre), docteur médecin, attaché à l'ambulance de la rue de Clichy, à Paris; chevalier de 1847.

Daubresse (Jean-Pierre-François-Émile-Alexandre), intendant militaire à titre auxiliaire, chef des services administratifs du département de la Loire.

Dechambre (Amédée), docteur médecin, chef de l'ambulance de la présidence du conseil d'État; chevalier du 15 avril 1859.

Desgranges (Antoine-Amet-Joseph), docteur médecin attaché aux ambulances de Lyon; chevalier du 15 août 1868.

Égée (Augustin-Remy), juge au tribunal de la Seine, employé

(1) Nous ne savons pas encore si le sang lui-même est primitivement altéré dans la fièvre inflammatoire simple, mais nous savons que les exsudats produits par la membrane interne enflammée du système sanguin, déposés dans la masse du sang, y déterminent des altérations dont les principales sont la couenne dite inflammatoire, l'augmentation de la fibrine du sang, provenant probablement l'une et l'autre de la même cause.

(1) Fébri-phlegmasie, selon l'expression de M. Pidoux.

(2) Fébri-septicémie, selon l'expression de M. Pidoux.

(3) Ils pourraient s'associer au poison septique comme d'autres virus déjà connus, tels que les virus morveux, varioleux, etc., mais ils n'en resteraient pas moins essentiellement distincts les uns des autres.

comme volontaire à l'ambulance du Palais-de-Justice; chevalier du 11 août 1862.

Gelez, médecin principal des ambulances de Douai; chevalier du 1er mai 1845.

Joubert, médecin inspecteur de l'ambulance de Bagnolles-les-Bains, chevalier de 1860.

Labbé, docteur médecin, chef de l'ambulance du ministère des affaires étrangères, à Paris.

Lecadre (Adolphe-Aimé), docteur médecin, attaché aux ambulances de la Société de secours aux blessés, au Havre; chevalier de 1849.

Lèques (Marie-Joseph-Xavier), médecin major de 1re classe des hôpitaux; chevalier du 18 juillet 1868; 27 ans de services, 13 campagnes.

Maire, docteur médecin, attaché aux ambulances de la Société de secours aux blessés, au Havre; chevalier de 1857.

Ollier, médecin en chef des ambulances lyonnaises.

Oulmont, médecin à l'hôpital de Lariboissière, chevalier de 1860.

Philippoteaux (Auguste), maire de Sedan, président du comité de secours aux blessés; chevalier du 14 août 1862.

Raynaud (Auguste-Gabriel), docteur médecin, attaché aux ambulances de la Société de secours aux blessés.

Ricord (Alexandre), docteur médecin, attaché aux ambulances de la Presse; chevalier de 1837.

Tournié (Jean-François-Aaron), docteur médecin, attaché à l'ambulance de l'avenue de la Reine-Hortense; chevalier du 15 août 1864.

Willemin, docteur médecin à l'hôpital militaire de Vichy, chevalier du 26 décembre 1849.

SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

MM. Astié (Jean-Augustin), médecin principal de 1re classe, chevalier du 24 décembre 1853; 38 ans de services, 12 campagnes.

Arronssohn (Jules), médecin major de 1re classe, chevalier du 15 août 1866; 21 ans de services, 11 campagnes.

Chauvin (Hector-Marie), médecin major de 1re classe, chevalier de 1852; 30 ans de services, 5 campagnes.

Robaglia (Silvestre), pharmacien principal de 2e classe, chevalier du 14 mars 1864; 31 ans de services, 23 campagnes.

SERVICES ADMINISTRATIFS (HÔPITAUX)

MM. Bernard (Noël-Étienne), officier d'administration principal, chevalier du 30 décembre 1862; 31 ans de services, 25 campagnes.

Laput (Nicolas), officier d'administration, comptable de 1re classe; chevalier du 18 septembre 1859; 31 ans de services, 17 campagnes.

SERVICE DE SANTÉ ET AMBULANCES

Au grade de chevalier : MM. Allaire (Émile), médecin, requis au Val-de-Grâce.

L'abbé Armand (Joseph-Ferdinand), aumônier des gardes nationales mobiles de l'Ardèche.

Arnoul (Alfred-Jean-Jacques), chirurgien-major de la garde nationale de Paris et aux ambulances du Val-de-Grâce.

Arseng, directeur de l'usine de Styring-Wende, employé comme volontaire aux ambulances.

Arthault (Alexandre), médecin attaché à l'ambulance de la rue de Lyon, nº 12.

Babaud (Paul-Émile), pharmacien-major de 2e classe; 18 ans de services, 10 campagnes.

Baer, médecin requis, attaché aux ambulances de Metz.

Baillon de Fontenay (Louis-Émile), officier d'administration, comptable des hôpitaux, en retraite, employé comme volontaire à l'ambulance de Reuilly.

Barbier (Auguste-Balthasar), officier d'administration, comptable des hôpitaux, requis, employé aux ambulances de Paris.

Bardet, docteur médecin, attaché aux ambulances de Bernay.

Bastin (Étienne-Gustave-Adolphe), médecin, attaché à l'ambulance de la rue de Clichy, à Paris.

Baxter (Charles), docteur médecin, chef de l'ambulance irlandaise.

L'abbé Bazin (Denis-André-Gustave), aumônier du Val-de-Grâce.

De Bécourt, membre de la Société de secours aux blessés, à Paris.

Béhier (Augustin), docteur médecin, attaché aux ambulances de la Société des secours aux blessés, à Paris.

Bergeron (Henry), chirurgien au 96e bataillon de la garde nationale de la Seine et à l'ambulance Colbert.

L'abbé Bernard, aumônier de la 2e divison du 16e corps (armée de la Loire).

Le pasteur Bersier (Eugène-Arthur-François), directeur du service des brancardiers protestants, à Paris.

Berthier (Charles-Simon-Frédéric), délégué du conseil d'administration de la Société de secours aux blessés.

Le pasteur Bertin.

L'abbé de Bertrand de Beuvron (Henri-Joseph), aumônier du quartier général du 16e corps (armée de la Loire).

Bidard, docteur-médecin, attaché aux ambulances de la Société de secours aux blessés.

Billaud (Jules), chirurgien-major du 75e régiment de la garde nationale mobile (Loir-et-Cher); 10 ans de services, 8 campagnes, 1 blessure.

De Billy (Charles-Jean-Adolphe), délégué régional de la Société de secours aux blessés dans l'est et le sud-est, conseiller référendaire à la Cour des comptes.

Blain des Cormiers, docteur médecin, membre du conseil d'Administration de la Société de secours aux blessés.

Boissac, attaché aux ambulances de Bordeaux.

Boissel, docteur médecin, attaché aux ambulances de la Société de secours aux blessés.

Boizard, chirurgien aide-major aux ambulances de la Presse, à Paris.

Bottentuit (Eugène), docteur médecin, attaché aux ambulances de Bicêtre.

Boucard (Jules-Jean-Louis), docteur médecin, attaché à l'ambulance des Arts-et-Métiers.

Boulangé, membre du conseil municipal de Metz.

Boulanger, membre de la Société de secours aux blessés, au Mans.

L'abbé Boulet, aumônier de la garde nationale mobile (Ain).

L'abbé Bouquet, aumônier des ambulances volantes de Paris.

Bourdeilhette, docteur médecin de la Société de secours aux blessés.

Bourdereau, directeur de l'hospice de Garches.

Bourgeois de Mercey (Albert-Charles), médecin aide-major au 1er régiment d'éclaireurs de la Seine.

L'abbé Bretaudeau (Victor), aumônier de la 3e légion de la garde nationale mobilisée de Maine-et-Loire.

Brewer (Emile), docteur médecin à l'ambulance américaine de Paris.

Brewer (William-Joseph), médecin à l'ambulance américaine de Paris.

Broca, chirurgien de l'hospice de la Pitié.

De Brossin de Meré (Maurice), volontaire aux ambulances de Metz.

Cadet-Gassicourt, médecin requis à l'ambulance militaire d'Ivry.

Caradec (Louis-Marie), docteur médecin attaché aux ambulances militaires de Brest.

Carcassonne (Casimir), directeur des ambulances volantes de l'armée de la Loire, médecin du Conservatoire de musique.

Carrère (Marie-Jacques-Auguste-Hyacinthe), médecin de l'ambulance de la Société d'agriculture, à Toulouse.

De Casenove (Léonce), organisateur des comités de secours aux blessés, à Lyon.

L'abbé Celles (Félix), aumônier du fort de la Briche.

Chaillaux, directeur de l'institution de Sainte-Périne, à Paris.

Chaunevière, docteur médecin, adjoint au maire de Sèvres.

Chairon, médecin en chef de l'hôpital du Vésinet.

L'abbé Chardon, aumônier de l'ambulance du Puy-de-Dôme.

Charrier, docteur médecin de la Société de secours aux blessés.

Chereau (Achille), médecin en chef aux ambulances de la Presse, à Paris.

Chertier, docteur médecin à l'ambulance de Nogent-sur-Seine, (Aube).

Chevalier (Pierre-Joseph-Ernest), docteur médecin, requis à l'hôpital du Gros-Caillou.

Chipault, docteur médecin de la Société de secours aux blessés, à Orléans.

Collas de Courval (Arthur), chirurgien aide-major au titre auxiliaire, attaché aux ambulances de la Manche.

Cordier, docteur médecin, attaché aux ambulances de Saint-Quentin.

Corlieu (Auguste), docteur médecin de l'ambulance du Palais-Royal.

Le R. P. Couplet, supérieur de Saint-Clément, à Metz.

Coutant (Jean-Baptiste-Antoine), docteur médecin aux ambulances de Passy.

Damaschino (François-Théodore), docteur médecin attaché à l'ambulance des Sourds-Muets de Paris.

Davesne (Louis-Étienne-Léon), adjudant d'administration en premier des hôpitaux, en retraite, attaché aux ambulances de Clichy.

Dayot, docteur médecin, directeur de l'ambulance du château de Combourg.

Debout (Jules-Émile), docteur médecin, attaché à l'ambulance du Sénat.

Delacorne (Adolphe), médecin aide-major de 2e classe, au titre auxiliaire, aux ambulances de l'armée de l'Est.

Deleschamps (Albert), médecin aux ambulances de Tournefort et de la Tombe-Issoire.

Delorme (Anatole), attaché aux ambulances d'Orléans.

Demeurat (Théophile-Louis), médecin major de 2e classe, au titre auxiliaire, à l'hôpital de Valognes.

Dengler (Paul), médecin aide-major de 1re classe, au titre auxiliaire, au 64e régiment de marche d'infanterie.

Desnos (Louis-Joseph), chirurgien-major de la garde nationale mobile de Paris et à l'ambulance de Saint-Ouen; 1 citation.

Despaulx-Ader, chirurgien au 3e bataillon de la garde nationale de Paris et attaché aux ambulances de la société de secours aux blessés.

Desplats (Victor-Antoine-Dieudonné), médecin aux ambulances de la société de secours aux blessés.

Desprès, chirurgien attaché aux ambulances de la société de secours aux blessés, à Paris.

Dionis des Carrières, médecin attaché aux ambulances d'Auxerre.

Douillard, docteur médecin, attaché aux ambulances de la rue d'Enfer, à Paris.

Doyon (Adrien), docteur médecin, attaché aux ambulances volantes lyonnaises.

L'abbé Druon (Charles-François), aumônier de la division de cavalerie (15e corps).

Dubreuil (François-Henri-Alphonse), docteur médecin, attaché à l'ambulance des Sourds-Muets.

Dubuisson-Christot (Jean-Marie-Félix), docteur médecin, attaché aux ambulances lyonnaises.

Dubut de Saint-Paul (Pierre-César-Maurice), commandant du train de la garde nationale de Paris.

Dujardin-Beaumetz (Georges-Sainfort), docteur médecin à l'hospice des Incurables; 1 citation.

Dupertuis, médecin à l'ambulance de Joinville-le-Pont.

Duplay, docteur médecin à l'hospice Beaujon.

Dupont (Benjamin), docteur médecin de la société de secours aux blessés, attaché aux ambulances de la garde nationale mobile de la Seine.

Mgr Dupont des Loges, évêque de Metz.

Durand, pasteur protestant de l'armée du Rhin.

Durand (Marius), docteur médecin requis aux ambulances des Invalides.

Durassier (Edouard-Jean), attaché aux ambulances de la société de secours aux blessés, à Paris.

Durieux (Jean-Marie), docteur médecin et maître en pharmacie, attaché aux ambulances du 6e secteur (Auteuil); 1 blessure.

Dussart, médecin, attaché aux ambulances de Fontenay.

Emond (Emile-Edme), chirurgien aide-major au 10e bataillon de la garde nationale de Paris, attaché aux diverses ambulances du 2e arrondissement de Paris.

Estachy (Louis), docteur médecin de la société de secours aux blessés et attaché aux ambulances de la garde nationale mobile de Paris.

Fano (Claude-François-Philippe), chirurgien-major du 8e bataillon de la garde nationale de Paris et aux ambulances du Grand-Hôtel et du Théâtre-Français

Farro, chirurgien-major du 7e bataillon de la garde nationale de Paris et aux ambulances de la Société de secours aux blessés.

Favre (Antoine), médecin attaché aux ambulances lyonnaises.

Feltz (Victor), docteur médecin, attaché aux ambulances.

Fertre (Étienne-Alfred), docteur médecin, attaché aux ambulances du Havre.

Fischer (Paul), médecin aux ambulances de la Presse, à Paris.

Fontan (Jean-Louis-Léopold), chirurgien à l'ambulance de Ville-d'Avray.

L'abbé Fortier (François), aumônier de l'armée du Rhin.

Galois, docteur médecin, attaché à l'ambulance de Chaumont (Indre-et-Loire).

De Gargan, propriétaire des forges de Hayange et de Moyeuvre.

Garreau (Louis-Jean), chirurgien en chef de l'hôpital de Laval.

Garrigou-Desarènes (Louis-Auguste-Albert), docteur médecin, requis aux ambulances du Val-de-Grâce.

Gayet, docteur médecin, attaché aux ambulances lyonnaises.

Geibel (Alfred-Louis), membre de la Société de secours aux blessés, à Paris.

Gelibert (François-Xavier), médecin aide-major de 2e classe au titre auxiliaire au 7e régiment de chasseurs; 4 ans de services, 4 campagnes.

Genouville, médecin aux ambulances de la Presse, à Paris.

Geslin, chirurgien aide-major de la 3e légion de mobilisés de Maine-et-Loire.

Gillet de Grandmont (Pierre-Anatole), docteur médecin, attaché à l'ambulance de la rue Bonaparte.

Gillette (Eugène-Paulin), docteur médecin, attaché à l'ambulance de campagne nº 1, blocus de Metz.

Girou (Calixte), médecin en chef de l'hôpital d'Aurillac.

Goujon, médecin aux ambulances des armées de la Loire et de l'Est.

Gouraud (Vincent-François-Xavier), médecin aide-major du 17e bataillon de la garde nationale de la Seine, attaché à l'ambulance du lycée Stanislas.

L'abbé Granjux, aumônier des ambulances volantes de la Société de secours au blessés.

Grossard, secrétaire du comité de la Société de secours aux blessés, à Bordeaux.

De Grusse, docteur médecin, attaché aux ambulances du 15e arrondissement de Paris.

Guérin (François-Auguste-Isidore), chirurgien en chef des hôpitaux de Bourges.

Guichard (Pierre), chirurgien aux ambulances de la Société de secours aux blessés.

Guilbert (Charles-Alphonse), chirurgien major du 45e bataillon de la garde nationale de Paris.

Guion, pasteur protestant aux armées de la Loire et de l'Est.

Guyot (Jules), chirurgien du 5e bataillon de la garde nationale de la Seine et attaché à l'hôpital Saint-Antoine.

Hacherelle (Jules-François), docteur médecin, attaché aux ambulances de Montmédy.

Hottinguer, régent de la Banque, membre de la Société de secours aux blessés, à Paris; blessé rue de la Paix.

Hottot (Ernest-Louis), chirurgien aux ambulances de la Société de secours aux blessés.

Houzé de l'Aulnoit, médecin, organisateur des ambulances de l'armée du Nord.

Itasse (Paul-Marie), chirurgien en chef de l'hôpital civil de Sedan.

Izard (Frédéric-Jean), docteur médecin à l'hôpital de Vincennes.

Joba, ancien chirurgien-major de la marine, sous-officier au 84e bataillon de la garde nationale de la Seine.

L'abbé Juhle, supérieur du grand séminaire de Metz.

Karricks-Rigs (Joseph), docteur médecin, attaché à l'ambulance américaine à Paris.

Kassel (Victor), docteur médecin, attaché aux ambulances de Hochfelden.

Klein (Louis), docteur médecin, attaché aux ambulances de Nierderbroun.

Kohn (Jean-Charles), docteur médecin, attaché aux ambulances de Paris.

Labadie (Adolphe), membre de la Société de secours aux blessés, directeur de l'ambulance girondine.

Labrousse (Michel-Philippe), médecin requis au 31e régiment de marche d'infanterie.

Lacroze, docteur médecin, directeur de Picpus et attaché aux ambulances de la Société de secours aux blessés.

L'Abbé de Lagarde (Louis-Étienne-Anne), directeur de l'ambulance du collége Stanislas.

Lahuppe, docteur médecin, attaché aux ambulances de Paris.

Lalaubie, docteur médecin de la Société de secours aux blessés, attaché à l'ambulance nº 1 de l'armée de la Loire.

Lande, docteur médecin de la Société de secours aux blessés, attaché aux ambulances de Bordeaux.

Laskouski (Sigismond), docteur médecin de la Société de secours aux blessés, attaché à l'ambulance de campagne nº 5.

Laure (Paul-François-Marie), docteur médecin, attaché à l'ambulance de Saint-Ferréol, près Besançon.

Laurent, docteur médecin, attaché aux ambulances de Langres.

Lavoix (Alphonse), médecin-major auxiliaire au 18e corps d'armée (armée de la Loire).

Ledentu, docteur médecin, attaché à l'ambulance volante de l'armée de la Loire.

Legarde-Lafosse (Aimé-Augustin-Joseph), docteur médecin aux ambulances de Cherbourg.

Léger (Vincent), médecin requis aux ambulances des rues de Charonne et Martel.

Leven (Manuel), médecin aux ambulances d'Ivry et du chemin de fer du Nord.

Locquin, délégué de la Société de secours aux blessés, à Paris.

Loiseau (Charles), docteur médecin, attaché aux ambulances du IVe arrondissement de Paris.

Lorne (Remond), médecin aux ambulances de la Société de secours aux blessés, à Paris.

De Lostalot de Bachoué (Jean-Jacques-Alfred), chirurgien-major du 150e bataillon de la garde nationale de Paris et attaché à l'ambulance de Nanterre.

Loy, docteur médecin, attaché aux ambulances de la Société de secours aux blessés (Lyon).

Magdeleine (Léon), docteur médecin, attaché aux ambulances de la Société de secours aux blessés (garde nationale mobile).

De Maguieu (Ernest), membre de la Société de secours aux blessés, à Paris.

Mallez, chirurgien major des volontaires de la défense nationale.

Marcel (Eugène), membre de la Société de secours aux blessés, secrétaire du comité du Havre.

Martineau (Louis), docteur médecin, attaché aux ambulances du Palais-de-Justice, à Paris; une blessure.

Maugeret, docteur médecin, attaché aux ambulances de la Société de secours aux blessés, à Tours.

Mauriac (Charles), médecin en chef aux ambulances de Paris (Ivry et Popincourt).

Meleux (Paul), directeur de la Société internationale de secours aux blessés, à Sedan.

Mène (Edme-Edouard), médecin à l'ambulance des Jeunes-Aveugles à Paris.

Ménécier, docteur médecin de la Société de secours aux blessés, attaché aux ambulances du Midi et de l'armée de l'Est.

Mestrezat, membre de la Société de secours aux blessés, vice-président du comité de la Gironde.

Michaux-Bellaire, docteur médecin, attaché aux ambulances de Bouxviller.

Millard (Auguste-Louis-Jules), médecin à l'hôpital de Lariboisière et aux ambulance du 4e secteur.

Millet, docteur médecin de la Société de secours aux blessés, à Tours.

Monod (Alfred), directeur de l'ambulance, n° 11 *bis*, de la Société de secours aux blessés.

Le comte de Montemerli (Lorenzo), président de la commission italienne de secours aux blessés.

Moreau, docteur médecin attaché aux ambulances de Passy.

Morin, médecin de l'ambulance des Diaconesses, à Paris.

Motet (Auguste-Alexandre), médecin requis aux ambulances de Reuilly.

Muron (Antoine), chirurgien aide-major de 1re classe au titre auxiliaire à l'ambulance du quartier général du 18e corps.

Naudin (André-Jean-Jules), médecin de l'ambulance de la gare, à Toulouse.

De Nervo (Robert-Ernest-Frédéric-Marie), directeur de l'ambulance du chemin de fer de Lyon.

Olive, président du comité de la Société de secours aux blessés de Marseille.

D'Onsembray (Paul), directeur de l'ambulance volante attachée au 75e régiment de la garde nationale mobile (Maine-et-Loire).

Oury (Léon), rabbin, attaché à l'armée de Metz.

De Pages, membre du comité de la Société de secours aux blessés, à Paris.

Pamard (Alfred-Paul-Hippolyte), médecin de la Société de secours aux blessés, attaché à l'ambulance n° 4 de l'armée de l'Est.

Parrocel, membre du comité de la Société de secours aux blessés, à Marseille.

Parrot (Joseph-Marie-Jules), médecin à l'ambulance municipale de l'hospice des Enfants-Assistés, à Paris.

Paul (Constantin), médecin, requis à l'hôpital du Val-de-Grâce.

Penasse (Thierry), médecin en chef d'une ambulance de Sedan.

L'abbé Petit, aumônier de la Société de secours aux blessés.

Phélip (Jean-Charles-Auguste), directeur de la Salpêtrière.

Pigeonneau, membre du comité de la Société de secours aux blessés, à Versailles.

Planchon (Charles), médecin de la Société de secours aux blessés.

Polaillon (Joseph), docteur médecin attaché aux ambulances du Jardin-des-Plantes, à Paris.

Postel (Louis-Eugène), médecin attaché aux ambulances du Calvados.

Prieur (Joseph-Emile), directeur de l'ambulance de l'asile des Ménages, à Issy.

Queyrel (Auguste), chirurgien aide-major au 43e régiment de la garde nationale mobile (Bouches-du-Rhône).

Raimbert (Louis-Adolphe), médecin attaché aux ambulances de Châteaudun.

De Ranse (Félix-Henri), médecin à l'ambulance des Irlandais.

Raynaud (François), docteur médecin, attaché aux ambulances militaires de Paris.

Reliquet, docteur médecin, attaché à l'ambulance de l'Hôtel-de-Ville.

Rémy, docteur médecin de la Société de secours aux blessés.

L'abbé de Rénémesnil (Armand-Gustave-Ferdinand), aumônier de l'ambulance de la Légion d'honneur.

Rérole (François), docteur médecin, attaché aux ambulances d'Autun.

Rezard des Vouvres (Pierre-Louis), médecin aux ambulances des rues de Douai et Chaptal.

Riant, médecin attaché aux ambulances de Châlon-sur-Saône.

Rieger (Charles-Auguste), médecin aux ambulances militaires de Paris; 10 ans de services, 3 campagnes, 1 blessure.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois. . . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 19 octobre 1871.

HOTEL-DIEU.—M. NOEL GUÉNEAU DE MUSSY.

Étude sur le traitement de quelques albuminuries (1).

(Extrait de leçons cliniques faites à l'Hôtel-Dieu en 1867.)

Telles furent les conditions physiologiques et hygiéniques qui précédèrent, chez cette femme, l'explosion de la maladie, et n'ont probablement pas été sans influence sur son développement.

Nous en avons indiqué l'évolution; le flux menstruel avorte après une courte apparition; alors apparaissent les signes de la congestion rénale : douleurs dans les flancs, vomissements, urines hématuriques, puis bientôt l'anasarque.

Quoique la présence du sang dans les urines me fît soupçonner une forme aiguë dans cette affection déjà ancienne, je fus conduit à tenter la teinture d'iode par l'apyrexie, par la durée de la maladie et par l'opiniâtreté des vomissements, me rappelant que ce médicament avait été préconisé dans les vomissements incoercibles des femmes enceintes. Cette dernière indication fut remplie; la malade cessa de vomir, mais le caractère hématurique des urines devint plus accentué, et, au bout de quelques jours, je cessai cette médication. J'essayai les astringents : l'acide tannique à la dose d'*un* gramme, puis l'acide gallique, qui résisterait mieux, dit-on, aux actions chimiques du travail digestif, et arriverait au rein avec ses propriétés inaltérées.

Cette médication ne réussit pas mieux que la précédente; le sang diminua peut-être, mais l'albumine ne diminua pas; l'anasarque augmenta, le ventre se tuméfia de plus en plus, et la malade, voyant l'insuccès de mes efforts, tomba dans le découragement; alors survinrent des phénomènes de congestion pulmonaire, qui furent combattus par des vésicatoires.

N'obtenant rien de la médication topique, car l'iode, l'acide gallique devaient, dans ma pensée, agir topiquement sur les éléments sécréteurs et vasculaires du rein, je réfléchis de nouveau aux conditions dans lesquelles la maladie s'était développée. A ce trouble de la fonction cataméniale, dont le molinien congestif augmente et se prolonge quelquefois bien au delà de sa durée habituelle, aux approches de la ménopause, malgré les 48 ans de la malade, et je pourrais dire à cause de ses 48 ans, je pouvais attribuer à une déviation menstruelle l'état congestif du rein. Je dressai mes batteries dans cette direction; nous touchions à la période cataméniale; il fallait tâcher de rappeler sur l'utérus cette fluxion égarée. L'anémie, l'œdème énorme des grandes lèvres m'interdisaient les sangsues. Je n'aurais pas même osé appliquer des sinapismes sur les membres inférieurs, distendus par l'œdème, dans la crainte d'y provoquer un érythème ou un érysipèle gangréneux.

Quand j'avais dû apposer un vésicatoire à la congestion pulmonaire, je l'avais placé sur la partie antérieure du thorax, sur le point le moins œdématié; je n'avais laissé l'emplâtre épispastique en place que pendant quelques heures, et je l'avais remplacé par un cataplasme amilacé.

Privé de ces ressources, j'administrai des emménagogues : une infusion de safran en boisson, et, n'ayant pas d'apias, je fis donner des quarts de lavement avec une forte décoction de persil, et en même temps je prescrivis des boissons doucement diurétiques et des demi-bains de vapeur avec de l'infusion d'armoise, limités à la moitié inférieure du corps. J'ai peur des bains de vapeur entiers chez les albuminuriques; je me rappellerai toujours qu'en 1843, remplaçant à l'Hôtel-Dieu Magendie, qui avait pour interne, à cette époque, l'illustre Claude Bernard, je prescrivis un bain de vapeur à un albuminurique. A la suite de ce bain, le pauvre malade éprouva des accidents de congestion pulmonaire, auxquels il succomba. Je l'avais ordonné dans l'espérance d'atténuer la congestion rénale, en incitant la peau, et de ranimer l'activité fonctionnelle de celle-ci, qui paraissait annihilée.

Chez la malade qui nous occupe en ce moment, en plaçant la poitrine en dehors de l'atmosphère du bain, j'espérais conjurer tout danger de cette nature.

(1) Fin. — Voir le dernier numéro.

Pas plus que l'utérus, la peau ne parut sentir la stimulation que je lui adressais; mais elle retentit sur l'organe synergique, et pendant quelques heures la malade éprouva une véritable polyurie, avec diminution notable de l'anasarque. Les urines étaient beaucoup moins albumineuses; mais cette diminution, qui pouvait être toute relative, était sans valeur pour le pronostic. J'attachais plus d'importance à la polyurie, que j'avais vue précéder la guérison dans plusieurs cas d'albuminurie congestive.

J'insistai sur cette médication, et ses effets se soutinrent; l'anasarque diminua rapidement et disparut presque entièrement. Mais en même temps le ventre ne diminuait pas de volume, une fluctuation évidente s'y faisait sentir d'un flanc à l'autre; une matité régulièrement limitée des régions déclives circonscrivait une zone tympanique occupant la partie antérieure de l'abdomen; celui-ci était partout indolent; la palpation n'y faisait percevoir ni tumeur, ni résistance, ni empâtement; les intestins, libres de toute adhérence, se déplaçaient avec une extrême facilité, et dans le décubitus latéral, le liquide, dont la matité marquait les limites, se portait instantanément en masse du côté sur lequel la malade reposait, et la sonorité intestinale reparaissait immédiatement de l'autre côté.

On voit fréquemment l'ascite survenir à une période avancée de la maladie de Bright et comme conséquence de l'anasarque; il est beaucoup plus rare qu'elle survive à celui-ci, et à plus forte raison qu'elle lui succède. J'admets que l'ascite avait commencé avant la disparition de l'anasarque; mais après que le liquide infiltré dans les mailles du tissu connectif sous-cutané eût été résorbé, non-seulement la collection séreuse péritonéale n'a pas diminué, mais elle a considérablement augmenté. Tandis que l'absorption a été active dans la sphère de la veine cave, la circulation de la veine porte semble accuser un trouble exprimé par les progrès de l'ascite.

D'où vient cette anomalie? Je me suis demandé si cette ascite ne pourrait pas être imputée à une péritonite chronique. Mais l'absence d'adhérences intestinales, démontrée par les signes que je relatais plus haut, c'est-à-dire la délimitation régulière de la sonorité et de la matité, la mobilité absolue de l'intestin et de la masse liquide ne permettaient pas de s'arrêter à cette hypothèse; d'ailleurs, les péritonites tuberculeuses ou cancéreuses sont presque toujours des épisodes d'affections organiques viscérales; elles peuvent être indolentes, mais plus souvent leur évolution est accompagnée de douleurs, de fièvre, de diarrhée s'il s'agit de tuberculose. J'ai déjà dit plus haut pourquoi je rejetais toute idée de cancer ou de tubercules des reins.

Y avait-il quelque lésion modifiant la circulation de la veine porte? Il n'est pas rare que la cirrhose coïncide avec la maladie de Bright; mais le foie avait conservé son volume normal; cette complication existe surtout chez les personnes adonnées aux excès alcooliques. Dans l'évolution de l'hydropisie albuminurique, comme dans les caractères de l'albuminurie elle-même, il y avait donc quelque chose d'insolite. Les urines étaient beaucoup moins albumineuses; j'éloignai les demi-bains de vapeur, qui fatiguaient la malade. Je lui fis faire des applications quotidiennes de teinture d'iode sur la paroi abdominale, pour stimuler la nutrition et l'hématose; je donnai des préparations ferrugineuses, l'ascite commença à diminuer, puis disparut avec l'albuminurie; les lésions rétiniennes se dissipèrent à leur tour; et quand l'harmonie semblait rétablie dans cet organisme si longtemps troublé, les règles reparurent. Ce retour de la fonction utéro-ovarienne mit le sceau à la guérison. La malade avait repris de l'appétit et des forces, et elle sortit de l'hôpital trois ou quatre mois après y être entrée complétement guérie.

Nul doute que, comme je l'ai déjà indiqué, la lésion rénale ne fût une simple congestion. Les dégénérescences et les hyperplasies qui suivent la période congestive ne rétrogradent pas, et dans ma conviction, nous avons eu là un curieux exemple de déviation menstruelle survenue aux approches de la ménopause.

LA PIQURE DU SCORPION

Par le docteur A. POSADA ARANGO.

Le scorpion est un animal assez connu pour qu'il ne soit pas nécessaire de le décrire minutieusement. Son corps de forme ovalaire, ses quatre paires de pattes, ses grandes palpes et sa longue queue composée de cinq nœuds disposés en chapelet et terminée par l'aiguillon venimeux, le caractérisent suffisamment. Les zoologistes, qui l'ont classé parmi les arachnides, admettent dans le genre plusieurs subdivisions, selon le nombre d'yeux latéraux et des appendices penniformes qu'ils portent sous le ventre; mais à première vue on les distingue simplement à leur couleur et à leur taille, qui varie entre 26 ou 27 millimètres, que mesure l'européen, jusqu'à 150 millimètres qu'atteint une des espèces d'Afrique.

Il est connu et redouté, depuis la plus haute antiquité, par son action vénéneuse, qui a donné lieu à quelques préjugés. Ainsi, on croit que l'activité de son venin augmente avec l'âge de l'animal, et qu'on peut connaître celui-ci par les nœuds de la queue, qui représenteraient le nombre de ses années; mais l'observation démontre qu'il reste toujours le même. On raconte aussi qu'en entourant le scorpion vivant avec du feu, il se tue par son propre aiguillon. On a fait cependant cette expérience, que j'ai moi-même répétée, et le fait n'est pas vrai : il se laisse brûler en s'agitant pour s'échapper.

On ne sait presque rien à l'égard de son venin. Fontana dit qu'il a un goût âcre et brûlant, et Blanchard ajoute qu'il est acide au tournesol, et qu'il contient des granules en suspension.

Ses effets n'ont pas été mieux étudiés. On sait à peine que son activité varie selon les climats, ou en d'autres termes, qu'elle est en rapport avec la taille de l'animal. Ainsi, tandis que les accidents produits par l'espèce européenne ne diffèrent pas beaucoup de ceux d'une simple piqûre d'abeille, l'africain, au contraire, a occasionné plusieurs fois la mort, selon Guyon. Mallet de la Brossière a observé aussi des symptômes graves, tels que le gonflement de la partie piquée, du tremblement, des vomissements avec de la fièvre. Adamson, en faisant des expériences au Sénégal, sur des oiseaux et des chiens, les a vus mourir avec des vomissements et des convulsions.

Aucun auteur, cependant, ne parle d'une action particulière que produit constamment sur la langue la piqûre des scorpions de la Nouvelle-Grenade, quel que soit d'ailleurs le point du corps qui ait été piqué; action que je regarde comme pathognomonique, car elle peut servir, dans le doute, pour reconnaître le genre de piqûre. Cet oubli est-il dû à un défaut d'attention chez les observateurs, ou cela vient-il, au contraire, de ce que les effets occasionnés par les diverses espèces sont différents?

Nos scorpions, qui appartiennent au sous-genre *atrens*, dans lequel il y a deux espèces principales : *scorp. Edwardssi* et *scorp. Geerii*, se rencontrent seulement dans les climats chauds ou tempérés, depuis 30 jusqu'à 20 degrés de température moyenne, et leur taille varie entre 80 et 116 millimètres de longueur.

Voici quels sont les symptômes qui suivent leur piqûre, lesquels j'ai éprouvés moi-même : Outre de la douleur locale, on voit une petite plaque érythémateuse, dure, avec un point ecchymotique au centre; on sent comme des gouttes froides qui tombent sur le corps; un peu d'angoisse, de malaise vague et d'étourdissement, et, ce qui est caractéristique, un engourdissement très-marqué de la langue, une sorte de paralysie incomplète, qui me paraît due à une action réflexe, qui affecte à la fois le nerf lingual et l'hypoglosse, et qui est un des premiers symptômes qui apparaissent. L'individu sent sa langue comme plus grosse, pesante, difficile à mouvoir, ce qui fait un peu bégayer, ou embarrasse plus ou moins la parole, en même temps que les facultés tactiles et gustatives de la langue sont émoussées.

C'est donc un symptôme bizarre, qui mérite bien d'attirer l'attention des observateurs, car il peut conduire à reconnaître l'action intime de ce venin. Comme je viens de le dire, c'est un trouble constant, qui se manifeste immédiatement après la piqûre, et qui se révèle d'une façon assez nette, assez caractérisée, pour que personne ne puisse penser qu'il s'agit d'une simple sécheresse de la langue, de son empâtement fébrile, ni de rien de semblable; d'autant mieux que, s'il est vrai que la fièvre peut se développer dans ces cas, ce doit être rarement, car je ne l'ai pas vu.

Si on se rappelle l'impression produite sur la langue par les substances âcres, employées en mastication, et que Fontana attribue le même goût au venin du scorpion, on pourrait croire que celui-ci, après avoir été absorbé, est éliminé du torrent circulatoire par les glandes salivaires, à l'instar des préparations hydrargyriques, et que c'est à sa sortie qu'il exerce sur la langue une action purement locale ou topique. Mais cette hypothèse ne satisfait pas, parce que la malade ne sent aucune saveur, et parce que la quantité de venin introduit est trop minime pour que, malgré sa dilution dans la salive, il pût conserver son âcreté. En outre, l'embarras dans les mouvements de la langue montre bien qu'il s'agit d'une paralysie, quoique incomplète, de la sensibilité et de la motricité à la fois. C'est un phénomène tout à fait semblable à l'engourdissement qu'on éprouve dans une jambe qui a été longtemps comprimée par une attitude gênante.

D'ailleurs c'est un point encore à étudier, ce que je me propose de faire à mon retour dans ma patrie; il serait utile, par exemple, de rechercher s'il survient dans la température de la langue quelque changement.

Mon compatriote et ami le docteur S. Duran, médecin à Guayaquil (République de l'Equateur), a observé les mêmes phénomènes que moi, et dans quelques cas de légères convulsions cloniques. Je ne sache pas qu'on ait vu la mort survenir à la suite de cette piqûre, mais on comprend bien que chez les personnes affaiblies ou chez les enfants la chose puisse arriver.

Ordinairement les accidents disparaissent en moins de vingt-qua-

tre heures. On fait boire au malade un peu d'eau-de-vie ou une boisson sudorifique avec quelques gouttes d'ammoniaque, en même temps qu'on applique cet alcali sur la piqûre, pour accélérer la guérison. Pour dissiper l'engourdissement de la langue, il y a un remède populaire, qu'on regarde comme spécifique. Il consiste à mettre dans la bouche une tranche de citron très-acide. Il est probable que beaucoup d'autres substances d'une saveur intense produiraient le même résultat.

Mais les phénomènes ne présentent pas toujours la même simplicité et ne se dissipent pas toujours aussi facilement. Dans un des cas que j'ai observés, ils ne laissaient pas que d'être assez alarmants. Il s'agissait d'un homme de plus de trente ans, un peu impressionnable, qui fut piqué au pouce. Près de trois heures s'étaient écoulées depuis la piqûre, et quoiqu'on lui eût administré suffisament d'ammoniaque, *intus* et *extra*, les accidents, loin de se calmer, paraissaient augmenter. Enfin on lui avait fait boire aussi de l'eau-de-vie, mais sans aucun avantage. Je le trouvai dans une grande agitation et avec une angoisse inexprimable, demandant les secours religieux parce qu'il croyait mourir. Je fus frappé d'un fait anormal ; c'était une espèce de constriction générale, comme un poids qui l'oppressait partout, selon son expression. L'idée que je pus m'en former, fut celle d'un engourdissement général, comparable à celui de la langue, mais qui occupait tous les organes et appareils de relation.

Après avoir répété les moyens usuels et avoir attendu inutilement le résultat, j'eus la pensée de recourir au *guaco* (mikania), en raison de son action sur le venin des serpents, démontrée par Mùtis et Matis, il y a plus de quatre-vingts ans. Je fis préparer une forte infusion de feuilles fraîches, et un quart d'heure après l'avoir bue, tous les accidents avaient disparu comme par enchantement.

Quoique je n'incline pas trop à croire aux vertus merveilleuses des agents pharmaceutiques, la gravité apparente qu'offraient les symptômes, malgré l'emploi d'autres moyens, et la rapidité avec laquelle je les ai vus disparaître après l'administration du guaco, me font admettre une action réelle de sa part, d'autant mieux, que plus tard j'eus l'occasion de le prescrire dans des circonstances analogues, quoique pas aussi alarmantes, avec le même résultat favorable.

TABLETTES

DU MÉDECIN-LÉGISTE

XXXIII

Enseignement, école préparatoire de médecine et de pharmacie de Marseille, physiologie, chimie médicale. — 31 déc. 1867; 8 fév. 1868. Décret impérial qui crée une chaire de physiologie et une chaire de chimie médicale à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Marseille (Bull., n° 15,775).

XXXIV

Enseignement, école préparatoire de médecine et de pharmacie de Nantes, chaires. — 31 déc. 1867; 8 fév. 1868. Décret impérial portant création ou suppression de plusieurs chaires à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Nantes (Bull., n° 17,776; Cf., Dalloz, 1868, 2e cahier, 4e partie; Lois, décrets, p. 14).

XXXV

Séparation de biens, démence, mari. — L'état de démence du mari n'est pas une cause de séparation de biens, alors qu'il n'est justifié d'aucun désordre dans l'état de ses affaires ni d'aucune dissipation des deniers dotaux (C. Nap., 1443).

La femme est suffisamment protégée, en pareil cas, par l'exercice du droit que la loi lui reconnaît de provoquer, soit l'interdiction du mari et la nomination d'un tuteur, soit la séquestration dans une maison de santé et la nomination d'un administrateur provisoire, et de se faire allouer, sur les revenus communs, les sommes nécessaires à ses besoins et à son entretien (C. Nap., 490; L. 30 juin 1838, art. 52; Cf. Dalloz; décisions du conseil d'Etat, 1868, 3e cahier, p. 31).

XXXVI

Salubrité publique. — Police sanitaire. — 25 janv., 27 fév. 1868. — Décret impérial qui modifie l'art. 26 du décret du 24 décembre 1850, sur la police sanitaire (Bull., n° 15, 809; Cf. Dalloz, 4e partie; Lois, décrets et actes législatifs, 1868; 3e cahier, p. 18).

DOCUMENTS

POUR SERVIR A L'HISTOIRE DU MOUVEMENT SCIENTIFIQUE PENDANT LE SIÉGE DE PARIS (1).

24 FÉVRIER

Première ambulance volontaire internationale de la Société de secours aux blessés.

(Suite)

J'arrive à la manière dont notre service chirurgical de la ville fut institué. D'abord, comme je l'ai déjà dit, nous occupâmes la caserne du génie. Après la bataille de Borny, celle-ci fut convertie en hôpital, qui, au bout de quelques jours, contenait 1,000 à 1,500 blessés, amenés presque tous par notre ambulance. Jusqu'au 21 août, le service fut fait presque exclusivement par nous, à part le service de quelques salles, qui fut occupé par un ou deux chirurgiens militaires.

A cette époque, quelques chirurgiens civils de Metz vinrent prendre possession d'un certain nombre de nos salles, sans que nous en ayons été avertis. Peu satisfaits du procédé, nous cherchâmes un autre lieu qui nous permit d'établir un hôpital qui nous fût propre. Je dois dire cependant, qu'ayant fait une réclamation à M. Isnard, chirurgien en chef des ambulances civiles, M. Isnard y aurait fait droit si nous avions voulu nous engager à suivre nos malades jusqu'à la fin de leur guérison ; mais, nous proposant de suivre l'armée, et croyant encore possible à cette époque une percée à travers l'armée prussienne de la part de nos troupes, nous crûmes devoir céder la place.

Le lieu que nous obtînmes, à Metz, pour la création de notre nouvel hôpital, grâce à M. Maréchal (de Metz), maire de Metz et notre vénéré collègue, fut un vaste gymnase situé place Fabert, entre deux bras de la Moselle. Cette salle put contenir 80 lits. A côté d'elle nous dressâmes deux tentes : l'une, d'une longueur de 40 mètres, pouvait contenir 70 malades ; l'autre, d'une longueur de 20 mètres, pouvant en contenir 30. Les blessés que reçurent la salle et les tentes, du 21 août au 28 octobre, furent au nombre de 250. Ces blessés étaient de provenance différente. Quelques-uns seulement furent ramenés par nous de nos excursions *extra muros*, et la raison de ce petit nombre est que nous ne prîmes cet hôpital qu'après les grandes batailles de Borny, de Gravelotte, de Saint-Privat. Or, après ces batailles, qui nous permirent de remplir presque toutes les casernes du génie, les autres combats ne nous procurèrent qu'un nombre assez limité de blessés. La plus grande partie de nos malades étaient des blessés qui, trop gravement atteints pour être soignés, soit dans les tentes de l'esplanade, soit dans les tentes de l'île de Saussy, nous étaient envoyés par des collègues militaires, avec notre consentement. Cinq services furent établis dans notre hôpital, chacun comprenant un chirurgien, deux aides et deux sous-aides. En outre de ce service chirurgical, nous établimes, sous une petite tente, un service de pansement et de consultations, de dix heures du matin à deux heures de l'après-midi, destiné exclusivement aux blessés logés chez les bourgeois; le nombre de ces blessés qui venaient s'adresser à nous chaque jour à l'ambulance variait de 80 à 150. Beaucoup aussi, parmi ceux qui, en raison de la gravité de leurs blessures, ne pouvaient se déplacer, faisaient mander le chirurgien ou les sous-aides de la consultation, et recevaient ensuite d'eux, quand ils le désiraient, les soins les plus empressés. Plus tard, un certain nombre de nos chirurgiens et aides furent, sur notre proposition, et d'accord avec M. Grellois, chirurgien en chef des hôpitaux militaires, détachés de notre ambulance pour diriger un service de chirurgie ou de médecine dans quelques hôpitaux. Ajoutons qu'un de nos aides-chirurgiens, outre son service à l'ambulance Fabert, fit à lui seul celui de l'hôpital des israélites qui lui avait été offert, et qu'enfin M. Le Fort, après le départ de l'ambulance luxembourgeoise, départ qui eut lieu vers la fin de septembre, se chargea de l'ambulance des officiers siégeant à la préfecture.

On comprend donc, d'après tout ce que nous avons dit jusqu'ici, que si, en raison de l'établissement tardif de notre dernier hôpital et de son exiguïté, il n'y est entré qu'un nombre restreint de malades se comptant seulement par centaines, c'est par milliers qu'il faut compter ceux qui ont reçu de nous des secours chirurgicaux pendant toute la campagne. Et, disons le ici, l'armée ne s'est pas montrée ingrate à l'égard de notre ambulance ; elle l'a amplement récompensée par l'accueil bienveillant et sympathique qu'elle n'a cessé de lui faire.

Revenons à notre hôpital. Sur les 250 blessés que nous avons reçus, le nombre de décès a été de 96; peut être est-il encore plus grand, car, à notre départ, les blessés que nous transportâmes à l'hôpital militaire étaient encore au nombre de 83, mais tous en voie probable de guérison. Comme on le voit la mortalité, dans notre petite ambulance, a été considérable, je dirai même effrayante ; mais si j'en juge par les conversations que j'ai eues avec un grand nombre de chirurgiens de Metz, elle serait moins élevée encore que dans bien d'autres établissements hospitaliers de cette ville. L'absence, à Paris, de nos chefs de service, qui tous possèdent les observations de leurs malades, ne me permet pas, en ce moment, de fixer exactement le nombre des amputations d'une certaine gravité, ni les résultats obtenus. Ce que je puis dire, c'est que ceux-ci n'ont pas été très-heureux. Le nombre d'amputés guéris est seulement, je crois, de 5 (amput. de cuisse, de bras, de jambe). La chirurgie conservatrice ne nous a pas paru donner une proportion plus considérable de succès que la chirurgie opératoire. Parmi les causes de mort, nous citerons, en premier lieu, l'infection purulente : cette cause a enlevé plus des trois quarts de nos blessés ; viennent ensuite la dysentérie, la diarrhée, la fièvre typhoïde, la gangrène, le tétanos.

En face de cette mortalité qui, dans cette guerre, affecta non-seulement les blessés de Metz, mais encore, comme nous le savons aujourd'hui, ceux des autres grandes villes, ceux des petites villes, même ceux des villages, ceux des armées prussiennes comme ceux des armées françaises, se dresse une question d'un intérêt immense, concernant les conditions qui président au développement des accidents consécutifs dont les blessés ont été si souvent victimes. Quand nous aurons retrouvé le calme et la tranquillité d'esprit, si nécessaires aux travaux scientifiques d'une haute importance, assurément cette question sera chaudement débattue, et chacun de nous apportera ses matériaux pour en faire sortir quelques jets de lumière. Je ne puis toutefois ici m'empêcher de signaler, pour nos opérés en particulier, certaines conditions déplorables dans lesquelles ils se trouvaient. Comme nous l'avons dit plus haut, le plus grand nombre de nos blessés nous avaient été envoyés par des collègues militaires qui, par la nature même de leurs abris dans les ambulances, ne pouvaient consciencieusement pratiquer de grandes opérations. La plupart de ces blessés étaient presque mourants quand ils arrivaient vers nous; d'autres offraient des blessures tellement graves, qu'elles étaient au-dessus des ressources de l'art; enfin, ceux qui pouvaient supporter des opérations, blessés déjà depuis plusieurs jours, étaient atteints de la fièvre traumatique. Ce sont là évidemment des conditions qui suffisent presque à elles seules pour expliquer le chiffre considérable de notre mortalité.

Un mot maintenant sur les soins donnés aux blessés. J'en ai assez dit sur le personnel chirurgical pour qu'il ne soit plus besoin ici de parler du zèle et des soins dévoués de chacun. Je tiens seulement à signaler les services rendus par une dame qui, partie de Paris avec nous, n'a pas craint de partager le sort qui nous était réservé, je veux parler de Mme Cahen, veuve du docteur Cahen pour lequel le corps médical avait la plus grande estime. C'est à elle que nous devons l'organisation et le soin du service de la literie et de la lingerie. L'organisation de cette dernière surtout ne fut pas d'une minime importance, car, en entrant à l'hôpital Fabert, nous dûmes presque tout créer; 30 lits de fer et 40 couvertures, voilà ce que nous avions seulement emporté. La précipitation avec laquelle nous étions partis de Paris avait fait oublier la plupart des objets qui nous étaient le plus nécessaires. Il fallut donc faire des lits de bois, des paillasses, arranger des draps de lits, des oreillers, etc. A part les lits de bois, Mme Cahen se chargea de tout, et s'en acquitta avec le plus grand zèle. Puis, quand cette organisation fut terminée, elle ne cessa de veiller au bien-être des malades dans toute la limite du possible, tout en les entourant des soins les plus affectueux. Qu'il me soit permis aussi de payer un juste tribut d'éloges à nos aumôniers catholiques et à notre aumônier protestant, qui, non contents d'apporter à nos blessés les paroles consolantes de la religion, aidaient les plus souffrants à supporter leurs misères en leur procurant des gâteries de tout genre (aliments, tabac, sucre, café, etc.) qu'ils payaient souvent à prix d'or. Mais tous ces beaux dévouements ne pouvaient contrebalancer les exigences de la situation ; pendant le mois de septembre et les premiers jours d'octobre, ces malades durent partager l'unique alimentation qu'il y avait à Metz : cheval, riz, pain blanc et *pain noir*, alimentation supportable par l'homme bien portant, mais désagréable et indigeste pour l'homme qui souffre. Plus tard, l'intendance, qui s'était chargée de la distribution des vivres à notre ambulance, cessa complétement ses envois dans tous les services, et c'est avec la plus grande difficulté que nous empêchâmes, pendant quelques jours, nos malades de mourir de faim; fort heureusement que l'ambulance anglaise mit à notre disposition des conserves de viande ; elle fut pour nos blessés une véritable Providence. Les secours envoyés par les comités de France, de Bruxelles, ne parvinrent à Metz que quand cette ville eut été complétement ravitaillée, et après l'évacuation de tous nos blessés sur l'hôpital militaire.

Ajoutons que, dans les derniers jours du blocus, nous manquions absolument, ainsi que toutes les autres ambulances, de tout médicament, cérat, alcool, opium, farine de gruau, de lin, etc.; si bien que nous nous trouvâmes dans la triste nécessité de faire nos pansements exclusivement avec de l'eau. Ce fait ne paraîtra pas surprenant si l'on songe que Metz, privé de toute communication avec l'extérieur, contenait environ 30,000 blessés et 10,000 atteints d'affections médicales.

J'arrive aux circonstances qui ont amené la dissolution de notre ambulance. Lors de la capitulation, les Prussiens nous autorisèrent à rejoindre telle armée française qu'il nous plairait avec le personnel et le matériel. Certes, ce jour, notre embarras fut grand, car on était encore, à Metz, dans l'ignorance la plus complète touchant les armées de la Loire et du Nord, et, depuis le retour de Versailles du général Boyer, nous pensions, avec tous les Messins, que Rouen, le Havre, etc., étaient en proie à la guerre civile. Il nous était par conséquent fort difficile de prendre un parti quelconque. Mais, touchant la route que nous avions à suivre le surlendemain de la reddition, la difficulté fut levée. Un délégué du comité français à Bruxelles, M. Rohan Chabot vint nous apprendre que le comité n'avait plus d'argent, qu'il avait même dû accepter 100,000 francs pour quatre de nos ambulances réfugiées en Belgique. Après quoi, il nous donna l'ordre *écrit* de licencier l'ambulance, accordant comme indemnité de licenciement 75 francs aux sous-aides et aux aides, et aux chirurgiens la conservation de leurs chevaux. Il a fallu que Dieu ait bien gardé sous sa protection nos sous-aides, si ces 75 francs leur ont suffi dans l'immense trajet qu'ils ont eu à parcourir après la capitulation. Par ordre du délégué, le matériel devait être remis à Metz, chez M. le baron de Gargon. La capitulation laissant libres les chirurgiens des régiments, nous fûmes relevés de nos fonctions dans l'ambulance par un chirurgien militaire, M. Tierry de Maugros, qui, quelques jours après, vu l'abaissement considérable de la température, faisait transporter les 83 malades qui restaient dans la grende salle à l'hôpital militaire, assisté de M. Le Fort. C'est alors que nous nous dispersâmes tous : les uns se dirigèrent vers la Belgique, les autres vers la Suisse; d'autres vers l'Allemagne, où ils avaient des parents ou des amis prisonniers; d'autres enfin vers les départements investis de l'est de la France. Grâce au ciel, lors de la capitulation de Metz, le personnel chirurgical de l'ambulance était au complet; mais il faut dire que les privations, les fatigues, les souffrances morales, enfin l'air infecté de Metz avaient contribué à altérer notablement la santé de tous. Un de nous, le docteur Gillette, prosecteur à la Faculté de médecine, a même dû rester à Metz, atteint d'une fièvre typhoïde extrêmement grave dont il est aujourd'hui fort heureusement guéri, grâce sans doute aux soins dévoués que lui ont donnés deux de nos chirurgiens, MM. Martin et Ménard, qui, au lieu de regagner leurs familles, tinrent à demeurer au chevet de notre intéressant malade jusqu'à son entière guérison; qu'ils agréent nos remercîments bien sincères. J'ai appris aussi que de nombreux sous-aides et chirurgiens, après leur départ de Metz, avaient été atteints d'accidents typhoïdes, auxquels ils ont aussi fort heureusement échappé. Nous avons eu cependant, pendant notre séjour à Metz, à déplorer la mort d'un infirmier, Cornevon, qui fut atteint d'une balle en relevant du champ de bataille un colonel blessé.

Telle est l'histoire rapide de notre campagne, trop courte, hélas! Loin de moi la pensée d'adresser le moindre reproche à la Société de secours *qui nous a fait signer un engagement pour toute la durée de la guerre*; elle s'est trouvée assurément, à un moment donné, dans des conditions pécuniaires qui ne lui permettaient plus de pourvoir à nos besoins matériels. Mais qu'il me soit permis d'exprimer le bien vif regret que la Société nous ait mis la plupart de nous dans la quasi-impossibilité de continuer à rendre des services chirurgicaux, alors que la France en avait tant besoin, et qu'elle nous ait abandonnés totalement au moment où elle réformait dans le midi et le nord de la France, d'autres ambulances volontaires. L'élan spontané qu'a mis la première ambulance à s'enrôler sous sa protection, les services que cette ambulance a rendus à Metz, ne méritaient certes pas un tel oubli.

Quoi qu'il en soit, nous avons tous la conscience d'avoir fait, dans

(1) Suite. — Voir le dernier numéro.

notre courte mission, tout ce qui était humainement possible de faire pour soulager nos infortunés soldats.

27 FÉVRIER.

Académie des sciences. — L'Académie tient séance.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 27 février 1871. — Présidence de M. FAYE.

MÉMOIRES ET COMMUNICATIONS DES MEMBRES ET CORRESPONDANTS DE L'INSTITUT.

De l'emploi de la viande des animaux atteints de la peste bovine pour l'alimentation. — M. BOULEY. La question formulée dans la lettre dont M. le secrétaire perpétuel a donné aujourd'hui communication à l'Académie (1) est très-grave, car elle a trait à une maladie qui sévit actuellement sur nos troupeaux de bêtes à cornes, dans toute l'étendue du territoire occupé ou même seulement traversé par les armées ennemies, et il est nécessaire en effet que l'on sache nettement si l'on peut, sans danger, faire entrer dans la consommation les viandes provenant des animaux de boucherie atteints de cette maladie.

Il m'est possible de donner aujourd'hui très-catégoriquement la solution de cette question, car l'épizootie dont nous subissons actuellement les sévices nous est connue de longue date, et l'on sait, par l'expérience de tous les temps et de tous les pays où elle a régné, à quoi s'en tenir relativement à l'usage alimentaire de la chair des animaux qu'elle a frappés.

Cette épizootie n'est autre, en effet, que le *typhus contagieux des bêtes à cornes*, auquel il convient mieux de donner l'appellation de peste bovine, sous laquelle on la désigne aujourd'hui dans tous les pays, hors le nôtre.

La peste bovine est la compagne inséparable des armées qui effectuent leur mouvement de l'est vers l'ouest, et depuis l'époque des barbares jusqu'à nos jours elle a fait invasion à leur suite dans l'Europe occidentale. Aujourd'hui comme toujours, fidèle à ses menaces, elle vient de s'abattre sur nos troupeaux partout où l'armée ennemie a pénétré, elle s'est répandue au delà des limites de l'occupation grâce à ses propriétés contagieuses, les plus actives et les plus subtiles que l'on connaisse, et il est facile de prévoir, d'après l'histoire du passé, la grandeur des désastres que ce fléau redoutable doit ajouter à ceux que cette guerre si malheureuse nous a déjà infligés.

Il ne m'est pas possible, aujourd'hui, faute de documents précis, d'indiquer dans quelle étendue de territoire la peste bovine étend ses ravages. Je sais qu'elle est en Bretagne, en Normandie, dans le Mans, dans le Maine peut-être au delà de la Loire; à coup sûr dans nos provinces de l'est, les premières envahies, et qu'elle s'étend jusqu'en Bourgogne. J'espère pouvoir donner prochainement des renseignements précis sur ces différents points.

Tant que Paris a été investi, les troupeaux de bêtes bovines formant au commencement du siége un stock de plus de 40,000 têtes, sont restés exempts de la peste, et malgré les conditions hygiéniques mauvaises auxquelles ils ont été exposés par le fait même des circonstances, aucune maladie épizootique ne s'est déclarée sur eux.

Dès que l'investissement a été levé et que de nouveaux bestiaux ont été introduits dans Paris, parmi lesquels s'en trouvaient un certain nombre provenant des troupeaux d'approvisionnement de l'armée ennemie, le fléau de la peste est entré dans la place avec ces derniers, et je ne crois pas devoir dissimuler qu'il a sévi et sévit encore au moment où je parle sur le stock de la Villette, qui était composée de 6 à 7,000 animaux quand la maladie s'y est déclarée. Ces animaux, les *suspects* et même les malades, ont pu être livrés à la consommation, parce que la certitude est acquise, basée sur l'expérience des siècles, que l'usage alimentaire de leurs viandes ne pouvait avoir aucun inconvénient pour la santé publique. A cet égard, j'ai le droit d'être très-affirmatif parce que je parle d'après ce que j'ai vu et expérimenté par moi-même. La peste bovine, maladie si essentiellement contagieuse pour les sujets de l'espèce bovine qu'elle n'épargne presque aucun de ceux qui sont exposés à sa contagion, et si grave qu'elle tue presque à coup sûr ceux qu'elle touche, la peste bovine est sans danger aucun pour l'homme, au point de vue de la contagion. Les expériences d'inoculations faites sur eux-mêmes par des expérimentateurs désintéressés de leurs propres dangers par dévouement à la science; les observations recueillies journellement et dans tous les pays sur les mille et un ouvriers qui manipulent les cadavres des animaux abattus malades, ou morts de la maladie, tous les faits témoignent sans aucune exception de l'immunité acquise à l'homme relativement à l'action contagieuse de la peste bovine. Point de doute possible à cet égard. Il existe donc, comme on le voit, une différence essentielle entre les maladies charbonneuses, essentiellement virulentes et communicables à l'homme par l'inoculation, et la peste des bœufs qui ne lui est pas transmissible. Or, quoique les maladies charbonneuses soient contagieuses à l'homme par voie d'inoculation, cependant l'usage alimentaire des viandes même charbonneuses reste inoffensif quand ces viandes ont subi la cuisson. A plus forte raison, doit-il en être ainsi pour les viandes des animaux atteints de la peste, puisque ces viandes ne recèlent en elles, même lorsqu'elles sont crues, aucun principe qui puisse être nuisible à l'homme. Mais cela n'est pas seulement une induction; la preuve est faite, et de longue date et partout, de l'innocuité absolue des viandes des animaux atteints du typhus. Dans tous les pays où cette maladie règne en permanence, la viande des bœufs malades est consommée; elle l'a été toujours aussi dans les pays que la peste bovine a envahis accidentellement, comme l'Angleterre et la Hollande en 1866. Lors de l'invasion de 1814, les bœufs affectés de la peste, importée alors comme aujourd'hui par les armées venant de l'est, ont été mangés sans qu'aucun inconvénient en ait été la conséquence. A la même époque, comme l'a rappelé M. Huzard à la Société d'agriculture, la population et la garnison de Strasbourg ne se sont nourries qu'avec la viande provenant de bœufs malades de l'épizootie. Enfin, pour prendre un exemple tout actuel, depuis que l'investissement a cessé, on mange dans Paris des viandes provenant d'animaux que l'épizootie a atteints; il est à peu près certain que toutes les personnes réunies dans cette enceinte ont fait usage de ces viandes et, comme dans les circonstances antérieures, identiques à celles où nous sommes aujourd'hui, cet aliment n'a été reconnu mauvais par personne, et sur personne il n'a causé d'accidents.

Je dois insister sur cette innocuité qu'on peut dire absolue de la viande des animaux atteints de la peste, parce que si on en proscrit l'usage alimentaire pour l'homme sous le prétexte que cette viande peut être dangereuse, on prive ainsi l'alimentation publique d'une ressource précieuse et l'on agrandit d'autant la ruine causée par le fléau. Sachons donc nous abstenir de craintes que l'expérience démontre imaginaires, et puisque l'animal, frappé de la peste, peut être mangé impunément, nous devons encourager les populations à en faire usage et leur épargner ainsi les privations et les pertes qui résulteraient d'une abstention que rien ne justifie.

Je dois ajouter qu'à Paris toutes les précautions ont été prises pour qu'on ne livrât à la consommation que les viandes des animaux abattus à une période peu avancée de leur maladie. Une surveillance de jour et de nuit était exercée sur les troupeaux, de façon que l'abatage fût son œuvre avant que le mal eût eu le temps de faire des progrès. J'ajoute enfin qu'aujourd'hui la partie du stock sur laquelle la maladie s'est déclarée touche à sa fin, et qu'avant quarante-huit heures pas un animal de ce stock ne survivra. Des précautions sont prises pour mettre à l'abri de toute influence contagieuse les animaux de provenance saine, que le mouvement du ravitaillement introduit dans Paris pour la consommation journalière.

Puisque aussi bien la question des dangers de la peste bovine, au point de vue de l'alimentation publique, était posée dans la Correspondance, je n'ai pas cru devoir m'abstenir de communiquer ces détails à l'Académie, parce qu'il ne me semble pas que l'on doive laisser ignorer au public ce qu'il a intérêt à connaître, et qu'en définitive cacher un mal, ce n'est pas le faire disparaître. Il faut que notre nation soit assez virile pour qu'on puisse tout lui dire et qu'elle sache tout entendre. Il ne sert à rien de dissimuler les désastres, puisque l'heure sonne toujours où il faut qu'ils soient connus. A quoi sert d'entretenir les esprits dans une sécurité trompeuse!

Pour ce qui est de la peste bovine, par exemple, elle existe, elle règne dans un trop grand nombre de provinces, elle y cause des ruines dont la mesure est difficilement calculable. A quoi bon le cacher? Ne vaut-il pas mieux qu'on le sache dès maintenant, et qu'on envisage ce redoutable fléau dans toute sa grandeur. Ce qu'il faut aujourd'hui, c'est faire preuve d'énergie contre tous nos maux, et tâcher de tous nos efforts à les réparer le plutôt possible.

Or, il n'est pas, en définitive, au-dessus de notre pouvoir de surmonter le fléau de la peste des bestiaux, de la circonscrire et de l'étouffer dans les lieux qu'elle occupe aujourd'hui. Dans les tristes circonstances actuelles, pendant que l'ennemi est maître de nos provinces, la lutte contre le fléau qu'il a amené à sa suite présente de grandes difficultés. L'action de l'administration reste impuissante, ses prescriptions ne sont pas écoutées; rien ne se fait de ce qui serait nécessaire pour empêcher la propagation du mal. Mais dès que nous serons maîtres de nos actions, nous devrons nous mettre à l'œuvre pour sauver des atteintes de la peste ce qui nous reste de bétail. L'entreprise sera difficile sans doute; mais elle n'est pas, elle ne doit pas être au-dessus de nos efforts, et pour que chacun se rende bien compte de la grandeur de l'œuvre qu'il s'agit d'accomplir et du concours que tous doivent donner pour que cette œuvre soit menée à bien, il faut que personne n'ignore l'étendue du mal contre lequel il s'agit de lutter. La science enseigne ce qu'il faut faire; nous sommes maîtres des moyens à l'aide desquels le mal peut être conjuré; il ne s'agit que de vouloir pour pouvoir. Que les autorités, dans toutes les localités qui sont sous le coup du fléau, se pénètrent bien de cette pensée, et si elles s'arment d'une ferme volonté de réussir, elles obtiendront à coup sûr le succès.

La peste bovine, en effet, je dois insister sur ce point, n'est pas une maladie indigène; endémique dans les steppes de l'Europe orientale et dans celles de l'Asie, dont elle paraît être originaire, elle n'est jamais importée que par la contagion dans l'Europe occidentale, et ne s'y entretient que par elle, sans jamais y prendre racine. Ce sont les guerres qui, le plus souvent, nous ont infligé ce fléau. Depuis les barbares, chaque fois que les armées se sont mises en mouvement de l'est vers l'ouest, toujours la peste des bestiaux les a suivies, parce que leurs troupeaux d'approvisionnement proviennent des pays où la peste est endémique, c'est-à-dire des steppes de l'Europe orientale qui se prolongent jusqu'en Hongrie. Tout troupeau déplacé de ses steppes recèle en lui la contagion, et la sème à profusion sur sa route. Chaque animal atteint devient à son tour un foyer d'où s'opèrent, dans tous les sens, des irradiations qui en accroissent incessamment l'étendue. Mais cette épizootie, d'origine étrangère, ne dure, dans nos pays, que si on laisse libre carrière à sa contagion. Elle ne trouve ni dans nos races d'animaux, ni dans notre climat, les conditions de sa perpétuité. C'est la contagion seule qui l'engendre; c'est par la contagion qu'elle se propage; c'est elle seule qui l'entretient. Supprimez la contagion, et la maladie disparaît. Laissez à la contagion la liberté de manifester toute son activité, et la maladie grandit dans des proportions incommensurables. Voilà ce qu'il ne faut pas cacher; il faut le faire connaître, au contraire. Aujourd'hui la peste bovine, avec les proportions qu'elle a pu acquérir, constitue pour notre pays une immense calamité; mais la France ne sera pas seule à en pâtir. L'Allemagne doit comme nous en subir les ravages, et, dans toute l'Europe, les populations ressentiront les effets de ses destructions. Ce ne sera pas là une des moindre conséquences, et des moins durables, de cette guerre que les puissances neutres, si elles l'avaient voulu, auraient pu empêcher d'être si longue, et pour nous si désastreuse.

Le mal est fait; aujourd'hui il faut y remédier. Nous le pouvons, je le répète; mais il nous faut, pour cela, un grand concours d'efforts sur lequel nous ne pourrons compter qu'autant que les populations seront éclairées sur ce qu'il s'agit de faire et bien convaincues que le fléau qui nous frappe aujourd'hui et qui va continuer ses coups, après la guerre terminée, n'est pas le moindre dont le pays doive souffrir.

C'est pour cela que je n'ai pas hésité à parler comme je viens de le faire. Je n'ai pas voulu cacher la vérité, sous le vain prétexte d'éviter de semer la crainte parmi les populations. Les populations doivent savoir, au contraire, ce qu'elles ont à craindre; c'est la meilleure manière de les mettre en garde contre le mal, et de les préparer à comprendre et à observer les mesures sanitaires à l'aide desquelles on peut les en préserver.

Si l'Académie le juge convenable, je reviendrai sur ce sujet dans la prochaine séance.

(1) Il s'agit de la note adressée par M. Fua, et mentionnée plus loin.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret du Président de la République, en date du 15 octobre 1871, rendu sur la proposition du ministre de la guerre, ont été promues ou nommées dans l'ordre national de la Légion d'honneur les personnes attachées aux ambulances dont les noms suivent, savoir :

SERVICE DE SANTÉ ET AMBULANCES

Au grade de chevalier : MM. L'abbé Risse, directeur de l'Œuvre des jeunes ouvrières, à Metz.

Robiquet (Edmond-Fructueux-Wilbrod), médecin aux ambulances militaires de Paris.

De Romanet, membre du comité de la Société de secours aux blessés de Versailles.

Rossignol (Auguste), médecin aide-major au titre auxiliaire à l'ex-134e régiment d'infanterie.

Roux de Raze-Sauvigney (Louis-Antoine-Alexandre-Guillaume), officier d'administration des hôpitaux requis, directeur de l'ambulance des frères Maristes, à Paris.

De Saint-Germain, docteur médecin, attaché à l'ambulance d'Ivry.

Sanné (Albert), docteur médecin, attaché aux ambulances volantes de l'armée de Metz.

Sanrez (Gaston-Pierre), chirurgien aide-major auxiliaire au 1er régiment de marche de tirailleurs algériens.

Sarramea, docteur médecin de la Société de secours aux blessés, à Bordeaux.

Sautereau, chirurgien en chef de l'ambulance de campagne n° 10 de la Société de secours aux blessés.

Savreux-Lachapelle, docteur médecin de la Société de secours aux blessés (ambulances des armées de Metz et du Nord).

Schwebisch (Paul-Jean-Victor), chirurgien aide-major auxiliaire au 5e bataillon des francs-tireurs.

Sée (Marc), docteur médecin, attaché aux ambulances de Paris.

Serré, médecin à Bapaume.

Simon, docteur médecin, directeur des ambulances de Bruxelles.

Simonet (Zozime-Désiré), docteur médecin, attaché aux ambulances d'Ivry et d'Alfort.

Soulages (Calixte), médecin aide-major commissionné, attaché à la 4e division du 16e corps d'armée.

Tardieu (Amédée), médecin de la Société de secours aux blessés.

Théaux (Louis-Jean-Roch), directeur d'une ambulance à Paris.

Thomas (Louis), docteur médecin de la Société de secours aux blessés, à Tours.

Tillaux, chirurgien de l'ambulance de campagne n° 11 de la Société de secours aux blessés.

Vaillant, publiciste à Metz.

Veendam (J.-L.), chirurgien attaché à l'ambulance néerlandaise, à Lille.

Verdière, directeur des magasins de la Société de secours aux blessés, à Paris.

Voisin (Auguste), médecin de la Salpêtrière et de plusieurs ambulances.

Weissenthanner (Alphonse), docteur médecin de la Société de secours aux blessés.

Zipperten (Gustave-Adolphe) médecin aux ambulances de Paris.

SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

MM. Boutonnier (Jacques), médecin-major de 2e classe; 15 ans de services, 5 campagnes.

Cogit (Frédéric-Alexandre), médecin-major de 2e classe; 24 ans de services, 9 campagnes, 1 blessure.

Debaussaux (Adolphe), médecin-major de 2e classe; 16 ans de services, 5 campagnes.

Ducelliez (Albert), médecin-major de 2e classe; 12 ans de services, 8 campagnes.

Fauque (Jean-Joseph), médecin-major de 2e classe; 16 ans de services, 9 campagnes.

Flament (Victor-Pierre), médecin-major de 2e classe; 14 ans de services, 8 campagnes.

Guimberteau (Louis-Henry), médecin-major de 2e classe; 19 ans de services, 4 campagnes.

Haro (François-Auguste), médecin-major de 2e classe; 15 ans de services, 4 campagnes.

Poncet (François), médecin-major de 2e classe; 15 ans de services, 6 campagnes.

Roux (Jules-Xavier), médecin-major de 2e classe; 19 ans de services, 6 campagnes.

André (Charles-Stéphane), médecin aide-major de 1re classe; 8 ans de services, 3 campagnes.

Michel (Edouard-Isidore), médecin aide-major de 1re classe; 12 ans de services, 1 campagne.

Odin (Benoît-Marie), médecin aide-major de 1re classe; 10 ans de services, 2 campagnes, 3 blessures.

Beaunis (Henri), médecin aide-major de 1re classe; 18 ans de services, 6 campagnes.

Marvaud (Joseph-Louis-Angel), médecin aide-major de 1re classe; 9 ans de services, 1 campagne.

Cros (François-Antoine-André), médecin aide-major de 1re classe; 14 ans de services, 6 campagnes.

Pélissié (Guillaume), pharmacien-major de 1re classe; 20 ans de services, 9 campagnes.

Aveline (Edouard-François), pharmacien-major de 2e classe; 19 ans de services, 8 campagnes.

Cohade (Achille-Joseph), pharmacien-major de 2e classe; 17 ans de services, 9 campagnes.

Gilet (Hippolyte-Alfred-Joseph), pharmacien-major de 2e classe; 16 ans de services, 11 campagnes.

Arrufat (Eugène-Léon), pharmacien aide-major de 1re classe; 16 ans de services, 9 campagnes.

Jourdan (Jules), pharmacien aide-major de 1re classe; 15 ans de services, 12 campagnes.

— Le concours pour l'internat des hôpitaux de Paris a été ouvert le 16 décembre. Les questions écrites proposées sont : pour l'anatomie, *Description de la trachée et des bronches*; pour la chirurgie, *Présence des corps étrangers dans les fosses nasales*.

— Ceux de MM. les délégués des Sociétés locales qui désireraient s'entretenir sur la réforme de l'inspectorat des eaux minérales, avant l'assemblée du 29 octobre, sont priés de se réunir le 28, à huit heures du soir, rue Monsieur-le-Prince, 28, chez le rédacteur en chef de la *Gazette des eaux*.

—La *Société protectrice de l'enfance* voulant mettre à profit la réunion, à Paris, de MM. les présidents et délégués de l'Association générale des médecins de France, convoquée pour le 29 de ce mois, invite ces honorables représentants du corps médical de la province à vouloir bien assister à une conférence qui aura pour but de leur donner de vive voix les instructions nécessaires pour la fondation, dans les départements, d'institutions analogues à celle qui fonctionne à Paris depuis plus de six ans.

La séance sera de courte durée et se tiendra le 29 octobre, à dix heures du matin, *dans le grand amphithéâtre de l'Assistance publique, avenue Victoria*.

Les lettres d'invitation adressées à MM. les présidents des Sociétés locales pourront servir également aux délégués qui les remplaceront.

— Une place d'interne, à l'Asile des aliénés de Rodez, est vacante en ce moment.

Les conditions d'admission sont les suivantes :

Être âgé de 21 ans au moins et avoir dix inscriptions au *minimum*.

Il faudrait que les pièces fussent adressées, dans le plus bref délai, au directeur médecin de l'Asile.

Les avantages sont : traitement annuel s'élevant à 800 fr., logement, nourriture, chauffage, éclairage et blanchissage.

— La Société de médecine de Paris tiendra sa prochaine séance le vendredi 20 octobre 1871, à 3 heures 1/2 précises du soir, à la préfecture de la Seine (palais du Luxembourg, salle de la commission de répartition des contributions).

Ordre du jour: 1° Exposé de la situation financière de la Société; 2° Communications diverses.

— Le docteur Fort recommencera son cours d'Anatomie et de Physiologie le mardi 7 novembre, à midi et demi, dans l'amphithéâtre n° 3 de l'École pratique, et à 5 heures chez M. Auzoux.

Le même jour, à 3 heures 3/4, M. Fort recommencera son cours de Pathologie, rue du Jardinet, n° 12.

S'adresser rue du Jardinet, n° 12, de 3 à 5 heures.

—M. le docteur Laskowski, professeur libre, a commencé le lundi 16 octobre son cours d'Anatomie descriptive, à midi et demi, dans l'amphithéâtre n° 2 de l'École pratique, et le continuera tous les jours à la même heure.

Les élèves seront exercés à disséquer, sous la direction du professeur, tous les jours jusqu'à 4 heures, dans le pavillon n° 7. Ils pourront étudier en même temps sur des pièces naturelles conservées.

On s'inscrit tous les jours, de 4 à 5 heures, rue de Tournon, n° 12.

— On demande, dans le département de la Sarthe, un docteur sérieux comme successeur. Absolument rien à payer. S'adresser pour les renseignements à M. Hardon, 34, rue Rollin, de midi à quatre heures.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments ou autres objets).

L'étudiant micrographe, traité pratique du microscope et des préparations, par Arthur Chevalier, O. ✻, 1 vol. de 600 pages, 600 figures: 7 fr. 50 c. — Delahaye, place de l'École-de-Médecine.—Catalogue illustré des microscopes, gratis, chez Arthur Chevalier, Palais-Royal.

Vertiges, siége et causes, par le docteur Amanieu. In-8°. — Prix : 1 fr. 50 c.

Étude sur le scorbut en général, l'épidémie de 1871 en particulier, par le docteur Paul Charpentier. In-8°. — Prix : 1 fr. 75.

Documents pour servir à l'histoire du seigle ergoté, par le docteur Leteurtre. In-8°. — Prix : 2 fr. 50 c.

Du service de la pharmacie militaire; son importance, sa situation actuelle. Réformes à introduire dans son organisation, par M. le docteur C. Roucher, pharmacien principal de 1re classe en chef à l'hôpital militaire du Gros-Caillou. Paris, 1871, in-8° de 32 pages. — Prix : 1 fr. 25 c.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

SOMMAIRE. — REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE. Sur quelques points de la dernière épidémie de variole. Kyste d'un conduit excréteur de la glande lacrymale. De la gangrène produite par les pansements à l'acide phénique. — Occlusion intestinale produite par l'accumulation de matières stercorales (M. Prunac). — Documents pour servir à l'histoire du mouvement scientifique pendant le siége de Paris. — Feuilleton. — Nouvelles.

Paris, le 20 octobre 1871.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Sur quelques points de la dernière épidémie de variole.

L'histoire d'une épidémie, et surtout l'histoire d'une constitution médicale due à un concours de circonstances aussi multiples et aussi extraordinaires que celles de la période du siége de Paris, ne s'écrit ni en un jour, ni par la plume d'un seul observateur. Quand nous avons essayé d'esquisser, d'après nos propres observations et les documents épars qu'il nous a été possible de réunir, la physionomie générale des principales maladies régnantes durant cette trop mémorable époque, il était bien loin de notre pensée et de nos prétentions d'avoir tout vu et tout dit, et nous nous sommes, bien entendu, réservé de compléter, de contrôler et de rectifier même, à l'occasion, nos observations et nos impressions personnelles, en accueillant de toutes parts les documents nouveaux qui viendraient à se produire. L'entreprise sera peut-être longue et laborieuse, mais elle ne perdra rien pour cela de son intérêt.

Nous commencerons aujourd'hui par l'analyse très-sommaire d'une Revue clinique des maladies observées dans le service de M. le professeur Gubler, à l'hôpital Beaujon, publiée par M. le docteur J. V. Laborde, dans la *Gazette hebdomadaire* des 29 décembre et 6 octobre, revue qui ne porte exclusivement que sur une seule maladie, la variole. Et, encore, ne lui emprunterons-nous que quelques points seulement.

Nous aurons peu de chose à dire des deux complications principales observées par M. Gubler, les hémorrhagies et les érysipèles.

Tous les faits d'hémorrhagies diverses qui se sont produits, l'hématurie, l'hémorrhagie rectale, l'épistaxis et le crachement de sang, ont présenté, dans leur expression anatomique, les conditions organiques essentielles de la diathèse hémorrhagique que M. Gubler a étudiées dès 1848 : 1° l'altération des vaisseaux capillaires, qui se résume principalement dans l'infiltration ou dégénérescence granulo-protéique de leurs parois; 2° les modifications intimes du liquide sanguin, notamment les modifications appréciables des globules rouges, lesquels ont subi des déformations variées, présentent comme des déchirures, sont crénelés à leur circonférence, et ont perdu enfin leur propriété habituelle de cohésion.

L'érysipèle de la face s'est montré pendant le cours de la variole avec sa forme la plus maligne, affectant dans plusieurs cas les allures de l'œdème malin aux paupières. Ces cas ont constitué un petit foyer de contagion locale. Cette complication érysipélateuse s'est manifestée sur des malades placés dans la même salle et dans des lits contigus, et les malades qui occupèrent successivement les lits contagionnés offrirent presque tous, vers le déclin de la variole, et quoique atténuée, les mêmes complications. Dans la plupart de ces cas, le début de l'inflammation érysipélateuse a eu lieu par les muqueuses internes. Enfin la diarrhée concomitante, qu'ont eue tous ces malades, témoignait d'un état pathologique probablement semblable de la muqueuse intestinale, c'est-à-dire de l'existence d'un véritable érysipèle intestinal, développé à la suite et sans doute sous l'influence de l'exanthème varioleux, ce que les autopsies ont permis de confirmer, d'ailleurs, dans plusieurs cas.

Les abcès multiples qui surviennent si fréquemment dans la variole, surtout à la période de déclin et de dessiccation, se sont montrés beaucoup plus fréquents que d'habitude. Ils ont été même une des complications les plus constantes, et, au lieu d'affecter la forme locale de simples furoncles, ils prirent le plus souvent les proportions de collections purulentes vastes et profondes, quelquefois avec des décollements gangréneux et même des escharres profondes.

Le délire, qui accompagne habituellement la première et souvent la deuxième période de l'éruption, s'est montré avec une intensité exceptionnelle dans presque tous les cas de variole grave observés dans les salles de M. Gubler. Dans quelques-uns de ces cas, les manifestations délirantes ont été telles dès le début de la maladie, qu'on eût pu prendre le change et croire à une méningite primitive, si l'apparition des vésico-papules n'était venue lever tous les doutes. Tantôt le délire a affecté la forme de subdelirium loquace continu, notamment dans des cas de variole anomale excessivement grave, où il se faisait un arrêt presque subit dans l'évolution des pustules; le délire s'alliait presque toujours alors à la carphologie et à des phénomènes ataxo-adynamiques, qui donnaient à cet ensemble symptomatique les caractères de l'état typhoïde le plus grave. D'autres fois, le délire a présenté les caractères d'un accès de manie aiguë, avec hallucinations de la vue et de l'ouïe.

L'alcoolisme a pris une large part à ces manifestations délirantes, en leur imprimant son cachet particulier. Dans les cas très-nombreux de complication érysipélateuse de la face, le délire se montrait avec une intensité exceptionnelle, qui a semblé à M. Gubler avoir été particulier à cette épidémie. Il a observé, dans quelques-uns de ces cas, de véritables accès de manie des plus aigus.

Nous rappelons ici, au sujet du rôle qu'a joué le délire dans la plupart des maladies aiguës et en particulier dans la variole, durant la période obsidionale, quelques observations que nous avons eu l'occasion de faire et de communiquer dans une réunion de confrères. Dans la séance de la Société médico-psychologique du 24 avril, M. Legrand du Saulle et l'auteur de cette Revue firent cette double remarque, qui les avait également frappés, de l'extrême fréquence du délire chez les jeunes soldats dans presque toutes les maladies aiguës et de l'absence exceptionnelle de délire dans les cas de variole hémorrhagique, les cas les plus graves comme tout le monde le sait, et qui se terminaient à peu près invariablement par la mort. Le fait de l'extrême fréquence du délire dans toutes les affections pyrétiques aiguës avait été, paraît-il, généralement observé, et il a été confirmé, en particulier, dans la séance en question, par MM. Motet, Linas et Loiseau.

Quant à l'absence du délire dans la variole hémorrhagique grave, que nous n'avons pas vu signaler dans les observations de M. Gubler, nous n'y aurions peut-être vu nous-même qu'une circonstance purement fortuite et purement exceptionnelle, n'ayant eu l'occasion de le constater que dans un très-petit nombre de cas, si M. Legrand du Saulle, qui a eu à soigner un si grand nombre de varioleux dans les services spéciaux de Bicêtre, n'en avait fait la remarque avant nous, en l'appuyant d'un beaucoup plus grand nombre de faits.

« Un fait extrêmement intéressant, a-t-il dit, m'a beaucoup frappé; j'ai remarqué que les malades atteints de cette forme si grave de la variole (la forme hémorrhagique), conservaient presque tous, jusqu'à la fin, une lucidité complète de l'intelligence; tandis que, dans les varioles confluentes, le délire était la règle la plus générale. Ainsi sur 80 varioles hémorrhagiques, j'ai vu mourir 74 individus; ils nous arrivaient dans un état horrible, perdant le sang par toutes les muqueuses, souvent dans un état voisin de l'état syncopal; ils ne déliraient pas une minute, ils causaient avec nous, nous demandaient des secours avec une liberté d'esprit entière. Je me rappellerai toujours ce spectacle étrange de malades atteints d'une affection qui devait les emporter quelques heures plus tard, et qui présentaient, jusqu'au dernier moment, une entière liberté d'esprit, peut-être même de la suractivité des fonctions intellectuelles. »

A l'appui de ces faits, M. J. Falret a rappelé qu'il avait observé à la même époque un cas de variole noire chez un aliéné dément qui, depuis quinze ans, n'avait pas exprimé deux idées suivies, et qui pendant la variole avait eu, non sans doute une récupération complète de l'intelligence, mais une beaucoup plus grande activité d'esprit et des manifestations beaucoup plus sensées qu'avant sa variole.

Il nous a paru qu'il n'était pas sans intérêt, à l'occasion des observations de M. Gubler, de rappeler ces faits, qui avaient pu échapper peut-être jusqu'ici à l'attention de la plupart des observateurs.

Kyste d'un conduit excréteur de la glande lacrymale.

Les kystes des conduits excréteurs de la glande lacrymale sont, sans contredit, chose rare, et personne n'en doutera lorsque nous dirons que M. de Graefe affirmait à un de ses élèves n'en avoir rencontré que deux dans son immense pratique.

Le hasard a permis à M. le docteur A. Dubrueil d'en observer un l'an dernier. Voici la relation de ce fait, qu'il a bien voulu nous communiquer :

Elisa R..., domestique, âgée de 35 ans, se présenta, le 11 mai 1870, à la consultation de l'hôpital Beaujon, où M. Dubrueil remplaçait le professeur Dolbeau.

Elle portait à la partie supérieure de l'angle externe de l'œil droit une tumeur à peu près sphérique, du volume d'une grosse noisette, placée entre le globe oculaire et la paupière supérieure, et tapissée par la conjonctive dans sa moitié inférieure, qui faisait saillie au-dessous du bord libre de la paupière, lorsque celle-ci était relevée. Quand les paupières étaient rapprochées, la tumeur se cachait sous la supérieure à travers laquelle elle faisait un relief des plus évidents.

FEUILLETON BIBLIOGRAPHIQUE

TRAITÉ CLINIQUE ET PRATIQUE
DES MALADIES PUERPÉRALES

Par le docteur E. HERVIEUX,
Médecin de la Maternité de Paris (1).

A une époque où chacun était distrait de ses travaux ordinaires, dans les derniers mois de l'année 1870, parut l'ouvrage dont nous allons présenter une rapide analyse; encore avons-nous l'intention de nous arrêter seulement sur quelques-uns des principaux chapitres de cette œuvre consciencieuse, résultat de dix années d'un travail assidu. Vouloir analyser chaque chapitre donnerait à notre compte rendu une étendue que ne comporte pas une revue critique; chaque chapitre, en effet, est presque une monographie sur une des nombreuses maladies puerpérales; il n'est guère de questions que l'auteur n'ait étudiées avec des recherches bibliographiques et des observations recueillies à la Maternité. Il en résulte que l'auteur ayant sur chacune des maladies puerpérales une expérience personnelle, il a été fatalement conduit à comparer le résultat de son expérience clinique à celle de ceux qui l'ont précédé dans l'étude des mêmes maladies, et ce mode de faire nécessitait toujours de grands développements. Aussi le *Traité clinique et pratique* du docteur Hervieux *sur les maladies puerpérales* est-il certainement l'ouvrage le plus complet qui ait été publié sur ce sujet. Maîtres et élèves y trouveront réunis tous les éléments nécessaires à l'étude des maladies puerpérales. Questions de doctrine, description de maladies, observations cliniques, anatomie pathologique, bibliographie, hygiène et thérapeutique, aucune partie du sujet n'a été négligée par l'auteur.

L'ouvrage est divisé en quatorze sections.

Dans la première, l'auteur discute les principales doctrines qui ont régné sur l'ensemble des maladies puerpérales, et conclut qu'aucune doctrine ne peut satisfaire complétement le clinicien. Telle doctrine peut être vraie dans une épidémie, et cesse de l'être à une autre époque. Dans un certain nombre de cas, il est permis de croire que la mortalité des nouvelles accouchées a été la conséquence d'une infection putride ou purulente; ces deux formes d'infection peuvent même revêtir le caractère épidémique la symptomatologie et l'anatomie pathologique établissent que le clinicien a eu raison de dénommer ainsi les formes morbides auxquelles ont succombé les malades; mais dans d'autres circonstances, l'épidémie ne présente plus les mêmes caractères, on ne peut trouver la source de tous les accidents dans la putrescence de la matrice (Luroth et Danyau), dans une phlébite suppurative de la matrice (Dance), dans une lymphangite des ligaments larges (Botrel), et cependant les malades ont succombé soit à une pleurésie purulente, soit à une péritonite purulente, comme cela a été observé si souvent dans certaines épidémies (Charrier, 1856). Que conclure, c'est que la femme accouchée fait facilement du pus et que toutes les inflammations chez elle ont une grande tendance à devenir purulentes; mais faire cette remarque, c'est constater simplement un fait et ce n'est point en donner l'interprétation.

M. le docteur Hervieux, pour expliquer la gravité de tous les accidents morbides auxquels est sujette la nouvelle accouchée, a été conduit à créer, à formuler une nouvelle doctrine; M. Hervieux croit qu'il existe *un poison puerpéral*, et sa doctrine est celle de *l'empoisonnement puerpéral*. Quant au poison, il est bien entendu qu'on ne peut le saisir; il n'est point inoculable à la façon des virus des maladies épidémiques, telles que la variole, la clavelée, le charbon, mais *il est* dans des conditions déterminées: il a sa source dans une altération des humeurs de la nouvelle accouchée, sa force est plus grande dans les milieux où sont réunies des femmes en couches, il est absorbé par les voies respiratoires et devient la cause de toutes les maladies graves de la nouvelle accouchée. Il fait un empoisonnement spécial, dont un des principaux caractères est la purulence, et, agissant sur le système nerveux, il dispose les nouvelles accouchées à subir les constitutions saisonnières, etc., etc.

Je sais que cette doctrine d'un *poison puerpéral* rencontrera des opposants; les uns prétendront que M. Hervieux n'a fait que donner

(1) Chez Adrien Delahaye, libraire-éditeur.

Elle avait commencé à se développer depuis un an sans cause apparente, était fluctuante, translucide, indolente, et la malade s'était aperçue que, lorsqu'elle pleurait, la tumeur grossissait notablement ; les larmes coulaient cependant en quantité à peu près normale, à la surface du globe oculaire, qui était un peu gêné dans ses mouvements. La vision était intacte ; la malade n'éprouvait aucune douleur, et c'était surtout la difformité produite par le kyste qui l'engageait à s'en faire débarrasser.

Le 12 mai, la paupière supérieure étant maintenue relevée par un aide, M. Dubrueil fit, avec un couteau à cataracte, une incision longitudinale et très-superficielle sur la tumeur. Il put ainsi séparer dans une certaine étendue la conjonctive de la paroi propre du kyste ; mais quand il se rapprocha de la partie externe, il creva la poche et il donna issue au liquide incolore et transparent qui la remplissait.

M. Dubrueil excisa alors avec des ciseaux courbes toute la partie libre du kyste et appliqua sur l'œil des compresses froides. Il n'y eut aucune réaction, ni locale, ni générale, et à l'aide de quelques cautérisations au nitrate d'argent pratiquées sur la paroi kystique laissée en place, tout vestige de la tumeur avait disparu au bout de huit jours.

J'avais pensé, dit notre confrère, que le kyste avait pour siége un des conduits excréteurs de la glande lacrymale, et je m'étais appuyé pour établir ce diagnostic sur le siége de la tumeur, sa translucidité et surtout sur le phénomène si concluant signalé par la malade, à savoir que, chaque fois qu'elle pleurait, la tumeur augmentait de volume.

L'opération ne m'éclaira guère à ce sujet. L'examen du liquide contenu aurait pu lever les doutes, mais le vase dans lequel j'avais recueilli ce liquide avait été renversé.

C'est à l'analyse microscopique que je m'adressai en dernier ressort, et l'examen microscopique que je pratiquai avec le docteur Legros vint établir d'une façon indubitable la nature de ce kyste, en nous montrant que sa face interne était tapissée par un épithélium cylindrique, c'est-à-dire par un épithélium identique à celui des conduits excréteurs de la glande lacrymale.

En somme, le liquide s'était collecté dans un de ces conduits excréteurs oblitéré dans sa partie terminale ou conjonctivale, et communiquant encore avec la glande par son autre extrémité, comme le prouvait l'augmentation de volume de la tumeur lorsque la malade pleurait.

De la gangrène produite par les pansements à l'acide phénique.

L'exemple de gangrène par compression des appareils de pansement, que nous avons rapporté dans la Revue précédente, nous conduit naturellement à dire un mot des accidents de même nature auxquels peuvent donner lieu les pansements par l'acide phénique. C'est encore le service de M. Tillaux qui nous fournit ces nouveaux exemples des graves inconvénients que peut avoir une médication, excellente en soi d'ailleurs, lorsqu'elle n'est pas réglée et surveillée convenablement. Nous croyons d'autant plus utile de les faire connaître, que la méthode des pansements par l'acide phénique tend à se propager de plus en plus dans la pratique et à devenir même d'un usage vulgaire.

Trois fois depuis un mois environ, dit M. Tillaux dans une note insérée au *Bulletin de thérapeutique*, j'ai observé, à l'hôpital Saint-Antoine, une gangrène complète de la partie lésée (deux fois un doigt, une fois le gros orteil), par suite d'une application défectueuse de l'acide phénique. Deux des malades ont apporté à la consultation de l'hôpital la solution dont ils s'étaient servis, et l'explication a été facile. Au fond du flacon existait une couche haute de 1 centimètre environ, formée d'acide phénique pur, et au-dessus la solution concentrée avec son caractère habituel, c'est-à-dire translucide. Au moment de s'en servir, les malades agitaient le flacon ; ils produisaient aussitôt une émulsion tenant en suspension l'acide phénique pur, et trempaient dans cette émulsion le linge destiné au pansement. Il est aisé de concevoir ce qui se passait alors : l'acide phénique pur qui se trouvait dans l'émulsion se déposait sur la partie blessée comme il se déposait auparavant au fond du flacon. Donc cette partie était en contact avec un caustique d'une extrême puissance, l'acide phénique pur. Il en est résulté une gangrène de toute la partie enveloppée, gangrène si profonde que les doigts sont tombés ou vont tomber.

M. Tillaux n'a pu recueillir l'observation du premier blessé, qui n'a fait que passer à la consultation de l'hôpital ; il constate seulement que le doigt indicateur était froid et noir, et qu'il a pu introduire une épingle jusque sur la phalange sans déterminer la moindre douleur.

Voici la relation abrégée de l'un des deux autres faits. Il s'agit d'un homme qui, ayant porté le doigt médius de la main droite contre une scie circulaire en mouvement, eut deux légères excoriations sur la face dorsale de la deuxième et de la troisième phalange. Il envoya aussitôt chercher chez un pharmacien de l'acide phénique. Au fond du flacon existait un dépôt évalué environ au dixième du contenu. Il agita le liquide et en imbiba un linge, dont il entoura les deux premières phalanges du médius. Ce pansement fut renouvelé pendant trois jours. Le malade n'en souffrit nullement ; mais, remarquant que son doigt devenait noir, il cessa l'application phéniquée, et alla trouver un pharmacien qui fit appliquer de l'alcool camphré. Ce fut à la suite de cela que cet homme entra à l'hôpital Saint-Antoine, où l'on constata que les deux dernières phalanges du doigt médius étaient complétement sphacelées ; elles étaient noires, dures et ratatinées ; un sillon profond les séparait déjà de la première phalange, restée intacte. On en fut réduit, en présence de cet état, à appliquer des cataplasmes pour accélérer la chute des parties mortifiées.

D[r] BROCHIN.

OCCLUSION INTESTINALE

PRODUITE PAR L'ACCUMULATION DE MATIÈRES STERCORALES. — EMPLOI DE LA GLACE *intùs* ET *extrà*. — GUÉRISON.

Par le docteur PRUNAC, ancien interne des hôpitaux de Lyon.

François M..., âgé de 61 ans, domicilié à Mèze, est porteur, depuis longues années, d'une hernie inguinale droite qu'il avait toujours maintenue à l'aide d'un bandage. Obligé de se livrer, ces jours derniers, à des travaux plus pénibles que de coutume, le malade en avait cessé l'emploi, quand le 6 octobre, dans la soirée, il éprouva des douleurs abdominales assez vives et un malaise qui le forcèrent à s'aliter.

A la visite du soir, nous trouvions les sympômes suivants :

Ventre peu douloureux à la pression, dans tous les points, excepté dans la fosse iliaque gauche. Météorisme assez intense dans les régions iliaque et hypochondriaque gauches ; résonnance tympanique manifeste. La région inguinale droite n'était le siége d'aucune douleur. A la palpation, nous constations, dans le cordon du même côté, une double tuméfaction constituée, d'une part, par un varicocèle ancien, et, d'autre part, par la tumeur herniaire dont la réduction, très-facile du reste, s'exécutait sans réveiller la moindre douleur.

Le doigt, introduit dans l'anneau inguinal, indiquait assez que ce trajet était parfaitement libre, et le malade rentrait lui-même sa hernie très-bien maintenue par le bandage après la réduction.

Pas de réaction fébrile ; pouls 48 ; langue saburrale ; inappétence. Il n'y a pas eu de déjections alvines depuis 6 jours.

Prescriptions : boissons acidulées ; cataplasmes émollients sur le ventre.

Lavement avec :

Miel de mercuriale.............. *cent* grammes.
Sulfate de soude.............. *trente* grammes.
Huile de ricin.............. *vingt* grammes.

La nuit fut très-agitée, et, dès le matin, survinrent des vomissements d'abord alimentaires, puis bilieux et muqueux. M... rejetait les boissons peu d'instants après les avoir ingérées. Constipation toujours opiniâtre, malgré le lavement de la veille.

Dans la journée, vomissements jaunâtres, fécaloïdes, exhalant une odeur infecte et d'un goût désagréable pour le malade.

Persuadés que ces divers symptômes se rattachaient à un iléus, et que la présence dans le pli de l'aine d'une hernie, réductible du reste et non douloureuse, ne devait en rien modifier le diagnostic, nous administrâmes de suite une potion purgative avec :

Follicules de séné.............. *douze* grammes.
Sulfate de soude.............. *dix* grammes.
Sirop de nerprun.............. *trente* grammes.

Deux lavements savonneux dans la nuit.

A peine ingérée, la potion fut rejétée. M... rendit aussi les lavements. Le lendemain, même état. Douleurs abdominales toujours vives, tympanite intense, sueurs abondantes, hoquet fréquent ; pouls irrégulier à 52 par minute ; tempér. axillaire 37°,2/5 ; dysurie. Pas de selles.

Prescription :

Huile de croton tiglium.. *une* goutte.
Émulsion.............. *cent-vingt* grammes.

Deux lavements purgatifs.

Le malade rend la potion purgative.

La persistance de symptômes aussi graves nous décida à employer d'autres moyens. Nous eûmes recours à l'application de la glace sur le ventre et à de grands lavements d'eau pure à la température de la glace fondante, répétés toutes les quatre heures. Ce traitement fut strictement suivi durant toute la journée du 8.

Dans la soirée, nous trouvions un amendement assez notable dans l'état général. Les douleurs abdominales étaient moins vives, la miction plus facile, la tympanite moins intense. Les vomissements avaient cessé, mais la constipation était toujours opiniâtre.

Le malade ne rejetait que le liquide des lavements. Nous persistons dans l'emploi de la glace *intùs* et *extrà*.

Pendant la nuit, M... éprouve de fréquents besoins d'aller à la selle. Il expulse une assez grande quantité de matières liquides ; puis, après des efforts de défécation assez pénibles et douloureux, une masse arrondie, volumineuse, amas de matières fécales, dures, cuites, moulées, un peu imprégnées de sang à leur surface ; en même temps, borborygmes et excrétion de gaz par l'anus.

Dans la matinée, une nouvelle selle diarrhéïque suivie d'un soulagement notable. Le ventre est plus souple, moins douloureux ; le pouls est meilleur ; les sueurs ont cessé, ainsi que le hoquet. On continue les lavements froids et les applications de glace.

Prescription : eau de Seltz ; boissons fraîches et acidulées.

Le lendemain, trois selles diarrhéïques, dont une sanguinolente. Pouls 80, régulier. La tisane est bien tolérée. Plus de vomissements, peu de tympanite. Diminution considérable dans l'acuité des douleurs abdominales. Quelques borborygmes en allant à la selle. Excrétion abondante de gaz par l'anus. Un peu de ténesme rectal. On suspend l'emploi des verrées de glace.

Prescription : deux lavements laxatifs.

La nuit a été bonne ; une selle diarrhéïque dans la journée.

Le ventre est souple, indolore. Pouls 80. Le malade prend quelques aliments. Il se lève dans la soirée, et le lendemain entre d'emblée en convalescence.

L'observation qui précède entraîne avec elle quelques considérations que nous allons brièvement exposer ; et d'abord, au point de vue du diagnostic, l'erreur était-elle possible et devions-nous rapporter à la hernie les accidents divers que le malade nous a présentés ? Tous ces symptômes, qui sont, en résumé, ceux de l'étranglement herniaire, n'étaient-ils pas plutôt sous la dépendance d'une occlusion intestinale de cause inconnue ? A la vérité, la présence, dans le pli inguinal droit, d'une tumeur qu'on reconnaissait manifestement formée par des anses intestinales, les vomissements caractéristiques, les douleurs abdominales, l'état général du malade, etc., plaidaient bien en faveur de l'étranglement. Mais trouvions-nous dans l'état local les symptômes qui caractérisait la hernie étranglée ? Assurément non, puisqu'elle était réductible, indolore et que le trajet inguinal était entièrement libre et accessible au doigt. Du reste, pas la moindre douleur dans le périmètre de la région inguinale, rien qui dénotât une inflammation localisée en ce point. Nous nous arrêtâmes donc à l'idée d'une occlusion intestinale, et notre diagnostic semblait justifié par certains symptômes parmi lesquels une douleur vive limitée aux régions iliaque et hypochondriaque gauches, une tympanite intense et un météorisme assez marqué dans ces régions. Ajoutons à cela l'ensemble des signes communs à ces deux affections (vomissements bilieux, fécaloïdes, hoquet, sueurs...), plus encore l'existence d'une constipation opiniâtre depuis 6 jours.

---

un nom à ce *quid divinum* des anciens, à ce quelque chose de spécial qui fait que les nouvelles accouchées sont malades d'une façon spéciale et variable suivant les épidémies, et qu'en proposant la doctrine du *poison puerpéral*, on n'a rien trouvé de nouveau, si ce n'est une dénomination nouvelle. D'autres iront plus loin, et diront que tout le monde depuis longtemps est d'accord sur l'existence d'un poison puerpéral qui manifeste ses effets dans des conditions déterminées, et qu'à ce genre d'empoisonnement on avait déjà donné le nom de *fièvre puerpérale*, et que, de plus, on avait reconnu que cette fièvre puerpérale pouvait, suivant les années, les saisons, prendre les formes inflammatoire, typhoïde ou bilieuse, suivant la prédominance des symptômes.

J'avoue que la fièvre puerpérale ainsi comprise a beaucoup d'analogie avec l'empoisonnement puerpéral, et je suis même certain que M. Hervieux et moi pourrions parfaitement nous entendre sur ce point important, si j'avais le loisir de donner ici tous les développements nécessaires pour établir que les deux doctrines de la fièvre puerpérale et de l'empoisonnement puerpéral ont de grands liens de parenté.

Quoiqu'il en soit, il restera encore à M. Hervieux le mérite d'avoir rappelé et prouvé que la nouvelle accouchée peut, par une altération spéciale de *ses humeurs* et *de toute sa substance*, vicier l'air ambiant de telle sorte que cet air devient pour elle-même et pour les nouvelles accouchées qui seront dans le même milieu un poison dont les manifestations nombreuses ont, le plus souvent, une très grande gravité, surtout lorsque le poison, par son intensité et sa diffusion, peut donner à ses manifestations la forme épidémique.

Il va sans dire que M. Hervieux prend grand soin de faire remarquer en quoi l'état puerpéral physiologique diffère du poison puerpéral, qui est un *miasme spécial*. Aussi a-t-il écrit : « L'état puerpéral « physiologique est inoffensif de sa nature. L'empoisonnement puer- « péral au contraire traîne à sa suite tout le cortége des affections « puerpérales. C'est lui qui les engendre, les entretient, les pro- « page et les multiplie. »

Cette citation résume la doctrine de l'auteur ; mais il faut lire les chapitres sur l'étiologie et la prophylaxie de l'empoisonnement puerpéral, alors seulement on sera édifié du soin que notre savant confrère a apporté à cette étude et de la solidité des raisonnements sur lesquels il a établi sa doctrine. De plus, le lecteur nous saura gré d'appeler son attention, et cela d'une façon toute particulière, sur le chapitre où M. Hervieux traite de la contagion des maladies puerpérales par l'intermédiaire des médecins et des sages-femmes. Il rapporte les faits observés en Angleterre, en Amérique et en France, par des hommes d'une grande autorité, et il n'est point permis, après l'exposé de ces faits, de ne point rester convaincu que, si ce mode de contagion est rare, *il est du moins possible*.

Le *Traité des maladies puerpérales* a été divisé, avons-nous dit, en 14 sections ; la première section est consacrée tout entière à la doctrine de l'empoisonnement puerpéral ; les autres comprennent la description clinique des maladies du péritoine, de l'appareil génital, du tissu cellulaire pelvien, de l'appareil urinaire, des systèmes veineux, lymphatique et artériel, du cœur, les organes respiratoires, du système nerveux, enfin des maladies diathésiques, les maladies accidentelles, et l'étude sur la mort subite dans l'état puerpéral. L'énoncé seul de cette division pratique des maladies puerpérales montre qu'aucun fait important n'a pu échapper à l'étude clinique, historique et critique de l'auteur ; chacun trouvera dans ce travail de nombreux enseignements ; mais nous ne pouvons dans cette revue que signaler les faits qui nous ont paru les plus importants et qui témoignent surtout de l'expérience personnelle de celui qui a donné dix années de sa vie à l'étude des maladies puerpérales.

D[r] DUMONTPALLIER.

(A suivre.)

Dans le décret en date du 15 octobre, inséré à la *Gazette des hôpitaux* (n° 120), par suite d'une erreur typographique, deux nominations au grade de chevalier de la Légion d'honneur sont inexactement indiquées :

Page 479, à la 3e colonne, 6e ligne, au lieu de « Fano », il faut lire : « Faivre (Claude-François-Philippe), chirurgien-major du 8e bataillon de la garde nationale de Paris, et aux ambulances du Grand-Hôtel et du Théâtre-Français » ; et à la même colonne, 9e ligne, au lieu de « Farro », il faut lire : « Fano, chirurgien-major du 7e bataillon de la garde nationale de Paris et aux ambulances de la Société de secours aux blessés ».

Cette dernière considération nous guida dans la médication à suivre, et persuadés que la constipation pouvait n'être pas étrangère à cet ensemble de symptômes, nous eûmes recours aux purgatifs sous toutes les formes. Les deux potions, à peine ingérées, furent rejetées sans aucune évacuation. Il en fut de même des lavements.

Les bons résultats obtenus par l'emploi du froid dans le traitement des occlusions intestinales, quelle que soit leur nature, nous décidèrent à employer la glace *intùs* et *extrà*.

Sous l'influence de cette médication, les douleurs diminuèrent d'intensité; le météorisme fut moins intense, les selles se rétablirent et la guérison ne se fit pas attendre.

Comment expliquer l'action du froid en pareil cas ? Agit-il à la manière des drastiques en provoquant, dans le tissu musculaire de l'intestin, des contractions assez puissantes pour le désobstruer ?

Quel que soit son mode d'action, le froid peut rendre, dans ces circonstances, de réels services, alors surtout que les évacuants n'ont amené aucun résultat satisfaisant.

DOCUMENTS

POUR SERVIR A L'HISTOIRE DU MOUVEMENT SCIENTIFIQUE PENDANT LE SIÉGE DE PARIS (1).

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 27 février 1871. — Présidence de M. FAYE.

MÉMOIRES ET COMMUNICATIONS DES MEMBRES ET DES CORRESPONDANTS DE L'ACADÉMIE.

(Suite.)

Remarques sur la structure des Fougères (Cyathéacées). — M. A. TRÉCUL. — Après avoir étudié la distribution du système vasculaire dans la tige des Cyathéacées, je suis naturellement conduit à examiner la constitution de ses faisceaux.

Selon M. Mohl, le corps ligneux (*lignum*, *corpus lignosum*, *cylinder ligneus* ou *lignosus*)) est composé seulement de vaisseaux scalariformes et poreux, auxquels sont interposés des groupes de petites cellules parenchymateuses à parois minces, qui, surtout vers l'extérieur et vers l'intérieur, forment des lignes sinueuses (*Icon. sel. pl. cr. bras. Mart.* p. 47).

Il est bien vrai que le système vasculaire de la tige des *Alsophila aculeata* J. Sm., *Cyathea medullaris* Sw., que j'ai pu étudier sur le vivant, ne contient pas de vaisseaux dits trachéens, comme en renferment nombre de Fougères que j'ai citées; mais il y a pourtant quelque chose de plus que ce qu'a décrit M. Mohl. On y trouve, près des bords, des ouvertures foliaires, des petits groupes de vaisseaux primordiaux très-grêles, qui rappellent, par leur altération précoce, ceux qui existent devant la ligne médiane des faisceaux de la généralité des autres plantes vasculaires; toutefois ils consistent, non en vaisseaux spiraux simples, mais en vaisseaux réticulés ou fendus étirés. Déjà assez près du sommet de la tige en végétation, on en voit les débris dans une petite lacune, que l'on peut suivre par des coupes transversales aux bords des ouvertures foliaires, et même un peu plus bas que ces ouvertures.

Si l'on dirige les coupes de bas en haut, on aperçoit, près du fond des fentes foliaires, et de chaque côté, un étroit espace cellulaire, entouré de toutes parts par les grands vaisseaux scalariformes, dans lequel est la petite lacune qui contient les vaisseaux primordiaux. En montant, cet espace et la lacune qu'il enserre, ou si l'on veut la lacune et le fascicule des vaisseaux primordiaux, d'abord enclavés dans le corps vasculaire principal, se rapprochent peu à peu du bord interne de celui-ci, où ils occupent une anse ou échancrure irrégulière, qui se prolonge de bas en haut, en se divisant successivement pour envoyer des rameaux dans les faisceaux dorsaux du pétiole. Comme cette ramification du groupe primordial s'effectue sous un angle aigu, on peut avoir à la fois, sous la même coupe transversale, deux ou trois anses semblables, et même jusqu'à cinq près de l'insertion des faisceaux supérieurs.

Dans ma dernière communication, j'ai insisté sur la distinction *du groupe* des faisceaux formant la moitié de l'arc supérieur et sa série rentrante d'un côté donné, et *du groupe* des faisceaux formant la moitié de l'arc inférieur et sa série rentrante du même côté. Voici un fait qui, s'il se généralise, tendrait encore à appuyer cette distinction, en la renforçant d'un élégant caractère anatomique. C'est que je n'ai pas trouvé de relation entre les vaisseaux primordiaux du groupe des faisceaux de l'arc supérieur et ceux du groupe des faisceaux de l'arc inférieur dans l'*Alsophila aculeata*; c'est-à-dire que les vaisseaux primordiaux des faisceaux de l'arc supérieur ne viennent pas de la ramification du groupe qui émet successivement les vaisseaux primordiaux des faisceaux dorsaux du même côté.

En effet, des coupes transversales opérées entre ces deux groupes supérieur et inférieur, au-dessous, par exemple, du point d'attache du faisceau intra-médullaire qui aboutissait, au bas du groupe supérieur, au-dessous du faisceau inférieur commençant la série rentrante de ce groupe, ne montraient pas de trace des petits vaisseaux primordiaux, qui, au contraire, étaient observés au-dessus du point d'attache de l'intramédullaire (2) que je viens de désigner; et il est encore à remarquer que, à l'insertion des faisceaux de l'arc supérieur, le groupe des primordiaux se prolongeait, s'enfermait au milieu des scalariformes composant le bord de la lame vasculaire de la tige, absolument comme nous avons vu le groupe des primordiaux s'enfonçant dans le tissu vasculaire *à la base* de l'ouverture foliaire dans cette plante et dans diverses autres que j'ai citées antérieurement (*Blechnum brasiliense*, etc.).

Dans l'*Alsophila aculeata*, il semblait que les faisceaux supérieurs se préparassent d'avance à cette immersion des petits vaisseaux primordiaux dans la masse du tissu vasculaire; car chaque faisceau de l'arc supérieur, courbé en gouttière sur sa face interne, dans la partie inférieure du pétiole, se ferme en tube parfait autour de ses vaisseaux primordiaux, un peu au-dessus de son insertion.

Si, maintenant, nous suivons de bas en haut, les faisceaux du pétiole, nous leur trouvons une disposition qui concorde assez bien dans les diverses Cyathéacées que j'ai étudiées sous ce rapport. Les faisceaux, tous courbés en arc sur leur face antérieure, en gouttière qui contient les vaisseaux primordiaux (1), sont composés de vaisseaux scalariformes ou rayés plus grêles, occupant le fond de la gouttière, et de vaisseaux scalariformes plus gros qui forment les côtés de celle-ci.

Les faisceaux pétiolaires, vers la base de l'organe, isolés ou quelquefois unis deux à deux, sont toujours disposés de façon que ceux qui font partie des arcs périphériques sont tournés vers le centre du pétiole, c'est-à-dire qu'ils ont toujours leur groupe de vaisseaux primordiaux dirigé vers ce point, tandis que les faisceaux rentrants des extrémités de l'arc inférieur ont le dos tourné vers ce centre, et les faisceaux des séries rentrantes des extrémités de l'arc supérieur, en sens inverse des derniers, l'ont dirigé obliquement vers la face dorsale du pétiole. Les faisceaux rentrants du milieu de l'arc supérieur ont un arrangement qui concorde avec la théorie que j'ai donnée de leur origine à la page 149 et suivantes de ce volume. Ceux de la moitié de droite du pétiole sont tournés de gauche à droite ou obliquement de bas en haut; ceux de la moitié de gauche sont dirigés de droite à gauche ou obliquement vers cette direction de bas en haut.

En montant dans le pétiole, les faisceaux qui, dans les plantes âgées, forment deux arcs bien complets, l'un supérieur et l'autre inférieur, se partagent d'abord en deux groupes dans chacun des arcs, un groupe de droite et un groupe de gauche; puis les faisceaux de chaque groupe tendent à se réunir en une seule lame ou large faisceau. Ce sont ordinairement les faisceaux de groupes supérieurs qui s'assemblent les premiers, et les faisceaux des deux séries rentrantes du milieu de l'arc supérieur s'ajoutent, comme la théorie que j'en ai donnée l'exige, au côté antérieur de la moitié correspondante de l'arc, qu'ils prolongent en un crochet rentrant.

On a alors sur la coupe transversale, pour la moitié de droite, une figure à angle externe plus ou moins aigu ou mousse qui rappelle le chiffre 7, et pour la moitié de gauche une figure inverse. Les faisceaux de l'arc inférieur, préalablement divisés aussi en groupe de droite et en groupe de gauche, s'assemblent également de chaque côté en un faisceau lamellaire inverse de son voisin, et symétrique par rapport à lui.

Dans les plantes où l'arc inférieur n'a pas encore de séries rentrantes à ses extrémités, les faisceaux supérieurs de chaque côté de cet arc se disposent de manière à constituer un crochet, et, pour se préparer à prendre cette forme, on les voit souvent se former d'abord en tube sur une courte étendue.

Les faisceaux du pétiole sont dès-lors tout disposés pour la ramification de l'organe dont je parlerai tout à l'heure; mais auparavant je veux signaler les principales modifications que subit l'agencement de ces faisceaux dans toute la longueur du rachis.

D'abord les deux larges faisceaux supérieurs, de droite et de gauche, formés comme il vient d'être dit, s'assemblent par leur côté postérieur rentrant, en une gouttière supérieure à bords recourbés en dedans. Le nombre des faisceaux constituants primitifs qui entrent dans leur composition, et en font des lames quelquefois élégamment ondulées, est ordinairement déjà diminué. Il continue de s'amoindrir de bas en haut du rachis comme d'habitude.

L'accolement des deux faisceaux ou lames vasculaires de chaque paire en particulier (de la supérieure et de l'inférieure) en une gouttière, se fait à des hauteurs variables pour chaque espèce, et, dans une certaine mesure, dans des feuilles différentes du même individu, suivant la force des feuilles. Dans l'*Alsophila aculeata*, j'ai trouvé ordinairement la gouttière supérieure formée au-dessous de la ramification inférieure du pétiole. Dans le *Cyathea medullaris*, la gouttière était réalisée de la première ramification du pétiole à la quatrième (elle était formée le plus haut dans les feuilles les plus fortes); elle l'était vers la hauteur de la troisième et de la quatrième ramification dans l'*Hemitelia speciosa* et dans le *Cyathea arborea*; vers le deuxième et le troisième rameau du rachis, dans l'*Hemitelia horrida*.

Les faisceaux dorsaux ne s'assemblent souvent que beaucoup plus tard; cependant la réunion est quelquefois presque simultanée, c'est-à-dire avancée au même degré pour les faisceaux antérieurs et pour les dorsaux, et j'ai remarqué, par exemple dans le *Cyathea Arborea*, qu'avant de s'unir pour ne plus se séparer les deux dorsaux surtout peuvent s'allier et se séparer successivement une ou plusieurs fois.

Quand les deux gouttières vasculaires sont continuées, elles vont en s'affaiblissant de bas en haut comme je l'ai dit, et la dorsale plus vite que l'antérieure. Les deux courbes ou crochets qui en font les bords, se rapprochant peu à peu par le rétrécissement de la partie moyenne, finissent par ne former bientôt plus qu'un segment de cercle, dont plus haut les deux bords peuvent s'unir en un anneau (*Als. aculeata*) ou faisceau tubuleux, qui plus haut encore va s'adjoindre au dos de la gouttière supérieure bien atténuée. Dans le *Cyathea arborea*, l'anneau dorsal n'est effectué que par l'application des bords du segment de cercle contre un appendice dorsal de la gouttière supérieure. Cette dernière, en s'affaiblissant, perd graduellement ses crochets latéraux ou bords saillants en avant, de façon que la figure de l'ensemble finit par ne plus représenter qu'une sorte d'Y ou Ɣ, terminé au dos par un anneau vasculaire complet, qui redevient incomplet quand lui-même commence à s'atténuer. Une figure analogue est produite vers le sommet du rachis de l'*Hemitelia horrida*, mais je n'ai pas vu s'y produire d'anneau dorsal; sa gouttière postérieure se réduit à un arc si petit ou même à un fil si tenu qu'il ne fait qu'accroître un peu l'appendice de la gouttière supérieure, amenée graduellement à une sorte de V plus ou moins déprimé. Dans le *Cyathea medullaris*, les crochets de la gouttière supérieure étaient mieux conservés, c'est-à-dire qu'ils donnaient lieu à un demi-cercle, au dos duquel va s'ajouter le fil vasculaire que constitue le faisceau dorsal.

L'*Hemitelia speciosa*, en exagérant en quelque sorte la deuxième modification que je viens de signaler, se conduit aussi d'une façon remarquable. Quand la gouttière dorsale, qui n'est opérée que fort tard par la réunion des faisceaux postérieurs, est réduite à un arc représentant un seul faisceau, et n'ayant par conséquent qu'un groupe de vaisseaux primordiaux sur sa face antérieure, cet arc dorsal, relativement grand, avec ses crochets latéraux, est ajouté au dos de la gouttière antérieure comme dans le cas précédent, formant ainsi un sorte de 8 ouvert au sommet. Puis la gorge du 8 s'ouvrant longitudinalement, il en résulte une seule gouttière profonde, qui va en s'affaiblissant par en haut, et ne donne plus lieu, vers la partie supérieure du rachis, qu'à un petit arc vasculaire.

Dans une autre feuille de la même plante, quand les deux gouttières furent constituées et la dorsale réduite à un certain degré, l'antérieure s'est fendue par la moitié avant que la dorsale s'y fût ajoutée. Les deux faisceaux supérieurs ainsi reproduits, l'un à droite, l'autre à gauche, sont venus, chacun de son côté, se juxtaposer au bord correspondant de la gouttière dorsale, et se fusionner avec ce bord, de manière à l'exaucer et à le transformer en gouttière profonde, terminée en avant par les crochets des faisceaux antérieurs. Cette gouttière nouvelle s'est ensuite atténuée progressivement comme je viens de le dire.

Une autre particularité a été offerte par la feuille de l'*Hemitelia integrifolia*, qui ressemble beaucoup à l'*Hemitelia speciosa* auquel M. W. Hooker le réunit. Dans les deux plantes cultivées au Muséum, j'ai trouvé quelques différences anatomiques dignes d'être signalées.

L'*Hemitelia speciosa*, qui a les feuilles seulement pinnatifides au sommet, a montré la structure que je viens de décrire. L'*Hemitelia integrifolia*, dont toutes les divisions de la feuille sont pétiolulées, même la terminale, a donné les caractères suivants. Un peu au-dessous du sommet du rachis, avant même la formation de la gouttière inférieure, qui peut ne pas se compléter, à cause du rapprochement imparfait des deux faisceaux dorsaux, la gouttière supérieure, en allongeant ses crochets, c'est-à-dire ses bords infléchis, s'est fermée sur sa face antérieure au-dessous de la dernière foliole latérale, de manière à figurer une ellipse très-comprimée sur la coupe transversale. Puis ce tube elliptique s'est divisé longitudinalement en deux à peu près égaux, tandis que le corps vasculaire dorsal s'est partagé de même. Il en est résulté deux couples de faisceaux tubuleux, l'une de droite et l'autre de gauche, allant chacune à un pétiolule; celle de gauche à la dernière foliole latérale, celle de droite à la foliole terminale. Dans chacun des pétiolules, il y avait donc un tube vasculaire supérieur (qui s'ouvrit en avant d'abord dans le pétiolule de gauche, puis dans le pétiolule de droite) et un tube vasculaire dorsal, qui s'adjoignit au dos de la gouttière antérieure produite par le tube supérieur ouvert. Le 8 ainsi formé subit quelques-unes des modifications que je vais indiquer maintenant en décrivant la structure des rameaux secondaires du pétiole.

La ramification du pétiole des Cyathéacées que j'ai étudiée est effectuée par une simplification du sixième des types que j'ai décrits en 1869 en traitant du *Pteris aquilina* (*Comptes rendus*, t. LXIX, p. 256, 257 et 259), c'est-à-dire par le concours des faisceaux antérieurs et postérieurs d'un même côté. Ici, ce concours est exercé par le coude ou crochet qui existe à chaque extrémité des deux arcs vasculaires, lequel coude est formé, comme je l'ai dit, par la fusion des faisceaux de chaque série rentrante avec les faisceaux extrêmes de l'arc voisin.

Des coupes transversales, prises de bas en haut, montrent qu'à l'approche de la base d'une ramification du pétiole chacun des deux coudes ou crochets correspondants devient plus profond. Un peu plus haut, une cloison vasculaire transversale est formée dans ce coude ou crochet; puis cette cloison, après s'être épaissie, se dédouble, et un anneau ou tube vasculaire se sépare de l'extrémité de chaque coude, suivant le quatrième des modes que j'ai décrits, *l. c.* p. 259.

Les deux anneaux ainsi produits ont leurs parois latérales, celles de droite et de gauche, constituées par des vaisseaux plus petits que ceux qui composent leurs faces antérieure et postérieure, ce qui donne à leur section l'aspect d'un ⊖ couché, aminci latéralement. De plus, il y a en dedans, des deux côtés, un groupe de petits vaisseaux primordiaux. Par conséquent chaque anneau en a deux groupes opposés l'un à l'autre.

Les deux petits tubes ainsi structurés 8 se rapprochent graduellement en montant, et vers leur entrée dans le tissu du pétiole secondaire ils se joignent et s'unissent de manière à figurer d'abord un 8 sur la coupe transversale. Un peu plus haut le 8 s'ouvre par le sommet, mais assez souvent l'anneau supérieur est déjà ouvert

(1) Suite. — Voir le dernier numéro.

(2) Les faisceaux intramédullaires que M. Mohl décrit (*loc. cit.*, p. 49) comme des fascicules de vaisseaux scalariformes entourés de quelques séries de cellules allongées contenant de la matière résineuse rouge avaient, dans mes jeunes plantes vivantes, une section transversale circulaire ou éliptique, dont le diamètre oscillait communément entre 0mm,20 et 0mm,35; mais il atteignait quelquefois 0mm,50 sur 0mm25. Chaque faisceau a ordinairement une petite lacune à peu près centrale avec des débris de vaisseaux primordiaux réticulés (rarement des anneaux), qui sont quelquefois interposés à des utricules relativement larges, dus à l'extension des cellules pariétales et à leur division. Auprès de cette lacune sont des vaisseaux réticulés entiers, et plus à l'extérieur des vaisseaux scalariformes. Ces derniers sont tantôt répartis en arc autour de la lacune qui contient les vaisseaux primordiaux, et tantôt ils sont distribués sur deux côtés opposés de la lacune. Ce groupe vasculaire entier est entouré de trois à quatre rangées de cellules allongées, qui représentent le tissu du système dit *cribreux* et le tissu périphérique qui l'entoure ordinairement, et dont toutefois il n'est pas distinct ici.

(1) Le groupe des vaisseaux primordiaux, qui sont très-ténus, n'ayant que 0mm,05 à 0mm,01 de largeur, sont de la nature des vaisseaux fendus ou réticulés et étirés, montrant assez souvent des apparences d'anneaux rarement isolés, le plus souvent unis par un filament qui indique leur origine réticulée. Dans les feuilles des *Hemitelia horrida* et *speciosa*, ces vaisseaux primordiaux sont plus uniformément constitués de vaisseaux fendus ou réticulés, étirés, que dans les *Cyathea medullaris*, *arborea* et l'*Alsophila aculeata*, dans lesquels les vaisseaux spiro annelés sont plus nombreux et mieux constitués, avec passages aux réticulés. — En 1846 Ach. Richard (*Elém. de bot.*, 7e édit., p. 146) attribuait aux faisceaux des Fougères : 1° des vaisseaux scalariformes; 2° des vaisseaux rayés; 3° quelquefois des vaisseaux annulaires, mais sans indiquer leur position relative. M. Schacht dit, dans son *Lehrbuch der Anat. und Physiol. der Gewäche*, p. 341, Berlin, 1855, que, dans le cambium se forment d'abord des vaisseaux annelés ou des vaisseaux spiraux, et plus tard des vaisseaux scalariformes, sans indiquer non plus la position propre à chaque forme.

sur sa face antérieure avant sa rencontre avec l'inférieur ⚲; quelquefois même cet anneau ou tube supérieur est ouvert en avant dès son point de séparation du corps vasculaire du rachis générateur. Ce dernier cas se présente surtout dans les organes affaiblis.

Vers son entrée dans le pétiole secondaire, ce système vasculaire, à section transversale en 8, se partage en quatre faisceaux; mais la division ne s'effectue pas partout identiquement de la même manière. Dans l'*Alsophila aculeata* le col du 8 s'ouvrait longitudinalement, en sens contraire de l'union des deux anneaux formant le 8, de sorte qu'il était produit en forme de gouttière profonde, contractée sur les côtés dans sa partie moyenne; puis une scission se faisait de chaque côté un peu au-dessous de la partie contractée. Il y avait alors trois faisceaux sur la coupe transversale, un de chaque côté, courbé en dedans, et un dorsal courbé en avant à chaque extrémité. Ensuite, ce faisceau dorsal se partageait en deux, ce qui élevait à quatre le nombre des faisceaux du pétiole secondaire (*Cyathea arborea Hemitelia speciosa*).

Ailleurs, l'apparition des quatre faisceaux était un peu différente. Le 8 se coupait d'abord au-dessous de la gorge, et, un peu plus tard, ou à peu près en même temps, le faisceau dorsal qui en résultait se fendait en deux. Il y avait donc dans ce cas trois faisceaux : deux dorsaux et un supérieur en gouttière avec appendice dorsal; puis la gouttière supérieure se fendant longitudinalement, on obtenait les quatre faisceaux du pétiole secondaire (*Hemitelia horrida*).

Dans le *Cyathea medullaris* la production des quatre faisceaux est souvent moins symétrique, quoique dans quelques cas elle ait lieu par la modification régulière du 8; mais très-fréquemment elle est sans symétrie au début. L'anneau supérieur s'ouvre d'abord à la face antérieure, d'ordinaire avant son union à l'anneau ou tube postérieur ⚲. Puis cette union a lieu parfois régulièrement 8; mais dans des cas nombreux l'anneau inférieur s'ouvre avant son union avec le supérieur, et il le fait un peu latéralement (vers le côté droit si c'est une ramification de gauche que l'on a sous les yeux, vers le côté gauche si c'est une ramification de droite). Ensuite il s'unit à l'anneau supérieur, tout en s'ouvrant par le dos. Après cela la moitié du faisceau dorsal unie au faisceau supérieur s'isole à son tour, ce qui donne une figure, dans laquelle le faisceau supérieur conserve la forme d'une gouttière. Enfin cette gouttière se fend longitudinalement, ce qui produit les quatre faisceaux du pétiole secondaire. Le lecteur doit comprendre que je ne veux indiquer ici que les positions relatives de ces faisceaux, et seulement approximativement.

Comme on le voit, les rachis secondaires parfaits possèdent quatre faisceaux comme les rachis primaires, mais ils sont plus faibles; et dans les deux ordres d'organes ou de rachis ils se comportent d'une façon tout à fait analogue. Aussi les rameaux tertiaires sont-ils produits par les rameaux secondaires, par le même mode que ceux-ci le sont par le pétiole primaire, c'est-à-dire par l'émission d'un fascicule par chacun des deux faisceaux d'un même côté, lesquels fascicules s'assemblent pour former le corps vasculaire du pétiolule ou rameau ou nervure tertiaire; mais, on le conçoit, ces rameaux vasculaires de troisième ordre sont toujours fort réduits, avant l'union des deux faisceaux, comme après leur union, et à des formes diverses, suivant les diversités de plantes.

J'ai observé dans quelques cas que le rameau inférieur d'une branche secondaire était produit par le seul faisceau supérieur correspondant, sans le concours du faisceau inférieur ou dorsal, tandis que les rameaux tertiaires qui venaient au-dessus recevaient un fascicule de chacun de ces deux faisceaux, selon la coutume.

Les quatre faisceaux des pétioles secondaires, après s'être disposés deux à deux comme il vient d'être exprimé, s'unissent, en montant, à la façon de ceux du pétiole primaire, et, s'affaiblissant de bas en haut, ils reproduisent les formules que j'ai signalées ci-dessus pour la terminaison des rachis primaires.

M. CHEVREUL annonce à l'Académie qu'il vient de recevoir une lettre de M. Coste, et s'exprime comme il suit :

M. Coste m'écrit du château de Résenhese, près de Gacé (Orne), où il dirige une ambulance internationale, établie dans le château. Sa santé est assez satisfaisante; il souffre encore de ses yeux, fatigués, dit-il, par l'abus du microscope. Il ajoute qu'il a dicté plusieurs chapitres de son ouvrage.

Il remercie l'Académie de l'intérêt qu'elle a pris à la communication de M. Dumas, qui a bien voulu lui expliquer les motifs de son absence.

La lettre de M. Coste est écrite de sa main, ce qui annonce un progrès réel dans sa santé.

(A suivre.)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

MM. les docteurs Verneuil, Duchaussoy et Commenge ont été nommés chevaliers de la Légion d'honneur.

— Le docteur Moreau (de Tours), médecin de la Salpêtrière, le docteur Alfred Lefebvre, le docteur E. Lepère, ont l'honneur de prévenir les amis du docteur Alexis BURLAUD, ancien interne des hôpitaux, leur cousin, décédé à La Motte-Beuvron (armée de la Loire), le 23 octobre 1870, que son corps sera ramené à Paris le lundi 23 octobre 1871, et qu'un service sera célébré ce jour-là à la chapelle du Père-Lachaise, à 11 heures très-précises.

— M. le docteur Dujardin-Beaumetz, médecin des hôpitaux, chef de clinique de la Faculté, commencera un cours public et gratuit de pathologie interne le lundi 23 octobre, à l'amphithéâtre nº 3 de l'École pratique, et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants à la même heure.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois... 8 fr. 50 c.
Six mois..... 16 —
Un an...... 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 21 octobre 1871.

HOPITAL DE LA CHARITÉ

M. PETER, suppléant de M. le professeur SÉE.

Conférences cliniques sur les pelvi-péritonites (1).

(Recueillies par M. J. FINOT, élève en médecine.)

Je vous ai dit, messieurs, que la tumeur que la malade du n° 6 portait dans le cul-de-sac rétro-utérin n'était pas vraisemblablement constituée par de la sérosité : d'abord parce qu'elle était survenue trop brusquement, ensuite parce qu'elle n'était pas absolument fluctuante, mais simplement élastique. Puis, remontant à la cause, c'est-à-dire au coït pratiqué pendant la période menstruelle, j'ai ajouté que la tumeur devait être constituée par du sang, les règles arrêtées extérieurement s'étant continuées à l'intérieur. Le sang déversé dans la cavité péritonéale s'y était coagulé comme il fait dans la palette du chirurgien : d'où, la tumeur élastique. Puis, en tant que corps étranger, il avait irrité d'abord le péritoine pelvien et de proche en proche le reste de la séreuse ; et telle était l'origine des accidents observés lors de l'entrée de la malade à l'hôpital.

On a dit, messieurs, que les séreuses étaient assez tolérantes, mais on s'est autorisé d'expériences dont les chevaux étaient le sujet, et encore avait-on choisi la plèvre de ces animaux. Or, quelle comparaison établir entre la plèvre et le péritoine? Celle-là n'est en rapport qu'avec le poumon et les nerfs pariétaux. Le péritoine au contraire est un *trait-d'union anatomique* (qui peut devenir un *trait-d'union pathologique*), entre les organes les plus divers ; il recouvre en outre ces plexus nerveux si riches qui sont comme le centre de la vie organique. Vous comprenez alors comment cette femme a pu entrer ici avec tous les accidents que la péritonite généralisée présente, ainsi que le choléra, parce qu'elle produit la même sidération nerveuse que lui et entrave à un égal degré la vie organique.

Ces accidents calmés, la malade nous est restée avec sa pelvi-péritonite d'origine sanguine. Or, messieurs, l'hématocèle peut causer des accidents d'autre sorte. Quand l'épanchement sanguin est très-abondant, il peut causer la mort en quelques heures, soit par syncope, ainsi qu'il arrive à la suite de toute perte de sang trop rapidement abondante, soit par sidération nerveuse provenant des douleurs excessives d'une péritonite suraiguë. C'est ainsi qu'étaient mortes les femmes dont M. Tardieu a eu à faire l'autopsie médico-légale, et qu'on croyait empoisonnées, tellement avaient été brusques et violents les symptômes précurseurs de la mort. L'une de ces femmes avait fait des excès de coït ayant ses règles, ainsi qu'il résulte des aveux du mari ; une autre, une jeune juive, s'était livrée successivement à plusieurs étudiants. Dans les deux cas, les organes digestifs furent trouvés parfaitement sains, mais il y avait du sang plein le péritoine.

Heureusement les choses se passent d'une autre façon dans la plupart des cas. Le sang tombe goutte à goutte dans la cavité péritonéale ; il s'y coagule en partie ; une inflammation de voisinage se développe, des adhérences se produisent, et il en résulte la formation d'un kyste.

Ultérieurement, de deux choses l'une : ou bien il y a résorption presque complète, ou bien il se produit une inflammation éliminatrice, qui, par perforation, donnera issue au produit étranger, soit dans le rectum, soit dans le vagin, soit, plus rarement et plus malheureusement, dans la vessie.

Ainsi, notre malade avait une pelvi-péritonite, dont le point de départ était une hématocèle. Or, il y a plusieurs espèces de pelvi-péritonite.

Ici c'était, sans aucun doute, une pelvi-péritonite *séro-adhésive*, pour employer la désignation si exacte de M. Bernutz, et ce sont là celles qu'on observe le plus souvent.

Une autre forme infiniment plus grave est la pelvi-péritonite *purulente*, qui survient souvent à la suite de l'accouchement, et cela ne doit pas vous surprendre, étant connue la *nocuité* de l'état puerpéral. Vous avez alors une masse inflammatoire plus volumineuse, et puis une fièvre volontiers persistante, que la moindre influence exaspère ; et enfin, la sécrétion étant de soi purulente tend à une expulsion analogue à celle dont je vous parlais tout à l'heure et dont la nature fait le plus souvent tous les frais. Cette issue du pus à l'extérieur avait motivé et presque légitimé la doctrine du phlegmon péri-utérin : on disait alors que le phlegmon s'était terminé par *abcès*.

La tumeur, vous ai-je dit, est volumineuse ; rétro-utérine, le plus souvent, elle colle l'utérus contre la ceinture pelvienne et déborde de chaque côté de lui. D'une consistance inégale, elle est molle ici, fluctuante là, et tente souvent le bistouri du chirurgien. Qu'il ne succombe pas cependant à la tentation, car, dans ce cas, la nature fait mieux que nous en fermant au pus l'entrée de la cavité péritonéale par des adhésions inflammatoires successives. L'intervention chirurgicale n'est excusable que lorsqu'une fièvre hectique considérable vient mettre en péril les jours de la malade. Telles étaient, sur ce point, la doctrine et la pratique de Trousseau, et je crois que vous ferez bien de vous en rapporter à lui.

On a dit que la position rétro-utérine pouvait servir au diagnostic différentiel entre l'hématocèle et la pelvi-péritonite purulente. Il n'en est rien, absolument rien. Dans un cas comme dans l'autre, le liquide s'accumule là où il peut s'accumuler, et voilà pourquoi, au contraire, la position de la tumeur est la même dans les deux cas.

Pour achever ce dessin assez abrégé, mais suffisant, je pense, de la pelvi-péritonite purulente, je dois ajouter que trop souvent elle se termine par une fièvre putride résultant de ce que le foyer arrive au contact de l'air ; ou bien encore, la plèvre se prend à son tour, et, dans les mauvaises conditions où se trouve le sujet, la pleurésie est inévitablement purulente ; ou enfin, c'est le parenchyme pulmonaire lui-même qui s'enflamme consécutivement, et l'on voit survenir une péri-pneumonie de mauvais caractère, analogue à celles qu'on observe dans la fièvre typhoïde. Vous voyez ainsi que, quand il y a purulence, la pelvi-péritonite est bien autrement grave que dans les autres cas.

J'ai encore à vous parler de ce que M. Bernutz a appelé la *pelvi-péritonite chronique ;* c'est celle qui, comme je vous l'ai dit, tend à s'éterniser, soit par suite de la mauvaise constitution de la malade, soit parce que les règles ou le coït viennent ajouter de temps en temps un nouveau processus phlegmasique au processus déjà existant. Dans ce dernier cas, la malade aurait pu guérir par l'hygiène aidée d'une bonne thérapeutique ; et l'hygiène alors consiste à mettre, pour ainsi dire, son utérus *en écharpe*, en restant couchée et en évitant le coït.

Mais ne l'oubliez pas, la constitution de la malade doit entrer aussi pour une part dans votre pronostic, qui doit reposer sur la double notion de l'état du malade et de la nature en même temps que des fonctions du tissu atteint. C'est que le pronostic est avant tout une question d'intelligence et de bon sens, alors que le diagnostic n'est qu'une affaire de sensations.

Nous avons vu que la péritonite séro-adhésive guérit assez vite ; mais, pour la maladie chronique, il est impossible de savoir ce qu'elle durera. Et alors la tumeur augmente de plus en plus et peut arriver jusqu'à l'ombilic.

Dans la dernière leçon, je vous ai expliqué comment *la vie de l'espèce* pouvait être atteinte dans ce cas, l'œuf ne pouvant plus parvenir dans l'utérus, et comment *la vie de l'individu* même arrivait à être compromise, soit par les entraves apportées à la circulation du chyle, soit même par des accidents plus étranges, tels que ceux que j'ai observés dans le service de M. Cruveilhier, alors que j'étais son interne. Une femme morte avec tous les symptômes de l'étranglement interne nous présenta, à l'autopsie, une bride pseudo-membraneuse étendue d'un bord à l'autre d'une fosse iliaque, et étranglant une anse intestinale ; cette bride se reliait à d'autres adhérences pelviennes, vestiges d'une pelvi-péritonite ancienne. En pareil cas, les accidents peuvent cesser (M. Bernutz en cite plusieurs exemples) si on emploie une médication convenable, si on administre, par exemple quelques gouttes d'huile de croton tiglium, et qu'on réussisse ainsi à débarrasser l'intestin.

(*A suivre.*)

(1) Suite. — Voir les numéros des 15 et 26 août 1871.

DE L'ASPIRATION TRACHÉALE

APRÈS LA BRONCHOTOMIE (1)

Par le docteur CHASSAIGNAC.

Il suffit de lire avec quelque attention les nombreuses observations de trachéotomie que la science possède aujourd'hui, ou de se reporter par le souvenir aux opérations de ce genre dont on a été témoin, pour comprendre toute l'importance de l'*aspi-*

(1) Les applications du principe de l'aspiration pneumatique se multipliant tous les jours et entrant de plus en plus dans la pratique usuelle, nous croyons opportun de rappeler l'application heureuse que M. le docteur Chassaignac a faite, depuis plusieurs années, déjà, de ce principe à l'opération de la bronchotomie, et de mettre sous les yeux de nos lecteurs une partie des faits et des idées qu'il a exposés sur ce sujet dans son *Traité de la Trachéotomie*.

FEUILLETON BIBLIOGRAPHIQUE

TRAITÉ CLINIQUE ET PRATIQUE
DES MALADIES PUERPÉRALES

Par le docteur E. HERVIEUX.
Médecin de la Maternité de Paris (1).

Les chapitres sur la péritonite composent une véritable monographie, où sont exposées les variétés de péritonites généralisée ou localisée dans les régions diaphragmatique, hypochondriaque, épiploïque, iliaque et intra-pelvienne. La péritonite est certainement la maladie puerpérale la plus fréquente, aussi était-il tout naturel que l'auteur lui ait consacré une longue description, où se trouvent fidèlement retracés tous les caractères cliniques et anatomiques de la maladie. La péritonite, le plus souvent mortelle, est accompagnée d'épanchements purulents abondants; mais si les malades ne succombent pas dans les premiers jours de la maladie puerpérale, les épanchements peuvent s'enkyster et le pus peut se faire jour au dehors, ainsi que cela a déjà été constaté plusieurs fois (thèse de Féréol, 1859), et la guérison peut avoir lieu après la sortie du pus, lorsque les forces des malades n'ont pas été trop épuisées par la fièvre et la diarrhée (*Gazette des Hôpitaux*, juin 1861, docteur Laplagne). Les péritonites ulcéreuses perforantes n'ont guère chance de se terminer par la guérison que si l'ouverture se fait par le vagin et surtout par la paroi abdominale antérieure ou la région inguinale. Lorsque le pus se vide dans l'intestin, la mort en est souvent la conséquence. Aussi M. Hervieux, qui a observé toutes ces variétés de péritonite, a-t-il été conduit, et cela avec succès, à pratiquer dans des conditions déterminées l'ouverture de ces épanchements purulents, et cela notamment sur la ligne médiane de l'abdomen, à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic (V. p. 232 et suiv.)

Il est opportun de remarquer que ces tumeurs fluctuantes, ont le plus souvent pour lieu d'origine le péritoine pelvien ou le tissu cellulaire du bassin.

La marche de ces abcès avait déjà été très-bien étudiée par le professeur Gubler (*Union médicale*, 1852). Plus tard, Bernutz et Goupil (pelvi-péritonite) et Aran (abcès péri-utérins), ont insisté longuement sur la symptomatologie et l'anatomie pathologique de ces collections purulentes.

Dans les cas de métrite avec écoulement de matières purulentes et fétides, M. Hervieux recommande d'avoir recours plusieurs fois par jour aux injections intra-utérines. Le liquide injecté au moyen de la sonde à double courant du docteur Avrard, est de l'eau chlorurée au 50e, au 40e et même au 20e, suivant les cas. « Les injections intra-utérines doivent donc rester dans la pratique, et nous « n'hésiterons jamais, dit le docteur Hervieux, à y recourir toutes les « fois que les adultérations du flux lochial menaceront d'introduire « dans l'organisme un poison que nous savons être si souvent « mortel. »

Lorsque les injections ont pour but seulement de débarrasser la cavité utérine des matières sanieuses, on peut faire usage de *deux cents* à *neuf cents* grammes d'eau chlorurée, en ayant soin de bien surveiller la quantité du liquide qui s'écoule par l'un des orifices de la sonde à double courant. Mais lorsque notre savant confrère de la Maternité a recours aux injections intra-utérines pour arrêter une métrorrhagie, l'expérience lui a fait accorder la préférence à la solution hémostatique du professeur Piazza, modifiée par Adrian et composée comme il suit :

Chlorure de sodium pur..................	*quinze* grammes.
Solution de perchlorure de fer neutre à 30°.	*Vingt-cinq* —
Eau distillée..........................	*Soixante* —

On doit commencer par des doses de *trente* à *soixante* grammes, et lorsque les injections sont bien tolérées, on peut les élever à *cent* et *deux cents* grammes. Cette solution est hémostatique et antiputride.

Toutes les maladies de l'appareil génital que l'on observe à la suite des couches ont été exposées avec beaucoup de soin, mentionnant la description des différentes formes de la vaginite et de la vulvite, l'inflammation des ligaments larges et l'étude du phlegmon

(1) Fin. — Voir le dernier numéro.

ration trachéale. Combien de fois, en effet, même après l'opération la mieux faite, ne voit-on pas que la respiration se fait d'une manière incomplète, entravée qu'elle est, soit par la persistance opiniâtre de pseudo-membranes encore contenues dans la trachée ou dans les bronches, soit par du sang coagulé qui a pénétré dans le conduit aérien pendant les manœuvres opératoires. Nous ne craignons donc pas de dire que l'un des desiderata les mieux sentis dans la pratique de la trachéotomie, c'est un moyen sûr et efficace d'expulser du conduit trachéal les corps étrangers qui s'y trouvent retenus.

Deux méthodes peuvent être employées dans ce but : l'une qui consiste dans la titillation de l'éperon bronchique, l'autre qui est constituée par l'aspiration trachéale directe.

Un mot d'explication à ce sujet :

Nous avons bien des fois observé qu'il suffisait, pour amener l'expulsion des produits pseudo-membraneux ou des caillots sanguins contenus dans les bronches, de porter, à travers la canule mise en place et solidement retenue, une petite éponge très-fine au bout d'une tige de baleine infléchie et qu'on faisait pénétrer assez avant pour aller toucher l'éperon bronchique, quelquefois même pour arriver dans la bronche gauche. Ce moyen pourrait donc rendre quelques services. Mais il a malheureusement des inconvénients graves.

Indépendamment de ce que l'attouchement plusieurs fois répété de l'éperon bronchique peut ajouter de l'irritation à celle qui existe déjà, on peut, en exécutant cette manœuvre, refouler plus profondément encore les produits qu'on a le désir de faire expulser et bourrer en quelque sorte les bronches avec le produit de leur sécrétion anormale.

Si l'on en était réduit à l'emploi d'une action expultrice artificiellement provoquée chez le malade, nous préférerions de beaucoup l'emploi de l'éternuement provoqué par le chatouillement des narines.

La manière d'agir de ce genre de moyen entraîne, de toute évidence, la pénétration vive et rapide de l'air dans l'inspiration brusque qui doit précéder l'expiration expulsive.

Or, cette inspiration brusque a pour effet d'enfoncer plus profondément les corps qu'on a la volonté de faire expulser par l'expiration qui va suivre ; nous préférons donc de beaucoup l'aspiration trachéale directe.

Celle-ci peut s'effectuer de deux manières : soit par la succion qu'exerce l'opérateur ou l'un de ses aides, soit au moyen de notre aspirateur.

Si la succion de la plaie exécutée en appliquant les lèvres sur le pourtour de l'incision trachéale doit rester comme un souvenir impérissable du dévouement des chirurgiens, nous devons dire que, comme moyen efficace et véritablement pratique, ce mode d'aspiration est très-imparfait.

Toutefois, en présence d'un danger imminent, nous ne pourrions qu'applaudir à la conduite de ceux qui, n'écoutant que leur amour de l'humanité, imiteraient l'exemple qui a été donné par Roux et plus tard par Ricord.

On voit donc, par ce qui précède, qu'il y avait pour nous un intérêt puissant à rechercher un moyen sérieux et efficace d'exécuter l'aspiration trachéale.

Ce moyen nous a donné sur le vivant les résultats les plus satisfaisants. Chez une femme opérée de trachéotomie à l'hôpital Lariboisière, à l'occasion d'une phthisie laryngée, nous avons fait vingt ou trente fois l'application de notre appareil ; c'était dans le but d'entraîner des mucosités tellement tenaces que, quand elles tapissaient la face intérieure de la canule interne et quand on retirait celle-ci pour la nettoyer, ce n'est qu'à grand-peine qu'on parvenait, même avec l'écouvillon de crin, à débarrasser la canule de cette production poisseuse.

L'aspirateur trachéal, tel que nous l'avons fait construire par M. Matthieu, consiste essentiellement en un ballon de verre de la capacité d'un demi-litre, et dans lequel on fait le vide ou tout au moins on produit une raréfaction assez forte pour que, quand on vient tout d'un coup à ouvrir un accès à l'air dans ce ballon, il y pénètre avec un sifflement marqué.

Ce ballon présente, sur deux points opposés de sa surface, des tubulures munies chacune d'un robinet. Sur l'une des tubulures on applique et on fait tenir, au moyen d'une vis, un tube flexible se rendant à une de ces petites pompes à air qu'on emploie pour l'application des ventouses ; l'autre tubulure est armée d'une canule trachéale simple dont la courbure est semblable à celle des canules généralement employées. Le diamètre de cette canule s'accroît progressivement de la pointe vers la base, de telle sorte que, pouvant pénétrer dans les canules les plus petites, elle peut, suivant le degré auquel on l'engage, entrer à frottement dans les canules du diamètre le plus considérable.

Quand on veut se servir de l'instrument, on commence par aspirer l'air contenu dans le ballon et on ferme le robinet. On introduit alors la canule montée sur le ballon dans l'intérieur de celle qui est à demeure sur le malade.

Ici nous devons mentionner deux particularités d'une importance extrême, et dont l'omission rendrait difficile et inefficace l'emploi du moyen que nous recommandons.

Il faut d'abord que la canule qui appartient au ballon soit montée au moyen d'un anneau de caoutchouc très-épais, de manière à donner un peu de flexibilité aux mouvements qu'on est obligé d'imprimer à la canule d'aspiration pour l'introduire, sans secousse douloureuse, dans la canule qui est en place.

La seconde précaution consiste à enduire de saindoux ou de cérat les canules emboîtées, autrement l'aspiration se fait mal.

Tous ceux qui savent de quelles circonstances, en apparence insignifiantes, peut dépendre le succès des expériences de physique, même les plus sûres, n'auront peut-être pas de peine à comprendre comment l'omission de la précaution dont nous venons de parler a suffi pour faire échouer pendant longtemps toutes les combinaisons et toutes les tentatives que nous avons essayées dans le but d'obtenir une bonne aspiration trachéale.

Nous dirons que les tubulures du ballon, munies de leurs robinets, doivent présenter un diamètre à peu près égal à celui d'une canule trachéale de volume ordinaire. Autrement, le trajet du canal qui conduit au ballon se trouvant obstrué par la première fausse membrane tant soit peu consistante qui se présenterait, l'appareil serait mis hors d'état de fonctionner.

Tel qu'il est, il a une puissance d'aspiration suffisante pour que, quand nous en faisions l'application sur le vivant, les matières liquides ou solides brusquement aspirées de l'intérieur de la trachée vinssent s'appliquer avec force contre le fond du ballon, après avoir traversé celui-ci dans tout son diamètre.

Résumé du procédé opératoire. — Afin d'exposer sans interruption tous les temps de la manœuvre opératoire, tels qu'ils doivent se succéder au moment de l'exécution, nous en présenterons un résumé succinct.

Le malade étant couché et maintenu comme nous l'avons dit, le chirurgien promène le doigt sur la région laryngo-trachéale jusqu'à ce qu'il ait senti la saillie cricoïdienne. Il arrête cette saillie en la refoulant un peu en haut au moyen de l'ongle du doigt indicateur. La main droite, tenant le ténaculum comme un couteau de table, présente cet instrument dans une direction perpendiculaire à celle de la trachée et ponctionne ce conduit.

Après cette ponction, le manche de l'instrument décrit un arc de cercle au moyen duquel le ténaculum est ramené à la direction longitudinale, de transversal qu'il était. Ce manche est alors saisi avec la main gauche et attiré fortement en haut.

La main droite, armée d'un bistouri terminé par deux lames, l'une aiguë, l'autre mousse, fait pénétrer la pointe aiguë de l'instrument dans la cannelure du ténaculum et de là dans la trachée ; après quoi on divise sur-le-champ quatre cerceaux cartilagineux.

L'opérateur abandonne alors le bistouri pour prendre de la main droite le dilatateur. Il en dirige également la pointe contre la cannelure du ténaculum, le fait pénétrer dans la trachée, l'instrument étant dans une direction transversale, puis il le ramène à la position longitudinale par un mouvement d'arc de cercle exactement semblable à celui qui a été décrit avec le ténaculum.

Le dilatateur, une fois mis en position, est saisi avec la main gauche et ouvert au degré nécessaire pour l'introduction de la canule.

Celle-ci est présentée avec la main droite et poussée doucement dans la direction de la trachée.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 11 octobre 1871. — Présidence de M. H. Blot.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance comprend :

— Les journaux de la semaine. — La *Gazette médicale de Strasbourg.* — Le *Bulletin médical du nord de la France.* — Le *Marseille-Médical.*

Pourriture d'hôpital ; traitement de cette affection par le camphre en poudre, par le docteur Netter, médecin militaire.

Clinical Society's transactions of London, vol. III et IV.

Bulletin de la Société française de secours aux blessés, n° 9 ; rapport sur les travaux de la septième ambulance, par le docteur Armand Després, ancien chirurgien en chef de la septième ambulance. — Remerciements.

M. Bouvier dépose sur le bureau de la Société : de la *surdi-mutité*, discours prononcé à l'Académie en 1854. Article *Main-Bote* du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.*

M. Monod, ne pouvant assister à la séance, envoie la lettre suivante :

9 octobre 1871.

« Monsieur le président,

« En réfléchissant aux remarques qui ont été faites sur ma communication, il m'a paru que le but que je m'étais proposé, en lisant cette note, n'avait pas été bien établi par moi, et je demande à le préciser plus clairement :

« Le fait qu'en extrayant une très-petite quantité du liquide constituant une collection séreuse, et y substituant immédiatement une moindre quantité d'alcool à 40°, on peut obtenir la guérison de ces collections, m'a paru établi par quelques observations, et je l'ai signalé à la Société dans l'espoir de provoquer des recherches sur ce fait, qui, s'il était bien établi, serait certainement d'une utilité pratique incontestable.

« Pour ce qui regarde la cure de l'hydrocèle, sur laquelle la discussion s'est concentrée, il est certain que, quelles que soient les tentatives faites antérieurement pour modifier ce traitement, la pratique consiste encore à vider le sac et à provoquer, par l'injection de la teinture d'iode ou de l'alcool, une inflammation adhésive de la tunique vaginale, opération qui est douloureuse et qui exige un repos plus ou moins prolongé. Je pense qu'il n'y a pas un de nos collègues qui, s'il était affecté d'une hydrocèle, ne serait très-heureux de s'en débarasser comme j'ai pu le faire de la mienne par une simple piqûre d'aiguille, sans rien changer à son train de vie ordinaire, et qui ne s'empresserait de faire profiter ses clients de ce moyen de guérison. Le danger signalé par M. Verneuil, de l'infiltration du liquide dans la bourse, si ce liquide n'est pas complétement évacué, me paraît nul à cause de la ténuité de l'aiguille, et les faits que j'ai cités viennent à l'appui de cette opinion. Le fait raconté par M. Verneuil ne prouve rien à l'encontre, la ponction ayant été faite avec le trocart explorateur. Le tout est de réunir des faits assez nombreux pour mettre hors de doute l'efficacité du moyen de guérison indiqué dans ma note, et c'est dans ce but que j'ai sollicité le concours de mes collègues, étant moi-même *hors de service.* J'ajoute que c'est plutôt à la pratique de ville qu'à celle des hôpitaux que me semble réservée cette tâche, puisqu'il s'agit d'un traitement qui n'exige pas le séjour au lit et qui doit être suivi longtemps.

« Quant à la cure des kystes, je n'ai pu, il est vrai, citer qu'un seul cas de guérison ; mais il m'a paru d'un intérêt très-réel, et j'ai été surpris de le voir passé sous silence dans la discussion. J'appelle de nouveau l'attention de la Société sur ce fait, dans l'espoir que de nouvelles tentatives viendront démontrer la possibilité de guérir certains kystes par ce procédé.

« J'ai exprimé l'espoir que ce procédé pourrait être appliqué à la cure de l'hydarthrose. Malgré les craintes exprimées par M. Verneuil, et que nous partageons tous, basées sur le danger des plaies pénétrantes du genou, je crois qu'on peut, sans être taxé d'imprudence, essayer ce procédé pour guérir une hydarthrose chronique, parce qu'il y a une grande différence entre une membrane syno-

---

iliaque. Tout médecin trouvera dans ces descriptions la confirmation des faits qu'il a pu observer, et les élèves y puiseront de solides notions, surtout s'ils veulent lire attentivement les différentes observations qui ont été recueillies par l'auteur.

Restant fidèle au plan anatomique qu'il s'est imposé, M. Hervieux arrive à décrire, ce qui n'avait pas encore été fait, la néphrite puerpérale avant et après l'accouchement, et mettant à profit les derniers travaux rédigés sur la néphrite, il a pu constater sur ses malades les caractères des néphrites passagères subaiguës, aiguës, chroniques et métastatiques ; c'est là un chapitre nouveau dans la pathologie puerpérale et qui servira de point de départ à des recherches ultérieures.

Depuis plusieurs années, on s'est occupé avec beaucoup d'ardeur des maladies du système vasculaire, et plus particulièrement des coagulations veineuses et artérielles et des caillots migrateurs auxquels ces coagulations donnent naissance. Senhouse Kirkes et Simpson, en Angleterre, Cohn et Virchow en Allemagne, ont été des premiers à décrire ces lésions et leurs symptômes. Bientôt en France on se mit à l'œuvre, et il ne fut point d'année où des travaux et des observations de grande valeur n'aient été publiés sur cet intéressant sujet. L'école expérimentale en France ne tarda pas à confirmer les notions qui étaient le résultat de la clinique et de l'anatomie pathologique ; il n'est guère de question de pathologie qui se soit maintenue à l'ordre du jour d'une façon aussi continue, et les efforts des travailleurs ne sont pas restés stériles ; peut-être serait-il permis de dire que la science est presque entière sur ce point.

L'auteur du *Traité des maladies puerpérales* n'ignorait aucun des travaux de ses devanciers, aussi le chapitre qu'il a rédigé sur les thromboses artérielles et veineuses, sur l'endocardite ulcéreuse et sur les embolies, est-il aussi complet qu'on peut le désirer si l'on se place surtout au point de vue pratique.

Toutefois, M. Hervieux nous semble accorder une part étiologique trop grande à l'empoisonnement puerpéral dans les coagulations vasculaires et dans l'endocardite ulcéreuse. Qu'il nous soit permis de faire remarquer à notre savant collègue que Simpson, ainsi que le rappelle M. Hervieux (p. 871), attribue la cause de l'endocardite ulcéreuse puerpérale « à une altération du sang, analogue à celle « qui est observée dans le rhumatisme articulaire aigu et dans « l'albuminurie chronique : diminution des globules rouges, augmentation du sérum et excès de fibrine, et, de plus, rétention d'urée et d'acide lactique chez la nouvelle accouchée. »

Ces coagulations ne s'observent-elles pas fréquemment dans les cachexies tuberculeuses cancéreuses et dans certaines formes de rhumatisme articulaire aigu ?

Quelque valeur que l'on veuille accorder à notre remarque sur l'étiologie de l'endocardite et des coagulations vasculaires puerpérales, nous tenons le travail de M. Hervieux sur ce sujet comme un des plus importants qui aient été publiés depuis vingt ans et nous en recommandons la lecture à tous ceux qui voudront être au courant de la question. Ajoutons que, dans le cours de son travail, M. Hervieux a fait preuve d'une sérieuse érudition ; les ouvrages anglais et allemands, où il pouvait puiser d'utiles renseignements, ont été interrogés par notre confrère, et il a une parfaite connaissance de tout ce qui a été publié en France sur la matière. Nous répétons donc, et cela avec toute justice, que ce chapitre du traité de M. Hervieux renferme pour tous d'utiles et nombreux enseignements.

Là pourrait s'arrêter notre analyse et nous en avons assez dit pour prouver l'importance de l'ouvrage du docteur Hervieux sur les maladies puerpérales, mais nous devons encore citer les chapitres sur les paralysies, le tétanos, la tétanie, la folie et la mort subite dans l'état puerpéral.

Jusqu'à ce jour, lorsque chacun de nous voulait relire la description des différentes maladies qui frappent les femmes récemment accouchées, il nous fallait recourir à des thèses ou à des mémoires qui traitaient seulement de l'une des maladies dans l'état puerpéral. M. Hervieux a donc rendu un service important aux médecins et aux élèves en réunissant en un traité clinique et pratique toutes les maladies puerpérales. Ajoutons que la description de ces maladies a été enrichie de renseignements historiques qui permettent de remonter facilement aux travaux originaux dont M. Hervieux a su faire son profit, sans jamais négliger de rendre justice aux auteurs de ces travaux.

Après avoir lu cette œuvre considérable de notre savant confrère, nous ne saurions trop applaudir à l'autorité que notre collègue vient de conquérir dans l'enseignement des maladies puerpérales.

Dr Dumontpallier.

viale normale et celle qui a été modifiée par le long séjour de la synovie en excès.

« Quant aux autres collections séreuses, mentionnées dans ma note, je persiste à espérer que des tentatives faites par la Société prouveront que ce procédé peut être utilement appliqué à leur guérison, dans quelques cas au moins.

« Agréez, mon cher président, l'assurance de mon affectueux dévouement.

« G. MONOD. »

M. LARREY présente deux photographies, relatives à une mutilation de la face par un éclat d'obus. Ces photographies représentent le blessé avant et après l'application d'un appareil prothétique, fabriqué par M. Delalain, dentiste.

PRIX

Prix Édouard Laborie.

Le prix Laborie est décerné au meilleur travail sur un sujet quelconque de chirurgie. Les mémoires doivent être reçus au secrétariat général de la Société, avant le 1er novembre de chaque année.

Le prix n'ayant pas été décerné en 1870, il y a lieu de décerner, cette année (janvier 1872), non-seulement le prix dont la valeur annuelle est de 1,200 francs, mais, le cas échéant, des encouragements pour une somme égale aux compétiteurs qui seraient classés après le premier lauréat.

COMMUNICATION

Tubercules du testicule.

M. VERNEUIL. Les malades atteints de tubercules du testicule séjournent très-longtemps dans nos hôpitaux, où ils sont retenus par des abcès développés autour des foyers tuberculeux, par des lymphangites, par des rougeurs érysipélateuses. Après une amélioration plus ou moins longue, viennent les rechutes successives, et la maladie a une durée illimitée. Pour ces malades, j'ai remis en pratique un moyen préconisé par Dupuytren et par l'École de Lyon; je veux parler de la cautérisation qui m'a rendu service dans ces dernières années.

Dupuytren cautérisait avec la potasse caustique, Bonnet (de Lyon) avec le chlorure de zinc. Quand l'escharre tombait, on renouvelait la cautérisation; et dans une observation publiée dans le traité de Philipeaux, on trouve l'histoire d'un malade qui fut ainsi successivement cautérisé cinq ou six fois. J'ai pensé qu'on pourrait remplacer avantageusement les caustiques potentiels par le fer rouge.

Je me sers d'un cautère à boule, avec pointe effilée. Le chloroforme étant donné, je plonge cette pointe dans les foyers tuberculeux, où je la pousse hardiment et profondément. La réaction est modérée, et une partie de la masse tuberculeuse tombe avec l'escharre; souvent la fistule se cicatrise complétement.

Il est bien entendu que ce traitement ne guérit pas définitivement les malades, et qu'il ne peut pas empêcher la production de nouveaux foyers tuberculeux, mais la maladie est rapidement et notablement amoindrie. J'en suis maintenant à ma sixième observation, et plusieurs de mes malades se sont crus, pendant plusieurs années, définitivement guéris.

Encouragé par l'expérience, je suis aujourd'hui plus hardi que par le passé, et quand un abcès tuberculeux du testicule est formé, je l'ouvre avec le fer rouge; chez l'un de mes malades qui présentait des abcès tuberculeux avec deux tumeurs tuberculeuses encore indurées, je plongeai même le cautère non-seulement dans les abcès, mais dans les masses dures. Toutes ces tentatives m'ont réussi, et ce traitement m'a paru excellent; il produit rapidement une amélioration ou une guérison temporaire. J'en citerai un exemple : un beau garçon, ayant tous les attributs extérieurs d'un tuberculeux, entra dans le service de mon collègue M. Cusco avec un testicule criblé de tubercules. Sur la demande incessante du malade, la castration fut pratiquée. L'autre testicule devint tuberculeux et fut bientôt gros comme le poing. Le malade entra alors dans mon service, où je lui pratiquai la cautérisation dix ou six foyers. Jamais je n'ai obtenu de meilleur résultat, car au bout de six semaines, le testicule avait à peu près repris son volume normal; quelques petites fistules ont persisté, il est vrai, mais l'amélioration est si complète que le malade se croit définitivement guéri; le testicule qui lui reste a perdu, il est vrai, ses fonctions, mais le malade ignore, comme bien vous le pensez, ce fait de physiologie pathologique, et cette glande inerte n'en est pas moins à ses yeux un vrai testicule, un testicule moral pourrait-on dire. La question de savoir s'il était avantageux de conserver à un malade un testicule, alors même que cette glande ne fonctionne plus n'est d'ailleurs pas nouvelle; elle a été discutée autrefois devant notre Société et résolue par l'affirmative.

M. LARREY. J'ai vu mon père plonger le cautère actuel dans un testicule tuberculeux; il y eut détersion, amélioration, et le malade sortit guéri en apparence. De mémoire, je ne puis citer que ce fait, mais mon père avait généralisé l'emploi du cautère actuel pour le traitement des abcès par congestion.

M. LEGOUEST. Je suis très-heureux de voir porter de nouveau, à notre tribune, la question du traitement des tubercules du testicule. Dans une discussion précédente, la Société de chirurgie a déjà émis son avis et rejeté la castration comme inopportune; à l'Académie de médecine, la conclusion fut qu'il fallait énucléer la partie malade sans enlever la glande dans sa totalité; aujourd'hui, M. Verneuil conseille la cautérisation. Pour moi, je crois qu'il n'y a pas de règle absolue, et je ne rejetterais pas la cautérisation dans un cas où les testicules présenteraient çà et là quelques abcès tuberculeux; mais quand ces organes sont criblés de foyers ramollis et de fistules, je crois qu'il convient de procéder assez rapidement à la castration. En voulant conserver au malade un testicule inerte, un testicule moral pour me servir de l'expression pittoresque de M. Verneuil, on s'expose à des récidives sans fin, qui détériorent la santé du malade et compromettent sa vie.

Je parle avec une assez longue expérience derrière moi, parce que les chirurgiens militaires ont l'occasion de voir un grand nombre de testicules tuberculeux. Dans les cas ordinaires, j'ouvre les abcès et je renvoie, dès que je le peux, les malades dans leur pays avec un congé de convalescence; ils y guérissent quelquefois; mais quand la maladie récidive, je me décide, sans trop tarder, à pratiquer la castration.

M. TRÉLAT. La question des tubercules du testicule se présente sous des aspects différents, suivant le milieu où l'on observe. Pour moi, dans ma pratique particulière, j'ai observé plusieurs malades qui ont eu des tubercules, avec abcès et fistules, et qui ont guéri parce que la maladie avait une intensité moyenne. M. Legouest soigne habituellement d'autres malades, je le sais, et je ne suis pas surpris qu'il ait adopté une pratique différente. Je ne suis pas opposé à la castration dans les tubercules graves, mais c'est une question de mesure, et il ne faut pas aller trop vite quand il s'agit d'une détermination aussi importante; aussi, je suis d'avis que la pratique de M. Verneuil peut rendre service dans certaines circonstances.

M. LEGOUEST. En chirurgie, il y a des indications propres à chaque cas auxquelles il faut obéir. Quand un homme atteint de tubercules du testicule se trouve dans d'excellentes conditions hygiéniques, on peut temporiser; mais je m'élève avec force contre cette formule : il ne faut jamais enlever de testicule tuberculeux.

M. CHASSAIGNAC. Les succès de M. Verneuil sont importants et intéressants; je ne chercherai pas à les amoindrir, mais je me refuse à croire que la cautérisation profonde du scrotum et du testicule soit une opération sans gravité.

Je suis absolument opposé à la castration dans ces cas; quand il reste une portion du testicule, il faut la conserver parce qu'elle peut encore être utile.

Je reconnais l'importance du débat et je soumettrai à la Société le résultat de ma pratique; je tâcherai de prouver que les moyens doux valent mieux que la castration, pour laquelle on ne saurait être trop sévère.

M. LARREY. Il y a quarante ans peut-être j'ai présenté à la Société anatomique quatre testicules enlevés par mon père; deux d'entre eux étaient franchement tuberculeux. A quelque temps de là, je vis Delpech (de Montpellier), qui m'avertit qu'il ne fallait pas enlever de testicules tuberculeux. Je fis part de cette remarque à mon père, qui persista à penser, malgré l'opinion de Delpech, que la castration est indiquée dans certains cas. Néanmoins, dans ma pratique, je n'ai eu recours qu'à des excisions des énucléations partielles. La question mérite, je m'en conviens, un nouvel examen.

M. TILLAUX. Quand la Société de chirurgie examina cette question, elle condamna la castration; je ne pris alors aucune part à cette discussion, mais je suis de l'avis de M. Legouest, et j'ai enlevé le testicule à plusieurs malades sur leur propre sollicitation; mais il est évident que cette opération n'est applicable qu'aux cas graves.

M. PERRIN. M. Chassaignac repousse absolument la castration pour les cas de tubercules du testicule; mais nos autres collègues sont presque d'accord et subordonnent leur conduite à la gravité de la maladie. Si, par un traitement plus actif que par les moyens anodins ordinaires, on peut enrayer le mal, on rendra la castration plus rare. C'est là le but que M. Verneuil doit avoir atteint. La statistique de la castration est effrayante, elle est suivie de mort une fois sur quatre, on ne doit donc y recourir que dans les cas les plus graves.

M. LEGOUEST. La mortalité de un sur quatre a été prise sur un relevé qui comprend tous les cas de castration sans diagnostic de maladie, mais la statistique serait beaucoup plus favorable si elle était dressée en particulier pour les tubercules du testicule.

M. VERNEUIL. Je laisse de côté les cas légers, pour lesquels les moyens les plus doux sont parfaitement indiqués, et je circonscris la discussion en la faisant porter sur les cas moyens dans lesquels le chirurgien prévoit des abcès, des fistules et une suppuration indéfinie. Pour de tels malades, la guérison est difficile à l'hôpital avec les moyens ordinaires, et leur séjour prolongé au milieu de nos salles devient pour eux une cause d'affaiblissement et même de danger; or, ce serait leur rendre un grand service que d'améliorer rapidement leur état, pour leur permettre de quitter l'hôpital. Je crois qu'on peut atteindre ce but avec la cautérisation au fer rouge, et malgré les craintes exprimées par M. Chassaignac, je répète qu'il n'y a aucun danger à éteindre profondément un cautère dans le testicule quand son tissu est induré depuis longtemps.

Pour moi, la cautérisation actuelle doit prendre la place de l'ablation partielle du testicule; elle lui est préférable, parce qu'elle détermine une cicatrisation plus rapide.

Quand un testicule est envahi par la tuberculisation, l'organe tout entier perd ses fonctions, et je m'inscris en faux contre l'opinion de ceux qui pensent que les parties restées saines dans un testicule tuberculeux peuvent continuer à fonctionner; mais, cela dit, je crois, à la satisfaction morale de l'homme qui s'imagine avoir conservé un testicule propre à entrer en activité. C'est là une considération qui n'est pas sans importance, quoiqu'on en ait dit.

La castration, en admettant qu'elle réussisse, n'est pas d'ailleurs une opération radicale, car la tuberculisation de la prostate et des vésicules séminales est souvent contemporaine de la tuberculisation du testicule. Cette connexité est bien connue depuis qu'elle a été démontrée par Dufour dans la thèse inaugurale que vous connaissez tous.

Je suis bien d'avis que l'hygiène doit jouer un rôle important dans le traitement de la tuberculisation du testicule, mais nous ne pouvons malheureusement pas envoyer nos malades à la campagne en congé de convalescence, comme M. Legouest le fait pour ses soldats et dans les conditions où sont nos malades des hôpitaux de Paris, je crois que la cautérisation est appelée à rendre de grands services.

M. BOINET. J'ai à citer un fait qui témoigne de l'importance qu'il y a à conserver un testicule, alors même qu'il a été tuberculeux : un de mes clients, âgé de 28 ans, eut autrefois plusieurs abcès tuberculeux dans les deux testicules; il est aujourd'hui gros et bien portant, et il a noué des relations avec une femme avec laquelle il a des rapprochements sexuels environ deux fois par semaine. Chez lui il y a érection sans éjaculation au moment du coït, et je me suis assuré, d'autre part, que l'urine ne contenait pas de spermatozoaires; on ne peut donc pas dire que le liquide spermatique recule dans la vessie.

PRÉSENTATION DE MALADES

Plaie du cou. Extraction d'un biscaïen. — M. DUJARDIN-BEAUMETZ, médecin-major, présente, tant en son nom qu'en celui de M. le docteur Bérigny, de Versailles, un blessé dont il rapporte l'observation :

Coup de feu à l'angle de la mâchoire inférieure. — Fracture de cet os. — Trachéotomie. — Fistule salivaire. — Extraction d'un biscaïen pesant 215 grammes.

M. du B... de B..., âgé de 36 ans, capitaine au 2e régiment d'infanterie de marine, fut blessé, le 25 mai 1871, à deux heures du soir, à l'attaque du Jardin-des-Plantes, par un projectile tiré des batteries de l'île Saint-Louis. Ce projectile lui fracassa l'angle gauche de la mâchoire inférieure. Le blessé fit deux ou trois tours sur lui-même, tomba sur le dos, porta la main à sa blessure et en retira un corps dur et pesant qui lui parut être une balle. Il fut transporté à l'ambulance du Jardin-des-Plantes, où M. l'aide-major Clément dut s'occuper d'extraire des esquilles et d'arrêter l'hémorrhagie qui devenait inquiétante. A huit heures du soir, la tuméfaction de la région blessée, du cou, de la langue était considérable; la difficulté de respirer avait progressivement amené un commencement d'asphyxie. M. Clément pratiqua la trachéotomie. La nuit se passa sans accident. Le blessé dormit plusieurs heures. Le lendemain matin, M. Clément put introduire dans l'œsophage une sonde uréthrale et y fit passer du bouillon, puis on transporta le blessé à l'hôpital de la Pitié. La tuméfaction était toujours énorme; la mâchoire inférieure pendante; la langue, œdématiée, faisait saillie entre les dents; plusieurs esquilles furent retirées. Le 29 mai (5e jour), le blessé put avaler, par gorgées, un peu de bouillon. Le 1er juin (8e jour), il articula quelques sons. La canule trachéale tomba le 5 juin (12e jour), pendant la nuit, et ne fut pas replacée. Le blessé parla assez distinctement le 7 juin; le 9 juin (16e jour), il fut transporté à Versailles, où il reçut les soins de M. le docteur Bérigny. Dans les jours suivants, la tumeur sous-maxillaire perdit environ un tiers de son volume, mais la mastication était impossible; le blessé ne se nourrissait que d'aliments liquides ou réduits en pâte ou en pulpe : une mèche était introduite chaque jour dans la plaie au fond de laquelle le stylet rencontrait invariablement la dénudation de l'os maxillaire inférieur.

Cependant les forces étaient bien revenues; M. de B... se levait une grande partie du jour, lorsque, à la fin de juin 1871, à la suite d'une promenade imprudemment prolongée par un temps froid et humide, il fut pris brusquement d'anasarque. Ce fut à cette époque M. Beaumetz donna des soins au blessé. La mâchoire inférieure était pendante, les dents inférieures dépassant sensiblement les supérieures; la langue, œdématiée, remplissait à peu près l'écartement des mâchoires, sans cependant sortir entre les dents. L'articulation des sons était pénible; la déglutition assez facile; la fracture semblait en bonne voie de consolidation. Ce qui frappait tout d'abord, c'était la déformation de la région sous-maxillaire, dont les téguments, refoulés en bas, formaient une courbe descendant jusqu'au devant du cartilage tyroïde. Cette tumeur était d'une dureté ligneuse; sa palpation par la bouche causait au blessé de très-vives douleurs. L'angle gauche de la mâchoire inférieure n'existait plus, et, au fond d'une vaste dépression, se voyait l'orifice d'une fistule ayant à peu près le diamètre d'une sonde cannelée ordinaire. Cet instrument faisait reconnaître la présence de plusieurs esquilles mobiles. L'anasarque céda en une vingtaine de jours à un traitement approprié.

Dès les premiers jours de la blessure, une fistule salivaire s'était établie par la plaie parotidienne; l'écoulement de salive était très-abondant au moment des repas, et se reproduisait toutes les fois que le blessé se livrait à une conversation suivie.

Sept petites esquilles furent extraites en juin et juillet; peu à peu l'œdème de la langue disparut, les dents se rapprochèrent; la mastication des aliments demi-solides devint possible.

Le 6 août, un abcès se forma sous la muqueuse du plancher de la bouche, et du pus se fit jour par les orifices des conduits des glandes sous-maxillaires. Une injection de vin aromatique, poussée par la fistule parotidienne, passa pour la première fois dans la bouche par les mêmes orifices.

Le 20 août, un autre abcès commença à paraître sous les téguments de la région sus-hyoïdienne; il fut incisé le 25 : un peu de pus s'écoula, mais la tuméfaction de la région sous-maxillaire ne diminua point.

Le 5 septembre, une sonde cannelée introduite par cette incision fit reconnaître, à 1 centimètre de profondeur, la présence d'un corps étranger rugueux, dur, fixe, qui n'était ni une balle de plomb ni une esquille.

Nous fîmes part au blessé de cette constatation et de la nécessité où il était de se soumettre à l'extraction de ce volumineux corps étranger.

M. de B.... était très-convaincu d'avoir retiré une balle du fond de sa blessure, et sa stupéfaction fut grande quand, le 15 septembre 1871, après avoir pratiqué sous le menton une incision longue de plus de 5 centimètres, et poussée à plus d'un centimètre jusqu'au corps étranger, nous lui assurâmes que sa tumeur renfermait un biscaïen enclavé entre les branches de la mâchoire et l'os hyoïde. Une seconde incision perpendiculaire à la première agrandit suffisamment la voie d'extraction, et nous eûmes la satisfaction de retirer un biscaïen de près de 4 centimètres de diamètre (38 à 39 millimètres), de 12 centimètres de circonférence, et pesant 215 grammes. C'était une balle à mitraille, du calibre n° 4, en fonte de fer, provenant d'une boîte à mitraille, se chargeant ordinairement dans un canon obusier de 12.

Les suites de l'opération ont été aussi simples que possible, le blessé n'ayant pas eu même un mouvement de fièvre. La plaie se referma rapidement.

Pour tenter la cure de la fistule salivaire, on plaça, le 26 septembre, dans son trajet une flèche de caustique Canquoin du calibre d'une canule à fistule lacrymale; elle fut retirée douze heures après. Tout écoulement de salive cessa dès lors par la plaie : l'escharre tomba le 30 septembre, on retira sans peine du fond de la plaie trois petites esquilles; une mèche enduite de styrax excita le bourgeonnement. Le 3 octobre, l'occlusion de la plaie du menton était achevée. Le 7 octobre 1871, l'oblitération progressive de la plaie parotidienne avait amené la guérison complète de la fistule salivaire.

M. TRÉLAT. C'est dans mon service, à la Pitié, que M. de B... a été apporté. Quand je le vis, je constatai un gonflement considérable

de la région du cou; mais tout le monde, y compris le blessé, affirmait que la balle avait été retirée. Au bout de huit jours, l'amélioration était notable, et le 12e jour la canule tomba sans qu'il fût nécessaire de la replacer. Au bout de quinze jours, le blessé était bien, et je l'engageai à se faire transporter à Versailles.

Je vis de nouveau M. de B.... à Versailles, au moment où il fut pris d'anasarque. J'explorai la région blessée sans rien trouver, et je pensai que le gonflement du cou tenait en partie à une adénite consécutive. Rien, ni dans le récit du blessé ni dans l'examen du cou, ne pouvait indiquer la présence d'un corps étranger. Les observations de ce genre sont d'ailleurs nombreuses dans la science, et il est souvent arrivé qu'un corps étranger, enfoncé dans la profondeur des tissus, a été méconnu.

M. LARREY. Les faits dont il s'agit sont toujours curieux et assez rares pour que j'aie engagé M. Beaumetz à vous communiquer son observation.

(*A suivre.*)

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1871.

55. Challand. Étude expérimentale et clinique sur l'absinthisme et l'alcoolisme.
56. Lamblin. Étude sur la lèpre tuberculeuse ou éléphantiasis des grecs.
57. Duroze. Étude sur les diurétiques.
58. Jacquard. De la peur; son influence et ses effets sur l'organisme.
59. Nièpce. Quelques considérations sur le crétinisme.
60. Courtaux. De la fièvre syphilitique.
61. Peyromaure-Debord. Étude sur les fistules lymphatiques.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

M. le docteur Jaubert a été nommé médecin du dispensaire de salubrité de la ville de Paris, en remplacement de M. le docteur Baud, démissionnaire.

— M. le docteur Thévenot a été nommé médecin-adjoint au dispensaire de salubrité de la ville de Paris.

— Par arrêté de M. le préfet de police, M. le docteur Potain a été nommé médecin-inspecteur des maisons de santé d'aliénés, en remplacement de M. le docteur Bouneau.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Poinsot, de Fontenay-sous-Bois (Seine). Ce praticien, très-distingué et très-recherché par la clientèle, a succombé, à l'âge de 43 ans, aux suites des fatigues de la profession.

— M. le docteur Vergne, médecin de l'hôpital d'Aubusson (Creuse), est mort à Paris. Ses obsèques ont eu lieu à Aubusson, au milieu d'un véritable deuil public.

— Un docteur, médecin et chirurgien, chevalier de la Légion d'honneur, désire acquérir, à Paris, une bonne clientèle. — S'adresser, par lettre affranchie, à M. A. B., aux bureaux du journal.

— On demande dans le département de la Sarthe un docteur sérieux comme successeur. — Absolument rien à payer. — S'adresser pour les renseignements à M. Hardon, 34, rue Rollin, de midi à 4 heures.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments ou autres objets).

L'acte de la déglutition, son mécanisme, par le docteur MOURA, avec planches et gravures dans le texte. Br. in-4° de 60 pages. — Prix : 3 fr.

De la nécessité de l'éducation physique et de l'organisation des gymnases municipaux hydrothérapiques, par le docteur E. DALLY. Brochure de 24 pages. — Prix : 1 franc.

L'étudiant micrographe, traité pratique du microscope et des préparations, par Arthur CHEVALIER, O. ✻, 1 vol. de 600 pages, 600 figures : 7 fr. 50 c. — Delahaye, place de l'École-de-Médecine. — Catalogue illustré des microscopes, gratis, chez Arthur Chevalier, Palais-Royal.

Traité élémentaire de pathologie externe, par E. FOLLIN et Simon DUPLAY, professeurs agrégés à la Faculté de médecine. — Tome troisième, fascicule 4 : Maladies du rachis. Maladies des fosses nasales. — Prix : 4 fr. — Prix des trois vol. parus : 37 fr.

Du traitement de la hernie étranglée par aspiration sous-cutanée, par M. le docteur P. AUTUN, ancien élève lauréat de l'école de Dijon, ancien externe des hôpitaux de Paris. — Prix : 1 fr. 50 c.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois. . . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 23 octobre 1871.

LE MUSÉUM D'HISTOIRE NATURELLE

Le 15 octobre 1871, M. Victor Meunier, rédacteur en chef de la *France scientifique*, adressait la lettre suivante à M. Thiers :

A M. le Président de la République française.

Paris, le 15 octobre 1871.

Monsieur le Président,

Il s'est trouvé à Paris, pendant les deux siéges, un jeune docteur ès-sciences, aide naturaliste au Muséum, qui, sans négliger ses devoirs patriotiques et tout en multipliant de son plein gré les devoirs de son emploi, a trouvé, du 24 octobre 1870 au 1er mai dernier, le moyen d'adresser à l'Académie douze mémoires originaux où sont posées les bases d'une science nouvelle, d'une paléontologie dont l'objet grandiose est de reconstruire non des animaux éteints, mais des planètes disparues, et à l'occasion desquels il a reçu de M. Dumas, secrétaire perpétuel de l'Académie, une lettre qui est un titre d'honneur, lettre où on lit : « Ceux qui entrevoient le but vers lequel chaque pas vous conduit s'estimeraient heureux s'il leur était permis de vous aider à l'atteindre. Veuillez me compter parmi eux et croire que personne n'apprécie plus que moi la sureté de votre méthode et la grandeur de vos conclusions acquises ou futures. »

Paris définitivement pacifié, le chef de ce jeune homme, M. Daubrée, professeur au Muséum, vint reprendre ses places abandonnées deux fois en moins d'une année. Son premier acte est d'intimer à son subordonné l'ordre de cesser ses travaux. Il lui reproche de trop travailler, de le dépasser, de s'être fait par ses découvertes comme un domaine propre de l'étude des pierres qui tombent du ciel ; il lui interdit de rien découvrir désormais de ce côté ; lui retire l'usage des collections du Muséum, et enfin s'oublie jusqu'à lui défendre de publier les mémoires plus ou moins achevés (dix à quinze mémoires) que l'aide a en portefeuille.

Celui-ci s'est soumis ; mais la presse s'est émue. Un professeur mettant des empêchements à l'étude ; un savant frustrant la science de résultats acquis ; un homme comblé d'honneurs barrant le chemin à un débutant ; un haut fonctionnaire enfin privant la patrie des services d'un de ses enfants : cela parut monstrueux. L'aide s'est borné à faire savoir à la commission académique, saisie de ses travaux, pourquoi ceux-ci n'auront pas de suite ; puis il est rentré dans le silence. Mon devoir comme écrivain scientifique est tout différent.

Je ne manquerai pas à la défense du bon droit, parce que celui en qui on l'outrage aujourd'hui est mon fils : Stanislas Meunier. J'écrivis à M. le ministre de l'instruction publique : « Un jeune homme capable et laborieux qui ne demande qu'à travailler ne peut pas, quand la France a tant besoin de travailleurs, élever en vain la voix vers vous !... »

Je me trompais ! Mais peut-être la justice violée, la science trahie, la jeunesse opprimée, n'existent-elles que dans mon imagination. M. Jules Simon ne voit dans ce qui se passe rien qui le regarde ; aucun motif pour lui d'intervenir. D'ailleurs, la préparation d'un important projet de loi l'absorbe entièrement. Enfin — et c'est le dernier mot de M. le ministre en réponse à une lettre contenant des faits d'une nature telle qu'une enquête me paraissait inévitable, — Le Chef du gouvernement s'est réservé les affaires du Muséum en même temps que celles de l'Observatoire et du Musée du Louvre.

C'est donc à vous, Monsieur le président, que je dois avoir l'honneur d'adresser ma pétition en faveur du jeune savant dont les recherches ont obtenu la glorieuse apostille rapportée plus haut.

Je viens vous demander pour lui, non pas une récompense, mais la permission de continuer ses travaux.

Les réglements autorisent-ils la conduite tenue par le professeur du Muséum ? Je l'ignore ; personne ne les connait parmi ceux qu'ils sont censés régir. S'ils l'autorisent, ils se condamnent eux-mêmes. Un homme animé d'un amour sincère de la science ne s'en prévaudrait jamais ; pas plus que, pénétré de l'esprit de la vraie science, il ne songerait à introduire dans le laboratoire la discipline de la caserne ou du couvent. Y prétendre aujourd'hui, c'est montrer qu'on ne s'est guère instruit à l'école de nos malheurs ou qu'on en a été trop peu touché. Comment méconnaître que le défaut de liberté dans la recherche a produit notre défaillance scientifique ? S'il n'a pas suffi de nos revers pour nous en convaincre, les succès des Allemands, si étroitement liés à leur développement scientifique qui n'est que la conséquence de la liberté philosophique dont ils s'enorgueillissent à si bon droit, ces succès auraient dû nous l'apprendre.

Il paraît qu'un savant peut l'ignorer encore ; mais ces causes de grandeur et de décadence sont familières à l'homme éminent qui préside aux destinées de la patrie ; son âme patriotique sera touchée d'une requête dont le seul objet est d'obtenir qu'un travailleur utile à la science et au pays ne soit pas privé de ses instruments de travail, et sa haute raison décidera que le dommage causé à ce bon ouvrier doit être l'occasion d'une réforme profitable à tous ses pareils.

C'est ma ferme conviction.

Veuillez agréer, monsieur le président, l'expression du profond respect de votre très-humble serviteur,

VICTOR MEUNIER,
Rédacteur en chef de la *France scientifique*.

Le 16 octobre, M. Barthélemy Saint-Hilaire, chef du cabinet de M. le président de la République, répondait ainsi qu'il suit à M. Victor Meunier :

Versailles, le 16 octobre 1871.

Monsieur,

J'ai mis sous les yeux de M. le Président de la République la lettre que vous lui avez écrite hier 15, et, d'après son désir, je l'ai transmise à M. le ministre de l'instruction publique. C'est lui qui est spécialement chargé du Muséum d'histoire naturelle, et il est seul en mesure de prononcer sur les plaintes que vous exprimez.

Agréez, monsieur, mes salutations empressées,

Votre dévoué concitoyen,

B. SAINT-HILAIRE.

Sans entrer aujourd'hui dans la question de fond, il sera permis de s'étonner d'abord de la déclaration de M. Jules Simon et du démenti qui lui est infligé par M. Thiers. A moins que M. Victor Meunier ait mal saisi la réponse embarrassée du ministre !

D'ici à huit jours, M. Jules Simon, l'auteur du *Devoir*, aura probablement donné satisfaction à l'opinion publique.

Dr E. LE SOURD.

HOPITAL DE LA CHARITÉ.

M. PETER, suppléant de M. le professeur SÉE.

Conférences cliniques sur les pelvi-péritonites (1).

(Recueillies par M. J. FINOT, élève en médecine.)

Maintenant, j'aborde de nouveau la question de la *grossesse*. Étant donné qu'elle soit possible, devez-vous la conseiller ? Or, d'après M. Bernutz, dans certains cas, si la tumeur n'est pas trop considérable, une grossesse peut déterminer la guérison. En effet, vers le 4e ou le 5e mois, si l'avortement n'est pas le résultat de l'obstacle que les adhérences opposent à l'ascension de l'utérus au-dessus de la ceinture pelvienne, comme dans quelques cas cités par M. Boivin, ces adhérences se déchirent, au prix, il est vrai, de vives souffrances, et la grossesse marche alors régulièrement jusqu'à sa terminaison. En pareil cas, l'utérus gravide joue un rôle de dérivation ; il anémie la tumeur, il l'*affame* en quelque sorte au profit de l'enfant et surtout de la mère, qui court ainsi la chance de se trouver entièrement débarrassée après l'accouchement. Voilà ce que vous devrez dire à la malade et à son entourage, avec toutes les restrictions qu'un homme sage doit faire en pareille circonstance.

A ce propos, il est bon d'ajouter que M. Bernutz a vu le coït, modérément pratiqué, jouer un rôle de révulsion également salutaire. J'ai observé des faits analogues.

Enfin, je vous dirai deux mots d'une forme décrite expressément par M. Bernutz : la pelvi-péritonite *tuberculeuse*. J'ai eu occasion de dire ailleurs que le tubercule ne s'étend pas à tous les tissus, mais qu'il semble réservé à ceux qui se signalent par leur bassesse histologique et fonctionnelle en même temps que par une riche vascularisation. Or, dans les organes génitaux de la femme, les seules parties qui mènent une vie active sont les ovaires, qui jouent le rôle essentiel, et après eux le col de l'utérus, qui est un véritable sphincter. Quant à la trompe ou oviducte, quant à l'utérus, cette espèce d'auberge où l'enfant trouvera, pendant neuf mois, le vivre et le couvert, ils ne jouent là qu'un rôle purement passif. Aussi, ce sont eux qui se tuberculisent, tandis que le cancer prend le col et respecte au contraire le corps de l'utérus, lui qui ne respecte pas grand'chose. C'est là un fait pathologique bizarre en apparence, mais parfaitement d'accord avec les lois générales de la tuberculisation et de la cancérisation.

Donc, les trompes se tuberculisent assez souvent (c'est l'*épididymite tuberculeuse de la femme*), et qu'arrive-t-il alors ? Que le péritoine s'enflamme dans le voisinage, qu'il se produit des adhérences, qu'il y a enfin une pelvi-péritonite tuberculeuse. Le plus souvent le péritoine se tuberculise à son tour, et de proche en proche le mal gagne rapidement.

Ainsi, quand vous constaterez, en même temps que des tubercules dans le poumon, une pelvi-péritonite qui s'est développée sans cause apparente, vous devrez supposer qu'elle est tuberculeuse, et que le mal déjà si grave vient de doubler de gravité. En effet, des douleurs vives, l'obligation de garder le lit, le manque d'exercice, etc., sont autant de complications qui résultent de la nouvelle manifestation diathésique. Et puis il n'y a pas de rémission ici : c'est une marche continue vers le mal ou plutôt vers le pire, marche qui vous éclairera encore pour le diagnostic ainsi que la suppression des règles, qui persistent au contraire et parfois même sont exagérées dans les autres formes de la pelvi-péritonite.

Avant d'aborder la thérapeutique, je dois encore insister sur ce point que la pelvi-péritonite chronique peut amener une cachexie funeste. D'abord, la malade reste toujours au lit, et puis elle est frappée moralement, elle se voit incurable, privée (elle se l'imagine au moins) de l'affection de celui dont elle ne peut plus satisfaire les désirs : alors, mangeant peu ou mangeant mal, et digérant plus mal encore, elle se fait du *mauvais sang*, suivant l'expression si profondément vraie du vulgaire. Son entourage, la voyant énervée, s'empresse de la cloîtrer, de fermer fenêtres et rideaux. La malheureuse, dès lors, n'a plus ni air extérieur ni soleil ; elle perd définitivement l'appétit, et se fait d'autant moins de chyle et d'autant plus de bile. C'est en pareil cas que vous pouvez intervenir utilement, en obtenant qu'on transporte la malade dans un jardin, on qu'on lui fasse faire des promenades dans une voiture bien suspendue, sur une route où il sera possible d'éviter les cahots. Ainsi, son utérus n'en restera pas moins immobilisé, et elle aura de l'air et de la lumière en même temps qu'une certaine distraction.

C'est dans ces conditions de douleurs continuelles, de repos prolongé et d'hygiène déplorable, qu'on voit trop fréquemment survenir la tuberculisation pulmonaire. A vous d'y aviser.

Que doit-on faire maintenant pour une péritonite séro-adhésive, puisque c'est celle qui est la plus fréquente et pour laquelle on peut davantage ? Eh bien, on appliquera des sangsues, non pas 25 ou 30, comme vous le voyez faire à l'hôpital avec de mauvaises sangsues, mais 10 ou 12 seulement. En ville, ce sera suffisant, et rien ne vous empêchera d'y revenir les jours suivants, si besoin en est. Puis, sûr d'avoir enrayé la phlegmasie dans ce qu'elle a de plus intense, vous ordonnez des cataplasmes et dès ce moment même des bains prolongés. A cette même période, M. Bernutz conseille l'opium, donné de manière à entretenir la narcotisation pendant un ou deux jours ; on atteint par là, en effet, un résultat très-utile, en ce sens qu'on évite, non-seulement les mouvements volontaires de la malade, mais encore les mouvements involontaires de son intestin.

Et puis, quand les accidents aigus se sont dissipés, on a recours aux vésicatoires qu'il ne faut pas craindre de promener de l'hypogastre aux flancs et d'un flanc à l'autre ; on peut aussi employer la teinture d'iode suivant les cas ; il est bien évident que la médication est la même.

Quelques médecins ont préconisé d'une façon générale une médication qui n'est applicable que dans certains cas ; il s'agit de l'application de sangsues au col de l'utérus. Eh bien ! dans la période d'acuité, outre qu'on retirerait trop peu de sang ainsi, les manœuvres qu'on serait obligé de faire pour placer les sangsues, l'application du spéculum, les mouvements imprimés forcément au bassin, tout cela ferait évidemment plus de mal que de bien. Ce moyen ne pourra donc être employé que pour les péritonites chroniques dont les accidents sont moins redoutables. Il faudrait vous prémunir alors contre un accident possible, celui de l'introduction d'une sangsue dans la cavité de l'utérus. Le fait a lieu quelquefois, au grand effroi de l'entourage et à la plus grande confusion du médecin.

Il vous suffira pour l'éviter de boucher l'orifice utérin avec une boulette de cire, de coton cardé ou de charpie.

Enfin, pour terminer, je vous signalerai un remède interne qui a pour lui la grande autorité de M. Bernutz, c'est la poudre de grains de ciguë, que ce judicieux praticien considère comme un narcotique spécial des organes génitaux et qu'il administre à la dose de *quarante à cinquante* centigrammes par jour, jusqu'à

(1) Suite. — Voir les numéros des 15, 26 août et 17 octobre 1871.

production de légers troubles de la vue, de sortes d'hallucinations.

M. Bernutz conseille encore, dans les cas de pelvi-péritonite chronique, chez les malades qui présentent une prédominance d'accidents nerveux, l'hydrothérapie, et, en particulier, l'enveloppement chaque matin dans un drap mouillé, puis dans une couverture de laine, afin de déterminer une abondante sudation. Au contraire, chez celles dont les fonctions digestives laissent à désirer, il conseille les bains alcalins, en même temps que l'usage de l'eau de Vichy aux repas. Les bains sulfureux sont utiles, ainsi que l'usage intérieur des eaux sulfureuses, aux malades qui ont été atteintes d'affections scrofuleuses. C'est aux bains arsénicaux qu'on aura recours dans le cas de douleurs rhumatismales actuelles ou antérieures : la solution de Fowler à l'intérieur y sera heureusement associée, s'il existe des accidents cutanés qu'on puisse rattacher à la dartre ou à l'arthrite.

En résumé, le traitement sera ce qu'il doit être, étant connus la nature de la lésion, son siége, et les fonctions périodiques (menstruations) ou éventuelles, coït ou gestation de l'organe (utérus) dont est venu tout le mal, c'est-à-dire repos de cet organe concilié avec les besoins généraux de l'organisme; révulsion tout autour de l'utérus; bains, qui sont de véritables cataplasmes; injections, qui sont des gargarismes vagino-utérins ; et surtout diététique d'autant moins débilitante que les douleurs et le repos forcé sont des causes multiples d'étiolement.

Dans la prochaine conférence, je vous parlerai de la *paraplégie* consécutive à la pelvi-péritonite.

(Sera continué.)

DE L'ALBUMINURIE DANS LA VARIOLE

Par M. CARTAZ, interne des hôpitaux de Lyon.

Conclusions. — 1° L'albuminurie se rencontre dans les varioles confluentes; sa fréquence est approximativement de 1 sur 5.

2° L'albuminurie est *transitoire* (c'est le cas le plus fréquent) et n'influence en rien la marche de la variole; ou *permanente*, et entraîne alors les désordres inhérents au mal de Bright.

3° L'albuminurie, alors même qu'elle n'est que passagère, peut, par sa seule présence, occasionner des accidents graves (formes éclamptiques, etc.).

4° Dans les varioles hémorrhagiques, l'albuminurie est constante, soit qu'elle tienne à une lésion propre du rein ou à un mélange du sang, soit qu'il y ait les deux causes réunies. (*Lyon médical.*)

TABLETTES

DU MÉDECIN-LÉGISTE.

XXXVII

Séparation de corps, injure grave, mal vénérien : 1° et 2° Circonstances aggravantes; 3° Réconciliation. — Le fait du mari d'avoir, dès le début du mariage et à plusieurs reprises, communiqué à sa femme une maladie syphilitique, prend, dans le cas où cette communication est due à des relations imposées par la violence, un caractère d'injures et de sévices suffisant pour faire prononcer la séparation de corps (C. Nap., 231 et 306);

Et la demande de cette séparation est surtout justifiée, de la part de la femme, lorsqu'il existe de graves raisons de croire qu'un premier enfant, né à la suite de ces relations, se trouvera atteint de la même maladie.

Le mari qui, après avoir communiqué à sa femme une maladie syphilitique, avait obtenu le pardon de ses torts, ne peut opposer cette réconciliation à une demande en séparation de corps ultérieurement formée, à raison de nouveaux torts de même nature (C. Nap., 273).

(Cf. Dalloz, 2e partie, cour imp., 7e cahier, p. 163. — Du 14 juill. 1866. — Cour de Rennes.)

XXXVIII

Garantie, vices rédhibitoires, bœufs, typhus contagieux, bonne foi; épizootie, abatage, acheteur, recours, dommages-intérêts; salubrité publique, vente, animal malade, action rédhibitoire. — L'acquéreur auquel a été livré un animal de l'espèce bovine atteint du typhus contagieux ne peut prétendre exercer l'action rédhibitoire en invoquant, à défaut de la loi du 21 mai 1838, qui n'a pas compris cette maladie parmi les cas rédhibitoires, les dispositions de droit commun de l'art. 1641 C. Nap.

Il peut seulement, si le vendeur est convaincu de dol ou d'infraction aux lois sur la police sanitaire, l'actionner en dommages-intérêts pour réparation du préjudice que ce dol ou cette infraction lui a fait éprouver (C. Nap., 1382 et 1383; C. pén., 459 et suiv.). — Arrêt du 11 mars 1867, C. de Paris.

(Cf. Dalloz, 2e partie, Cours impériales, 1868, 6e cahier, p. 165.)

XXXIX

1° et 2° Propriété industrielle, marque de fabrique, interdiction de fabriquer, industrie réglementée; 3° et 4° Art de guérir, remède, liqueur hygiénique. — La marque de fabrique régulièrement déposée est la propriété du déposant, encore bien qu'elle serait destinée à figurer sur des produits, tels que des médicaments, qu'il lui serait interdit de fabriquer et de vendre (L. 2 juin 1857, art. 2).

Il lui appartient, dès lors, d'en revendiquer, même dans ce cas, l'usage exclusif, soit en vue de l'éventualité d'une cessation de l'obstacle légal qui s'oppose à ce qu'il fabrique et vende le produit pour lequel la marque a été composée, soit en vue de la cession qu'il pourrait faire de cette marque à un fabricant ou vendeur autorisé.

Un produit que le juge du fait, en vertu de son appréciation souveraine, a déclaré principalement être une liqueur hygiénique, ne saurait, par cela seul qu'il est aussi parfois employé comme médicament, être considéré comme ne pouvant être vendu que par les pharmaciens, si l'emploi médical dont il s'agit n'est qu'accidentel (L. 21 germ. an 11, art. 25 et 33).

Il en est ainsi, notamment, de la liqueur connue sous le nom d'*Eau de mélisse des Carmes déchaussés* (décr. 8 mai 1868).

(Cf. Dalloz, 1re partie, cour de cassation, 1868, 11e cahier, p. 507).

XL

Patente, médecin, résidences multiples, eaux thermales. — Le médecin-inspecteur d'un établissement d'eaux thermales, qui réside pendant la saison des eaux dans la commune où est situé cet établissement et y est imposé à la patente, n'en doit pas moins être également imposé à cette contribution dans la commune où il réside le reste de l'année.

..... Et ce, alors même qu'il alléguerait que dans cette dernière commune (la ville de Paris), il se borne à exercer sa profession comme médecin attaché au Corps législatif et à la Préfecture de police.

(Du 15 novembre 1866, Conseil d'État.)

Cf. Dalloz, 3e partie, décisions du Conseil d'État, 1868, 11e cahier, p. 103.)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 11 octobre 1871 (1). — Présidence de M. BLOT.

PRÉSENTATION DE MALADE.

Appareil prothétique de la face. — M. CHARLES DELALAIN, dentiste, présente un blessé qui reçut, à la bataille de Bazeille-Sedan, un éclat d'obus, qui lui emporta le nez et une portion de la joue gauche, de la voûte palatine, de la langue, de la lèvre supérieure, en



brisant sur son passage les deux maxillaires supérieurs et le bord alvéolaire du maxillaire inférieur, ainsi que 24 dents. Après la guérison de cette plaie, la prononciation et la mastication étaient impossibles. Avec l'appareil prothétique fabriqué par M. Delalain, la prononciation est distincte et la mastication facile; de plus, la difformité est aussi bien masquée que possible. (*L'observation sera publiée.*)



M. Delalain présente un second malade auquel il a également appliqué un appareil prothétique pour une lésion de la bouche. (*L'observation sera publiée.*)

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel : A. TARNIER.

(1) Fin. — Voir le dernier numéro.

DOCUMENTS

POUR SERVIR A L'HISTOIRE DU MOUVEMENT SCIENTIFIQUE PENDANT LE SIÉGE DE PARIS (1).

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 27 février 1871. — Présidence de M. FAYE.

(Suite et fin.)

MÉMOIRES LUS

La santé publique pendant le siége de Paris. — M. E. DECAISNE. Dans un travail que je prépare en ce moment sur les principales questions d'hygiène soulevées par le siége de Paris, je donnerai, à l'aide des nombreux documents que j'ai recueillis, l'histoire de la santé publique pendant cette douloureuse période, et j'essayerai de montrer par quelles phases successives elle a passé, pour arriver à une mortalité qui fait encore aujourd'hui tant de victimes. Je veux seulement exposer ici un tableau rapide de la marche de cette léthalité, qui ne surprend que ceux qui ne l'ont pas suivie pas à pas dans ses progrès et dans ses causes.

Pour rendre la démonstration plus palpable, je prendrai comme types les six maladies qui ont apporté à la mortalité le contingent le plus considérable, et je ne tiendrai compte des autres que pour le total général de décès, que je comparerai au commencement et à la fin du siége. Ces six maladies sont : la variole, la fièvre typhoïde, la bronchite, la pneumonie, la diarrhée et la dysentérie.

Chacun sait avec quelle intensité la *variole* a régné à Paris depuis le mois d'octobre 1869 et le nombre énorme de victimes qu'elle y a faites. Après des diminutions et des recrudescences nombreuses, après avoir compté, au mois de juillet 1870, 267 cas de mort, elle n'en donnait plus que 116 du 4 au 10 septembre, et tout faisait présager la fin de l'épidémie, lorsque Paris reçut dans son enceinte de nombreux bataillons de gardes mobiles des départements et l'armée du général Vinoy.

Les gardes mobiles furent logés chez les particuliers, et nous prédîmes alors l'extension de la variole et sa nouvelle recrudescence. Notre prévision fut bientôt malheureusement réalisée. Ces jeunes gens prirent la maladie chez l'habitant, et le Bulletin officiel des décès enregistrait déjà, pour la période du 25 septembre au 1er octobre, 210 décès; il arrivait à en inscrire 311 du 9 au 15 octobre, et 360 du 16 au 22. Ce chiffre s'éleva bientôt, pour chaque période de sept jours, à 419 et 431, et il se maintint ainsi jusqu'au 1er janvier, où la diminution commença à se faire sentir progressivement jusqu'aujourd'hui, en tombant d'abord à 329, 327, 258, 225 et enfin à 174.

Quelques personnes ont combattu, au commencement du siége, mes prévisions au sujet de la propagation de la maladie dont je parle plus haut; je leur répondrai en publiant plus tard une suite d'observations qui ne laissent aucun doute à cet égard. Non pas que je veuille dire que d'autres causes ne doivent pas aussi être prises en considération dans l'extension de la maladie, mais celle-là est pour moi, dans le cas particulier, la plus certaine de toutes.

Tout en déclarant (afin qu'on ne m'accuse pas d'être un adversaire de la vaccine) que la vaccine est, selon moi, le seul préservatif de la variole, je pourrais discuter l'opportunité de certaines revaccinations, faites dans certaines conditions, ainsi que la valeur du virus mis en usage au début du siége, pour opposer une barrière à la marche envahissante du fléau. Mais j'ai déjà traité cette question dans une Note communiquée à l'Académie au mois de juin dernier, et je n'y reviendrai pas.

La *fièvre typhoïde* accusait, le 10 septembre 1870, 39 cas de mort pour une semaine. Ce chiffre se maintint, ou à peu près, pendant six semaines; mais le Bulletin officiel nous donne 62 décès du 6 au 12 novembre, 94 du 13 au 19, 103 du 20 au 26, 140 du 27 novembre au 3 décembre; puis 173, 221, 250, pour arriver enfin du 15 au 20 janvier 1871 à celui de 375. La période du 11 au 17 février accuse 298 décès, tandis que celle du 13 au 19 février de l'année dernière n'en donne que 19.

Si l'on se rappelle que la fièvre typhoïde atteint surtout les jeunes gens nouvellement arrivés à Paris, mal logés, mal nourris, soumis à toutes sortes de privations, au froid, aux fatigues excessives et en proie à la nostalgie, on aura une des principales causes de la recrudescence de cette maladie, qui a choisi le plus grand nombre de ses victimes parmi les jeunes soldats de la troupe de ligne et de la garde mobile.

J'ajouterai que, bien qu'il n'y ait pas de typhus à Paris, il y règne une influence *typhique* qu'on retrouve dans presque toutes les affections médicales ou chirurgicales, influence à laquelle il faut attribuer, pour une bonne part, la mortalité qui a désolé nos ambulances de blessés sur une large échelle et qui s'est traduite le plus souvent par l'infection purulente.

La *bronchite* comptait, au 10 septembre 1870, 45 décès pour une semaine. Ce fut là la proportion, avec des variations insignifiantes, jusqu'au 22 octobre, où elle donna en sept jours 70 cas de mort, puis 77 du 23 au 29 octobre, 82 du 6 au 12 novembre, 92 du 13 au 19, 99 du 27 novembre au 3 décembre, 117 du 4 au 10, 190 du 11 au 17, 172 du 18 au 24, 258 du 25 au 31 décembre, 343 du 1er au 6 janvier, 457 du 7 au 15, 598 du 16 au 20, 627 du 28 janvier au 3 février, et enfin 593 et 539 pour les deux semaines du 4 au 17 février 1871. Du 13 au 20 février 1870, le Bulletin des décès donne pour la bronchite 83 décès.

On le voit, ces chiffres dépassent toute proportion, et, tout en admettant l'influence d'un hiver rigoureux, on se demande naturellement quelles sont les causes tout à fait particulières qui ont pu produire une pareille mortalité pendant les jours douloureux que nous venons de traverser.

Eh bien! pour la bronchite, comme aussi pour les autres maladies que nous signalons, ces causes particulières à la situation me paraissent évidentes. L'alimentation insuffisante, l'anémie qui en est la conséquence fatale, les souffrances du froid, le refroidissement pour ainsi dire de l'économie et partant la moindre résistance

(1) Suite. — Voir le dernier numéro.

aux influences extérieures, les éternelles et interminables stations aux portes des fournisseurs, au milieu de l'hiver que nous venons de subir, et auxquelles était condamnée une grande partie de la population, tout cela est plus que suffisant pour expliquer ce chiffre des décès pour la bronchite. Ajoutez à cela l'influence typhique dont je parlais tout à l'heure et qui se manifeste ici par de la diarrhée, une grande prostration des forces, la langue mauvaise, des troubles divers dans les fonctions de l'estomac, de l'insomnie et parfois du délire, et vous comprendrez le caractère exceptionellement grave de la bronchite qui règne en ce moment.

La *pneumonie* a suivi à peu près la même marche que la bronchite, sans atteindre cependant les proportions de cette première maladie, mais dépassant en mortalité tout ce que les médecins ont jamais vu.

La pneumonie est inscrite au Bulletin officiel pour 54 décès au 10 septembre, et elle conserve cette moyenne chaque semaine jusqu'à la fin d'octobre. Du 25 au 29 octobre, elle passe à 71 cas de mort, pour arriver au 10 décembre au chiffre de 108, qui n'a rien d'extraordinaire en cette saison. Mais, à partir de cette époque, elle prend une recrudescence très-sensible, et nous constatons du 1er au 6 janvier 262 décès; du 7 au 15, 390; du 16 au 20, 426; du 21 au 27 janvier, 478, pour arriver du 11 au 17 février au chiffre de 471. L'année dernière, et pour la même période de sept jours, la mortalité par la pneumonie était de 119 décès.

Les réflexions que j'ai faites au sujet des causes de la bronchite dans les circonstances actuelles s'appliquent exactement, selon moi, à la pneumonie. J'ajouterai seulement qu'un grand nombre de bronchites dégénèrent souvent en pneumonie au bout de quelques jours.

Au 11 septembre 1870, la diarrhée accusait 25 cas de mort, du 11 au 17, et elle arrivait, du 23 au 29 octobre, à 99. Ce fut là la moyenne jusqu'au 17 décembre, où elle atteint 103, puis 98 pour la semaine suivante. Enfin, du 1er au 6 janvier, elle arrive à 151, qu'elle conserve à peu de chose près jusqu'aujourd'hui.

La maladie a sévi avec une grande rigueur sur les petits enfants, et elle entre pour une part considérable dans le chiffre des décès du premier âge, qui a atteint pendant quelques semaines presque les trois quarts de celui de la mortalité générale, en temps ordinaire.

Les cas de mort, pour la diarrhée, qui atteignent du 11 au 17 février 1871 le nombre de 158, n'ont pas été que de 11 du 13 au 20 février 1870.

L'alimentation insuffisante, le froid, l'humidité, l'absence de vêtements chauds, les aliments avariés ou mal préparés, cette chose sans nom que la population a mangée en guise de pain (1) suffisent pour donner la raison de cette différence entre les deux années. Il est inutile d'ajouter l'influence sur la mortalité des enfants de la disette et de la mauvaise qualité du lait.

La dysenterie accusait le 10 septembre 8 décès, et arrivait trois semaines après au chiffre de 23, puis du 23 au 29 octobre à 49, pour diminuer jusqu'au 31 décembre, où elle atteint 51, moyenne maintenue jusqu'aujourd'hui. Le bulletin officiel donne le chiffre de 2 décès pour la dysenterie du 13 au 20 février 1870. Quoique la différence entre les deux années soit fort sensible, on doit se féliciter du nombre peu élevé de cas de mort, pour cette maladie, dans des circonstances si favorables à son développement.

Si maintenant, en terminant, je compare la mortalité générale pour la période de sept jours, du 4 au 10 septembre 1870 et celle du 11 au 17 février 1871, je trouve pour la première le chiffre de 981 décès et pour la seconde celui de 4,103, qui avait encore été dépassé avant l'armistice. Ce chiffre est effrayant, et les réflexions que j'ai faites à propos des six maladies dont je me suis occupé dans ce rapide aperçu font cependant comprendre, jusqu'à un certain point, comment une ville assiégée de 2 millions d'âmes, sans épidémies de choléra et de typhus, peut voir sa population décimée sur une large échelle.

Dans le travail dont je rassemble en ce moment les matériaux, je rechercherai toutes les causes de cette mortalité, sans oublier celles qui ont eu une influence désastreuse sur nos ambulances de blessés. J'examinerai si toutes les mesures commandées par une hygiène bien entendue ont été prises pendant le siége, par une administration vigilante; si la municipalité a été à la hauteur de sa mission; si enfin tous ceux qui, à un titre quelconque, s'étaient chargés de la lourde et difficile tâche de protéger la santé et la vie de la population d'une immense capitale, dans de terribles circonstances, ont compris toute la responsabilité qu'ils assumaient sur leur tête. C'est un compte que le pays doit leur demander.

En attendant, j'ai besoin, à l'heure douloureuse entre toutes où je lis ces lignes, de reporter ma pensée sur un grand et consolant spectacle. J'aime à me rappeler que l'Académie des sciences n'a pas une seule fois, pendant le siége de Paris, suspendu ses séances, ni cessé un seul jour d'apporter à la défense nationale le tribut de ses travaux et de ses veilles. L'histoire dira que, pendant ces cinq mois de mortelles angoisses et de luttes héroïques, les membres de cette illustre Compagnie sont restés à leur poste, affirmant noblement, devant les triomphes passagers de la force, le génie impérissable et glorieux de la science française. — (Renvoi à la section de médecine et chirurgie).

MÉMOIRES PRÉSENTÉS

Emploi du camphre en poudre, appliqué en abondance, pour la guérison de la pourriture d'hôpital. — M. A. NETTER. J'ai l'honneur de faire connaître à l'Académie un remède héroïque contre la pourriture d'hôpital.

Je fus appelé en consultation auprès d'un blessé atteint de cette complication, et dont désespérait le chirurgien traitant (M. le professeur Aubry), nonobstant l'emploi des moyens ordinaires, perchlorure de fer, alcool phéniqué... L'aspect de la plaie me rappela aussitôt le phagédénisme des chancres. Or, dans cette forme morbide, un remède me réussit très-rapidement, depuis nombre d'années : c'est la poudre de camphre, appliquée en abondance, que jusqu'ici j'employais, je me hâte de le dire, empiriquement et contre cet accident seulement. En quarante-huit heures, la pourriture d'hôpital cessa aussi chez le blessé.

Un deuxième succès a été constaté par un naturaliste connu dans la science, M. L. Vaillant, qui, depuis la guerre, soigne les blessés à l'hôpital de Saint-Malo.

Dans un troisième essai, également heureux, j'ai pu noter une particularité qui peut-être explique, en tout ou en partie, le mécanisme de la guérison. La matière sèche de la pourriture d'hôpital se liquéfie au contact du camphre, en vertu sans doute de l'effet connu du camphre sur les graisses; c'est ainsi que, dans les pharmacies, en été, la pommade camphrée doit être tenue dans les caves, tandis que l'axonge pure peut se conserver dans les magasins ordinaires. Est-ce que, dans la pourriture d'hôpital, la liquéfaction de la matière sèche constitue le seul mécanisme de la guérison? ou bien, dans cette affection contagieuse, le camphre détruit-il aussi un ferment? ou bien encore est-ce parce que, étant appliqué en poudre, l'agent s'oppose ainsi à l'accès de l'air? Ces questions doivent être posées, afin que les praticiens, lorsqu'ils voudront vérifier le fait que j'annonce, ne compliquent pas la médication par l'emploi d'autres remèdes, peut-être contraires, et s'abstiennent de détacher les parties mortes avec le bistouri. Pour nettoyer la plaie sur laquelle se trouvera le camphre d'un précédent pansement, il suffira de la seringuer avec de l'eau légèrement alcoolisée. — (Renvoi à la section de médecine et de chirurgie).

M. CH. MEERENS adresse, de Bruxelles, un Mémoire portant pour titre : *Examen analytique des expériences d'acoustique musicale* de MM. Cornu et Mercadier. — (Renvoi à la section de physique.)

M. TELLIER adresse deux notes relatives : 1° aux inconvénients du soufflage auquel on soumet les animaux de boucherie avant de les dépouiller; 2° aux dangers qu'offre l'inhumation des cadavres à une faible profondeur, sur les champs de bataille. — (Renvoi à la section de médecine et de chirurgie.)

M. JOUVET adresse une Note concernant le dispositif au moyen duquel on peut réaliser le vide hermétique, dans son procédé de conservation des céréales. — (Renvoi à la commission récemment nommée.)

UN AUTEUR ANONYME appelle l'attention de l'Académie sur l'opportunité d'indiquer promptement les moyens de désinfection qui pourraient rendre habitables sans danger les maisons qui ont servi d'ambulance, et où ont pu séjourner des individus atteints de maladies contagieuses. — (Commissaires : MM. Payen, Bussy, Nélaton, S. Laugier.)

M CAMPREDON adresse la description d'un appareil destiné à la navigation aérienne. — (Renvoi à la commission des aérostats.)

Assainissement municipal de Paris pendant le siége. — M. A. DURAND-CLAYE. J'ai l'honneur de soumettre à l'Académie quelques lignes sur l'assainissement municipal de Paris pendant le siége. Je sais avec quelle sollicitude vous poursuivez depuis longtemps l'étude et l'examen de ces questions : j'ai donc pensé que vous trouveriez peut-être quelque intérêt à ces courts renseignements et que vous excuseriez la liberté avec laquelle je viens encore une fois vous importuner.

Nul plus que vous, monsieur le secrétaire perpétuel, n'a le droit, comme savant et comme administrateur, de revendiquer en quelque sorte la direction des études relatives à la salubrité municipale.

Le service de l'assainissement municipal de Paris dut forcément subir de notables modifications dans son fonctionnement par suite de l'investissement et du siége de la capitale. La banlieue étant occupée par l'ennemi dans un rayon très-voisin de l'enceinte, toutes les opérations qui s'accomplissaient hors de la ville proprement dite cessèrent, pour la plupart, d'être possibles; et cependant les exigences de la salubrité étaient plus grandes que jamais, en présence de deux millions d'habitants dont un grand nombre de refugiés, en présence des maladies nombreuses qui, à la fin du siége, devaient élever la mortalité à cinq mille décès par semaine.

Les détritus, dont la prompte disparition assure seule la salubrité de la cité, sont les vidanges, les eaux d'égouts, les ordures ménagères.

En temps normal, les vidanges, extraites presque toutes par pompes et tonneaux, sont transportées au dépotoir municipal de La Villette, d'où elles sont refoulées par machines à la voirie de Bondy, pour être transformées partiellement en poudrette et en sulfate d'ammoniaque; les eaux-vannes non utilisées redescendent, par une conduite spéciale, dans l'égout collecteur départemental qui les conduit dans la Seine à Saint-Denis.

Les eaux d'égout, réunies de proche en proche par les galeries souterraines, finissent par déboucher en Seine par deux collecteurs, celui de Clichy et celui de Saint-Denis.

Les ordures ménagères, après avoir été déposées dans la soirée le long des trottoirs et avoir été exploitées pendant la nuit par neuf mille chiffonniers, sont enlevées par tombereaux dans la matinée et transportées dans la banlieue où elles se transforment, par exposition à l'air, en un engrais nommé *gadoue*.

Pendant le siége, ces opérations normales furent modifiées de la manière suivante :

Vidanges. — Le village et la forêt de Bondy furent sur la limite extrême des avant-postes dès les premières heures de l'investissement; des combats nombreux se livrèrent dans ces parages et le pont de la poudrette sur le canal de l'Ourcq figura souvent dans les Rapports militaires. Il était donc absolument impossible de continuer le service habituel du dépotoir de La Villette avec refoulement jusqu'à la voirie de Bondy. Une coupure fut pratiquée sur la conduite de refoulement aux environs de Pantin, puis une communication directe fut établie entre cette conduite et le canal de retour très-voisin, par lequel les eaux-vannes descendent habituellement de Bondy vers le collecteur départemental de Saint-Denis. De cette sorte, les machines du dépotoir continuèrent à fonctionner, refoulant simplement jusqu'à la coupure et accusant une diminution de plus de moitié sur la pression qu'elles ont habituellement à supporter. Les matières descendaient ainsi directement dans le collecteur départemental, sans qu'aucun inconvénient ait été signalé dans cette solution si simple.

Quant au service à l'intérieur de la ville, il se fit presque constamment suivant les procédés habituels : les tonneaux venaient toujours se déverser au dépotoir; seulement on ne poussait pas la vidange des fosses à fond, se contentant d'enlever dans des *allèges* les parties suffisamment fluides. Les matières formant habituellement les *fonds de fosse* furent réservées pour le rétablissement du service normal et de la navigation sur le canal de l'Ourcq; c'est par ce canal, en effet, qu'en temps ordinaire elles sont transportées du dépotoir à la voirie. Quant aux solides des systèmes diviseurs, ils étaient d'abord accumulés sur un terrain voisin du dépotoir et livrés, après quelques jours de tassage, à la compagnie Lesage (Richer) à son dépôt de La Villette.

Vers la fin du siége, les réquisitions de chevaux pour l'alimentation étant devenues d'absolue nécessité, une partie des tonneaux durent arrêter leur service, et le *coulage* à l'égout fut pratiqué quelquefois, pour des maisons munies de branchements particuliers ou très-voisines de bouches d'égout.

L'ensemble du service éprouva du reste, pendant toute cette période, une réduction notable sur son importance normale : les propriétaires et l'administration ne pratiquaient les opérations qu'en cas d'urgence et de nécessité bien évidentes. C'est ainsi que le cube moyen apporté chaque jour au dépotoir descendit à la moitié environ de sa valeur ordinaire, soit à 700 ou 800 mètres cubes.

Eaux d'égout. — Le service des égouts dans Paris et leur entretien se continuèrent suivant les procédés habituels. Seulement le cube d'eau, versé aux égouts, fut extrêmement réduit, la distribution journalière des eaux publiques étant descendue de 267,000 mètres cubes (juin) à 100,000 mètres cubes (décembre) et 80,000 mètres cubes (janvier), par suite de la coupure par l'ennemi du canal de l'Ourcq et de l'aqueduc de la Dhuis. Les lavages quotidiens des ruisseaux furent en outre à peu près complétement laissés de côté, par suite de l'insuffisance d'eau et de l'absence du personnel, presque uniquement composé d'ouvriers prussiens.

Le cube déversé en Seine à Clichy et à Saint-Denis se trouva ainsi considérablement réduit. Les eaux du collecteur de Saint-Denis, quoique chargées directement des matières du dépotoir, ne présentèrent pas de différence tranchée sur leur ancienne infection, alors qu'elles recevaient les eaux-vannes de Bondy.

Aux deux têtes des collecteurs, des espèces de masques en terre et en charpente furent installés durant toute la durée du siége, par la crainte quelque peu chimérique d'ouvrir par les galeries un accès aux ennemis pour pénétrer dans la capitale.

Le service d'épuration et d'utilisation des eaux d'égout dans la plaine de Gennevilliers fut forcément suspendu, le pont de Clichy ayant sauté le 20 septembre par ordre de l'autorité militaire, malgré les ouvrages défensifs établis sur la tête voisine de la plaine; les conduites de refoulement des eaux se trouvèrent ainsi temporairement coupées.

Ordures ménagères. — Le transport des ordures ménagères dans la banlieue dut être complétement abandonné. De plus, les inconvénients du séjour des ordures sur la voie publique, pendant la soirée, la nuit et la matinée, frappèrent la nouvelle administration municipale. Par deux arrêtés du 11 septembre rendus, l'un par le Gouvernement de la défense nationale, l'autre par le maire de Paris, l'article 1er de l'ordonnance de police du 1er septembre 1853 fut rapporté : le dépôt direct des ordures ménagères dans les rues fut formellement interdit; elles durent être renfermées dans des seaux ou autres récipients, qui ne purent être déposés dans les rues avant 5 h. 30 du matin. Les tombereaux d'ébouage circulèrent dans la matinée; leur approche fut signalée par le son d'une clochette; les retardataires purent ainsi apporter, à l'instant même du passage, les détritus qui furent chargés avec ceux qui se trouvaient préparés à l'avance. Les tombereaux une fois pleins allaient se déverser dans vingt dépôts publics, situés dans les terrains vagues des arrondissements voisins de l'enceinte.

Toutes ces opérations s'exécutèrent très-convenablement; la propreté des rues fut des plus satisfaisantes, malgré la réduction du personnel. Les dépôts publics n'offrirent aucun inconvénient, les matières se transformant rapidement en une sorte de terre brunâtre.

Observation générale. — Les progrès de l'assainissement pendant le siége. — On le voit, l'assainissement municipal put être poursuivi d'une manière très-satisfaisante, malgré la situation anormale créée par l'investissement. Deux faits doivent même être considérés comme un progrès évident, imposé à l'administration par les circonstances : la suppression du service de Bondy et l'interdiction du dépôt des ordures sur la voie publique.

Le contrôleur du dépotoir municipal, M. Duval, nous a affirmé que la projection directe des matières du dépotoir dans le collecteur départemental n'avait produit aucune trace d'inconvénient et qu'aucune plainte n'avait été élevée. Il semble donc bien démontré, ainsi que l'avait affirmé M. l'inspecteur général Belgrand, que cette projection peut remplacer le refoulement de Bondy, et l'infecte exploitation de la voirie n'aura plus sa raison d'être, dès l'instant où le collecteur départemental cessera de tomber en Seine, et sera réuni à celui de Clichy pour traverser la plaine de Gennevilliers.

Quant aux ordures ménagères, il faut espérer que les administrations futures laisseront subsister les excellents arrêtés du 11 septembre dernier, et qu'on ne verra plus ces amas immondes de choses sans nom, qui étaient éparpillées chaque soir par le crochet des chiffonniers sur nos rues les plus fréquentées.

Observations sur les Propithèques de Madagascar. — M. ALF. GRANDIDIER. Dans les derniers mois de l'année passée, j'ai reconnu à Madagascar l'existence de deux nouvelles espèces de *Propithecus*, l'une que je tiens à inscrire dans les catalogues zoologiques sous le nom de M. Milne Edwards fils, en souvenir des services nombreux qu'il rend chaque jour à la science; ce sera donc le *Propithecus Edwardsi* dont voici la diagnose :

« Entièrement noir, sauf une tache d'un blanc roussâtre de chaque côté des reins. Face nue et noire. Oreilles assez développées et couvertes de poils longs.

« Longueur du corps, 64 centimètres; longueur de la queue, 46

(1) A propos du pain distribué dans les derniers jours du siége à la population parisienne, je me suis convaincu bien simplement des désordres qu'il produisait dans les fonctions digestives : indigestions, diarrhée, etc. Il m'a suffi souvent de le supprimer totalement chez certains individus, pour voir disparaître des accidents, qui reparaissaient si l'on reprenait cet horrible aliment.

c entimètres; longueur des membres antérieurs, 37 centimètres, et des membres postérieurs, 53 centimètres.

« Ce Propithèque habite les forêts situées dans l'Ouest de Manazary, à Madagascar. »

L'autre espèce habite les forêts au nord de la baie d'Antongil, sur la côte Est de Madagascar. Elle se distingue du *Propithecus Verreauxi* par sa couleur toute blanche, n'ayant ni calotte noire, ni tache cendrée sur le dos. Je propose donc de désigner ce nouveau Lémurien sous le nom de *Propithecus candidus*. Il est probable que c'est cette espèce que M. Peters a confondue avec le *Propithecus diadema*, et qu'il a figurée dans la relation du voyage du baron de Decken (1).

M. COLIN adresse une Note sur les maladies de l'armée pendant le siége de Paris.

Cette Note est le résumé d'un travail publié par l'auteur dans la *Gazette hebdomadaire de Médecine*.

M. FUA adresse deux Notes : l'une relative à l'innocuité des viandes qui proviennent d'animaux atteints du typhus, pourvu que ces viandes aient éprouvé une cuisson suffisante ; l'autre, aux procédés qui permettent d'engraisser rapidement les animaux de boucherie.

La séance est levée à 5 heures et demie.

PARALLÈLE ENTRE LES BLESSURES DU CHASSEPOT ET DU FUSIL PRUSSIEN.

Le docteur Ewich établit un parallèle entre les blessures de la balle Dreyse et celles du chassepot, et arrive aux conclusions suivantes : La balle Dreyse, dont la portée est de 500 à 600 mètres, détermine des blessures plus grandes, vu son plus grand volume. Comme son centre de gravité est à la partie antérieure, si elle vient à rencontrer un os, elle ne le retourne pas, mais le traverse et le fait éclater. La balle du chassepot, dont la portée est de 1,000 à 1,200 mètres, présente un calibre plus petit; elle fait des blessures moins étendues et, par conséquent, en traversant une région, elle respecte tel artère ou tel organe important, qu'un projectile plus volumineux eût fatalement lésé. Mais ce qui constitue surtout son innocuité relative, c'est que le centre de gravité occupe son segment postérieur; il en résulte que, le projectile venant à donner obliquement contre une surface dure, le mouvement dont il est animé amène son centre de gravité en avant; de là une rotation de la balle qui, au lieu de continuer son trajet rectiligne, suit la surface de l'os en le contournant, ou l'abandonne d'emblée par un véritable ricochet. Ces conditions se réalisent d'autant plus complétement que le coup est tiré de plus loin. — Il est donc hors de doute, conclut l'auteur, qu'en se plaçant simplement au point de vue humanitaire, la balle du chassepot est préférable à la balle prussienne. (*Bayer. Intellig. Blatt*, 7 sept. 1871.)

(1) *Reisen in Ost-Afrika*, 1869, t. III. (*Mammifères*, p. 3, Pl. I.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1870.

62. Redier. Quelques observations d'affection tuberculeuse aiguë de la pie-mère chez les adultes.
63. Biernawski. Du goître exophthalmique.
64. Jomard. Du traitement des pieds-bots par le massage forcé.
65. Cauchy. Considérations sur quelques diarrhées des enfants.
66. Bernard. Des injections sous-cutanées du sublimé corrosif dans le traitement de la syphilis.
67. Spire. Des inhalations de chloroforme à haute dose dans les attaques d'éclampsie puerpérale.
68. Hurpy. Étude sur quelques points de l'embarras gastrique des troupes en campagne.
69. Raillard. Diagnostic et traitement des grenouillettes et des tumeurs sublinguales.
70. Mouchot. Quelques considérations sur la scille dans les hydropisies.

— On demande, dans le département de la Sarthe, un docteur sérieux comme successeur. Absolument rien à payer. S'adresser pour les renseignements à M. Hardon, 34, rue Rollin, de midi à quatre heures.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments ou autres objets).

Principes de chimie biologique, par le docteur E. HARDY, préparateur de pharmacologie à la Faculté de médecine de Paris, 1 volume in-18 de 500 pages avec figures dans le texte et une planche chromolithographiée représentant l'analyse spectrale du sang. — Prix : 7 francs.

Vertiges, siége et causes, par le docteur AMANIEU. In-8°. — Prix : 1 fr. 50 c.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET [illegible]EDI

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois... 8 fr. 50 c.
Six mois..... 16 —
Un an...... 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 24 octobre 1871.

CLINIQUE DE LA VILLE. — M. A. AMUSSAT.

Extraction de deux corps étrangers introduits accidentellement dans la vessie.

Quand on parcourt les annales de la science, on est frappé de la diversité des corps étrangers qui ont été introduits accidentellement dans la vessie. Mais un examen plus approfondi permet bientôt de les grouper en plusieurs catégories, dont l'une des plus importantes est celle des instruments de chirurgie brisés et tombés dans le réservoir urinaire, par suite de mauvaise fabrication, de détérioration ou d'un usage irrationnel. Dans une autre catégorie, on peut classer tous les corps étrangers introduits dans l'urèthre dans un but d'onanisme, et parvenus dans la vessie.

Chacune de ces catégories renferme des corps mous, friables, flexibles, susceptibles de se rouler, de se ployer, et pouvant par conséquent être écrasés, ployés ou retirés dans le sens de leur longueur; d'autres étant durs, longs, rigides et inflexibles, il faut les écraser ou les amener au dehors par une manœuvre inverse de celle qui a permis leur introduction. Si, aux différences de volume, de consistance et de forme, nous ajoutons celles qui résultent du temps pendant lequel ils ont séjourné dans le réservoir urinaire, de l'inflammation qu'ils y ont produite, de la quantité de matière calcaire déposée à leur surface, on comprendra facilement que les procédés d'extraction doivent être variés.

Il y a cinquante ans, on était encore le plus ordinairement contraint à recourir à la taille pour débarrasser le malade. Depuis la découverte de la lithotripsie, il n'en est plus ainsi; en employant un brise-pierre convenable ou, lorsqu'il ne permet pas de réussir, un des instruments ingénieux imaginés pour l'extraction des corps étrangers, on parvient la plupart du temps à éviter la cystotomie.

Avant de chercher à extraire le corps étranger, on doit en établir le diagnostic d'une manière aussi rigoureuse que possible. Or il est rare que, lorsque la honte ne les rend pas muets, les malades puissent fournir des renseignements suffisants, car on n'ignore pas que tout corps qui a séjourné quelque temps dans le réservoir urinaire s'encroûte le plus souvent de matière calcaire, d'où il résulte une modification de forme et de volume. On comprend, de plus, que des corps flexibles ayant pu être ployés, pelotonnés, puis incrustés, aient subi des changements importants. Il est donc nécessaire de faire tout d'abord des recherches avec un instrument explorateur qui permette d'établir ou de compléter le diagnostic aussi rapidement que possible.

L'instrument le plus convenable pour atteindre ce but, celui qui offre une supériorité incontestable sur tous les autres, c'est un brise-pierre d'enfant à cuillers presque plates et à bords mousses. C'est à cet instrument que nous avons eu recours pour le diagnostic et l'extraction de deux corps étrangers introduits accidentellement dans la vessie, comme on le verra dans les observations suivantes.

Extraction d'un fragment de sonde en gomme introduit accidentellement dans la vessie, avec le brisepierre d'enfant d'Amussat.

Le 30 septembre 1869, M. le docteur Désormeaux, médecin à Saint-Leu-d'Esserant, m'adressa un vieillard âgé de 82 ans, pour lui extraire un fragment de sonde en gomme introduit accidentellement dans la vessie.

M. F..., d'un tempérament nerveux, est parfaitement conservé, il jouit d'une excellente santé, et ne paraît pas avoir plus de 70 ans. Né à Paris, il habita la capitale jusqu'à l'âge de 64 ans, et se retira alors à Précy (Oise) pour y finir ses jours. Il rapporte qu'il a toujours joui d'une bonne santé, ne se souvenant d'avoir éprouvé de la cuisson dans le canal qu'il y a environ 20 ans. Quinze mois avant l'accident qui me l'amène, il éprouva des douleurs au col de la vessie, puis des difficultés croissantes pour uriner suivies d'incontinence, et enfin une rétention d'urine pour laquelle il appela M. le docteur Désormeaux. Notre confrère le sonda, et lui apprit à introduire des sondes courbes en gomme, dont il se sert depuis cette époque.

Le 20 septembre, à trois heures du matin, éprouvant le besoin d'uriner, il introduisit sa sonde, mais au moment où le bec arrivait au col de la vessie, sans doute à la suite d'un mouvement un peu brusque d'abaissement, il sentit que l'extrémité libre de la sonde, au lieu de pénétrer graduellement dans la verge cédait subitement, et pensa qu'elle était brisée. En effet, il retira la plus longue portion, et en palpant le canal, il en sentit un morceau qui était resté. Pressant l'urhètre d'arrière en avant à plusieurs reprises, il fut assez heureux pour amener au dehors un fragment de sonde de quatre centimètres et demi de longueur; mais en l'examinant, il vit de suite que le bec de l'instrument était resté dans la partie la plus profonde du canal. Eprouvant un pressant besoin d'uriner, il prit une autre sonde, l'introduisit lentement, repoussa dans la vessie le fragment resté dans le canal et évacua l'urine. Depuis lors il continua à se sonder, n'éprouvant ni gêne ni douleur de la présence du corps étranger. Quelques jours après, il alla consulter M. le docteur Désormeaux, qui me l'adressa pour le débarrasser de son fragment de sonde.

Après m'être fait raconter les détails de l'accident, je fis coucher le malade sur un fauteuil à dossier renversé, les pieds dans deux chaises, je le sondai et je retirai une assez grande quantité d'une urine très-claire. Je fis une injection d'eau tiède, et je pus constater avec la sonde que le corps étranger était placé transversalement au-dessous du col. J'introduisis alors le brisepierre d'enfant et en tournant le bec vers le bas-fond de la vessie, je pus m'assurer que la portion de sonde était lisse et assez molle. Je la pris deux fois par son extrémité placée à gauche, et j'essayai de l'extraire dans le sens de sa longueur, mais je ne pus réussir. La saisissant alors vers le milieu, je retournai le bec du lithoclaste en haut, et je l'amenai en travers du col, puis retirant légèrement l'instrument, je sentis qu'il s'engageait dans le col avec la sonde ployée; je continuai cette manœuvre très-doucement en dirigeant convenablement le brisepierre, et je fus assez heureux pour extraire le bout de sonde comme on le voit dans la figure ci-jointe.

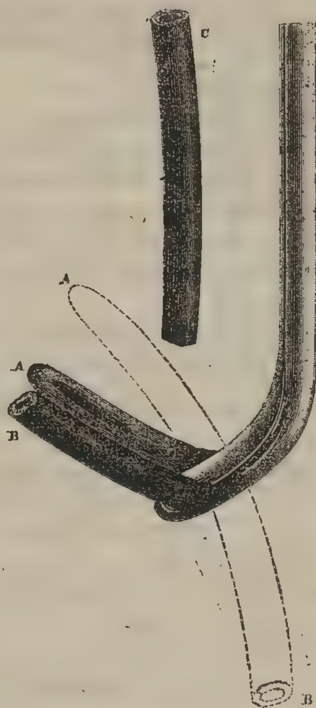


FIGURE 1. — La figure représente le fragment de sonde que le malade a pu faire sortir, et la portion que j'ai extraite, au moment de sa sortie du canal.

Il sortit un peu de sang avec le corps étranger, et lorsque le malade fut reposé, je vidai la vessie. J'engageai M. F*** à rester à Paris jusqu'au lendemain, mais il voulut retourner chez lui, et prit à quatre heures le train de Précy.

Quelque temps après, M. le docteur Désormeaux, que j'avais prié de vouloir bien me renseigner sur les suites de cette opération, m'adressait les lignes suivantes : « Après l'extraction de la sonde, toute la nuit, et jusqu'au lendemain matin, léger écoulement de sang; l'introduction de la sonde habituelle se faisant sans obstacle. Bientôt tout rentre dans le calme et la santé est parfaite.

Lorsque M. F*** m'eut fait connaître son accident, avec les détails que j'ai rapportés plus haut, je cherchai à établir un diagnostic aussi complet que possible. En pratiquant le cathétérisme, je pus constater de suite que la vessie était ample, et contenait une assez grande quantité d'urine très-claire; pas de douleurs; pas d'envies fréquentes d'uriner, par conséquent absence d'inflammation. J'ai dit que le fragment de sonde était placé transversalement dessous le col, mou, sans rugosités et s'aplatissant facilement. Deux fois j'essayai de prendre le corps étranger par l'extrémité placée à gauche et de l'engager dans le canal, j'échouai. La facilité avec laquelle elle s'aplatissait me fit espérer qu'elle pourrait se ployer assez facilement à l'orifice vésical pour s'engager dans le canal et être amenée au dehors. Ce procédé m'a réussi, mais si j'avais éprouvé pour lui faire franchir le col une résistance qui m'eût fait craindre de violenter les tissus, je me serais arrêté de suite. Dès que la sonde a été ainsi ployée et engagée, j'ai procédé avec beaucoup de lenteur et de douceur, afin de donner aux tissus le temps de se prêter au passage du corps étranger. Si je n'avais pu réussir, comme je viens de l'indiquer, j'aurais employé l'instrument de M. Mercier.

Les suites de cette opération ont été aussi légères que je pouvais le désirer, quoique M. F*** soit retourné le même jour à Précy, malgré ma recommandation de ne pas le faire.

(*Sera continué.*)

HYDROLOGIE MÉDICALE

TRAVAUX DES COMMISSIONS MÉDICALES AUPRÈS DES ÉTABLISSEMENTS THERMAUX

(Extrait du rapport présenté par M. le docteur Daudirac à l'Association médicale de Cauterets, pour l'année 1871).

Messieurs et très-honorés collègues,

Pour nous conformer à l'article 3 de nos statuts, un compte rendu de nos travaux doit être présenté chaque année à votre approbation. Quelque lourde que soit la tâche qui m'incombe, c'est avec une indicible satisfaction que je l'accepte, malgré mon insuffisance. Messieurs, une ère nouvelle commence pour nous, un grand progrès a été réalisé cette année dans le corps médical de Cauterets; nous avons fondé une Association destinée : 1° « A resserrer les liens de confraternité médicale dans un même esprit de solidarité et de dignité professionnelle; 2° à étudier en commun et à éclairer par la discussion toutes les questions scientifiques et administratives qui se rapportent aux eaux minérales de notre localité.

Depuis longtemps, trop longtemps peut-être, l'État a nommé un inspecteur dans les stations thermales. Revêtue au début de sa création de priviléges fort étendus, l'inspection faisait tourner à son profit particulier les prérogatives que la loi lui donnait : bientôt les abus devinrent tellement exorbitants que, par des décrets successifs, il fallut la priver de presque tous ses priviléges. Il en est cependant qui lui restent encore. Je ne parlerai que pour mémoire de celui qui consiste à adresser au ministre de l'agriculture et du commerce un rapport annuel sur lequel l'Académie de médecine est appelée à donner son avis. Chaque médecin, libre d'attaches officielles, peut bien, s'il le juge convenable, envoyer à son gré des mémoires à cette savante société; l'égalité professionnelle paraît ne pas être froissée; mais quand donc un médecin particulier a-t-il eu une médaille quelconque? Sont-ils admis à concourir? On comprend, sans qu'il soit besoin de s'étendre sur le mérite de ces communications, qu'elles pèchent toutes par la base. Si elles ne revêtent pas le caractère d'une fastidieuse réclame, trop souvent, hélas! elles ne sont que le triste produit d'une statistique incomplète, puisée, soit dans une pratique personnelle qui peut être fort restreinte, soit dans des relevés plus ou moins exacts, extraits des registres d'une mairie. Au point de vue médical, quel profit peut en retirer la science? Aussi tous les ans, assistons-nous à une immense hécatombe de ces rapports inspectoraux, qui ne voient la lumière un moment que pour être enfouis dans des archives dont personne ne songe à secouer la poussière.

Mais un privilége bien plus choquant est celui qui donne à l'inspecteur seul le droit d'émettre un avis officiel sur tous les changements et améliorations à introduire dans le régime, l'administration et la surveillance du service des sources thermales livrées au public.

Est-il nécessaire d'insister sur les dangers qui sont la conséquence d'une pareille prérogative; et une opinion individuelle, quelque intelligente qu'on la suppose, tout comme elle peut être fort souvent erronée, prévaudra-elle, dans notre société démocratique, contre l'opinion de tous les médecins qui se meuvent, soit péniblement, soit avec succès, autour de l'heureux privilégié?...

La science médicale thermale est surtout, messieurs, une science d'observation sérieuse, approfondie. Les études géologiques et chimiques éclairent ses premiers pas et la guident dans ses essais en lu traçant timidement la voie; mais le vaste champ de l'observation la déblaie, l'agrandit et la rend sûrement praticable. A cette œuvre d'épuration et de création, chacun apporte son contingent de travail assidu. Fallait-il donc, faut-il encore se priver de ce concours d'intelligences studieuses et utiles pour ne consulter qu'une personnalité?... C'est ce que n'ont pas pensé les municipalités thermales qui, dans le Midi surtout, ont réagi presque toutes contre cet ostracisme, soit en refusant de voter les subsides à l'inspection, soit en demandant l'abolition de cette institution inutile et surannée. C'est qu'elles ont compris que le développement, la prospérité de leurs propriétés étaient intimement liés à la coopération active de tous les médecins, soit du pays, soit étrangers, qui, réunis dans un but commun, font converger leur initiative et leurs aptitudes vers la connaissance et la propagation des richesses thermales que possèdent ces localités. Avec ce mouvement spontané des populations intéressées, coïncidaient les nombreuses protestations du corps médical qui se sentait blessé dans le sentiment d'égalité, une des plus belles prérogatives de sa profession. Il a compris, lui aussi, qu'il avait le droit et le devoir de s'affirmer.

Dans notre riche station, nous ne pouvions, sous peine de déchéance, rester en dehors de cette impulsion. Nous nous sommes réunis, et l'Association médicale de Cauterets a été constituée, imitant ainsi l'exemple de son aînée d'Aix en Savoie.

Nous ne datons que de la fin de juillet, et depuis le peu de temps

que nous existons, nous pouvons dire, en vérité que déjà nous avons été utiles, que nous le serons bien plus encore. Nos réunions n'étaient qu'hebdomadaires, et cependant nous avons assis les bases de notre vitalité par des statuts qui, livrés au public médical, ont été reproduits par plusieurs journaux spéciaux (*Gazette des eaux*, 21 septembre) et flatteusement appréciés par d'autres. Celui d'Aix (9 septembre), s'exprime ainsi : « Tous les articles du règlement témoignent d'une sage prévision et peuvent, comme ceux de la commission médicale d'Aix, servir d'exemple aux corps médicaux des autres stations. Honneur donc et bon succès à nos excellents confrères de Cauterets. » Le journal des Eaux-Bonnes, de son côté, dans son nº du 9 septembre, après avoir reproduit les trois premiers articles de nos statuts qui caractérisent le but de notre association, ajoute : « Nous goûtons fort les considérants qui précèdent; nous félicitons nos confrères de leur intelligente initiative et nous engageons les médecins des Eaux-Bonnes à imiter leur exemple. A l'exception de deux, croyons-nous, tous les docteurs de Cauterets se sont trouvés d'accord pour fonder leur association, etc... »

Hélas! pourquoi faut-il que, sur onze médecins, trois aient cru ne pas devoir répondre à notre invitation : deux se sont abstenus *à cause de leur position officielle* (ils n'ont pas tenu compte de notre courtoisie; nous n'attaquons qu'une institution nuisible); le troisième médecin, libre comme nous, fait des vœux pour que « *nous arrivions à fonder à Cauterets quelque chose de sérieux et de durable...* »

Passons...

L'idée qui nous a réunis est juste; elle sera féconde; elle l'a déjà été; et si l'Association, dans le peu de temps dont elle a eu à disposer depuis sa création, ne s'est pas occupée exclusivement de questions scientifiques, c'est qu'elle se trouvait en présence de nombreuses défectuosités d'administration ou de service thermal dont elle avait à demander et à débattre les modifications.

Des modifications médicales fort intéressantes ont cependant été faites à l'Association par plusieurs de ses membres, mais les rapports ne seront déposés et discutés qu'à la session prochaine, nous n'avons pas à les apprécier aujourd'hui.

Disons seulement qu'au début de chaque séance l'état sanitaire de la semaine a été l'objet de nos constantes occupations et de nos discussions très-sérieuses.

Il résulte de ces communications que, malgré l'encombrement extraordinaire qui a eu lieu en juillet et août, par un été généralement mauvais, on n'a eu à constater que quelques grippes et un assez grand nombre de diarrhées dont l'Association a cherché à déterminer les causes. Le retour annuel de cette affection appelait spécialement notre attention sur ce point. Nous sommes arrivés aux conclusions suivantes :

1º Contrairement à une opinion assez accréditée et sans qu'on eût cherché à s'en rendre compte, l'eau des fontaines est d'une pureté irréprochable; elle est pour ainsi dire distillée. Sortant de la roche en place, elle est suffisamment aérée par le fait d'un long parcours qui la conduit depuis son point d'émergence jusqu'aux lieux où elle est utilisée. Elle ne peut, par suite, en aucune façon, provoquer la diarrhée.

2º Mais il n'en est plus de même de l'eau du Gave, battue sans cesse contre des rochers, dans un cours très-rapide. Non-seulement cette eau n'est pas suffisamment aérée, elle est chargée de détritus qu'elle entraîne, et surtout d'immondices organiques qu'on y jette journellement. Utilisée en boisson, ou pour la préparation alimentaire, l'eau du Gave est, à certaines heures, très-nuisible.

Mais les causes principales de la diarrhée, il faut les chercher :

1º Dans l'influence du changement d'air.

2º Dans la suractivité d'appétit, quand on arrive dans les hautes régions, où la stimulation de tous les organes digestifs entraîne une ingestion trop considérable de matières alimentaires dans des organismes incapables de les digérer et de les assimiler.

3º Dans un changement de régime nutritif, et dans le dérangement d'habitudes acquises.

4º Dans les variations de température, qui sont généralement brusques à Cauterets, situé à 900 mètres au-dessus du niveau de la mer, et contre lesquelles les malades ne se prémunissent pas assez, par le peu de soin qu'ils apportent à se munir de vêtements appropriés au climat. Ces variations ont pour conséquence un ralentissement des fonctions de la peau, et, par suite, un dérangement de l'équilibre général du corps.

5º Dans l'emploi des eaux minérales, qui, dans certains cas de dyspepsie, sont mal tolérées, mal assimilées et produisent l'effet d'une super-purgation par indigestion. Comme aussi dans certaines gastralgies, ces mêmes eaux peuvent augmenter outre mesure les sécrétions glandulaires en imprimant à tout l'organisme une stimulation vitale, telle que parfois elle se traduira par une activité insolite des fonctions exhalantes de l'intestin provoquant le plus souvent la fièvre.

Dans ces deux cas, l'intervention médicale sera nécessaire.

6º Dans l'encombrement des baigneurs qui affluent en juillet et août, et qui coïncide avec les plus fortes chaleurs de l'année.

7º Enfin, la dernière cause, qui est capitale, consiste surtout, soit dans une vidange faite dans de mauvaises conditions, dans une mauvaise installation des fosses d'aisance qui, n'étant pas hermétiquement fermées, favorisent les fermentations putrides, dont les odeurs insalubres se répandent dans beaucoup d'habitations.

Dans plusieurs de ses séances, la Société a cherché les moyens d'obvier à ces inconvénients; mais, comme en somme elle ne pouvait qu'émettre des vœux, elle a arrêté les conclusions suivantes :

« Suit une lettre à M. le maire de Cauterets, demandant l'établissement d'un égout collecteur dans les rues de la ville.

« Une lettre à messieurs les concessionnaires des eaux concernant l'urbanité et la capacité des employés; diverses réformes et améliorations à introduire dans les tarifs, dans le personnel et le service, dans les appareils, dans le service des doucheurs, ainsi que pour la buvette de la Raillère.

« Modifications à introduire dans la grande piscine natatoire; nouvelle installation de la salle d'inhalation.

« Lettre à la commission syndicale de Saint-Savin, pour demander la construction, à côté de l'Établissement des Œufs, des Bains du Bois, de Mauhourat, et à la descente d'un filet d'eau de la Raillère, de manière à grouper en ville toutes les sources, etc.....

« Détails d'une très-grande importance, mais qui n'ont d'intérêt que pour le public qui fréquente nos Thermes et pour les médecins qui les étudient. »

J'ai terminé, messieurs, le résumé des travaux de l'Association pendant la période si courte qui s'est écoulée depuis la fin de juillet jusqu'au 15 septembre. Fidèles à l'esprit de l'article 2 de nos statuts, nous nous sommes mis immédiatement à l'œuvre. Outre les questions médicales, qui n'ont jamais été négligées, et qui absorbaient la majeure partie de nos séances, nous avons discuté et signalé les abus, demandé des réformes et accentué notre vitalité, en attaquant de front des coutumes routinières que l'inspection laissait se perpétuer par inertie ou par impuissance. Réunis en faisceau, nous avons, nous aurons pour nous la force que donnent la collectivité, l'étude, l'amour de la science et le désir d'être utiles à nos semblables et à nos concitoyens.

Dès que nos efforts auront pu être appréciés par le public et par le corps médical, quoiqu'il arrive de la question de l'inspectorat, alors comme aujourd'hui, nous nous placerons en face de ce privilége, qui ne peut sauvegarder sa vitalité compromise, qu'en se renfermant dans un stérile et systématique isolement. Nous lui opposerons nos œuvres, nos travaux, qui seront d'autant plus fructueux qu'ils auront été éclairés par la critique et par la discussion loyale. Et si l'État ne fait pas droit à nos justes réclamations, nous serons certains du moins d'avoir avec nous les sympathies et les vœux de nos pairs, des malades et des populations intéressées au développement de leurs stations.

Cauterets, le 24 septembre 1871.

Lu et approuvé en séance publique.

Le président,

Dr Daudirac.

PROTHÈSE DENTAIRE ET FACIALE

Faite au Val-de-Grâce par Charles Delalain, dentiste.

(Lu à la Société de chirurgie dans la séance du 11 octobre 1871.)

L.... Athanase, sergent-major, 61e de ligne, blessé à Bazeilles, le 1er septembre 1870.

Éclat d'obus. Nez complétement disparu; lèvre supérieure détruite dans sa 1|2 gauche; lèvre inférieure pendante formait un lambeau retenu à sa base au niveau du menton.

Les joues flottent en un seul lambeau à droite, en deux à gauche, dont l'un inférieur plus petit, point de la commissure labiale, sans perte notable de substance.

Extrémité de la langue enlevée.

Les dents fortement ébranlées ou disparues.

Les maxillaires n'ont pas été entamées, excepté les alvéoles et une petite portion au niveau de la canine gauche supérieure.

État actuel : Os propre du nez à droite subsiste.

Le nez a fait place à du tissu cicatriciel, qui limite ses anfractuosités en rapport avec les fosses nasales, où sont des trajets fistuleux aujourd'hui guéris.

Lèvre supérieure subsiste en partie dans sa 1/2 droite; à gauche, remplacée par une lacune triangulaire irrégulière, dont le sommet en haut anticipe un peu sur le rebord alvéolaire du maxillaire supérieur.

Une cicatrice de la commissure labiale droite, deux à la gauche.

Articulation de la parole gênée; mastication impossible.

Détails de l'appareil prothétique.

Dentier complet à la succion (la bride cicatricielle qui unit ce qui reste de la lèvre supérieure au bord alvéolaire n'ayant pas permis de faire usage du dentier à ressort).

Une fausse gencive adhérant au dentier supérieur, sur lequel repose une fausse lèvre en argent, recouverte d'une petite moustache.

Un nez soudé et une paire de lunettes contournant les oreilles; une plaque obturatrice faisant suite au nez remplace une portion de joue manquant sous l'œil gauche.

Le blessé, actuellement guéri, mange parfaitement, respire par le faux nez par suite de l'obturateur facial. La prononciation est régulière, intelligible. Il ne pouvait boire avant la pose de cet appareil que couché et à l'aide d'un tube. Il lui était encore plus impossible de fumer.

DOCUMENTS

POUR SERVIR A L'HISTOIRE DU MOUVEMENT SCIENTIFIQUE PENDANT LE SIÉGE DE PARIS (1).

28 FÉVRIER

Académie de médecine. — L'Académie tient séance.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 28 février 1871. — Présidence de M. Wurtz.

LECTURE

M. le docteur Galezowski lit une Note intitulée : *De l'influence de l'acoolisme sur la vue*, dont voici une analyse :

On connait généralement combien sont fréquents les troubles des sens chez les individus atteints de *delirium tremens*; mais ce qui est moins connu, c'est la forme particulière d'amblyopie qui survient dans un alcoolisme chronique. Pourtant, dit l'auteur, cette affection est très-fréquente à Paris, surtout depuis l'état de siége, et tandis que, sur plus de 3,000 nouveaux malades de ma clinique de l'année dernière, je n'ai rencontré que 19 cas de cette amblyopie, il s'est présenté plus de cinquante de ces malades pendant les cinq derniers mois.

Cette affection dépend évidemment des conditions hygiéniques exceptionnelles dans lesquelles nous nous trouvions pendant le siége, et comme les classes ouvrières se nourrissaient mal, et qu'un grand nombre d'entre elles remplaçaient une partie de nourriture par l'alcool qu'ils absorbaient en grande quantité à jeun, il en résultait naturellement une absorption plus facile de ce poison et un intoxication lente.

C'est surtout dans la classe pauvre qu'on rencontre cette affection; ceux au contraire qui se nourrissent bien en sont généralement exempts. Evidemment l'intoxication se produit plus facilement lorsque l'estomac ne contient point d'aliments. Je n'ai vu qu'un seul cas d'amblyopie alcoolique chez les femmes; c'est pourquoi on peut dire qu'elle est exclusivement propre au sexe masculin.

Voici les signes qui caractérisent cette maladie :

1º La vue s'affaiblit d'une manière assez brusque, et elle reste ensuite sans grand changement pendant des semaines et des mois;

2º L'acuité visuelle s'affaiblit au point que les malades peuvent à peine distinguer de très-gros caractères;

3º La vision au loin se perd d'une manière très-sensible, et à quelques pas il leur est impossible de reconnaître la figure d'une personne;

4º Le soir, les malades semblent voir mieux, le trouble de la vue est moins accentué. La même chose a lieu le matin, et j'ai vu des malades qui pouvaient très-bien lire le matin avant de quitter leur lit, tandis que, dans la journée, ils voyaient à peine à se conduire.

5º Par moment, il y a de la diplopie et de la polyopie, ou bien les objets semblent se rapprocher ou s'éloigner lorsqu'on les fixe. Selon moi, ce phénomène ne peut être expliqué que par un spasme du muscle accommodateur.

6º Le trouble de la faculté chromatique n'est pas constant, tantôt le rouge paraît brun ou noir, et le vert devient gris. Souvent on remarque les contrastes successifs des couleurs très-accentuées.

7º Les pupilles sont souvent inégales, fortement dilatées et peu mobiles.

8º A l'examen ophthalmoscopique, on ne remarque généralement aucune altération. Chez quelques individus, j'ai pu constater pourtant des infiltrations rétiniennes séreuses et des contractions apparentes dans les artères.

9º Cette affection est ordinairement rebelle au traitement; elle dure très-longtemps et ne cède qu'après la cessation complète de l'usage des alcooliques.

10º On obtient une amélioration incontestable après l'usage de bromure de potassium porté à de hautes doses, comme cela avait été conseillé par le professeur Gubler contre l'alcoolisme en général.

11º L'expérience m'a démontré que le collyre à l'ésérine (calabarine) instillé deux fois dans l'œil amène une amélioration immédiate : c'est pourquoi je le considère comme un des moyens les plus importants dans le traitement de cette amblyopie.

12º Cette affection n'est pas grave, si elle est soignée dès le début; autrement il faut craindre qu'elle devienne chronique.

En parlant de l'influence de l'alcoolisme sur l'œil, il est indispensable de signaler aussi son effet désastreux sur les opérations oculaires. J'ai vu quelquefois une simple excision de l'iris être suivie d'une iritis ou d'iridochoroïdite; quelquefois la plaie cornéenne restait deux et trois semaines sans cicatrisation.

Des accidents bien plus graves encore peuvent survenir consécutivement à une opération de la cataracte par extraction; on voit apparaître des iritis suppuratives et des sphacèles de la cornée qui compromettent le succès de l'opération.

La séance est levée à trois heures et demie.

3 MARS.

Le scorbut. — M. Déchambre publie dans la *Gazette hebdomadaire* l'article suivant :

LE SCORBUT.

En nous enfermant dans notre cabinet de travail au moment précis (2 mars 1871) où l'ennemi fait son entrée dans la capitale, nous ne pouvons y secouer, comme il nous est arrivé bien des fois pendant l'investissement, le poids douloureux des événements; car, outre qu'il est difficile de n'être pas plus ému de la catastrophe finale que des malheurs qui l'ont préparée, nous avons à écrire sur une maladie qui est aussi une conséquence directe de ces malheurs, et qu'on a appelée la *maladie des villes assiégées*. Nous serons bref, du reste, nous réservant de revenir sur ce sujet, si les documents nous y invitent.

Il y a bien cinq à six semaines qu'ont été remarquées les premières manifestations scorbutiques. Les premiers cas ont été fournis par les prisons, les hôpitaux, les ambulances, où ils se sont rapidement multipliés, pendant qu'il s'en développait également en ville. Aujourd'hui, il y en a partout, dans une proportion difficile à déterminer, parce qu'aucune statistique n'est possible à cet égard, en ce moment surtout, et que la maladie, étant rarement mortelle, ne figure même pas *nominativement* sur le *Bulletin hebdomadaire des causes de décès*. Tous les praticiens sont donc à même, à cette heure, d'étudier le scorbut épidémique; mais, pour s'en faire rapidement une idée exacte, il faut l'aller observer dans les agglomérations de malades, où il se trouve en proportion plus considérable : par exemple, chez les *Petites sœurs des pauvres*, où on en trouve, tant parmi les vieillards que dans le personnel de la maison, une soixantaine de cas; par exemple encore, dans quelques hôpitaux; mais surtout à la prison de Sainte-Pélagie, devenue annexe de la Pitié, et où ont été concentrés les scorbutiques de diverses prisons.

Il y a environ trois semaines, la Préfecture de police, informée que quelques cas de scorbut s'étaient manifestés dans les prisons, chargea M. le docteur Delpech de faire une enquête sur les conditions hygiéniques de cet établissement, et d'indiquer les améliorations à introduire dans le régime des détenus pour éviter l'exten-

(1) Suite. — Voir le dernier numéro.

sion de la maladie. Cependant le nombre des cas augmentait, et les infirmeries, mal pourvues pour un service médical de quelque importance, allaient devenir insuffisantes. L'Administration, dont la sollicitude en cette circonstance mérite d'être louée, donna à M. le professeur Lasègue mission de visiter les scorbutiques des prisons, d'en établir le nombre et d'indiquer les mesures sanitaires à prendre. Cette visite, à laquelle M. Lasègue associa son chef de clinique et ami M. le docteur Legroux, donna les résultats suivants : — A la Roquette, une quarantaine de cas, déjà réunis dans l'infirmerie, parmi les vieillards transportés du pénitencier de Saint-Denis, et plus de 100 cas parmi les 243 détenus; — à la Santé, un grand nombre de cas, tant parmi les détenus que parmi les Allemands internés après l'ordre non exécuté de sortir de France; — à Mazas, qui ne renferme guère que des prévenus politiques, détenus depuis peu, un petit nombre de cas; — à Sainte-Pélagie, dont la destination est la même, pas de scorbutiques; — à Saint-Lazare enfin, un assez grand nombre parmi les femmes transportées de la *Maison des filles repenties* de la rue de Vaugirard. M. Lasègue profita du bon état sanitaire de la prison de Sainte-Pélagie pour y établir un service de scorbutiques, contenant plus de 50 lits. C'est plus spécialement des observations faites dans ce dernier établissement que nous voulons dire un mot aujourd'hui.

Nous indiquerons d'abord, d'après de sûres informations, ce qui est ressorti, pour le chef du service, de l'examen attentif de tous les sujets; nous exposerons ensuite le peu que nous a appris l'observation d'une quinzaine de scorbutiques, tant en ville qu'à l'ambulance du conseil d'Etat.

Aux yeux de M. Lasègue, le premier signe apparent du scorbut, quand les malades peuvent être inspectés dès le début, c'est l'apparition aux membres inférieurs, et surtout au mollet, de petites taches roses, arrondies, légèrement proéminentes, *invariablement situées à la base des poils*. Ce serait donc une sorte d'éruption acnéiforme. Si alors on examine la bouche, on y découvre presque toujours, à la face interne des gencives, près de l'insertion des dents, sur le voile du palais et quelquefois sur les piliers, de petites taches ecchymotiques. Ce serait là, en quelque sorte, avec la pâleur de la face et la faiblesse générale, une période initiale du mal, analogue à celle qui inaugure de diverses façons les exanthèmes. Après ce préliminaire de règle, se développeraient les autres symptômes, dans un ordre variable, mais qui, en général, est marqué successivement par le liseré des gencives, leur ramollissement, la tuméfaction de la muqueuse palatine, de larges ecchymoses et des infiltrations sanguines profondes aux membres inférieurs, l'œdème des jambes, la bouffissure et la teinte subictérique de la face; enfin les troubles viscéraux : diarrhée, hémorrhagies intestinales, etc.

A ce tableau, on est immédiatement tenté de croire que M. Lasègue a mêlé deux affections décrites sous des noms différents : le purpura et le scorbut; en quoi il n'aurait pas tort, selon nous, aucun trait essentiel ne distinguant réellement ces deux affections. Le purpura *simplex*, en effet, s'annonce par de petites taches arrondies, tantôt roses, tantôt d'un rouge sombre ou violacé; et il peut présenter par la suite ces ecchymoses étendues, ces infiltrations sanguines, voire le ramollissement des gencives, qui appartiennent plus en propre au scorbut. Mais alors il faudrait attribuer à la tache pétéchiale du purpura le caractère d'une petite induration située au niveau d'un follicule pileux. Or, c'est le propre de la pétéchie de n'être pas indurée (à moins qu'elle ne soit elle-même exceptionnellement le siége d'une petite infiltration sanguine), et il n'a été jamais remarqué que cette tache circonscrivît constamment la base d'un poil. En fait, nous devons dire que, ayant examiné aujourd'hui même cinq scorbutiques, en vue de vérifier l'observation de M. Lasègue, nous l'avons trouvée parfaitement exacte. Ces sujets présentaient sur les fesses, sur les cuisses, sur les mollets, autour des genoux, des milliers de taches rondes, les unes d'un rouge diversement nuancé, d'autres violettes ou même noirâtres, la plupart d'entre elles, mais non pas toutes, ayant manifestement le caractère d'une élevure, toutes enfin portant un poil à leur centre. Le plus souvent la tache est pleine, c'est-à-dire que toute la partie limitée par le cercle est colorée; mais quelquefois un point blanc étant resté à la base du poil et la tache formant aréole, l'ensemble prend de loin l'aspect d'une élevure ombiliquée.

Cela dit, nous n'oserions aller plus loin et entrer plus avant dans les idées de notre habile confrère sur l'évolution successive des phénomènes du scorbut. La gorge, le palais, le voile du palais, les gencives même, examinées au grand jour, étaient parfaitement indemnes chez des sujets présentant de nombreuses taches acnéiformes. Ces taches étaient déjà anciennes, il est vrai, et les ecchymoses buccales ou gutturales avaient pu disparaître. On peut dire aussi que l'immunité des gencives est commune dans l'épidémie actuelle, et que ce fait, dans les cas observés par nous, n'a rien qui dérange l'ordre de succession reconnu comme habituel par M. Lasègue; mais nous devons ajouter aussitôt que nous avons vu le palais et la gorge d'une couleur normale (comparaison faite, séance tenante, sur des sujets bien portants), alors que les gencives étaient fongueuses et saignantes. Là encore les ecchymoses bucco-gutturales avaient-elles disparu? On est autorisé à en douter, quand on remarque que chez ces sujets le scorbut était en pleine voie de développement et s'accusait encore par de larges ecchymoses et des infiltrations sanguines.

Au sujet de ce dernier mode de lésions, il faut ajouter qu'il n'y a souvent aucun rapport d'intensité entre elles et les élevures acnéiformes. Un malade qui ne portait qu'un petit nombre de ces élevures sur les jambes était atteint d'infiltrations sanguines des deux mollets, dont l'une très-considérable et très-douloureuse; et c'étaient chez lui les seuls symptômes de scorbut.

Telles sont les seules considérations que nous voulions présenter, quant à présent, au sujet de l'expression symptomatique du scorbut. En ce qui concerne l'étiologie et le traitement, nous croyons que l'épidémie actuelle n'a rien enseigné qui ne fût déjà parfaitement connu des auteurs dont Lind analyse les opinions ou publie les lettres, et surtout de lui-même. Il est bien avéré que l'usage des viandes salées et fumées n'exerce pas d'influence spéciale sur la production du scorbut, sinon à titre d'aliment insuffisant. En interrogeant sur ce point les sujets, nous en avons rencontré qui n'avaient mangé de viandes salées qu'un très-petit nombre de fois, notamment un infirmier qui avait profité du régime des malades. L'alimentation insuffisante elle-même et même la privation de légumes frais n'ont pas non plus d'action décisive sous ce rapport, et la première de ces causes mène plus directement à la pellagre qu'au scorbut (voyez à la *Bibliographie*). Ce sont ces conditions réunies, ce sont les causes morales de dépression, la tristesse, le découragement, la nostalgie, c'est par-dessus tout le froid humide qu'il faut accuser. Et, à tous ces points de vue, comment la capitale, dans un investissement de cinq mois, aurait-elle pu échapper à la nouvelle maladie? Quant au traitement, il reste et doit rester, nous le répétons, pour ce scorbut de terre, le même que pour le scorbut de mer. Des acides, des légumes herbacés, des pommes de terre, l'aération..... et les bienfaits de l'air natal et du foyer domestique!

Légion d'honneur. — Par décret en date du 3 mars, M. le docteur Galler, de la légion des mobilisés de l'Alsace (colonel Keller), a été fait chevalier de la Légion d'honneur.

5 MARS

Hygiène publique. — Le *Journal officiel* publie la note suivante :

En présence des craintes que la salubrité de la ville de Paris a fait concevoir à quelques personnes, l'administration croit ne pouvoir mieux faire que de reproduire quelques observations présentées dans la dernière séance du conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine près la préfecture de police, et approuvées par le conseil.

La mortalité, considérable pendant le siége, diminue rapidement depuis la cessation des hostilités et le ravitaillement, et tout fait présager que, dans un temps très-court, elle va tomber au niveau de la moyenne. Mais, en outre, si l'on décompose les chiffres des décès recueillis dans le dernier bulletin hebdomadaire (du 18 au 24 février 1871), on peut facilement constater qu'il ne s'en dégage aucun motif de crainte pour les étrangers.

Les varioles sont descendues au chiffre de 134, plus faible qu'il n'a jamais été depuis plus de dix mois.

La rougeole et la scarlatine sont indiquées par des nombres insignifiants.

Les deux maladies qui ont donné lieu à la mortalité la plus grande sont la pneumonie (410) et la bronchite (557), affections non épidémiques et qui sont le résultat du froid auquel ont été soumis les soldats et les gardes nationaux pendant le siége.

Les diarrhées ont évidemment pour origine la mauvaise alimentation à laquelle la population de Paris a été soumise, et ce qui le prouve, c'est qu'elles diminuent avec une extrême rapidité.

Un seul chiffre pourrait laisser quelque inquiétude, c'est celui des fièvres typhoïdes, qui ont donné lieu à 301 décès. Mais, si l'on considère que dans ce chiffre sont compris 141 militaires, ce qui réduit à celui de 160 les décès civils, chiffre fort modéré sur une population de plus de 2 millions de personnes; si l'on réfléchit, de plus, que l'encombrement des casernes, que les fatigues, que la mauvaise alimentation, que les influences morales tristes sont des causes constantes de la fièvre typhoïde, que ces causes disparaissent avec le siége, qu'elles ont agi aussi bien sur les gardes nationaux compris dans le nombre des décès civils, que sur les soldats et sur les mobiles, on s'aperçoit immédiatement que l'importance du chiffre total disparaît, et que, de toutes ces considérations, on peut tirer cette conclusion que l'habitation de Paris, prochainement évacué par sa population surabondante militaire et civile, — mobiles des départements, habitants, la plupart nécessiteux, réfugiés des campagnes, — ne présentera aucun danger pour ceux qui voudront s'y établir.

D'après le bulletin hebdomadaire des décès que publie la mairie de Paris, le chiffre de la mortalité de la ville, du 25 février au 3 mars, a été de 3,500.

C'est encore un chiffre fort élevé; mais en le comparant à ceux des quatre dernières semaines, on remarque une diminution notable et progressive.

En effet, si l'on prend, comme point de départ, la semaine du 28 janvier au 3 février, pendant laquelle le chiffre de la mortalité a été le plus élevé, on trouve que, de semaine en semaine, il est descendu :

De 4,671 à 4,451, du 3 au 10 février.
4,451 à 4,103, du 11 au 17 —
4,103 à 3,941, du 18 au 24 —
3,941 à 3,500, du 25 fév. au 3 mars.

C'est une diminution de 1,171 cas dans l'espace de cinq semaines.

L'analyse des causes de décès fait ressortir qu'à l'exception de la variole, qui a déterminé pendant les huit derniers jours une mortalité moins considérable que ne l'était celle de la semaine qui a précédé l'investissement de Paris, il ne règne en ce moment aucune épidémie inquiétante. Les cas de décès par la fièvre typhoïde sont en décroissance notable. On est autorisé à espérer que le rétablissement des conditions normales de la vie nous replacera prochainement dans les conditions normales de la statistique.

6 MARS

Ambulances. — D'après une lettre écrite par le capitaine Brackenbury au lieutenant-colonel Loyd-Luidsay, au moment de mettre fin à la mission dont il avait été chargé par la Société nationale anglaise de secours aux blessés, voici l'énumération et le fonctionnement des services que la Société a établis dans la dernière période de la guerre.

Ambulances anglaises à Sedan, Balan, Bazeilles, Donzy et Beaumont.

Aide et secours à tous les hôpitaux du champ de bataille de Sedan, par les voitures d'ambulance de la Société émanées du dépôt anglais d'Arlon.

Aide et secours à toutes les ambulances du rayon de Metz, par les voitures de la société provenant des dépôts anglais de Saarbruck, Remilly, Briey.

Etablissement d'un hôpital à Metz.

Secours à 20,000 blessés dans les hôpitaux de Metz, à l'aide d'un dépôt central établi dans la ville.

Etablissement d'un hôpital à Epernay.

Aide aux hôpitaux du rayon de Paris, à l'aide d'un dépôt central établi à Meaux.

Visite aux hôpitaux et ambulances de Paris dans toute la zone de la ville assiégée, et secours d'argent ou de vivres.

Assistance à la Société française de secours en lui prêtant son concours pour l'organisation de diverses ambulances qui, autrement, eussent dû disparaître. Dans tous les hôpitaux, excepté celui de Metz (qui était exclusivement français), les blessés des deux nations belligérantes ont été secourus immédiatement.

(*Illustrated London News.*)

6 MARS

Académie des sciences. — L'Académie tient séance.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 6 mars 1871. — Présidence de M. FAYE.

MÉMOIRES ET COMMUNICATIONS DES MEMBRES ET DES CORRESPONDANTS DE L'ACADÉMIE.

M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL donne lecture à l'Académie de la lettre suivante, qui est adressée à M. le président par M. P. Thenard :

« Après la marque de haut intérêt qu'a daigné me donner l'Académie, je crois qu'elle apprendra avec satisfaction que j'ai quitté Brême le 25 février, et suis arrivé à Bruxelles le 26 au soir.

« Sans que je le dise, l'Académie comprendra le motif qui me fait remettre à quelques jours mon retour à Paris, et retarder ainsi l'instant où j'irai moi-même remercier mes confrères.

« Veuillez, en attendant, leur renouveler l'expression de toute ma gratitude, et agréez pour vous-même l'assurance de ma plus haute considération. »

De l'intervention de l'Académie dans les questions générales de l'organisation scientifique en France. — M. H. SAINTE-CLAIRE DEVILLE. La science a joué un grand et terrible rôle dans les défaites que nous venons de subir. Les découvertes d'Ampère, les travaux de nos mécaniciens militaires ont été cruellement utilisés contre nous. Enfin l'organisation des universités allemandes a été mise au service de passions haineuses dirigées contre notre pays. Aussi dit-on de tous côtés, et avec raison, que c'est par la science que nous avons été vaincus. La cause en est dans le régime qui nous écrase depuis quatre-vingts ans, régime qui subordonne les hommes de la science aux hommes de la politique et de l'administration, régime qui fait traiter les affaires de la science, sa propagation, son enseignement et son application par des corps ou des bureaux où manque la compétence, et par suite l'amour du progrès.

Aujourd'hui, messieurs, il est temps d'agiter publiquement ces grandes questions. La réserve modeste pratiquée trop souvent par un trop grand nombre des membres de cette Académie serait une faute grave en ce moment, une faute sans excuse.

Dans les temps calmes, beaucoup d'entre nous avaient pu se ménager dans leurs cabinets ou leurs laboratoires cette vie studieuse rendue si douce et si facile par l'éloignement des hommes et de leurs débats intéressés. Il est de notre devoir aujourd'hui d'intervenir tous activement et directement dans les affaires du pays et de contribuer de toutes nos forces à une régénération par le savoir, dont la France exprime partout la nécessité.

Dans les temps difficiles, le pays a trouvé chez les membres de l'Académie, et dans l'Académie tout entière, le dévouement absolu sur lequel il avait droit de compter. Nos séances si bien remplies pendant la durée du siége en seront un exemple mémorable. Ces services mêmes, l'autorité morale que nous devons à notre origine, qui est l'élection de chaque membre par ses pairs, tout messieurs, nous oblige de contribuer à cette régénération du pays par l'initiative de chacun, par l'action de la Compagnie tout entière.

J'ai donc l'honneur de proposer à l'Académie d'admettre à l'ordre du jour de ses séances les grandes questions du développement et de l'enseignement de la science en France, et toutes les questions d'intérêt général concernant la science et les savants.

Par exemple, la France possède de grands et glorieux corps scientifiques dont quelques membres ont constamment siégé dans cette Académie. Quel service nous rendrions si nous pouvions faire dépouiller ces grands corps de l'enveloppe politique, administrative ou fiscale qui les étouffe, et met en péril le recrutement de la science parmi eux et dans les écoles célèbres qui leur servent de pépinières!

Je le répète, je demande à mes confrères d'élargir le cercle de ses communications et de ses délibérations, et d'y faire entrer toutes les questions d'intérêt scientifique, de quelque ordre, de quelque nature qu'elles soient, de quelque part qu'elles viennent.

Des commissions choisies dans nos sections, et quelquefois dans les autres classes de l'Institut, devraient préparer, résumer et rédiger au besoin comme des vœux ou des décisions académiques, les délibérations de la Compagnie.

Sous cette forme nouvelle, qui exclut toute intervention dans les affaires de gouvernement (car les affaires d'instruction publique ne sauraient plus être politiques), nous ferons arriver les conseils de l'expérience et du savoir, et, j'espère, toutes les vérités utiles à la connaissance directe du pays tout entier.

M. BOULEY. J'ai écouté avec le plus vif intérêt la communication que M. H. Sainte-Claire Deville vient de faire à l'Académie, et je ne puis, pour ma part, que lui donner une complète approbation. Il y a beaucoup à faire, en France, pour l'amélioration de toutes les branches de l'enseignement scientifique et professionnel. Dans les choses qui sont de ma compétence, j'aurai à signaler des réformes principales qu'il me paraît urgent de réaliser. Les écoles vétérinaires, pour ne parler ici que de ce que je connais bien, ne sont pas ce qu'elles devraient être; l'enseignement n'y a pas pris tout le développement qu'il comporte, en raison de ce que, par une force actuelle des choses, qu'il sera facile de surmonter quand on le voudra, les ressources que l'Etat destine à cet enseignement se trouvent absorbées par l'administration matérielle des écoles, au grand

dommage des chaires, des laboratoires et des amphithéâtres. Cet état de choses est mauvais et ne doit pas durer. On peut faire mieux, avec moins de sacrifices de la part de l'Etat. Si l'Académie accepte la proposition que lui fait M. H. Sainte-Claire Deville, je lui demanderai la permission de lui exposer le plan des réformes auquel je fais allusion en ce moment.

M. le général Morin adhère d'autant plus volontiers au principe général du développement à donner en France à l'enseignement scientifique, énoncé dans la proposition de M. Sainte-Claire Deville, que, depuis vingt années, il n'a cessé de réclamer ce développement au point de vue des besoins et des progrès des arts industriels, et d'insister en même temps sur l'influence politique et morale qu'il peut avoir sur nos populations.

Dès 1815, il avait signalé les progrès relativement considérables faits sous ce rapport par l'Allemagne et les conséquences qu'ils pouvaient avoir. Plus tard, en 1864, ayant eu la mission d'étudier l'organisation de l'enseignement industriel dans les divers Etats de cette contrée, il la faisait connaître par des Rapports détaillés.

Pour ne parler, en ce moment, que des études scientifiques d'un ordre élevé, il signalait alors le grand nombre d'instituts imités de notre grande école polytechnique et de l'Ecole centrale, dans lesquels on donne un enseignement à la fois théorique et d'applications, et dont les élèves sont partagés en divisions spéciales pour former :

Des ingénieurs des ponts et chaussées ;
Des ingénieurs civils pour les chemins de fer ;
Des architectes et des constructeurs de bâtiments ;
Des mécaniciens ;
Des chimistes industriels ;
Des agriculteurs ;
Des ingénieurs des mines ;
Des ingénieurs forestiers,
Et des professeurs de sciences appliquées.

Cet enseignement scientifique, dont les programmes généraux ont de l'analogie avec ceux de l'Ecole polytechnique, quoiqu'ils soient d'un ordre moins élevé, n'est réparti à chaque division que dans la proportion qui lui est nécessaire, avec un caractère de méthode très-remarquable, et n'est donné avec tous ses développements qu'aux jeunes gens qui se destinent à l'enseignement.

L'Allemagne ne compte pas moins de 10 à 12 instituts polytechniques complets, recevant et instruisant chacun 300, 400 et jusqu'à 600 élèves, et qui développent les connaissances scientifiques dans une population d'environ 55 millions d'habitants ; ce qui correspond à plus d'un institut pour 5 millions d'habitants, tandis qu'en France nous n'en avons que deux, l'Ecole Polytechnique avec ses écoles d'application annexes, et l'Ecole centrale, pour 37 millions, soit un pour 18 millions 500,000 habitants.

En présence d'un pareil développement de l'enseignement scientifique, créé en dehors des universités et en vue des besoins des services publics et de l'industrie, qui instruit et forme un si grand nombre de professeurs et d'élèves, peut-on s'étonner de la concurrence redoutable que nous fait aujourd'hui l'Allemagne sous tant de rapports?

Aussi, dès 1864, le général Morin n'hésitait-il pas à dire que cette concurrence lui semblait beaucoup plus dangereuse pour notre industrie que celle de l'Angleterre, où, malgré d'énormes dépenses, l'enseignement n'a pas encore été organisé avec autant de méthode.

En se ralliant, comme il l'a dit, au vœu exprimé par M. H. Sainte-Claire Deville, le général Morin croit devoir cependant faire remarquer qu'il ne faudrait pas se borner à envisager la question au seul point de vue de l'enseignement des sciences à leur degré supérieur. Il rappelle à ce sujet ce qu'il avait eu, il y a plusieurs années déjà, l'honneur de dire devant l'Académie des sciences morales et politiques.

L'organisation de l'instruction publique présente aujourd'hui en Fance, avec la constitution politique du pays, ce singulier contraste que, tandis que celle-ci confère à l'universalité des citoyens un droit égal pour les élections à tous les degrés, l'Etat, qui a la haute direction de l'instruction nationale, ne s'est préoccupé jusqu'ici, d'une part, que de l'instruction primaire, et, de l'autre, que de l'enseignement secondaire et supérieur des lettres et des sciences destiné à la portion aisée de la société.

Et cependant n'est-il pas aujourd'hui plus que jamais nécessaire de constituer un enseignement qui offre aux travailleurs de tous les rangs le moyen d'acquérir les connaissances qui leur sont indispensable pour exercer avec intelligence et succès la profession à laquelle ils se destinent, et qui, en leur donnant le moyen de s'y distinguer, fournit à de légitimes ambitions une satisfaction honorable?

C'est dans cet ordre d'idées qu'avait été préparé en 1865 un projet de loi qui, basé sur le principe de la liberté la plus complète, établissait une organisation de l'enseignement technique à ses divers degrés, sous le patronage, mais non sous la direction du ministère de l'agriculture et du commerce.

Les vues émises dans ce projet avaient fini par triompher de sourdes oppositions, et leur application a été commencée en 1870 à l'aide d'un modeste crédit de 150,000 francs, ouvert à cet effet au ministère compétent.

Répandre, vulgariser les principes de la science pour les faire servir de base à tous les travaux intellectuels publics ou industriels, tel est le but à atteindre et l'un des moyens les plus sûrs de faire reprendre, en Europe, à la France le rang qu'elle n'aurait jamais dû perdre.

(A suivre.)

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 23 octobre 1871.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La séance a été occupée par deux lectures : l'une, de M. Briquet, sur une épidémie de variole qu'il a eu occasion d'observer dans le service d'ambulance dont il a été chargé pendant le siége; l'autre, de M. Demarquay, sur une série d'expériences entreprises dans le but d'éclairer un des points de l'histoire de l'ostéomyélite dans ses rapports avec l'infection purulente. La lecture de M. Briquet n'étant point terminée encore, nous n'avons pu que donner une analyse rapide de la première partie de son travail, suffisante déjà pour indiquer les diverses questions intéressantes qui s'y rattachent.

Il y a toute apparence que les observations de M. Briquet deviendront le point de départ d'une discussion générale. Déjà M. Vulpian s'est inscrit pour présenter, à cette occasion, quelques remarques sur l'histologie de la pustule vaccinale.

Quant aux expériences de M. Demarquay, dont l'Académie a paru écouter la relation avec un grand intérêt, elles ont donné lieu, comme on pourra le voir par le compte rendu de la séance, à quelques observations sur les interprétations diverses dont elles ont paru susceptibles.

Cette petite discussion se rattachant en réalité à la grande question de l'infection purulente, nous ne séparerons pas ce que nous pourrions avoir à en dire du résumé que nous comptons commencer incessamment.

Parmi les ouvrages présentés, nous signalerons le beau travail italien sur l'histoire de la chirurgie du docteur Corradi, sur lequel M. Daremberg a fait un rapport verbal que nous avons cru devoir mettre sous les yeux de nos lecteurs.

Dr BROCHIN.

CLINIQUE DE LA VILLE. — M. A. AMUSSAT.

Extraction de deux corps étrangers introduits accidentellement dans la vessie (1).

Tige de bois introduite accidentellement dans la vessie; extraction avec le brisepierre en bec de canne.

Le 2 mars 1870, M. le docteur Roy, médecin à Decize (Nièvre), m'adressa un journalier de Cossé (arrondissement de Dosne), pour lui extraire une tige de bois introduite accidentellement dans la vessie.

Le sieur B..., âgé de vingt-six ans, d'une bonne constitution, s'introduisait souvent dans l'urèthre une petite tige de bois, dans un but facile à comprendre. Dans la nuit du 26 février, l'ayant introduite comme de coutume, elle se cassa, et une portion resta dans le canal.

Le 1er mars, il vint consulter M. le docteur Roy, qui, en palpant avec beaucoup de soin l'urèthre, ne découvrit aucun corps étranger; pratiquant alors le cathétérisme, il pénétra très-facilement dans la vessie, où il sentit distinctement la tige de bois. Ne possédant pas les instruments nécessaires pour en faire l'extraction, mais pensant néanmoins qu'il fallait la tenter avant de se décider à pratiquer la taille, il engagea le malade à partir le soir même pour Paris, et me l'adressa.

Le 2, à une heure, je vis B... qui me remit une lettre dans laquelle M. le docteur Roy me donnait tous les renseignements sur l'accident, et me montra la portion de la tige de bois qui lui était restée dans la main. Il se plaignait d'avoir d'assez fréquentes envies d'uriner, et d'éprouver des douleurs vives à la fin de la miction.

Je fis coucher le malade sur un fauteuil à dossier renversé, les pieds dans deux chaises, et j'introduisis une sonde d'argent à petite courbure, qui me permit de sentir la tige de bois placée transversalement au-dessous du col. Quand je l'eus suffisamment explorée, je substituai à la sonde le petit lithoclaste employé chez le malade de l'observation précédente, et saisissant le corps étranger par une de ses extrémités, je cherchai à l'amener au dehors, mais sentant une résistance au col, je l'abandonnai. Cette série de manœuvres fut répétée à plusieurs reprises sans succès, mais à la dernière, j'eus l'idée de placer le corps étranger obliquement contre la paroi droite de la vessie. Je fis une nouvelle injection d'eau tiède, et j'explorai la tige de bois avec le lithoclaste; quand le bec en eut atteint l'extrémité la plus élevée, je la saisis autant que possible dans la direction de son axe, et faisant pivoter l'instrument, j'amenai le corps étranger au col, et j'essayai avec beaucoup de douceur à l'y engager. Comme le corps étranger avait été bien saisi à son extrémité, je pus l'amener au dehors sans la moindre difficulté, et sans souffrance pour le malade. Comme il m'assura que les deux fragments formaient la tige complète, je ne fis aucune exploration. Après cette opération il prit un grand bain, et revint m'assurer qu'il se trouvait si bien, qu'il repartirait le soir même pour son pays.

Huit jours après, M. le docteur Roy, que j'avais prié de vouloir bien me donner des nouvelles du malade, m'écrivit : « Il est revenu de Paris sans souffrir, et, depuis son arrivée, il n'a éprouvé absolument aucun symptôme du côté de la vessie.

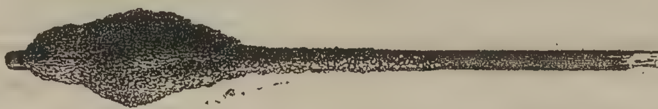


Figure 2. — La figure ci-jointe représente deux fragments de la tige de bois dont B... se servait dans un but d'onanisme. Le plus long est celui que j'ai extrait de la vessie. Comme on le voit, il existait à l'une de ses extrémités une espèce de magma composé de mucosités et de sels calcaires, adhérant assez fortement au corps étranger; c'est par cette extrémité que je l'ai saisi avec le petit brisepierre de mon père.

Quand B... m'eut raconté très-succinctement le fait sur lequel M. le docteur Roy me donnait tous les détails, je compris de suite que l'extraction de ce corps étranger allait offrir de sérieuses difficultés, à cause de sa rigidité, et du peu d'espace pour opérer dans une vessie se vidant assez fréquemment.

Je le fis placer sur mon fauteuil; je cherchai par le cathétérisme à bien établir le diagnostic, et à m'assurer de la quantité de liquide que pouvait contenir le réservoir urinaire. Le contact de la sonde sur les parois vésicales enflammées et sur le corps étranger amena bientôt l'expulsion de l'urine. Je dus faire doucement, et en m'arrêtant souvent, plusieurs injections d'eau tiède dans la vessie, avant qu'elle fût suffisamment distendue pour tenter les manœuvres d'extraction. Le brisepierre introduit, j'essayai à plusieurs reprises, mais sans succès, d'amener au dehors le fragment de bois, celui-ci n'étant pas saisi tout à fait à son extrémité. Ce fut alors que l'idée me vint de le placer obliquement du côté droit de la vessie, dans l'espoir de le saisir plus facilement. Cette manœuvre fut couronnée de succès; mais s'il en eût été autrement après des tentatives réitérées, et en employant le chloroforme, j'aurais tenté l'extraction avec l'instrument de Leroy d'Étiolles père, avant de songer à la cystotomie.

La comparaison de ces deux faits me permettra d'entrer dans des considérations qui ne seront pas, je l'espère, sans intérêt.

Chez M. F..., la vessie était ample, sans irritation, et ne pouvait se vider qu'au moyen de la sonde; je me trouvais donc placé dans les mêmes conditions que lorsque l'on fait des manœuvres d'extraction sur le cadavre. C'est alors que presque tous les instruments employés donnent des résultats satisfaisants.

Chez B..., les conditions d'extraction étaient presque l'inverse : vessie irritée, se contractant très-facilement, énergiquement, et expulsant complétement l'urine. On comprend que tous les instruments fabriqués spécialement pour saisir un corps étranger rigide, et le placer dans une direction convenable, ne pouvaient plus être manœuvrés que difficilement, faute d'espace.

Le brisepierre d'enfant, par sa forme, ses dimensions, est l'instrument qui permet de saisir le plus facilement le corps étranger, et de manœuvrer le plus commodément dans une vessie, même peu dilatée. La difficulté consiste donc à le saisir par une de ses extrémités, de telle façon qu'il ne dépasse les cuillers que d'un côté, et qu'en retirant l'instrument dans le col sans trop serrer, il se place dans une direction convenable, et qu'il puisse ainsi parcourir le canal sans le blesser. En y réfléchissant, je pensai qu'en plaçant la tige de bois obliquement contre la paroi droite de la vessie, on la saisirait mieux. Si j'avais eu cette pensée lorsque j'opérai M. F..., j'aurais pu extraire ce fragment de sonde d'une manière encore plus satisfaisante.

J'insiste sur ce procédé, parce que tous les chirurgiens qui pratiquent la lithotripsie ont un brisepierre d'enfant, et pourront, par conséquent, en le manœuvrant avec douceur et persévérance, parvenir, comme je l'ai fait, à extraire des corps étrangers longs, mous ou rigides, sans être dans l'obligation de recourir aux instruments ingénieux imaginés spécialement pour cet usage, que généralement ils ne possèdent pas, ou de pratiquer la cystotomie. J'aurai du reste l'occasion de reparler de ce malade.

(1) Fin. — Voir le dernier numéro.

DE LA GUÉRISON DES NÉVROSES CONVULSIVES

DU MEILLEUR MODE D'ADMINISTRATION DU BROMURE DE POTASSIUM

Par M. le docteur H. RAVIN-BUSSIÈRE.

Il y a dix-huit mois, la *Gazette des Hôpitaux* a bien voulu accueillir la relation de deux faits cliniques curieux que je lui avais adressée, du fond de mon village, et malgré toute mon inexpérience des choses du journalisme scientifique. Il s'agissait alors de deux cas de guérison d'épilepsie par le bromure de potassium à haute dose. J'avais été tellement frappé de ce résultat que je me suis cru obligé, en conscience, de le faire connaître. Lorsque j'aurai dit que les deux guérisons se sont maintenues, on me pardonnera de revenir avec quelque complaisance sur ce passé.

Dans les environs de la localité que j'habite, on a été très-surpris de revoir mes deux malades complétement débarrassés de leur affreuse névrose, et, comme tout se sait bien vite, même les bonnes choses, on m'a amené des épileptiques de douze à quinze lieues à la ronde! Je ne méritais vraiment pas tant d'honneur, puisque je n'avais fait qu'appliquer le traitement de Bicêtre, tel que l'a publié M. le docteur Legrand du Saulle, dans un Mémoire très-remarquable, il y a déjà quelques années.

Aujourd'hui, voici où j'en suis : je n'ai suivi sérieusement que trois malades à névroses convulsives depuis le mois d'avril 1870, et je trouve que j'ai eu encore beaucoup de bonheur. Comme je comprends que l'on ne pourrait pas insérer des observations trop détaillées, je n'en ferai que le résumé en quelques mots :

1° Joseph B..., 17 ans, d'une intelligence très-développée, quoique dépourvu de mémoire, a des attaques nocturnes d'épilepsie depuis son enfance. Il passe rarement une semaine sans en avoir deux ou trois dans la même nuit. Il se met la langue en sang quelquefois. Il urine au lit. Il a été traité infructueusement par la belladone, par le valérianate d'ammoniaque et par le lactate de zinc.

Mis au traitement par le bromure de potassium en sirop, son état s'amende presque tout de suite. Les crises s'éloignent, et, par mesure d'économie, on suspend la médication, sans m'en informer. Les attaques se rapprochent, et il s'en produit une en plein jour pour la première fois. Le traitement est repris, les crises disparaissent progressivement et Joseph B... n'a rien eu depuis le 6 janvier 1871. Sa mère couche dans la même chambre et l'observe avec une sollicitude sans pareille. Le bromure est donné à la dose de cinq grammes par jour (deux cuillerées et demie de sirop de Henry Mure); mais est-ce que je ne pourrais pas le cesser maintenant, quitte à y revenir de temps en temps?

II. — La veuve G..., âgée de 47 ans, a cessé d'être réglée depuis deux ans, et elle a commencé presque aussitôt à avoir des étourdissements, puis des évanouissements subits, et enfin des attaques véritables d'épilepsie. Elle est irritable et très-emportée. On la fuit dans le pays.

Lorsqu'elle vint me voir, au mois de mai 1870, elle avait déjà pris du bromure de potassium en solution, et elle a déclaré qu'elle avait sensiblement maigri. Elle avait alors deux ou trois crises par mois et un assez grand nombre de vertiges dans les intervalles, surtout depuis qu'elle s'était fait saigner par une sage-femme. Elle paraissait fort inquiète et redoutait un *coup de sang*.

J'ai été dix mois sans avoir de nouvelles de la veuve G.... J'ai su qu'elle avait ponctuellement suivi le traitement de Bicêtre pendant six mois, que ses attaques avaient cessé, que ses vertiges n'avaient cependant pas disparu, et qu'elle avait suspendu le médicament.

Une grande attaque est revenue inopinément en juin 1871. La médication a été reprise. La malade est venue me voir plusieurs fois cet été et cet automne. Elle n'a plus que quelques éblouissements fugaces d'une ou deux minutes de durée, et cela de loin en loin. Elle a repris de l'embonpoint.

III. — Julie C..., âgée de 25 ans, fille d'un cultivateur aisé, est d'une intelligence bornée; elle sait à peine lire. On rapporte qu'elle a des attaques de nerfs d'une grande violence; mais je n'ai jamais été le témoin d'une crise. Je serais tenté de croire qu'elle n'a que des phénomènes hystériques, tant je trouve que leur durée est longue. Elle a été traitée pendant un an par un homéopathe, — par correspondance, — et on l'a conduite en pèlerinage dans le midi de la France; mais depuis cinq ou six ans on avait renoncé à toute entreprise curative.

Le bromure de potassium a réussi non pas, hélas! à rendre Julie C... intelligente, mais à supprimer ses attaques convulsives. Elle n'a jamais dépassé, pendant huit mois, la dose de deux cuillerées à bouche de sirop de Henry Mure par jour, ce qui représente

4 grammes de sel bromique. Maintement, je le répète, je ne sais pas très-bien si cette malade était hystérique, hystéro-épileptique ou épileptique.

A côté de ces faits, j'en ai peut-être bien une dizaine d'autres; mais je compte trois insuccès avérés, et j'ignore ce que sont devenus deux malades en voie d'amélioration (un cas d'hystérie chez une jeune fille de 15 ans et un cas de danse de Saint-Guy chez un petit garçon de 9 ans). D'autres convulsifs ne sont pas revenus me voir ou n'ont pas continué le traitement, et ne sont, paraît-il, ni mieux ni plus mal qu'auparavant.

D'après ce que j'ai pu constater, on ne peut donner le bromure de potassium en solution. Les malades ont bientôt de l'irritation gastrique, perdent l'appétit et maigrissent à vue d'œil. On ne peut pas non plus le prescrire en pilules, car combien faudrait-il en donner? Il se prend parfaitement dans une potion très-sucrée ou très-amère; mais il faut faire renouveler la potion tous les deux jours, et le procédé est coûteux. Le meilleur mode d'administration du bromure est, jusqu'à nouvel ordre, le sirop de Henry Mure, composé avec un sel bromique d'une irréprochable pureté et un sirop très-fin aux écorces d'oranges amères. Les malades tolèrent à merveille cette préparation et engraissent la plupart.

Je ne peux pas terminer cette petite note sans m'étonner de ce que les grands corps savants de Paris discutent sans cesse de hautes questions sans utilité pratique immédiate, alors qu'ils pourraient si bien mettre leurs lumières au profit des malades. Je ne suis qu'un bien obscur médecin de campagne, plus habitué à parcourir de mauvaises routes, monté sur mon vieux cheval, qu'à aborder le sanctuaire de la science; mais je crois que j'ai plus fait pour l'humanité, si j'ai empêché un malade d'avoir une attaque d'épilepsie ou de mourir d'une pneumonie, que si j'avais prononcé un beau discours, du haut de la tribune académique, sur la *septicémie!*

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 24 octobre 1871. — Présidence de M. WURTZ.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet le rapport général de M. le docteur Lambron, médecin-inspecteur des eaux minérales de Bagnères-de-Luchon, sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1870 (Comm. des eaux minérales).

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

M. le docteur Netter (de Rennes) écrit à l'Académie une lettre en réponse aux objections faites, dans la dernière séance, par M. Briquet, lors de la présentation par M. Sée, de son travail sur le traitement de la pourriture d'hôpital par le camphre en poudre.

M. Netter aurait bien voulu examiner le travail de M. Rousseau (d'Épernay), cité par M. Briquet, mais il ne l'a trouvé mentionné nulle part.

M. SÉE, à cette occasion, fait remarquer que les objections de M. Briquet tombent d'elles-mêmes, puisque aucun travail n'a été publié par M. Rousseau sur ce sujet.

PRÉSENTATIONS

Les ouvrages suivants sont présentés à l'Académie :

Par M. LE SECRÉTAIRE : 1° au nom de l'Académie royale des sciences, des lettres et des beaux-arts de Bruxelles, une série de mémoires, de bulletins et de comptes-rendus; — 2° au nom de M. le docteur Durand (de Lunel), une brochure ayant pour titre : *Indications et contre-indications des eaux de Vichy.*

Par M. TARDIEU, en son propre nom, un volume intitulé : *Étude médico-légale sur les blessures par imprudence.*

Par M. ALPH. GUÉRIN, au nom de M. Mordret (du Mans), un rapport sur les ambulances confiées à ses soins pendant la guerre.

Par M. LARREY, une brochure contenant deux nouvelles observations d'ovariotomie, par M. le docteur Isnard (de Marseille).

Par M. DAREMBERG, un ouvrage de M. le docteur Corradi.

M. Daremberg, en présentant cet ouvrage, s'exprime en ces termes :

J'ai l'honneur d'offrir à l'Académie un ouvrage qui a pour titre : *Della chirurgia in Italia degli ultimi anni del secolo scorzo prio al præsente*, et pour auteur M. le docteur Alfonso Corradi, professeur de médecine à l'Université de Pavie. Cet ouvrage répondant à une question posée par la Société médico-chirurgicale de Bologne a été honoré d'un prix exceptionnel, le jugement a été porté à l'unanimité. La rapide analyse que je vais soumettre à l'Académie suffira à prouver que ce prix était parfaitement mérité. Du reste, M. Corradi vous est déjà connu par plusieurs travaux d'érudition fort remarquables, et entre autres par une histoire des épidémies en Italie depuis les temps historiques jusqu'à nos jours. J'ajouterai même que de tels travaux désignent M. Corradi à l'Académie pour le titre de membre correspondant étranger.

L'histoire de la chirurgie en Italie est divisée en trois parties: la première contient sous forme d'introduction un esquisse de l'histoire de la chirurgie dans les diverses écoles de la péninsule à la fin du XVIIIe siècle. Cette esquisse est peut-être un peu trop rapide, et le savant auteur oublie pour plusieurs chirurgiens de cette époque qu'ils ont passé plus ou moins longtemps dans nos écoles de Paris. Ceci est toujours bon à rappeler, car si l'Italie a été notre maîtresse pendant plusieurs siècles, à son tour, la France, par l'Académie de chirurgie et par les cliniques, est devenue l'institutrice d'une partie de l'Europe, au moins pour les sciences chirurgicales.

La seconde partie contient des considérations générales fort habilement présentées sur l'alliance de la médecine et de la chirurgie en Italie, sur les méthodes, les tendances et l'arsenal de la chirurgie moderne, sur les traités généraux composés ou traduits et annotés par les Italiens.

Enfin, la troisième partie, la plus longue, la plus importante, sans contredit, celle qui doit rendre le plus de services à nos chirurgiens, renferme un très-savant et très-judicieux exposé de toutes les maladies réputées chirurgicales (à l'exception de l'ophthalmologie et de la syphilis) qui ont été l'objet de recherches particulières durant le dix-neuvième siècle, exposé fait d'après les sources originales et accompagné de nombreux tableaux statistiques pour un grand nombre de maladies observées ou d'opérations pratiquées pendant plus de soixante ans en Italie; je citerai par exemple les hernies, les anévrysmes, les corps étrangers dans la vessie, la taille, la lithotritie. Je ne crois pas me tromper, ni trop céder à l'amitié pour l'auteur, à l'amour de l'histoire, en déclarant que notre confrère M. Corradi a fait un véritable cadeau à nos chirurgiens. Les livres italiens arrivent difficilement chez nous (combien, hélas, n'en ai-je pas fait l'expérience), nous sommes loin de posséder toutes les brochures académiques, tous les recueils périodiques; eh bien, M. Corradi a dépouillé, analysé et groupé ces immenses matériaux en une série de chapitres conformes à la nosologie chirurgicale généralement adoptée. Ce livre est une œuvre de grande et de très-bonne histoire: puisse-t-il servir d'exemple.

En conséquence, je prie l'Académie d'envoyer à M. Corradi une lettre très-spéciale de remerciement, et d'inscrire son nom sur la liste des candidats au titre de correspondant étranger.

LECTURES

Variole. — M. BRIQUET lit un travail sur une *épidémie de variole* qu'il a observée pendant le siége de Paris à l'ambulance militaire de la rue de Clichy.

Le travail se compose de quatre parties :

1° Une partie statistique destinée à résoudre plusieurs questions relatives à la vaccine et à prouver que, malgré l'effrayante épidémie que nous venons de traverser, la puissance de ce préservatif est incontestable.

2° Une partie anatomique contenant sur la pustule variolique des détails qui rendent, mieux qu'on ne l'a fait jusqu'à présent, raison des modifications successives que subit la pustule variolique.

3° Une partie pathologique comprenant l'examen des états morbides qui paraissent avoir constitué les caractères de cette épidémie; des recherches sur la période prodromique des affections varioleuses, ayant pour but de déterminer la valeur de ces prodromes, sous le rapport du diagnostic; un tableau des différentes manières suivant lesquelles ces éruptions se sont terminées fatalement, sorte de clinique indiquant le degré de fréquence avec lequel se produisent les diverses complications de la variole, en indiquant les précautions à prendre pour y remédier.

4° Enfin, une partie thérapeutique comprenant les résultats des recherches faites sur une grande échelle, relativement à l'action très-puissamment abortive des topiques mercuriels sur les éruptions varioleuses, ainsi que l'appréciation de l'utilité de quelques autres moyens secondaires.

Le nombre des varioleux soumis à l'observation de M. Briquet a été de 504, tous militaires. La moyenne d'âge a été de 24 ans 1/10, avec des extrêmes de 17 à 54 ans. Les 9/10 de ces varioleux avaient été vaccinés; un sixième seulement avait été soumis à la revaccination.

Chez les 413 sujets présentant des traces caractéristiques de vaccine, 252 n'ont eu qu'une varicelle légère, 107 ont eu une varioloïde, 20 une variole discrète, 34 une variole confluente.

Chez les 66 sujets qui ne présentaient pas de cicatrices, 14 n'ont eu qu'une varicelle légère, 7 une varioloïde, 13 une variole discrète, 32 une variole confluente.

D'où il résulte que chez les sujets bien vaccinés, les cinq huitièmes n'avaient eu qu'une maladie légère, deux huitièmes avaient eu une maladie un peu sérieuse, et un huitième seulement une véritable variole, tandis que, au contraire, chez les sujets non vaccinés, il y a eu un tiers de cas légers et deux tiers de cas graves.

Quant à la proportion relative des décès, on trouve que chez les sujets vaccinés la mortalité a été d'environ un dixième, tandis que chez les sujets non vaccinés, elle a été des deux tiers.

Étudiant l'influence du temps écoulé depuis la vaccination, M. Briquet constate que le nombre des cas de variole a été régulièrement croissant, à mesure qu'on s'éloignait de l'époque de la vaccination. M. Briquet a remarqué, en outre, que les sujets qui présentaient le moins de cicatrices vaccinales ont eu la plus forte proportion de cas de varioloïdes ou de varicelles.

A l'occasion de la disposition anatomique de la pustule variolique, M. Briquet rappelle les travaux de Cotugno, de Deslandes, de Rayer, de Gendrin, de Gomey, de Rilliet et Barthez. Suivant M. Briquet, la pustule variolique ne siége pas dans les follicules pileux, car on la voit dans des régions où il n'y pas de poils; elle ne siége pas non plus dans les glandes sébacées, ni dans les glandes sudoripares; son siége se trouve dans le réseau de Malpighi. Le bouton varioleux est constitué par le développement de réseaux capillaires de la peau. Mais, à dater du troisième jour, quand apparaît la teinte nacrée, il se fait, entre la face profonde de l'épiderme et les couches les plus superficielles du derme, une exsudation grisâtre, s'étendant à toute la surface, et bien plus adhérente à l'épiderme qu'au derme sous-jacent. La dépression centrale de la pustule paraît dépendre de la saillie que fait le disque, beaucoup plus épais à sa circonférence qu'à son centre, et la coloration brune tenir à ce que l'épiderme, en raison de sa transparence, laisse voir la couleur brune du contenu de la pustule.

Dans la variole discrète se trouve un disque pour chaque pustule; dans la varioloïde discrète, on ne trouve plus que des vestiges du disque; dans la variole à pustules cohérentes, les disques sont accolés et adhérents les uns aux autres, aussi régulièrement disposés que les pièces d'un carrelage; enfin, dans la variole confluente, les disques s'enchevêtrent avec leurs voisins et empiètent les uns sur les autres, plus ou moins déformés et atrophiés par leur pression réciproque. Dans la variole hémorrhagique, on ne trouve dans la pustule que du sang, soit pur, soit mêlé à du pus.

Dans la partie pathologique de son travail, M. Briquet étudie les caractères de l'épidémie, et, parmi les faits principaux qu'elle a présentés, il signale en particulier le rash, l'état hémorrhagique, le délire, et la mortalité.

Le rash a été observé sur 12 des varioleux de l'ambulance de la rue de Clichy; il a constamment précédé l'éruption de deux à trois jours, et a duré quatre à cinq jours. Il s'est offert sous deux formes: sous la forme continue, comme scarlatineuse, au tronc; sous la forme discrète ou disséminée, aux membres. Sur les 12 malades présentant le rash, il y a eu 5 décès. Le délire a été plus commun qu'il ne l'est d'ordinaire. Il se montrait seulement pendant les premiers jours de l'éruption; il disparaissait généralement au bout de trois à quatre jours. Cependant, chez quelques malades, il a persisté jusqu'à la mort.

La forme hémorrhagique de la variole a été fréquente dans le cours de cette épidémie. M. Briquet attribue cette fréquence à la mauvaise alimentation et au séjour dans les tranchées pendant l'hiver. La mortalité a été considérable.

D'après les chiffres communiqués par M. le docteur Worms, la variole a causé dans Paris, de juillet 1869 jusqu'en juin 1870, 13,614 décès, dont 1,800 décès de militaires.

Si l'on compare la mortalité dans les hôpitaux civils et dans les hôpitaux militaires, du 1er novembre au 1er mai 1871, époque de la plus forte intensité de l'épidémie, on trouve pour les premiers une proportion de 35 p. 100.

M. Briquet continuera dans la prochaine séance la lecture de son mémoire.

M. VULPIAN se réserve de compléter ultérieurement par des détails d'anatomie micrographique la description que M. Briquet a donnée de la structure de la pustule variolique.

M. DEMARQUAY fait la lecture suivante :

Recherches sur la perméabilité des os dans ses rapports avec l'ostéomyélite et l'infection purulente. — La discussion sur l'infection purulente étant close, je n'ai point la pensée de ramener la discussion sur ce sujet. Cependant, avant de communiquer les recherches que je viens de faire sur la perméabilité du système osseux aux injections de toute sorte, j'ai besoin de rappeler les faits qui m'ont amené à faire les études nouvelles dont j'ai l'honneur de présenter à l'Académie les résultats.

Mes savants collègues se rappelleront sans doute que, dans une communication sur l'ostéomyélite, j'avais insisté sur la puissance d'absorption de la moelle des os, et que mes expériences étaient en tout point confirmatives de celles de MM. Cruveilhier, Ollier et de Dubuisson Christot, qui a fait des expériences intéressantes sur ce sujet. On les trouvera consignées dans sa thèse inaugurale sur la moelle des os (année 1865). Mais toutes ces expériences n'avaient à mes yeux qu'un intérêt physiologique, j'ai voulu savoir si elles pouvaient expliquer les phénomènes pathologiques que j'avais observés dans l'ostéomyélite. Je me suis donc posé une série de questions anatomo-physiologiques que je me suis appliqué à résoudre de mon mieux.

La première question que je me suis posée est celle-ci : le pus pur, pris sur l'homme malade et injecté immédiatement dans le canal médullaire, ainsi que le pus putréfié étendu d'eau, sont-ils absorbés et portés dans le torrent circulatoire ?

Pour répondre à cette question, j'ai fait douze expériences; mais avant de les faire connaître, je vais dire en deux mots comment j'ai procédé afin d'éviter toute erreur. Je me suis servi, en général, de lapins mâles et vigoureux. Afin de faire pénétrer la matière purulente dans le canal médullaire du fémur et éviter toute lésion grave de l'os, j'ouvrais l'articulation du genou droit en coupant la peau et le tendon rotulien; puis je faisais, avec une vrille, une perforation au fémur, entre les deux condyles, et j'arrivais ainsi facilement dans le canal médullaire du fémur droit sans que mes lapins perdissent de sang. Cela fait, avec une seringue d'Anel, j'injectais une certaine quantité de pus, qui a varié entre 60 et 120 gouttes. L'opération terminée, l'animal était pansé avec soin et bien soigné.

Le résultat de mes expériences a toujours été le même ; tous mes animaux sont morts après avoir présenté, pendant la vie, les phénomènes suivants : 1° le poil s'est altéré ; 2° les animaux ont maigri d'une manière sensible; 3° enfin leur température s'est vite élevée d'une manière notable, de 38 à 39°, température centrale; nous l'avons vu s'élever à 41 ou 42° pour baisser un peu au moment de la mort.

L'autopsie des lapins nous a fait constater :

1° Un phlegmon profond et superficiel plus ou moins marqué, du côté opéré ;

2° Des congestions pulmonaires, des foyers pneumoniques plus ou moins marqués ; une fois de la gangrène pulmonaire ;

3° Une congestion et ramollissement du foie, de la rate et des reins ;

4° Et finalement des abcès métastatiques du foie à divers degrés de développement. Ces abcès, faciles à reconnaître à l'œil nu, quand on connaît bien l'anatomie du lapin, ont été bien étudiés au microscope par M. Hénoque, dont la compétence sur ces matières ne sera mise en doute par personne.

Voici la note que m'a remise M. Hénoque :

NOTE SUR L'EXAMEN DES PIÈCES REMISES PAR M. DEMARQUAY A M. HÉNOQUE.

Monsieur Demarquay m'a remis pendant le mois d'octobre (les 9, 10, 13 et 16 octobre) des foies et des poumons de lapin, me priant d'en faire l'examen anatomo-pathologique, et me donnant comme indication générale qu'il s'agissait d'expériences sur la septicémie, et que j'avais principalement à rechercher l'existence de lésions septicémiques.

Les conclusions de mes recherches, dont je donne les détails plus loin, sont les suivantes :

Pour les deux premiers lapins, le foie et le poumon présentent les caractères d'une congestion intense, telles qu'on les observe si souvent dans la septicémie aiguë expérimentale.

Examen anatomo-pathologique des diverses pièces.

1er Lapin.

Le foie volumineux, rouge-violet foncé, présente à ses bords et à sa face inférieure des plaques diffuses d'une teinte grisâtre. Il y a congestion, et dans les grosses ramifications de la veine-porte du

sang en partie coagulé, mais nulle part de caillots adhérents. Les parties grisâtres montrent une dégénérescence granulo-graisseuse des cellules hépatiques, telle qu'on l'a observée plusieurs fois dans la septicémie aiguë. Les poumons sont le siége d'une congestion très étendue; le parenchyme, d'un rouge foncé, est dense, à la coupe il s'écoule du sang; mais on peut, par l'insufflation, vérifier la perméabilité des lobules. Des îlots rosés font saillie, et à la coupe les canaux bronchiques correspondants laissent écouler des mucosités spumeuses. A la surface du foie existent de petites tumeurs miliaires, arrondies, d'un jaune vif, dans lesquelles on trouve des détritus de cysticerques.

2e Lapin, 10 octobre.

On trouve dans le foie des caractères de la congestion; celle-ci est moins étendue dans le poumon que chez le 1er lapin.

3e Lapin.

Le foie renferme une quantité d'abcès jaune clair, arrondis, présentant un volume variant entre celui d'une lentille et celui d'une tête d'épingle.

L'examen microscopique montre quelques particularités en rapport avec le volume de ces abcès. Les plus petits occupent l'espace de plusieurs acines, la partie centrale est ramollie, se dénoue par la coupe, et laisse voir, dans le détritus qui la compose, un grand nombre de leucocytes mélangés à des cellules hépatiques, granuleuses, infiltrées de graisse; la partie périphérique montre une infiltration considérable de leucocytes dans les espaces qui séparent les cellules hépatiques.

Dans les abcès plus volumineux, on trouve à la périphérie une sorte de tassement des cellules hépatiques, qui ont été refoulées et aplaties.

Chez le 3e lapin, le foie était le siége d'abcès multiples. Ces abcès, très-nombreux, arrondis, disséminés, sont des abcès métastatiques qui peuvent avoir pour origine des embolies, bien qu'il ne m'ait pas été possible de reconnaître les diverses phases de leur formation, non plus que de démontrer l'existence des embolies.

Chez le 4e lapin, le foie présentait des abcès et des lésions qui doivent être rapportés à une thrombose de la veine-porte.

En effet, elles forment des plaques irrégulières, alternativement striées de jaune et de rouge foncé. A l'examen microscopique on trouve dans ces plaques des taches, des ramifications de la veine porte, renfermant un caillot, où, au milieu de globules rouges, on trouve des leucocytes granuleux, puis, autour de ces ramifications intra-lobuleuses, on observe une accumulation de leucocytes et une infiltration de globules rouges assez notable; les cellules hépatiques voisines sont tuméfiées, souvent granuleuses; l'infiltration de leucocytes et de globules rouges occupe très-nettement les parties périphériques de plusieurs acines.

Dans plusieurs points on observe de véritables abcès, renfermant des leucocytes et des cellules hépatiques granuleuses libres dans une cavité en général très-irrégulière, s'étendant entre plusieurs acines et siégeant le long des rameaux inter-lobulaires de la veine porte.

En d'autres points, au contraire, l'infiltration des leucocytes est plus bornée; mais toute la partie périphérique des acines voisins présente des cellules hépatiques tuméfiées, granulo-graisseuses.

Ces abcès ne paraissent pas liés à l'existence d'une thrombose de la veine porte, puisque les rameaux de ce vaisseau ont paru toujours perméables. Sont-ils dus à des embolies?

A cette question il est difficile de faire une réponse catégorique : la plupart d'entre eux étaient arrivés à une période de développement où il est fort difficile de se prononcer; dans les autres on n'a pas pu observer nettement les caractères des infarctus, la partie centrale étant tout à fait ramollie. Dans une préparation seulement on a pu voir une des ramifications de l'artère hépatique renfermant un caillot.

En résumé, il peut s'agir d'infarctus ramollis ou d'abcès disséminés métastatiques, expression qui ne préjuge pas le mécanisme de leur mode de formation.

4e lapin (16 octobre).

Le foie, d'une coloration rouge violet, présente à sa surface des taches irrégulières, saillantes, jaunes; à la coupe, on trouve des caillots foncés dans la veine porte et des ramifications, ils sont résistants et adhèrent assez notablement aux parois vasculaires. Les taches jaunes se retrouvent le long des ramifications de la veine porte et présentent un aspect de mosaïque remarquable. En effet, chez ce quatrième lapin, il s'agit d'une thrombose de la veine porte, déterminée sans doute par des lésions intestinales que je n'ai pas eues à examiner.

Remarques. — Ma conclusion générale a été que, dans les quatre foies examinés, il s'agissait, pour les deux premiers, d'une congestion intense septicémique, pour le troisième et pour le quatrième d'une thrombose de la veine porte, d'origine septicémique.

J'ai fait prendre un dessin fidèle de ces altérations du foie par MM. Auteroche et Latkerbauer.

La mort des animaux mis en expérience a eu lieu dans l'intervalle de 2 à 6 ou 7 jours, elle a donc été le résultat de l'expérience elle-même. Mais comment la mort est-elle arrivée? est-ce la sérosité du pus qui a été résorbée seule? ou le pus tout entier est-il passé dans le sang?

Si on tient compte des belles expériences faites par M. Sédillot sur les animaux, il n'y a point de doute, le pus a dû être absorbé avec tous ses éléments, car nous avons observé les mêmes ulcérations que cet habile expérimentateur a obtenues sur des chiens dans les veines desquels il avait introduit du pus à l'état frais, ou du pus mélangé à une certaine quantité de sérosité altérée. Mais alors il fallait admettre que les éléments globulaires du pus pouvaient pénétrer du canal médullaire des os dans le système veineux!

Pour arriver à cette conclusion, il fallait faire une série d'expériences qui ne laissent aucun doute dans l'esprit à ce sujet. Voici donc les expériences que j'ai instituées et que j'ai répétées en partie samedi matin devant MM. Cloquet, Ricord et Brochin.

Tout le monde admet maintenant l'absorption par la moelle des os. C'est, suivant M. Dubuisson-Christot, qui a fait des expériences comparatives, le tissu au sein duquel l'absorption est le plus active; quant à moi, je l'ai trouvée si rapide, que je me suis demandé s'il n'y avait point une communication directe entre le canal médullaire et les veines du tissu osseux.

Pour éclairer ce fait, j'ai perforé le canal médullaire du fémur droit d'un lapin qui venait de mourir, et j'ai injecté tout doucement dans le canal médullaire de cet os une certaine quantité d'eau tenant en dissolution de la fuschine, ce qui donne à l'eau une belle couleur violette; le liquide pénètre avec une telle rapidité, que j'ai cru un moment avoir injecté le liquide en question dans la masse musculaire de la cuisse; comme il n'en était rien, j'ai ouvert l'animal et j'ai trouvé tous les viscères du lapin colorés en violet, comme celui que je vais avoir l'honneur de mettre dans un instant sous les yeux de l'Académie. Il résulte donc de cette expérience, que l'eau injectée dans le canal médullaire du fémur passe avec une grande facilité dans le torrent circulatoire. Or, ce qui se passe dans le canal médullaire du fémur se passe avec plus ou moins de facilité dans le canal médullaire des os longs, et cette communication a surtout lieu au moyen des veines qui émergent de l'extrémité de la portion spongieuse.

Je laisse momentanément de côté les moyens de communication, devant en faire une étude à part. Cette notion, tout importante qu'elle est, ne suffisait pas pour faire admettre le passage en nature du pus dans le sytème veineux, il fallait que j'y fisse pénétrer avec la même facilité de l'eau tenant en suspension des éléments figurés, finement pulvérisés. C'est ce que j'ai fait dans une autre série d'expériences, qui a porté sur tout le système osseux du lapin. J'ai donc, soit sur des lapins vivants, soit sur des lapins morts, injecté par le canal osseux du fémur de l'eau tenant en suspension du vermillon, de l'oxyde de cuivre ou de la gomme gutte.

Les os que j'ai l'honneur de présenter à l'Académie ont été injectés avec ces substances. Or, non-seulement les os s'injectent, mais la matière de l'injection pénètre dans le cœur, dans les poumons, dans le foie, ainsi que cela résulte de coupes faites sur les poumons; et le foie des animaux soumis à ces expériences tenant l'eau en suspension, les matières purulentes mentionnées plus haut pénètrent avec la même facilité que l'eau tenant en dissolution de la fuschine. Mais, me dira-t-on, tout cela est intéressant sur le lapin; mais la chirurgie nosocomiale ne se pratique point sur ces êtres intéressants.

Ce n'est point la vie du lapin qui est en jeu, c'est celle de l'homme, et vos expériences manquent d'intérêt si elles ne servent point à éclairer la pathologie et la physiologie humaines. Cette objection, parfaitement fondée, m'a porté à répéter sur l'homme les expériences que j'ai faites sur les animaux, et le résultat a été absolument le même. J'ai pris tous les os longs d'un enfant de huit ans encore recouvert d'une certaine quantité de chair. J'ai perforé sur chacun de ces os le canal médullaire, et me servant de la même seringue d'Anel, j'ai injecté sans effort le canal médullaire des os longs, les uns avec la fuschine, les autres avec de l'oxyde de cuivre ou avec du vermillon, et toutes mes injections sont venues ressortir par les veines émergentes des extrémités des os longs; ces extrémités sont infiniment plus perméables que la diaphyse ellemême. J'ai fait faire des coupes sur les os afin que l'on pût se rendre un compte exact du fait. On peut également se convaincre, en examinant ces os et les instruments dont je me suis servi, de la facilité avec laquelle ces injections peuvent être pratiquées, et des conséquences anatomo-pathologiques qui en découlent. J'insisterai sur ce sujet dans un autre travail; toutefois, pour revenir à l'infection purulente, comme conséquence de l'ostéomyélite, il est extrêmement facile de se rendre compte du fait. Les injections intra-médullaires pénètrent dans la circulation générale comme celles que l'on pratique sur les tissus érectiles. Il faut donc évidemment admettre ou que les veines osseuses viennent s'ouvrir directement dans le canal médullaire, ou qu'elles n'en sont séparées que par une paroi mince comme la membrane interne, qui ne peut résister même à une faible pression. Dès lors on comprend facilement que le pus en nature puisse passer dans le système veineux, puisque nous voyons de la poudre de vermillon, d'oxyde de cuivre et de gomme-gutte y pénétrer avec tant de facilité. Comme conséquence finale, il faudra admettre que l'ostéomyélite joue un grand rôle dans la production de l'infection purulente, et alors ne peut-on pas se demander dans ce cas particulier ce que devient la thrombose veineuse, dont les éléments introduits dans la circulation devenaient la cause des abcès par congestion?

Ces recherches anatomiques et les expériences que j'ai faites sur les lapins ne nous ramènent-elles point à cette idée professée par Blandin et Bérard, à savoir que les globules du pus en s'arrêtant dans les capillaires devenaient à leur tour cause et point de départ de l'abcès métastatique, et quand on songe qu'une simple contusion directe du fémur par une balle a pu amener une ostéo-myélite et une infection purulente, on se demande naturellement comment le contact de l'air a pu modifier les éléments du pus et produire la sepsine, cause, suivant quelques pathologistes, de l'infection purulente. Je m'arrête dans cette voie de supposition. J'aime mieux poursuivre expérimentalement toutes les conséquences du fait que je viens d'avoir l'honneur d'exposer devant l'Académie.

J'ai été particulièrement aidé dans ces recherches par M. Renault, interne distingué des hôpitaux, auquel je suis heureux d'adresser mes remerciments.

M. VULPIAN distingue dans la communication de M. Demarquay les faits qui sont très-intéressants et l'interprétation qui est contestable. M. Demarquay semble conclure de ses expériences qu'il existe une large communication entre le canal médullaire des os et le système veineux en général; or les recherches anatomiques n'ont en aucune manière révélé de différence entre le système musculaire des os et celui des autres parties du corps.

M. DEMARQUAY n'a pas affirmé qu'il y eût eu une communication; il a dit seulement que les choses se passaient souvent comme si cette communication existait ou qu'il y eût une membrane extrêmement mince cédant à la simple pression de la seringue d'Anel. Sans doute il est difficile de pénétrer dans le canal médullaire sans produire d'effraction, et c'est pour cela qu'il taraude le fémur à la partie inférieure. S'il y avait effraction, le liquide sortirait par la partie inférieure; or, c'est par la partie supérieure qu'on le voit se répandre sous forme de jet.

M. VULPIAN a observé des faits qui montrent l'influence des plaies des os pour la production de l'ostéomyélite. Dans ces expériences, qu'il a faites avec Flourens, M. Vulpian a déterminé cette maladie en broyant la substance médullaire dans le canal médullaire des os longs du chien. Or le chien est un des animaux les plus réfractaires à la suppuration et à l'infection purulente, ainsi que l'a dit M. Bouley.

M. CHAUFFARD ne s'explique les faits, d'ailleurs très-intéressants, de M. Demarquay, qu'en admettant la pénétration par effraction du liquide des injections. Si, en effet, il existait une communication directe du canal médullaire des os avec la circulation générale, il suffirait d'établir une ligature à la racine d'un membre pour que la tension du sang fît affluer ce liquide dans le canal médullaire, ce qui n'est pas.

M. RICHET pense que l'injection de M. Demarquay pénètre dans les cellules du tissu spongieux, où le réseau veineux de l'os prend naissance; il n'est donc pas étonnant que l'injection se répande de là dans tout le système veineux, de même qu'en injectant le réseau sympathique périphérique dans une partie du corps, on injecte tout l'ensemble du système.

M. GIRALDÈS dit qu'il faut tenir grand compte, dans des expériences semblables à celles de M. Demarquay, de l'absorption par le système lymphatique. Les recherches les plus récentes des anatomistes ont montré que les vaisseaux lymphatiques existent en plus grande abondance qu'on ne le croyait et dans des organes où on ne les avait pas encore soupçonnés. Quand on examine les poumons d'individus morts d'infection purulente, de variole, de rougeole, de scarlatine, etc., et que l'on observe à la surface de ces organes des réseaux vasculaires gorgés de sang, ces réseaux ne sont pas autre chose que des réseaux lymphatiques. La même disposition existe dans toutes les autres parties du corps. Les expériences de Follin sur le tatouage, celles de Lacauchie ont prouvé, d'ailleurs, la grande puissance d'absorption des vaisseaux lymphatiques.

Les expériences de M. Demarquay ne contredisent, du reste, en rien, suivant M. Giraldès, le fait de l'infection purulente par l'absorption de matières septiques, fait qui résulte de recherches entreprises non-seulement en Allemagne, mais encore en Italie et en Angleterre.

M. COLIN croit, comme M. Richet, que M. Demarquay a injecté directement, dans ses expériences, le tissu vasculaire des os. Il est impossible de trépaner un os sans en ouvrir les vaisseaux. Si l'on trépane un os à l'une de ses extrémités, et qu'on injecte une solution de cyanure jaune de potassium et de fer; si l'on dépouille ensuite la surface de cet os de son périoste, et qu'on l'arrose avec une solution de persulfate de fer, on voit à l'instant cette surface prendre une coloration bleue intense, due à la pénétration rapide de la solution cyanurée dans les vaisseaux ouverts. De même on ne peut expliquer la pénétration du cinabre dans le système veineux général que par des ouvertures vasculaires artificielles à travers lesquelles entre la matière injectée par M. Demarquay. L'absorption des matières solides réduites à l'état de division extrême, de la poudre de charbon par exemple, n'est rien moins que démontrée même par les expériences de M. Osterlen.

On peut très-bien expliquer, suivant M. Colin, l'infection purulente à la suite de l'ostéomyélite par la pénétration du pus dans les veines, grâce à des solutions de continuité de ces vaisseaux, produites par l'inflammation.

M. DEMARQUAY répond à M. Colin que le liquide de ses injections n'a pu pénétrer directement dans les vaisseaux, par la raison bien simple qu'il n'y a pas dans les os de vaisseaux veineux capables de recevoir l'extrémité de la seringue d'Anel. Très-certainement le liquide a été injecté dans le canal médullaire.

A M. Giraldès, M. Demarquay répond qu'il n'a pas à s'occuper de l'absorption par les vaisseaux lymphatiques des os, attendu que ces vaisseaux n'existent pas, au dire des meilleurs anatomistes, en particulier de M. Sappey. D'ailleurs, il a toujours vu le liquide injecté sortir par les veines.

A M. Richet, M. Demarquay fait observer que, dans ses expériences, il s'est assuré qu'il injectait son liquide, non dans le tissu circulaire, mais dans le canal médullaire, et cela sans pression, sans violence, ce qui rend infiniment probable, sinon absolument certain, la pénétration de ce liquide, sans effraction, dans le système veineux des os. M. Demarquay ne veut rien conclure de ses expériences au point de vue histologique; il se borne à présenter des faits dignes d'attention.

A M. Vulpian M. Demarquay répond que, lui aussi, a produit l'infection purulente chez des lapins en broyant la moelle dans le canal médullaire des os; les expériences de M. Flourens et de M. Vulpian concordent donc avec celles de M. Demarquay pour montrer l'influence de l'ostéomyélite dans l'infection purulente, puisqu'il résulte de ces expériences qu'en produisant de toutes pièces l'ostéomyélite par le traumatisme direct de la moelle des os, on donne naissance à la pyohémie.

Ces résultats rendent encore plus intéressantes les expériences de M. Demarquay, puisqu'elles démontrent la perméabilité des os et le libre passage dans le système circulatoire général d'éléments figurés mélangés avec des liquides injectés dans le canal médullaire des os.

M. RICHET fait observer que M. Demarquay a dit lui-même qu'il taraudait les os à leur extrémité inférieure; or, il est impossible qu'en agissant ainsi, il n'ait pas ouvert les cellules du tissu circulaire et injecté directement le liquide dans le tissu veineux.

M. CHAUFFARD insiste sur l'objection capitale qu'il a déjà faite à l'interprétation donnée par M. Demarquay aux résultats de ses expériences. La pénétration du liquide injecté n'a pu se faire que par effraction vasculaire, soit en dehors, soit en dedans du canal médullaire, sans quoi il faudrait admettre entre ce canal et le système veineux général une communication que repoussent toutes les notions d'anatomie et de physiologie.

M. DEMARQUAY répond qu'il ne se charge pas de mettre d'accord les résultats de ses expériences avec les notions plus ou moins certaines de l'histologie, mais il affirme de nouveau avec énergie qu'il

est assuré d'avoir porté des injections dans le canal médullaire et non pas dans les cellules du tissu spongieux.

La séance est levée à cinq heures et demie.

ADMINISTRATION DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE, A PARIS.

Amphithéâtre d'anatomie.

ANNÉE 1871-1872.

MM. les élèves internes et externes des hôpitaux sont prévenus que les travaux anatomiques ont commencé le lundi 16 octobre, à l'amphithéâtre de l'administration, rue du Fer-à-Moulin, n° 17.

Les cours ont lieu tous les jours, à quatre heures, dans l'ordre suivant :

1° *Anatomie chirurgicale.* — M. le docteur Tillaux, directeur des travaux anatomiques, les mardis et vendredis ;

2° *Anatomie descriptive.* — M. le docteur Nicaise, prosecteur, les lundis et jeudis ;

3° *Physiologie.* — M. le docteur Anger, prosecteur, les mercredis et samedis.

Le laboratoire d'histologie sera ouvert aux élèves pendant toute la durée des travaux anatomiques.

Le musée d'anatomie sera ouvert tous les jours, de une heure à quatre heures.

Le directeur de l'administration générale de l'assistance publique,
BLONDEL.

Pour copie conforme :

Le secrétaire général, A. BAILLY.

THÈSES
SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
PENDANT L'ANNÉE 1871.

71. Cordier. Des modifications imprimées aux hydropisies discrasiques par le lait.
72. Fouris. Considérations sur une épidémie du croup observée à l'hôpital des Enfants-Trouvés (1870-1871).
73. Chaume. De la Catalepsie.
74. Boucher. De la résection coxo-fémorale.
75. Lambotin. Des accidents consécutifs à l'emploi prématuré des appareils inamovibles dans les fractures des membres.
76. Bouny. Étude sur l'allaitement maternel.
77. Muller. Des extraits de viande au point de vue physiologique.
78. Charrier. Étude sur la grossesse compliquée des myomes sous-péritonéaux.
79. Rigal. De la pourriture d'hôpital.
80. Vidal. Des oreillons.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 23 octobre 1871, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de grand officier : M. le docteur Reynaud, inspecteur général du service de santé de la marine.

Au grade de commandeur : M. le docteur Rochard, directeur du service de santé de la marine, à Brest.

Au grade d'officier : MM. Lucas, Cougit et Huillet, médecins principaux de la marine.

Au grade de chevalier : MM. Ducret, Ely, Lartigue, Mathis, Bauvin, Beurru, Borius et Garnier, médecins de 1re classe de la marine.

— *Hôpital de la Charité.* — M. le professeur Gosselin commencera ses leçons de clinique chirurgicale, le mardi 31 octobre, à huit heures du matin.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments ou autres objets).

Du traitement de la congestion cérébrale et de la folie avec congestion et hallucinations, par l'acide arsénieux, par le docteur E. LISLE, ancien médecin en chef de l'hospice des aliénés de Marseille. Paris, 1871. 1 vol. in-8° de 406 pages. — Prix : 7 francs.

Des anomalies de l'homme, de leur fréquence relative, par le docteur Albert PUECH. Paris, 1871. 1 vol. gr. in-8° de 104 pages. — Prix : 2 fr. 50.

Des indications et des contre-indications des eaux de Vichy, par le docteur Auguste DURAND (de Lunel), médecin consultant à Vichy, ex-médecin en chef de l'hôpital thermal militaire de cette station. Paris, 1872. 1 vol. in-18 de 226 pages. — Prix : 2 francs.

Le démon alcool, ses effets désastreux sur le moral, sur l'intelligence et sur le physique, moyens d'y porter remède, par le docteur DESPINE. Paris, 1871. In-8° de 47 pages. — Prix : 1 fr. 50.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois. . . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 26 octobre 1871.

DE LA THORACENTÈSE
PAR SUCCION DANS LA PLEURÉSIE PURULENTE ET DANS L'HYDROPNEUMO-THORAX.

Par E. Bouchut.

Ces recherches cliniques ont pour but de montrer les avantages qu'on peut retirer de la succion par le *pyulque* de Galien, par les *aspirations pneumatiques* de J. Guérin ou de Dieulafoy dans le traitement des pleurésies purulentes.

Comme introduction, je raconterai les différentes transformations que l'opération de l'empyème a subies depuis l'antiquité hippocratique jusqu'à l'époque contemporaine.

De la thoracentèse par incision, par ustion et par térébration des côtes ou empyème.

La thoracentèse est une opération qui remonte aux temps les plus reculés de la science. On n'en connaît pas l'inventeur, et si l'on en croyait la légende, sa découverte et son entrée dans la médecine seraient un effet du hasard. On raconte, en effet, que Jason de Phérée, gravement malade de la poitrine et ayant un ulcère au poumon, aurait été guéri accidentellement pour avoir reçu dans le côté une blessure qui aurait facilité l'évacuation du pus contenu dans la plèvre (Sprengel, chapitre sur l'*Empyème*, tome IX, p. 1), et Galien dit qu'Euryphon de Cnide sauva ainsi, par la ponction de la poitrine au fer rouge, Cinésias fils d'Evagoras, qui était sur le point de périr.

Quoiqu'il en soit, la thoracentèse était une chose usuelle et vulgaire au temps d'Hippocrate. Qu'on doive en attribuer l'origine au hasard, ou, ce qui serait plus probable, à des études anatomiques sur les lésions de la plèvre, secrètement transmises aux initiés, il est certain qu'à cette époque on n'hésitait pas à pratiquer l'ouverture de la poitrine dans les cas d'épanchement pleurétique spontané ou traumatique, et, depuis Hippocrate, cette opération a été constamment pratiquée par les chirurgiens et les médecins dans les dépôts liquides ou gazeux de la plèvre. Elle a eu, comme toutes les opérations, des époques de vogue et de discrédit, mais elle n'a jamais été abandonnée. On l'a employée contre l'hydro-thorax, contre les emphysèmes de la plèvre aujourd'hui désignés sous les noms de pneumo ou d'hydropneumothorax ; contre les épanchements de sang, suite de contusion ou de plaie de poitrine ; contre les épanchements de pus, contre les abcès du médiastin, etc.

C'est ce qu'on appelait d'une manière générale l'*opération de l'empyème*, mais Heister a fait remarquer avec raison que, dans dans le sens étymologique du mot, il ne pouvait y avoir d'empyème là où il n'y avait pas de pus, et que, par conséquent, il fallait se borner à dire *paracentèse du thorax*. La critique était juste, et cette opinion semble avoir prévalu. Seulement, l'opération qualifiée alors *paracentèse de la poitrine* est plus généralement appelée aujourd'hui *thoracentèse*, ce qui est la même chose.

Quant à reconnaître l'existence d'une maladie appelée l'empyème, il est évident que cela n'est plus possible. L'empyème ne doit plus être considéré de la même façon qu'au temps d'Hippocrate, de Galien ou des médecins du moyen âge. Ce nom n'a plus la même signification aujourd'hui qu'autrefois. Il ne s'applique qu'à la pleurésie purulente. On en a justement séparé des lésions et des maladies qui sont en réalité de nature différente, l'hydro-thorax ou épanchement non inflammatoire de sérosité claire, la pleurésie simple avec sérosité fibrineuse, l'emphysème pleural constituant l'hydropneumo-thorax ou le pneumo-thorax, l'épanchement de sang occasionné par une plaie de poitrine, etc.

La réforme était la conséquence des progrès de l'anatomie pathologique, et dès l'instant que l'on connut mieux les lésions de la plèvre, l'empyème compris à la façon hippocratique ne pouvait plus exister. Nosographiquement, il devint impossible de continuer à en faire une entité morbide, c'est-à-dire une seule et même maladie. En effet, l'empyème, considéré comme synonyme d'épanchement de la plèvre, n'est qu'un symptôme de pleurésie aiguë et chronique, ou un effet de la contusion et des plaies de la poitrine. Les dénominations d'épanchement séreux, purulent, gazeux ou sanguin de la plèvre, ou de pleurésie simple et purulente, d'hydro-thorax, de pneumo-thorax, etc., conviennent mieux à la nature de ces maladies que le mot trop général d'empyème.

Si l'opération était fort usuelle chez les anciens comme moyen de combattre les épanchements considérables de la plèvre, il n'y avait pas le même accord sur les conditions du diagnostic, ainsi que sur les moyens d'exécution. On est même surpris de la hardiesse de ceux qui, sans connaître les signes actuels de la percussion et de l'auscultation, relatifs aux épanchements pleurétiques, osaient, d'après les phénomènes généraux de dyspnée et les signes locaux d'ampliation d'un côté de la poitrine avec œdème, plonger un bistouri à travers un espace intercostal. Passe encore quand, par la percussion, le bruit de flot indiquait un liquide et de l'air dans la plèvre ; mais en dehors de ce signe, l'ouverture de la poitrine était une résolution bien hardie à prendre. On voit cependant dans Hippocrate que cette opération se pratiquait bien souvent, car ses indications et son mode d'exécution étaient formels, et il n'y a qu'une bien longue expérience qui puisse permettre de justifier les aphorismes et les jugements de pronostic que je vais reproduire.

« Les empyématiques ou les hydropiques opérés par incision ou cautérisation, si le pus ou l'eau est évacué tout d'un coup, périssent infailliblement. » Littré, p. 571, t. IV. *Aphorismes*.

« Quand on ouvre un empyème par cautérisation ou par incision, si le pus coule pur et blanc, les malades réchappent ; mais s'il est sanguinolent, bourbeux et fétide, ils succombent. » P. 591, t. IV.

Viennent ensuite, dans le sixième livre *des Epidémies*, section 7, § 4 ; dans *les Lieux affectés*, p. 415 ; dans le traité *des Maladies*, livre I, p. 448, et dans une foule d'autres passages, des propositions disséminées sur les indications de diagnostic de l'empyème, sur son pronostic, sur l'endroit où il faut ouvrir le thorax, sur le procédé *par incision* ou *par ustion*, et enfin sur l'application de canules d'étain mises dans la plèvre, et qu'on raccourcissait au fur et à mesure du besoin, quand le poumon reprenant un peu de volume se rapprochait des côtes.

Il est évident pour tout lecteur attentif que l'on distinguait alors l'hydrothorax, la pleurésie, l'empyème et l'hydropneumothorax, et que la thoracentèse était appliquée dans tous ces cas, dès que l'épanchement était reconnu comme étant excessif.

Les disciples d'Hippocrate modifièrent le procédé sans renoncer à l'usage de l'opération. (1).

Quelques-uns eurent recours à la *térébration de la quatrième côte* comptée en commençant par en bas, et ce procédé resta en faveur jusqu'à Celse. Il fut ensuite définitivement abandonné.

Galien revint à la pratique des incisions ou des cautérisations d'Hippocrate.

« Ouvrez, dit-il, l'empyème entre deux côtes et laissez couler le pus peu à peu, ou bien perforez la poitrine avec un fer rouge comme le font quelques praticiens. » La même opinion se retrouve dans le *Traité des différentes pleurésies*, et aux deux procédés de la médecine grecque, Galien ajouta dans les plaies de poitrine le procédé par succion, au moyen d'un instrument de son invention appelé *pyulque*, qui n'est qu'une seringue aspirante garnie d'une longue canule (2).

Dans les siècles qui suivirent la mort de Galien, l'opération de l'empyème tomba un peu en discrédit. La hardiesse manquait aux opérateurs. — Cœlius Aurelianus, Léonidas d'Alexandrie, Aétius, Alexandre de Tralles, Paul d'Egine (page 209) n'en parlent pas du tout ou ne la signalent qu'en passant, — et ce sont les Arabes qui la remirent momentanément en faveur, car elle devait encore être délaissée par la médecine et la chirurgie du moyen âge.

Ainsi, Sérapion pratiquait l'opération de l'empyème avec un fer rouge introduit entre deux côtes. — Rhazès ouvrait la poitrine, comme au temps d'Hippocrate, avec l'instrument tranchant ou avec le fer rouge, et, à l'exemple des Grecs, il faisait aussi dans la plèvre des injections d'eau miellée pour délayer le pus ; — Avicenne et Avenzoar faisaient de même, mais Haly-Abbaz et Abul-Kasenn rejettent absolument l'opération.

Chez ceux qui la pratiquaient, on remarque déjà une certaine mollesse. Il est évident qu'ils ne se décidaient qu'avec moins de résolution que les premiers hippocratistes, et cela se comprend en raison de l'incertitude des signes du diagnostic de l'empyème à cette époque. Avec la décadence des écoles de médecine du moyen âge devait s'accroître aussi la répulsion pour la pratique d'une opération aussi hardie que l'ouverture du thorax par l'incision ou par le fer rouge. Il n'est pas surprenant que cette opération ait été presque entièrement abandonnée pendant cette période d'ignorance.

(1) Scultet (*Armat. chirurg.*, part. 1, p. 72).
(2) Pyulque ou pyulcon, de πυον, pus, et ελκω, je retire.

On la voit reparaître au treizième siècle avec Roland de Parme et Guillaume de Salicet, pour les plaies de poitrine compliquées d'un épanchement de sang et de pus ; avec Guy de Chauliac, au quatorzième siècle, pour les plaies de poitrine et pour l'empyème spontané, mais, dans ce cas, il conseille d'être circonspect dans l'emploi de l'opération, parce qu'elle est extrêmement dangereuse (*Chirurg. magna*, tr. 3, doctr. 2, caput 3, fol. 40) ; au commencement du seizième siècle, avec Jean Arculanus qui, revenant tout à fait aux principes hippocratiques de l'empyème, conseille de la pratiquer avant le quinzième jour, parce qu'on a d'autant plus de chance de réussir, qu'on a agi plus tôt, et, comme au temps d'Hippocrate, il employait ensuite les injections de miel délayé dans de l'eau et dans du vin.

A mesure qu'on avance, l'empyème par le fer rouge, c'est-à-dire par *ustion*, disparaît de la pratique, et les médecins et chirurgiens semblent donner la préférence au bistouri ; cependant Paré employait encore l'un et l'autre de ces procédés. Quant à la trépanation du sternum, elle n'était plus employée que pour les abcès du médiastin, et c'est Colombus qui la remit en honneur.

Empyème par succion.

C'est à cette époque qu'on voit reparaître le procédé par *succion* de Galien, à l'instigation de Jean de Vigo, imité peu après, en 1640, par Scultet, dont l'ouvrage renferme un grand nombre de figures qui représentent ses canules et sa pompe aspirante et injectante, lorsqu'il y avait lieu de laver le foyer de l'empyème (1). Ce chirurgien est le premier qui recommande de faire un pli à la peau pour empêcher le parallélisme de l'ouverture extérieure et interne, afin d'éviter l'introduction de l'air dans la poitrine. — La *succion* par des *pyulques* de différentes formes fut alors très-recommandée dans l'empyème, suite des plaies de poitrine. Mais on ne faisait alors l'aspiration pneumatique que par l'ouverture accidentelle, tandis que nous verrons plus tard, par suite d'un progrès considérable, la chirurgie faire la ponction du thorax avec une aiguille creuse pour entreprendre la succion par son intermédiaire. Parmi les partisans de cette manière d'opérer, il faut citer, en 1671, Lamzwerdin (2); en 1707, Pierre Dionis, qui employait le *pyulque* ou *pyulcon* de Galien, avec une longue canule courbe ; — Anel, qui publia un livre sur l'*Art de sucer les plaies sans le secours de la bouche* ; de la Motte (*Traité de chirurgie*, volume 11, p. 77, 292) ; en 1769, C.-G. Ludwig, qui donna la description d'une nouvelle machine inventée par Breuer, pour aspirer les fluides épanchés dans la poitrine avec une pompe, sans le secours de la bouche (3). C'était une canule garnie d'une boule de sûreté pour recevoir le liquide à mesure qu'il était aspiré. Toutefois, dans ces partisans de l'opération d'*empyème avec succion*, il ne faut pas mettre les *suceurs*, étrangers à toute notion scientifique, qui faisaient profession de sucer avec la bouche les épanchements de sang dans la poitrine au moment où la blessure venait d'avoir lieu. Cette pratique n'est qu'une vieille tradition qui remonte à Homère, qu'on retrouve chez les Grecs, chez les Egyptiens, chez les Romains, et qui s'est transmise à travers le moyen âge pour devenir vulgaire au seizième siècle (4).

(*A suivre.*)

DE L'ACTION COMBINÉE DE L'ALCOOL ET DE L'OPIUM
DANS
LE TRAITEMENT DE LA VARIOLE HÉMORRHAGIQUE

Par M. le docteur L. Divet.

Ce n'est pas un nouveau traitement que je viens proposer ; sans doute bien d'autres, en face de varioles hémorrhagiques, ont prescrit du vin à leurs malades tout en administrant une préparation opiacée pour combattre quelques symptômes de la maladie. Je veux dire seulement comment j'ai été amené à combiner dans une certaine mesure (et tout le monde sait l'importance de la mesure en thérapeutique) l'administration simultanée des deux médicaments.

Placé au centre d'une épidémie de variole qui trop souvent

(1) *Armam. chirurg.*, part. 1, p. 20, tab. XIII, fig. 1, 2, 13 ; tab. XXXIII, fig. 7, 11, tab. XXXV, fig. 1, 7.
(2) *Appendix ad Scultet armamen.* Amsterdam, 1671.
(3) *Diss. de succione vulnerum pectoris.* Leips., 1768.
(4) *Dict. des sç. méd. art.* SUCCION, vol. 53, p. 114.

revêtait la forme hémorrhagique, j'eus d'autant moins garde de mettre en oubli le traitement alcoolique, que, dans nos campagnes, on rencontre beaucoup plus fréquemment le *mal de misère*, que ne seraient tentés de le croire ceux qui ne connaissent pas les conditions hygiéniques au milieu desquelles vit le fermier breton : ces conditions sont le modèle de ce qui ne doit pas être, au point qu'on serait parfois tenté de croire que le propriétaire a pris à tâche d'entretenir sur ses terres la scrofule et la tuberculose en leur fournissant toutes les commodités de leur existence. J'essayai donc l'alcool sous toutes ses formes; mais je dois avouer que j'eus bien peu de succès. Quelques cas particuliers me firent réfléchir et m'amenèrent à adopter le traitement que je signale aujourd'hui.

1° Une femme de 40 ans; au quatrième jour de l'éruption, lors de ma visite, je la trouve dans l'état suivant : Coma profond ayant succédé à un délire de vingt-quatre heures; pouls petit, très-fréquent; râles généralisés dans la poitrine en avant (l'auscultation n'était pas possible en arrière); bruit tumultueux du cœur; et comme éruption quelques pustules violacées entremêlées d'une grande quantité de bulles, de la grosseur d'une aveline, remplies de sang noir. Je ne pus qu'à grande peine éveiller l'attention de la malade qui ne répondit à mes questions que par quelques sons inarticulés. Je prescrivis, pour prescrire quelque chose, une cuillerée de vin de Malaga, d'heure en heure, et, entre les cuillerées, arroser la bouche avec du café noir; puis je m'en allai, bien convaincu que je ne reverrais plus cette malade : je ne fus pas peu surpris d'apprendre deux jours après qu'elle allait mieux; elle a guéri.

Voilà pour le vin de Malaga, auquel je n'attache du reste d'autre importance que celle de l'alcool dilué et aromatisé; question de détail; mais plus j'avance et plus je me pénètre de l'importance des détails en médecine.

Dans deux autres cas, en apparence bien plus favorables, j'essayai le même traitement, et, après une amélioration bien évidente, après avoir vu les taches hémorrhagique disparaître en grande partie au milieu de pustules d'assez bon aloi, je perdis mes malades au commencement de la fièvre de suppuration.

Enfin, il y a moins longtemps, je fus appelé près d'une femme de 35 ans, qui au quatrième jour présentait à peine quelques élevures sur le bras droit, rien sur la figure, et des taches noires en grande quantité sur tout le reste de la surface cutanée; mais le symptôme qui dominait la scène morbide était le lumbago; il avait acquis une intensité telle, et la malade se plaignait si haut que, entrant dans cette maison pour la première fois, je crus tout d'abord à un travail d'accouchement : je fus supplié par la malheureuse de lui procurer un peu de repos, et je ne vis pas d'inconvénient à satisfaire son désir : je prescrivis 30 gouttes de laudanum dans une potion de 125 grammes, à prendre par cuillerée de deux heures en deux heures, alternativement avec une cuillerée de malaga. Je n'avais donc pas alors agi méthodiquement, et je ne saurais me prévaloir de l'administration de l'opium qui me fut, pour ainsi dire, imposée; je ne comptais que sur l'alcool. Deux jours après que l'éruption s'était faite, son aspect était bon : les taches noires ne se voyaient presque plus au milieu des pustules; la malade ne souffrait plus, le pouls était peu fréquent, presque normal; en un mot je trouvai dans cette amélioration imprévue qu'il y avait une inconnue à dégager, et mon laudanum me revint en mémoire. Je crois, et c'est là que je voulais en venir, que l'opium a agi ici comme correctif, comme régulateur de l'alcool, que, au moment où l'alcool allait produire au cerveau une excitation trop forte, et de bienfaisant devenir peut-être nuisible, il a rencontré l'action de l'opium et s'est arrêté en chemin. Il est peu de médicaments dont l'action, en s'exagérant, ne puisse dépasser l'effet utile pour en venir à faire mal; le difficile est de savoir s'arrêter; c'est toujours la question de la durée de l'administration et de la dose. Le médecin ne pourrait-il pas dormir plus tranquille, si, à côté de chaque médicament actif, il disposait d'un médicament parallèle n'empêchant pas l'action du premier, mais la modérant, l'arrêtant à point? Je crois que, pour le cas particulier de l'alcool, on pourrait retirer de grands avantages de l'administration simultanée de l'opium.

HYDROLOGIE

RÉSUMÉ HISTORIQUE ET MÉDICAL DES TRAVAUX ET OBSERVATIONS PUBLIÉS SUR LES EAUX MINÉRALES DE VALS.

Source Désirée.

Cette source se rapproche beaucoup de la *Précieuse*; cependant elle s'en distingue suffisamment pour trouver encore quelques indications particulières qu'il est bon que le praticien connaisse.

D'abord, la minéralisation alcaline est encore un peu plus élevée que dans la *Précieuse* (6,040 de bicarbonate de soude au lieu de 5,940); mais ce n'est pas cette différence qui est la principale; ce qui caractérise surtout la *Désirée*, c'est la diminution sensible de la proportion de sel calcaire, proportion qui reste encore assez notable (0,571), et l'augmentation plus sensible encore du carbonate de magnésie (0,900 au lieu de 0,750), la faible proportion d'éléments toniques restant, d'ailleurs, la même (0,010). Il résulte de cette composition que la *Désirée* sera plus indiquée encore que la *Précieuse*, soit lorsque la paresse intestinale sera très-prononcée, à plus forte raison lorsqu'il existera une constipation opiniâtre, soit lorsqu'une légère dérivation intestinale sera jugée utile pour favoriser la résolution de certains engorgements ou l'expulsion de certains calculs.

Quoique la *Désirée* et la *Précieuse* contiennent, ainsi que nous l'avons fait remarquer, une moindre proportion d'éléments toniques (0,010 chacune), il n'en faudrait pas conclure que cette faible proportion fût sans influence dans l'action de ces sources; on peut, au contraire leur appliquer justement le passage suivant de l'ouvrage de MM. Pétrequin et Socquet, p. 544 :

« Aux attributions précédentes, les eaux acidules alcalines ferrugineuses doivent joindre d'autres aptitudes médicatrices dont le concours du bicarbonate de soude sera la source.... Elles en seront *plus propres à opérer la résolution des empâtements viscéraux*, à réagir sur les engorgements du foie, du mésentère, etc. » Et, à cette occasion de l'action très-sensible d'une dose minime de principes toniques, nous devons insister un instant sur une des conditions de cette action, que nous n'avons pas encore étudiée et qui est pourtant bien digne de toute l'attention des physiologistes et des chimistes eux-mêmes.

Nous avons déjà parlé de la propriété d'assimilation si judicieusement signalée par les savants professeurs Trousseau et Pidoux. Mais d'où dépend cette propriété? Cette question restera probablement longtemps obscure; cependant, il ne paraît pas impossible d'en entrevoir au moins une solution partielle. Déjà MM. Pétrequin et Socquet s'étaient posés à eux-mêmes la question suivante : « A quoi tient cette énergie thérapeutique d'une eau qui n'est animalisée que par 1 ou 2 centigrammes de fer et manganèse par litre? » Et ils répondaient à cette question ainsi qu'il suit : « Nous pensons qu'il faut en partie en rechercher la cause dans l'extrême division sous laquelle existent les sels ferrique et manganique, et en partie dans leur mélange avec un excès d'acide carbonique. »

En ce qui concerne l'extrême division, nous pensons que l'expression a mal traduit la pensée des savants hydrologues, car nous ne croyons pas qu'il y ait deux degrés de division pour un corps, du moment qu'il est entièrement dissous : dans une solution artificielle, le sel ferrique serait tout aussi bien divisé que dans une solution naturelle; mais, dans la première solution, le sel dissous ferait-il aussi bien corps avec le dissolvant que dans la seconde? Serait-il aussi intimement uni avec ce dissolvant? Non, certainement; il suffit, pour s'en convaincre, de voir comment se comporte le gaz des eaux gazeuses artificielles et des eaux naturelles, de celles de Vals particulièrement. Aussitôt que la pression cesse dans les premières, le gaz se dégage avec effervescence, comme dans le vin de Champagne, tandis que dans les eaux minérales de Vals le dégagement a lieu lentement, sans violence, ce qui démontre qu'une partie de ce gaz est absorbée dans l'estomac avec l'eau qui le renferme encore, et qu'il passe avec elle dans les fluides du système circulatoire. Ainsi donc ce gaz est, si l'on peut ainsi dire, plus *adhérent* à l'eau, il en fait, en quelque sorte, partie constituante, et il en est, à plus forte raison, de même des autres éléments minéralisateurs; ceux-ci font partie des eaux minérales comme certains principes minéraux, l'iode par exemple, font partie de certaines plantes. A ce point de vue, on trouve des eaux plus ou moins parfaites, c'est-à-dire dans lesquelles les éléments étrangers à l'eau simple font plus ou moins bien corps avec elle, et nul doute que cette circonstance ne joue le plus grand rôle dans l'efficacité de ces eaux. Sous ce rapport comme sous tous les autres, les eaux de Vals doivent être classées au premier rang, et c'est ainsi qu'on peut s'expliquer que l'action tonique de la *Désirée*, — comme, du reste, celle de la *Précieuse*, — soit encore très-prononcée, malgré la proportion considérable du bicarbonate de soude, et qu'elle puisse en même temps faciliter les déjections alvines, sans jamais affaiblir les malades.

D. T.

DOCUMENTS

POUR SERVIR A L'HISTOIRE DU MOUVEMENT SCIENTIFIQUE PENDANT LE SIÉGE DE PARIS (1).

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 6 mars 1871. — Présidence de M. FAYE.

De l'intervention de l'Académie dans les questions générales de l'organisation scientifique en France.

SUITE DE LA DISCUSSION.

M. DE QUATREFAGES. Je m'associe, moi aussi, de grand cœur à la pensée qui a dicté la note de M. H. Sainte-Claire Deville. Je pourrais ajouter bien des réflexions à celles qui viennent d'être présentées, et réclamer également une plus large part dans l'enseignement pour les sciences relevant de l'histoire naturelle et de la biologie. Mais l'examen des questions soulevées par notre honorable confrère ne me semble pas pouvoir être improvisé.

Ces questions sont à la fois très-multiples et très-complexes; elles touchent à des ordres de faits de toute nature. Si l'Académie est disposée à entrer dans la voie qui vient d'être indiquée, et les paroles qui se sont déjà fait entendre autorisent à penser qu'il en est ainsi, il me paraîtrait désirable qu'elle examinât d'abord comment elle entend procéder, et dans quelle mesure elle veut accepter surtout la seconde partie des résolutions proposées par M. H. Sainte-Claire Deville. En conséquence, j'ai l'honneur de demander qu'une discussion préalable ait lieu à ce sujet en comité secret.

M. DUMAS. La question soulevée par notre éminent confrère M. H. Sainte-Claire Deville était naguère l'objet de l'examen le plus attentif de la part de la Commission chargée de préparer l'organisation de la liberté de l'enseignement supérieur, sous la présidence de M. Guizot, le ministre illustre de l'instruction publique, qui a doté la France de la liberté de l'enseignement primaire.

Il avait été reconnu par la majorité des membres de la Commission que le système adopté depuis soixante ans dans notre pays pour la discipline de l'enseignement supérieur constituait une cause permanente de décadence et d'affaiblissement, à laquelle il convenait de porter enfin un remède prompt et énergique.

Si les causes de ce marasme semblent complexes et multiples, elles se réduisent, en principe, à une seule : la centralisation administrative, qui, appliquée à l'Université, a énervé l'enseignement supérieur.

Il n'est pas bon que tous les établissements d'instruction supérieure soient soumis au même régime, aux mêmes programmes; il n'est pas bon que leurs finances soient confondues et qu'ils aient tous à demander à un centre commun le mouvement intellectuel et les ressources matérielles. Ce système ne pouvait conduire qu'à l'indifférence de la part des villes, à l'apathie et au délaissement de la part de leurs municipalités.

En Suisse, en Suède, en Allemagne, en Angleterre, aux États-Unis, des universités nombreuses, diverses dans leur origine et dans leurs tendances, ayant chacune leur budget et le gérant au mieux de l'intérêt de leurs élèves, prospèrent au contraire sous des conditions de vie propre, d'autonomie, et offrent à l'observateur un spectacle plein d'intérêt.

En France, cependant, ce libre régime aurait pu être mis en pratique, et il m'est bien permis de signaler un exemple incontestable qui a démontré que rien ne s'y opposait, soit dans nos mœurs, soit dans notre organisation budgétaire. L'École centrale des Arts et Manufactures est née, a vécu et grandi, sans le concours financier de l'État et sans lien avec aucune de ses écoles. Grâce à cette indépendance, à cette autonomie que, d'accord avec mes collègues, je me suis toujours appliqué à lui conserver, soit comme l'un de ses fondateurs, soit comme président de son conseil, l'École Centrale a pris et gardé sa place parmi les établissements scientifiques les plus importants et les plus efficaces du monde.

J'aurais pu rappeler d'abord, qu'avant notre première Révolution les universités françaises étaient indépendantes, comme le sont aujourd'hui celles des autres pays. Mais elles avaient alors leur fortune indépendante aussi, et j'ai appelé de préférence l'attention sur l'exemple de l'École Centrale, parce qu'il est récent, qu'il s'est produit sous l'empire de notre régime financier moderne, et que ses fondateurs ont voulu prouver qu'on pouvait se passer du concours de l'État et se contenter de son contrôle.

Comment une ville qui possède une université recevant de Paris ses administrateurs, ses professeurs, son budget, ses programmes et les diplômes de ses élèves, pourrait-elle s'intéresser activement à sa prospérité? N'est-il pas évident qu'elle mesurera toujours sa part de coopération et d'initiative à sa responsabilité? L'autorité municipale, les notables du pays regardent en France les établissements d'instruction supérieure comme la chose de l'État; dans les autres pays, c'est la chose de la ville. Nous pourrions rappeler, M. H. Sainte Claire Deville et moi, qui, l'un et l'autre, la connaissons bien, l'université de Bâle, qui est à nos portes, et où maîtres, élèves, habitants, unis dans un même intérêt comme une seule famille, suivent avec la même passion les progrès de l'ancienne et célèbre institution dont la cité s'honore. Genève, si près de nous, n'est-elle pas dans le même cas?

Rendons à nos universités, sous la surveillance de l'État, et au besoin avec ses subventions, cette indépendance dont elles jouissaient, avant notre première Révolution. Les grands hommes que cette époque a vu surgir sont autant de glorieux témoins qui attestent, devant l'histoire, la force des études et la vigueur de la discipline de ce libre enseignement de nos pères.

L'Université, centralisée au point de vue administratif et budgétaire, s'est rapidement altérée dans sa constitution (1) et s'est heurtée à mille obstacles. A Paris même, entre la municipalité et l'Université, l'entente n'était pas facile, et c'est en vue de l'établir sur des bases durables, qu'en ma qualité de vice-président du conseil de l'instruction publique, ma présence avait été jugée nécessaire au conseil municipal; en comparant, par exemple et entre autres, l'état actuel de nos lycées à leur état ancien, il me serait même permis de dire qu'elle n'y a pas été sans profit pour le bien-être de la jeunesse.

Mais, pour replacer la France à son rang, il ne suffira pas de rendre aux établissements d'enseignement supérieur leur liberté et leur autonomie, il faut aussi développer l'enseignement usuel des sciences, qui seul est capable d'assurer le progrès de notre agriculture, de nos arts et de nos forces militaires. Il y a quarante ans, j'espérais que les colléges, reprenant la tradition, vivante encore, des écoles centrales, élèveraient, à côté des lycées plus spécialement réservés aux études classiques, un enseignement consacré à l'étude du français, des langues vivantes, de l'histoire, de la géographie et des sciences. C'est dans cette confiance que je disais alors, à la première page d'un ouvrage de chimie : « J'ai fait un traité appliqué aux arts; mais je l'ai écrit en me fondant sur la science pure, car c'est elle qui les domine et qui les éclaire. »

J'ajoutais : « Les détails scientifiques qui effarouchent les fabricants d'un certain âge ne seront qu'un jeu pour leurs enfants, quand ils auront appris dans leurs colléges un peu plus de mathématiques et un peu moins de latin, un peu plus de physique ou de chimie et un peu moins de grec.

La même pensée présidait alors à la fondation de l'École centrale des arts et manufactures, et, vingt ans après, elle présidait encore aux études de la Faculté des sciences de Paris sur ces graves questions. Pourquoi l'Université a-t-elle résisté à cette impulsion? Pourquoi, après avoir détruit les écoles centrales de l'instruction secondaire, en a-t-elle entravé le retour, au lieu de le favoriser?

Je ne veux pas m'expliquer en ce moment sur ces objets, mais je me dois à moi-même, et peut-être au pays, de le faire bientôt. Je me borne à établir comme un point de fait incontestable que cette éducation secondaire usuelle de la langue nationale, des langues vivantes, de l'histoire, de la géographie et des sciences, se terminant vers seize ans, permet seule d'alimenter les comptoirs du commerce, les ateliers des arts et ceux des industries agricoles de

(1) Suite. — Voir l'avant-dernier numéro.

(1) La création des écoles centrales représentait les traditions de l'Académie des Sciences. L'Université du premier empire, avec son Grand-Maître et ses lycées, s'en éloignait déjà sans doute, mais faisait pourtant leur part à l'étude des sciences, restait distincte de la politique et se gouvernait par elle-même. La création d'un ministère de l'instruction publique rompant l'équilibre a réduit successivement, dans notre enseignement, le rôle des hommes d'étude et élargi la part de l'administration; elle a rendu mobiles et instables des plans d'études dont la durée doit constituer le caractère essentiel, et elle a soumis aux variations de la politique l'existence des maîtres de la jeunesse, qui, pour produire tout ce que le pays en attend, a besoin de calme et de stabilité.

jeunes gens préparés à y prendre une place active et sérieuse. Tant que la France restera privée d'écoles de ce genre bien installées, bien dirigées et nombreuses, elle sera obligée d'emprunter : à la Suisse, ce qui est un avantage ; à l'Allemagne, ce qui est un péril, la plupart des agents qu'elle emploie à surveiller ses affaires commerciales.

Je réclame donc, de nouveau, une large place pour l'enseignement scientifique usuel. Répondant au vœu de notre éminent confrère, je plaide, en outre, en faveur de l'autonomie et de la liberté de nos universités. Mais je redouterais plus qu'il ne le fait luimême, pour notre Compagnie, une prépondérance qui réaliserait, sous une autre forme, la centralisation de l'enseignement supérieur que je ne voudrais voir se perpétuer à aucun titre.

L'Académie des sciences doit demeurer le noble foyer de ce culte de la science pure, que je place au-dessus de tout et auquel j'ai consacré le meilleur de ma vie. Nous devons rester les vigilants gardiens de la méthode scientifique, œuvre de nos illustres prédécesseurs, qui a fait leur honneur et qui a valu à la France, en rayonnant sur le monde entier, de si grands et de si impérissables titres de gloire. Si cette méthode mène à tous les progrès dans les arts de la paix, n'oublions jamais, cependant, qu'elle rendrait maître de la terre et des mers un peuple sans scrupules, auquel on en laisserait le monopole dans les arts et dans la conduite de la guerre, et ne négligeons rien pour en répandre autour de nous l'intelligence et la pratique.

M. DE QUATREFAGES. Je n'ai nullement l'intention de dissimuler ma manière d'envisager la question qui nous est soumise. D'ailleurs j'ai depuis longtemps publié des opinions qui, je suis heureux de le reconnaître, s'accordent avec celles qui viennent d'être exprimées. Dans un article publié, le 15 mai 1848, dans la *Revue des Deux-Mondes*, je demandais déjà pour l'Académie, en tout ce qui touche au personnel et à la direction de l'enseignement, une intervention active et officielle qu'elle n'a jamais eue. Je demandais aussi l'organisation en province de grands centres d'instruction en harmonie avec les besoins et les aptitudes des contrées environnantes.

Avec M. Dumas, je reconnais volontiers qu'il y aurait un très-grand avantage à intéresser les populations locales à la prospérité de ces centres, en attribuant à ceux-ci un certain caractère municipal, en les rattachant aussi intimement que possible à la ville qui les possèderait. Mais il ne faut pas se faire d'illusions à cet égard. Les ressources locales ne sauraient suffire à tous les besoins de ces Universités. Je pourrais citer la ville de Toulouse. Là, à côté de l'enseignement donné par l'État, existe un enseignement municipal, organisé d'une manière remarquable et libéralement entretenu. Toutefois les traitements à donner aux professeurs de Faculté ou d'Université, l'installation et l'entretien des galeries et laboratoires, les frais que nécessiterait un enseignement théorique et pratique tel que nous devons le désirer entraîneraient des dépenses incontestablement supérieures aux ressources de la ville, qui d'ailleurs aurait parfaitement le droit de réclamer le concours des départements voisins.

M. Dumas a cité les universités anglaises et allemandes comme devant une partie de leur prospérité à leur autonomie même et à l'esprit local. Il a rappelé l'indépendance de nos anciennes universités françaises, et l'éclat jeté par quelques-unes d'entre elles. Tout cela est vrai. Mais il faut rappeler aussi que nos universités, constituant de grands centres d'instruction, étaient en même temps de riches propriétaires. Il en est de même des universités anglaises, splendidement dotées depuis des siècles par la générosité des souverains et des particuliers. Rien de semblable n'existe en France. Dès la première Révolution, l'Etat s'est emparé de la fortune de nos grands établissements d'instruction publique. Il s'engageait, par cela même, à entretenir à ses frais au moins l'équivalent de ce qu'il détruisait. On ne sait que trop combien peu cet engagement a été tenu, et ceux-là le savent surtout qui ont vécu, comme moi, dans les facultés de province.

Pour reconstituer des centres sérieux d'instruction, pour amener cette diffusion de la science qui est un des plus pressants besoins de l'époque, la France aura de grands sacrifices pécuniaires à faire. La proposition de M. Sainte-Claire Deville peut, doit inévitablement nous conduire à des questions de finances, peut-être aussi nous conduire jusque sur le terrain de l'organisation sociale. Je me borne à indiquer ce fait, pour faire mieux comprendre la pensée qui m'a fait demander une discussion préalable et en comité secret. J'insiste pour que ma demande soit mise aux voix.

L'Académie décide, sur la proposition de M. Quatrefages, qu'un premier examen des questions auxquelles peut donner lieu la proposition de M. H. Sainte-Claire Deville sera fait par elle dans un prochain comité secret.

RAPPORT

Rapport sur la désinfection des locaux affectés, durant le siége, aux personnes atteintes de maladies contagieuses. (Commissaires : MM. Bussy, Laugier, Nélaton. Payen, rapporteur.)

L'Académie nous a chargés, MM. Bussy, Laugier, Nélaton et moi, de lui soumettre les moyens d'assainir les divers locaux qui, à titre d'ambulances, d'infirmeries temporaires, etc., durant le long siége de Paris, ont reçu les personnes atteintes de maladies infectieuses.

Depuis assez longtemps déjà, on admet que ces affections sont transmissibles par des êtres vivants, germes, spores ou ferments de microphytes ou de microzoaires ; aussi, les efforts de la science se sont-ils dirigés vers les agents chimiques susceptibles d'attaquer ces organismes rudimentaires et de détruire leur vitalité, afin de prévenir ou d'arrêter la transmission des maladies contagieuses.

Dans plusieurs séances du comité consultatif d'hygiène et du service médical des hôpitaux (1), les moyens à employer pour atteindre ce but ont été exposés et soumis à des discussions approfondies, que l'on pourra consulter dans les procès-verbaux de ses séances.

Mettant en parallèle le chlore et les hypochlorites, qui effectuent une désinfection véritable en décomposant les gaz infects, et l'acide phénique, d'application plus récente, qui prévient ou arrête les fermentations putrides en détruisant la vitalité des êtres agents principaux de ces fermentations, on a comparé les effets obtenus avec ceux que l'on pouvait attendre d'agents chimiques très-énergiques, oxydants ou vénéneux, capables de brûler ou de faire périr les microphytes et les microzoaires.

De son côté, une commission spéciale a été chargée, par la direction de l'assistance publique, de préparer un travail sur les mesures à prendre au moment de rendre au service général les salles affectées aux cholériques de l'épidémie en 1865 et 1866.

M. J. Renauld, directeur de la Pharmacie centrale, membre de l'Académie de médecine, fut nommé rapporteur de la sous-commission et invité à résumer, sous la forme concise d'une instruction, les prescriptions relatives, les unes à l'assainissement des localités, les autres ayant pour but de purifier les objets mobiliers.

C'est de l'ensemble des mesures, basées sur l'expérience, que nous allons extraire les moyens qui semblent avoir eu le plus de succès ; et d'abord, nous ferons remarquer, d'après des constatations soigneusement établies dans les services de l'assistance publique, que les personnes installées dans les locaux assainis n'y ont pas contracté la maladie spéciale, qu'en outre le personnel des infirmiers chargé de la désinfection des objets de literie a été généralement exempt des atteintes du mal ; c'est du moins une présomption en faveur des moyens alors adoptés, et mis en pratique depuis lors, pour assainir les locaux dépendants de l'assistance publique où avaient été reçus les varioleux ; ensuite nous ferons connaître un fait très-remarquable, démontrant l'action non désinfectante directement, mais antiseptique de l'acide phénique, constatée par une commission du conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine, dans une occasion où tous les autres moyens désinfectants, notamment le chlore et les hypochlorites, avaient échoué.

Au nombre et au premier rang des agents destructeurs qui peuvent attaquer et détruire les germes infectieux, on s'est accordé à recommander l'acide hypo-azotique, parce que, dans son action énergique en se réduisant lui-même à l'état de gaz bi-oxide d'azote neutre, celui-ci emprunte aussitôt à l'air ambiant de l'espace clos deux équivalents d'oxygène, se reconstitue à l'état de vapeur nitreuse acide et reprend son énergie première. Ces transformations se répètent un grand nombre de fois, tant qu'il reste dans le local des substances organiques à détruire et dans l'air confiné de l'oxygène libre.

Toutefois, on ne saurait méconnaître que, l'emploi des produits donnant lieu à la production d'abondantes vapeurs nitreuses corrosives très-vénéneuses pour l'homme, de grandes précautions doivent être recommandées aux gens chargés de ce travail.

Avant de procéder au dégagement des vapeurs nitreuses, on doit calfeutrer soigneusement, avec des bandes de papier collé, tous les joints des croisées et des devantures de cheminées, et plus particulièrement encore les issues qui pourraient communiquer avec des chambres habitées.

Pour chaque lit et l'espace correspondant d'environ 30 à 40 mètres cubes, on emploiera les doses suivantes :

Eau........................	2	litres.
Acide azotique ordinaire du commerce..	1500	grammes.
Tournure ou planure de cuivre.........	300	»

On aura disposé d'avance, pour ces doses, autant de terrines d'une contenance de 8 à 10 litres, qu'il y aura de lits ou de capacités de 30 à 40 mètres cubes dans le local.

On versera dans chaque terrine l'eau et l'acide.

Commençant alors par la terrine la plus éloignée de la porte laissée largement ouverte, on posera successivement dans chacune des terrines, sans trop de précipitation, les 300 grammes de tournure de cuivre, enfermés dans un sac de papier, et en se rapprochant de la porte. Celle-ci sera aussitôt fermée, puis calfeutrée avec soin.

Les choses seront laissées en cet état pendant quarante-huit heures.

On comprend que les réactions de l'acide sur le cuivre donnant lieu à la formation de l'azotate de cuivre et du bioxyde d'azote,



$$4\,(AzO^5,HO) + 3\,Cu = 3\,(AzO^5,CuO) + 4HO + AzO^2,$$

ce gaz, transformé aussitôt par l'oxygène, remplit l'espace de vapeurs nitreuses rutilantes, AzO^4. Lorsqu'après avoir laissé réagir pendant quarante-huit heures cette fumigation on veut ouvrir les fenêtres, afin de laisser sortir les vapeurs délétères, cette dernière opération pourra s'effectuer sans danger, mais à la condition de munir l'opérateur d'un appareil Galibert. Cet ingénieux appareil a été maintes fois employé avec succès dans des circonstances analogues, depuis que l'Académie l'a signalé à l'attention publique, en décernant à l'inventeur une des récompenses de la fondation Montyon. On sait qu'à l'aide de l'appareil Galibert il est facile de pénétrer dans les mélanges gazeux insalubres ou toxiques, et d'y séjourner pendant un quart d'heure, même en y travaillant, sans que la respiration alimentée par un réservoir d'air suffisant y éprouve une gène sensible.

Un procédé d'assainissement de semblables locaux, d'une exécution bien plus facile, bien moins dangereuse et moins dispendieuse, paraît offrir des garanties d'efficacité aussi grandes, fondées sur des expériences démonstratives. On le réalise par l'emploi de poudre siliceuse, ou même de sciure de bois, imprégnées d'un tiers de leur poids d'acide phénique pur.

Ce mélange, 1 kilogramme d'acide phénique plus 3 kilogrammes d'excipient, placé dans des terrines disposées comme nous venons de le dire, suffit, en vertu de la diffusion de cet acide faible, pour remplir spontanément l'espace de sa vapeur, qui manifeste bientôt sa présence dans toutes les parties de la salle, par son odeur assez forte et caractéristique.

On a pu même, en en ménageant les doses, employer cet acide dissous dans 25 à 30 fois son poids d'eau, en aspersions journalières sur le sol des chambres ou salles des ambulances et les draps des lits des malades.

Un très-grand nombre d'expériences de ce genre, faites sur une vaste échelle dans plusieurs villes d'Angleterre, ont montré la diminution ou la cessation de certaines épidémies locales, coïncidant avec l'application de ce procédé ; ces résultats, communiqués par M. Grace Calvert au conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine, s'accordant d'ailleurs avec les faits nombreux rapportés par M. le docteur Jules Lemaire, mettaient en saillie les propriétés utiles de ce produit de la distillation des goudrons de houille (1).

Mais enfin on pouvait voir dans ces faits plutôt une coïncidence qu'une démonstration rigoureuse. Voici un fait qui prouve l'efficacité de cet agent antiseptique dans des conditions où d'autres, parmi ceux qui étaient considérés comme les meilleurs, avaient échoué.

C'était à l'occasion de la désinfectation de la Morgue durant les chaleurs de l'été, alors que ler cadavres en pleine putréfaction produisent et dégagent continuellement une telle quantité de gaz infects, que la ventilation était insuffisante pour les enlever, comme le chlore et les hypochlorites étaient impuissants pour les détruire ou les transformer en produits inodores. Il ne restait à tenter que le moyen de tarir dans leur source les produits gazéiformes de la putréfaction, en détruisant la vitalité de ses agents et suspendant ainsi la putréfaction elle-même : telle fut la mesure adoptée par la commission spéciale.

En dissolvant un litre d'acide phénique liquide dans un réservoir qui contenait 1,900 litres d'eau ordinaire servant à l'irrigation des corps, la suppression de la fermentation putride a été complète.

La désinfection a même été obtenue lorsqu'on eut réduit de moitié la dose.

« Ainsi, » dit le rapporteur, M. Devergie, « il a suffi d'une eau phéniquée au 4,000e environ, pour obtenir, durant les fortes chaleurs, la désinfection de la salle des morts, sans l'aide d'aucun fourneau d'appel, alors que six à sept cadavres séjournaient dans cette salle. »

En résumé, il paraîtrait donc convenable d'employer, pour la désinfection des salles ayant reçu des personnes atteintes de maladies infectieuses, l'acide phénique cristallisé ou liquide, blanc, diaphane (2), soit dissous dans 25 ou 30 fois son poids d'eau, pour humecter légèrement de temps à autre les planchers, parquets ou carrelages et les escaliers, durant le séjour des malades dans les salles, soit mélangé à l'état pur dans la proportion d'un tiers environ avec des corps pulvérulents, silice ou sciure de bois, pour faire dégager à froid, après l'évacuation des salles et durant 48 heures, dans une salle bien close, assez de vapeur pour imprégner fortement l'espace, sauf à ventiler énergiquement ensuite pendant trentre-six heures au moins, en tenant ouvertes toutes les issues avant de livrer ces locaux à l'habitation (3).

Voici comment s'effectuent actuellement les fumigations chlorées auxquelles on expose les linges, matelas et autres objets de literie, d'après les dernières dispositions indiquées par M. Regnauld.

Dans un sac de toile forte, ayant une capacité de 1 litre, on introduit 500 grammes de chlorure de chaux (mélange d'hypochlorite de chaux et de chlorure de calcium du commerce, ordinairement à 100 degrés ; puis on ferme solidement le sac à l'aide d'une ligature. Ce sac est mis dans une terrine contenant 1 litre d'acide chlorhydrique ordinaire (densité, 1150) et 3 litres d'eau ; dès que le chlorure se trouve ainsi graduellement en contact avec le liquide acide, on ferme toutes les issues de la pièce où l'on a suspendu les matelas, et on les laisse exposés au dégagement gazeux pendant vingt-quatre heures ; puis on ouvre largement portes et fenêtres, pendant quarante-huit heures. Dix terrines dégageant 500 litres de chlore suffisent pour désinfecter vingt à vingt-cinq matelas plus ou moins contaminés.

M. BAUDET soumet au jugement de l'Académie un procédé qui pourrait permettre de combattre les ravages de la peste bovine, par l'emploi de la naphtaline et de l'acide phénique. Ce procédé, dont l'auteur dit avoir déjà constaté l'efficacité dans diverses circonstances analogues, et en particulier pour la destruction du *Phylloxera vastatrix*, consisterait ici dans la série des opérations suivantes :

1° Assainissement des lieux pestiférés par l'emploi de naphtaline sèche pulvérisée, dans la litière : 180 grammes environ par tête de bétail (bœuf ou vache) et par jour. En suivant attentivement la marche de la maladie, on est conduit à penser que le germe de la peste bovine ne peut être qu'un microphyte suspendu dans l'air et attiré par les animaux de l'espèce bovine seuls, parce que là seulement il trouve les éléments chimiques propres à son développement. Les vapeurs de la naphtaline pourront le détruire.

2° Emploi de l'acide phénique (cristallisé ou en neige) pour arrêter la marche de la maladie chez l'animal qui a vécu dans un milieu pestiféré, et sur qui la période d'incubation n'est pas arrivée

(1) Institué par décret du 29 août 1862, près du ministre de l'intérieur et dont firent partie, dès l'origine, sept membres de l'Académie des sciences.

La collection de ses Rapports imprimés a été offerte par M. Dumas à l'Académie. Il reste à l'impression un grand et important travail de M. le docteur Delpech, sur l'assistance médicale publique, à domicile, dans toute la France.

(1) L'acide phénique a été désigné par plusieurs savants qui se sont occupés de son étude sous les noms suivants : *acide carbonique*, *hydrate de phényle*, *phénol*, *alcool phénique*, *spirol*, *salicone*. M. Chevreul, à propos d'une communication de M. Calvert à l'Académie des sciences, s'est élevé contre ces dénominations multiples. Ceux qui pensent, a-t il dit, que les difficultés inhérentes aux sciences naturelles sont assez grandes pour ne pas les augmenter n'hésiteront pas à blâmer les dénominations irréfléchies données à un même corps.

(2) L'acide phénique liquide, à la température ordinaire, incolore, diaphane, que l'on trouve dans le commerce, est un mélange d'acide phénique, $C^{12}H^5O, HO$, cristallin, fusible à + 35 degrés, et d'acide crésylique. Nous nous sommes assurés que ce mélange d'acide cristallise lorsqu'on abaisse sa température au-dessous de zéro.

(3) Quant à l'assainissement du mobilier et des objets de literie, voici comment il s'effectue, d'une manière convenable, dans le service de l'Assistance publique : les matelas, avant d'être cardés, sont soumis aux fumigations nitreuses dans les salles aux heures où ces fumigations doivent avoir lieu ; les couvertures, traitées de même, sont ensuite nettoyées suivant les procédés ordinaires de blanchiment. Tous les objets en laine peuvent, sans inconvénient, être immergés pendant plusieurs heures, comme le linge, dans les cuves contenant 1 partie de chlorure de soude, représentant 200 degrés chlorométriques et 3 parties d'eau ; les lits de fer peints à l'huile, les buffets, tables de nuit, sommiers, poêles, sont soumis d'abord à la fumigation nitreuse dans la salle où cette fumigation a lieu ; ils doivent être ensuite soumis à un lavage avec la solution de chlorure de soude,

à son terme. Comme dans le premier cas, la litière sera saupoudrée de naphtaline, de façon à en saturer l'air. Des frictions seront pratiquées, à l'aide d'une brosse de chiendent, sur toutes les parties du corps de l'animal, avec de l'eau phéniquée aux 4 ou 5 millièmes. Cette opération aura pour but de détruire le microphyte, en même temps que les germes qu'il aura pu déposer dans l'épiderme.

On abreuvera l'animal avec de l'eau phéniquée à 2 millièmes au plus, en évitant de lui laisser boire plus de 10 à 12 litres de ce breuvage, qui représentera 20 à 24 grammes d'acide. Enfin le foin, le fourrage, la paille, etc., en un mot tout ce qui est destiné à l'alimentation de l'animal sera aussi humecté avec de l'eau phéniquée à 8 millièmes.

3° Administration de l'acide phénique à fortes doses, à l'animal reconnu atteint de la peste bovine. S'il est constaté que l'animal est atteint, j'emploierais un moyen énergique, qui ferait périr ou le germe inoculé, ou l'animal lui-même. Je ferais boire à l'animal, en une seule fois, 40 à 45 grammes d'acide phénique, dans un véhicule quelconque, en pratiquant la friction prescrite. Presque aussitôt après l'absorption de cette dose d'acide phénique, l'animal sera pris d'un engourdissement qui ne durera que quelques minutes, après quoi il reviendra à la vie, ou il succombera. S'il revient, il est presque certain, en recommençant la même opération quelques heures après, que la cause du mal sera anéantie. S'il succombe à la suite d'une de ces opérations, on pourra être assuré que la viande sera saine; la présence de l'acide phénique dans toutes les parties de l'animal aura détruit le germe.

Tout l'ensemble de ce traitement n'entraînerait d'ailleurs que des dépenses insignifiantes. (Renvoi à la section d'économie rurale.)

M. MORELLI adresse un mémoire, écrit en italien, sur diverses questions se rattachant au choléra, et faisant suite à ses communications précédentes. (Renvoi à la commission du legs Bréant.)

M. BRACHET adresse une note concernant diverses modifications à introduire dans la construction du microscope.

Cette note sera soumise à l'examen de M. Babinet, auquel ont été renvoyées les nombreuses communications de l'auteur sur le même sujet.

La séance est levée à 5 heures 3/4.

ÉCOLE VÉTÉRINAIRE D'ALFORT

—

Liste, par ordre de mérite, des nouveaux élèves admis d'après les résultats du concours d'octobre 1871.

1. MM. Boutet (Eure-et-Loir). — Prieur (Seine-et-Oise). — Cayon (Seine). — Trouvé (Seine-et-Oise). — Baron (Eure-et-Loir).—Mangenot (Meurthe). — Borgnon (Seine-et-Marne). — Séguin (Puy-de-Dôme). — Boissel (Loiret). — Tigier (Nièvre).

11. Flouchard (Loiret). — Daridan (Loiret). — Octave Guillemard (Yonne). — Raillet (Ardennes). — Scholtmann (Yonne). — Le Blevennec (Côtes-du-Nord). — Petit (Seine). — Hanneuse (Seine). — Le Ray (Ille-et-Vilaine). — Favereau (Seine-et-Oise).

21. Chanteclair (Aube). — François (Meurthe). — Lanetin (Eure-et-Loir). — Doux (Meuse). — Delanglard (Ile de la Réunion). — Limousin (Haute-Vienne). — Chollet (Seine).—Krait (Haute-Saône). — Changeux (Seine). — Guillobry (Seine-et-Marne).

31. Tixier (Seine). — Bézard (Hérault). — Lours (Loiret). — Durand (Loiret). — Pont (Seine). — Pauver (Indre-et-Loire). — Debled (Sarthe). — Fillay (Loiret). — Henryon (Meurthe-et-Moselle). — Métrand (Seine).

41. Briotel (Côte-d'Or). — Maisse (Meurthe). — Perreau (Yonne). — Tascher (Indre-et-Loire). — Didelet (Seine-et-Marne). — Dejardin (Ardennes). — Barrier (Seine). — Barascud (Marne). — Couteau (Marne). — Guillouard (Somme).

51. Dilluau (Seine-et-Marne). — Zee (Seine). — David (Sarthe).— M. Tardivon (Allier). — Adenot (Meuse). — Jallas (Loir-et-Cher). — Surjus (Pyrénées-Orientales). — Girard (Haute-Saône). — Lenoir (Somme). — Chédomme (Sarthe).

61. Le Goff (Côtes-du-Nord). — Fortin (Loiret). — Cartier (Gironde). — Legrand (Deux-Sèvres). — Bonyard (Eure). — Cornet (Seine-et-Marne). — Courtois (Oise). — Distruit (Loiret). — Harbeumont (Ardennes). — Boisseau (Indre-et-Loire).

71. Tontey (Aube). — Lemonnier (Seine-Inférieure). — Portier (Seine-et-Oise). — Pottier (Seine-et-Marne). — C. Tardivon (Nièvre). — Fabvre (Aveyron). — Prot (Marne). — Jacques (Moselle). — Louis Lemaire (Somme). — Debrecq (Seine).

81. Dialle (Puy-de-Dôme). — Ladague (Seine-et-Marne). — Peupion (Meurthe-et-Moselle). — Cart (Seine). — Coutier (Ardennes). — Lavidan (Manche). — Pommier (Mayenne). — Galland (Seine). — Ningre (Meurthe-et-Moselle). — Vancostinoble (Nord).

91. Moutier (Nord). — Latour (Ardennes). — Douet (Sarthe).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Traité élémentaire des maladies de l'enfance, par VOGEL, professeur de clinique à l'université de Dorpat. 1 vol. in-8° avec 45 figures. Traduit de l'allemand, sur la 4e édition, par les docteurs CULMANN et SENGEL (de Forbach). — Prix : 12 francs.

Du rôle des microzoaires et des microphytes dans la genèse, l'évolution et la propagation des maladies, par le docteur F. DE RANSE. In-8° de 130 pages. — Prix : 2 fr. 50.

Traité des maladies de la peau, comprenant les exanthèmes aigus, par Ferdinand HEBRA. Traduit et annoté par le docteur A. Doyon. Édition revue par l'auteur. 7e fascicule. — Prix : 2 francs.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois. . . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

SOMMAIRE. — Premier Paris. — Résumé de la discussion sur l'infection purulente. — Répertoire ophthalmiatrique (M. Warlemont). — Thérapeutique médicale : les fièvres catarrhales. — Documents pour servir à l'histoire du mouvement scientifique pendant le siége de Paris. — Thèses. — Nouvelle. — Bulletin bibliographique.

Paris, le 27 octobre 1871.

A NOS LECTEURS

Avec le numéro de ce jour se termine la périodicité quotidienne, dont nous avions accepté la lourde charge à la suite des cruels événements du siége. Nous ne voulons pas reprendre notre publicité tri-hebdomadaire, sans remercier nos confrères de l'appui qu'ils nous ont donné au milieu de ces douloureuses circonstances, et sans dire combien nous avons été heureux de voir appréciés nos efforts pour unir les intérêts de nos lecteurs avec ceux de la science.

Dorénavant, la *Gazette des hôpitaux* ne paraîtra plus, comme à l'ordinaire, que le mardi, le jeudi et le samedi.

La Direction.

RÉSUMÉ
DE LA DISCUSSION SUR L'INFECTION PURULENTE

Quelques mots sur l'étiologie médicale à propos de cette discussion.

Il est rare qu'une discussion académique reste circonscrite dans les limites strictes de son sujet, et que d'un ordre particulier de faits, qu'elle avait d'abord pour objet, elle ne s'élève — d'autres diraient peut-être s'égare — jusqu'aux principes mêmes de la science. C'est ce qui est arrivé pour la discussion sur l'infection purulente, comme on l'a vu déjà, il y a quelques années, pour la fièvre puerpérale, pour la variole et d'autres sujets encore. Cela tient, tout à la fois, à la tournure d'esprit de quelques académiciens qui résistent difficilement à l'attrait des généralités doctrinales, et à la nature même des choses qui veut que tout soit dans tout, comme disait feu Jacotot, et qu'on ne puisse toucher à un point de pathologie sans soulever immédiatement une multitude de questions et de problèmes de physiologie médicale. La question de l'infection purulente est un assez gros sujet, d'ailleurs, pour qu'il n'y ait rien d'étonnant à ce qu'elle ait pris de pareilles proportions.

Avant d'examiner le fond du débat et de résumer les faits et les enseignements qui en ressortent, il ne sera pas superflu de dire quelques mots des deux discussions incidentes qui en ont été comme le couronnement : la question d'étiologie, soulevée entre MM. Jules Guérin et Chauffard, et la question, plus générale encore, de nosologie, traitée *ex-cathedrâ* par M. Bouillaud, qui aura eu les honneurs du dernier mot dans ces savantes dissertations.

Appeler incidente la question d'étiologie, ce ne serait pas lui donner sa vraie place dans la discussion ; car qu'est au fond cette discussion tout entière, si ce n'est une étude de pathogénie et d'étiologie de l'infection purulente? Et qu'ont fait autre chose tous les orateurs qui ont occupé la tribune, si ce n'est chercher à se rendre compte du mode de production de cette complication redoutable, de sa pathogénie et de sa nature, c'est-à-dire rechercher sa cause efficiente, ceux-ci dans une altération du sang consécutive à un empoisonnement miasmatique, ceux-là dans l'action directe d'un poison putride ou d'un virus spécial formé et absorbé à la surface de la plaie, d'autres dans l'ostéo-myélite ou dans les phlébites osseuses, comme autrefois leurs devanciers dans l'inflammation des veines émergeant des moignons ou des surfaces suppurantes? N'est-ce pas, en effet, à propos des critiques adressées par M. Chauffard aux hypothèses proposées par ses collègues MM. Alphonse Guérin et Verneuil, pour l'explication de la pathogénie de l'infection purulente, qu'a surgi entre MM. Chauffard et Jules Guérin la discussion sur les principes mêmes de l'étiologie? Et n'est-ce pas, d'ailleurs, de la manière plus ou moins logique et rationnelle de comprendre l'étiologie médicale que dépend la légitimité ou tout au moins le degré de probabilité des diverses conceptions qui ont été mises en avant?

On voudra donc bien nous permettre ici, à l'appui de cette thèse, une petite excursion dans le domaine de la scolastique.

I

Rien de plus simple, tant qu'on ne s'en tient, bien entendu, qu'à la surface des choses, que la notion générale et empirique de la causalité. Elle se renferme tout entière dans cette vieille proposition d'Aristote : Rien de rien, rien sans cause et rien qui n'ait d'effet. Tout phénomène qui en précède immédiatement un autre est réputé en être la cause. Ajoutez la détermination du rapport de la cause à l'effet et vous aurez la formule complète, exprimée encore plus laconiquement par quelques métaphysiciens sous cette autre forme : la cause, c'est la loi même des phénomènes. Mais les choses ne sont pas tout à fait aussi simples quand il s'agit de l'organisme vivant et particulièrement des causes morbides. Ici il faut aider l'observation par l'analyse, et l'analyse elle-même par une étude approfondie de la physiologie et de la pathologie. « Dans tous les corps animés, a dit un autre philosophe qui n'est pas non plus d'hier, tous les effets sont tour à tour les causes de ce qui les fait naître. » Aussi, dans l'enchaînement inextricable des causes et des effets, tourne-t-on incessamment dans un cercle sur tous les points duquel, pour nous servir encore des expressions d'Hippocrate, on trouve le commencement où l'on cherchait la fin et la fin où l'on croyait trouver le commencement. C'est sur ce cercle même qu'il s'agit de chercher à saisir, dans la chaîne des éléments étiologiques de nos maladies, le chaînon ou le point saisissable par l'observation et accessible à nos moyens d'action. Reste à savoir quelle est la voie la meilleure et la plus directe pour arriver à ce résultat : si c'est d'étudier soit empiriquement, soit expérimentalement, les propriétés, le mode d'action et les effets appréciables de tous les agents et de tous les éléments du monde extérieur susceptibles de modifier l'organisme de manière à en altérer plus ou moins profondément les ressorts et le fonctionnement ; ou bien si c'est de fermer en quelque sorte les yeux sur les choses du dehors pour chercher à pénétrer au sein même de l'organisme et à y saisir les réactions et les mouvements intimes spontanés qu'y suscitent les agents modificateurs ; en un mot, si c'est dans ces agents modificateurs qu'il faut chercher les causes directes de nos maladies ou dans le sujet modifié lui-même. — Nous demanderons la permission de répondre par avance à cette question par voie d'affirmation, et sans avoir à fournir immédiatement les preuves à l'appui, que pour nous il ne saurait y avoir de doute sur la nécessité de comprendre à la fois, dans tout problème d'étiologie médicale, et les agents modificateurs, et le modifié et les causes d'impression et le sujet impressionné, quitte à faire, suivant les circonstances, la part respective de chacun de ces deux ordres de facteurs.

Ceci dit, voyons comment dans les écoles on envisage, en général, le problème de l'étiologie et quelles applications on a faites des notions admises et des principes dont elles procèdent, à la question spéciale qui nous occupe.

Si nous ouvrons la plupart des ouvrages et des traités classiques de pathologie qui sont entre nos mains, nous y voyons qu'on est convenu en général de ne point s'occuper de la cause prochaine des maladies, c'est-à-dire de ces phénomènes intimes et cachés qui se passent dans les profondeurs de l'organisme, entre le moment de l'impression produite sur l'économie par la cause ou l'agent extérieur et les premiers phénomènes morbides qui en accusent l'action. L'étude de l'étiologie s'adresse, en conséquence, principalement à cette infinité d'agents extérieurs et d'influences de milieux, qui assaillent en quelque sorte de toutes part l'économie, sans en exclure toutefois les causes internes ou physiologiques, d'où procède l'ordre entier des causes prédisposantes. C'est de la considération de leur action directe ou indirecte, immédiate ou éloignée, instantanée ou continue, etc., que découle la classification hiérarchisée de ces causes, dans laquelle on a généralement conservé l'ordre et les distinctions scolastiques.

Dans l'école qui s'intitule elle-même vitaliste, dont M. Chauffard est l'un des représentants les plus autorisés à Paris, et qui a toujours sa tradition vivante dans une fraction notable de l'école de Montpellier, le problème de l'étiologie médicale est envisagé d'une manière différente. La question, si on le veut, y est prise de plus haut ; peut-être par cela même est-elle un peu moins accessible ou plutôt moins à portée du goût de la généralité des esprits.

La spontanéité de l'être humain fait la base de la doctrine étiologique vitaliste. L'être humain pouvant se modifier lui-même et être cause génératrice de tous ses actes, les choses extérieures ne sont, par rapport à ces actes, que des conditions, des incitations à agir. Les causes provocatrices, quelque puissantes qu'elles soient, n'entrent qu'à titre de facteurs dans la production des effets. D'après cette doctrine, toute maladie est l'œuvre de la spontanéité vitale, elle est conçue et directement engendrée par la force vitale, et tous ses actes portent l'empreinte et le cachet que la vie seule est capable de leur imprimer. La spontanéité, toutefois, n'exclue pas la provocation. Il y a des maladies provoquées par des causes extérieures, comme il en est qui sont exclusivement spontanées. Mais dans les maladies provoquées la spontanéité ne perd jamais entièrement sa participation. En résumé, « la doctrine vitaliste — nous empruntons ici les expressions mêmes de feu le professeur Jaumes, de Montpellier, dans son *Traité de pathologie générale* — reconnaît l'énergie variable, la nature diverse des provocations ; elle admet, en outre, l'apport de l'organisme vivant, elle proclame enfin des maladies sans provocation appréciable, dues tout entières à la spontanéité. » La conséquence pratique de cette manière d'envisager l'étiologie est l'indication de soustraire le sujet à toutes les provocations qui ont contribué à former la maladie, et de faire la part respective dans la prophylaxie et la thérapeutique aux stimulus morbifiques et à la spontanéité.

Arrivons maintenant aux opinions émises sur ce point de doctrine par les divers orateurs qui ont pris part à cette discussion.

III

Nous avons dit que c'était pour combattre les hypothèses de la septicémie miasmatique ou virulente que M. Chauffard avait été conduit à faire sur ce point un exposé de principes. On se rappelle, en effet, et ceci est, avec la question des rapports qui lient la fièvre traumatique avec l'infection purulente, le fond même du débat, que pour M. Alphonse Guérin, l'instigateur de la discussion, l'infection purulente est le résultat de l'absorption des miasmes qui s'exhalent du pus décomposé ; que pour M. Verneuil, fièvre traumatique, septicémie et infection purulente ont une source commune, qu'elles ne sont que trois termes ou trois degrés d'un même fait, l'infection purulente n'étant qu'une septicémie grave avec des complications spéciales, l'une et l'autre rentrant dans la catégorie des fièvres traumatiques, dont la fièvre traumatique simple, proprement dite, n'est que la première expression. Voici qu'elles ont été, en réfutation de ces deux doctrines étroitement unies entre elles, les principales propositions énoncées par M. Chauffard. Sa réfutation portant plus particulièrement sur la doctrine de M. Verneuil, ses propositions comprennent également la fièvre traumatique et l'infection purulente, qu'il entend séparer l'une de l'autre par un abîme profond, bien qu'elles aient toutes deux leur source et leur cause dans le même fond commun, le foyer même de la vie. Mais, n'interprétons pas, reproduisons le plus exactement possible, en le résumant toutefois, l'exposé des principes de M. Chauffard.

La fièvre traumatique, pour M. Chauffard, a pour condition pathogénique fondamentale le concours de l'organisme tout entier aux actes préparateurs de la réparation traumatique. Elle est comme un témoignage que la vie du tout souffre et réagit dans la vie de la partie atteinte.

La sécrétion purulente est, à ses yeux, l'acte majeur et essentiel et qui, en raison de son importance, loin de s'isoler et d'appartenir exclusivement à la partie lésée, demeure un fait essentiellement et primitivement général. Elle a besoin, pour s'accomplir dans les conditions normales et réparatrices, du concours absolu de tout l'organisme. Ce n'est pas la plaie qui fait le pus, c'est le blessé tout entier. C'est dans le sang, représentant plus spécial de la vie plastique, que se trouve le témoignage visible du concours de l'organisme à l'activité pyogénique. La plaie qui suppure emprunte au sang les matériaux propres du pus, etc.

Chez le blessé, le sang est donc dans un état pathologique. La vie plastique et le sang du blessé sont dans un état permanent de suractivité, d'hypergénésie ; — d'où, un équilibre instable, variant d'ailleurs suivant les individus...

Lorsque sous l'influence de conditions étiologiques défavorables, ou d'une disposition individuelle à plasticité faible, l'équilibre est troublé, lorsque la suractivité pyogénique du blessé est déviée de son évolution normale, la partie saine de l'organisme veineux est entraînée dans le tourbillon morbide, etc. — Mais ce n'est là encore que la pyohémie commune. Que le mouvement pyogénique normal vienne à s'altérer, à se pervertir et à dénaturer la masse entière des humeurs, l'organisation vivante ne résistant plus et passant tout entière à la maladie, celle-ci

s'élève à ce degré de puissance tel qu'elle s'assimile et entraîne à elle la vie, dont toutes les fonctions deviennent pyogéniques, contractant ainsi le caractère spécifique, et la pyohémie maligne est constituée.

On sait que pour M. Chauffard il n'est pas nécessaire de causes spécifiques, d'une contagion préalable, pour créer la spécificité; il professe que la spécificité, contrairement aux opinions reçues, a son caractère essentiel non dans l'intervention d'une cause spécifique comme cause productrice de la maladie, mais dans la génération de produits spécifiques par la maladie, que celle-ci soit née de causes communes ou de causes spécifiques, la cause spécifique n'étant nullement directe dans son action et rigoureusement déterminante, et ne faisant jamais que solliciter, provoquer la spontanéité vivante, qui demeure toujours maîtresse et cause véritable de la génération morbide.

On voit par là quelle est la doctrine étiologique de M. Chauffard, doctrine bien arrêtée, dont la spontanéité fait tous les frais, ne laissant aux agents extérieurs et aux milieux que le rôle très-accessoire d'incitateurs, d'occasions, de conditions éventuelles et contingentes dont la vie peut et sait se passer. C'est cette même doctrine générale qu'il applique à la pathogénie de la fièvre traumatique, de l'infection purulente. La pyohémie maligne, provoquée ou non par une cause spécifique, reconnaît toujours, dans sa genèse et dans son évolution, les mêmes conditions pathogéniques; il lui faut toujours pour point de départ un organisme en activité pyogénique, en travail médicateur d'un traumatisme, et par conséquent une plaie suppurante.

Quant aux causes occasionnelles ou provocatrices, aux influences extérieures ou de milieu, telles que l'encombrement, l'agglomération des blessés, le séjour dans les grandes villes, les influences morales, etc., M. Chauffard n'entend point qu'elles soient supprimées par le fait de l'importance capitale qu'il accorde à la cause effective, qui réside dans la vie elle-même; mais il en restreint considérablement le rôle. Ce n'est point d'une manière directe qu'elles agissent pour produire ou déterminer l'infection purulente, elles agissent tout au plus comme prédispositions ou comme causes infectieuses communes, jamais comme causes infectieuses spécifiques; c'est particulièrement en portant atteinte à l'état des humeurs et aux forces plastiques, et en affaiblissant par là la résistance de l'organisme à l'entraînement pyohémique, qu'elles concourent et contribuent, à titre de prédisposition ou d'auxiliaire, à ce résultat final.

En résumé, la fièvre traumatique et l'infection purulente sont des maladies spontanées du blessé, la première trouvant sa raison d'être dans l'état morbifique essentiel soulevé par le traumatisme, la seconde reconnaissant un ensemble varié de causes occasionnelles ou provocatrices, dont les plus importantes sont l'encombrement, le séjour dans les grandes villes, les influences morales déprimantes, etc.

Il y a certainement dans l'exposé des principes de l'école vitaliste des propositions d'une incontestable vérité, et dont il n'est pas possible de ne pas tenir compte dans l'étude journalière des faits cliniques et dans la détermination de nos agissements pratiques; mais il y a dans l'interprétation et l'application que M. Chauffard a faite de quelques-unes de ces propositions une telle exagération et un tel esprit d'exclusivisme de toute activité autre que l'activité humaine, qu'il était impossible que son argumentation, si brillante d'ailleurs et si puissante à certains égards, ne rencontrât pas des contradicteurs. C'est ce qui a eu lieu, en effet, et nous allons, dans la suite de ce résumé, nous trouver tout naturellement placé en plein terrain de la discussion.

Dr Brochin.

RÉPERTOIRE OPHTHALMIATRIQUE

(Notes fournies, par M. le docteur Warlomont, aux *Annales d'oculistique*.)

INFLAMMATIONS OCULAIRES.

Nous n'entendons rien apprendre à nos lecteurs en leur disant que, dans les inflammations de l'œil comme dans celles de tous les autres organes, il importe, en général, avant d'en venir aux moyens dits perturbateurs ou substitutifs, d'abattre les symptômes inflammatoires ou de les réduire, au moins dans une certaine mesure. Nous n'avons pas davantage l'intention de dérouler le catalogue des agents dits antiphlogistiques applicables aux maladies inflammatoires de l'œil, telles que les déperditions sanguines générales et locales, etc.; nous voulons simplement attirer leur attention sur un topique qui, au début des affections oculaires aiguës, kératites, iritis, ophthalmies phlycténulaire et catarrhale, ophthalmies traumatiques accidentelles ou suites d'opérations, etc., nous a rendu et nous rend chaque jour d'inappréciables services. Ce topique, que nous appelons *eau brune*, est composé comme suit :

Eau brune.

Pr. : Borate de soude........ 10 grammes.
Extrait de jusquiame..... 5 —
Décoction d'althéa........ 180 —

Mode d'application. — Agiter le flacon, verser une partie du contenu dans une tasse et la chauffer (tiède), y tremper une compresse de toile de huit doubles et l'appliquer sur les paupières fermées. Maintenir ces compresses toujours bien humectées et tièdes pendant vingt à trente minutes, puis en suspendre l'application pendant deux heures, et la renouveler ensuite de la même façon.

Nous n'avons pas inventé cette formule et serions fort embarrassés de dire d'où nous la tenons; ce que nous savons, c'est que, chez neuf malades sur dix qui se présentent à notre clinique ou à notre cabinet, avec des ophthalmies aiguës *quelconques*, — *la purulente exceptée*, — nous préludons, avant tout autre traitement local, par trois ou quatre jours de l'application de notre eau brune. Quand la maladie se présente chez les enfants scrofuleux, escortée de ces croûtes purulentes qui entourent les yeux, les lèvres et le nez, nous employons *avec un grand succès*, au lieu de la décoction d'althéa, celle faite de la seconde écorce du sureau. Enfin, lorsque nous désirons obtenir une dilatation de la pupille, nous remplaçons la jusquiame par la belladone.

SYMPTOME DOULEUR

Teinture d'iode morphinée.

On sait avec quel succès s'emploient les injections hypodermiques quand, par le fait d'une iritis, d'un accident traumatique ou d'une opération, des douleurs se manifestent dans le globe oculaire ou ses annexes. Ces injections offrent néanmoins certains inconvénients; elles demandent à être faites de la main même du chirurgien, qui n'est pas toujours à la portée du sujet dans les moments où celui-ci en ressent le besoin; trop fréquemment répétées elles occasionnent dans la peau et le tissu cellulaire sous-jacent un état de gonflement inflammatoire qui interdit de les continuer ou les rend inefficaces, parce que l'absorption des liquides injectés ne s'y fait plus; enfin, si peu douloureuse qu'elle soit, c'est toujours une opération, et l'on sait l'horreur qu'inspire aux malades tout ce qui porte ce nom. Depuis plusieurs années, nous avons remplacé ces injections par des badigeonnages du pourtour de l'orbite et de la tempe au moyen de la préparation suivante :

Pr. : Teinture d'iode................ 4 grammes.
Acétate de morphine......... 20 centigr.

On les répète matin et soir ou même plus souvent, tant que l'épiderme le permet; quand celui-ci s'écaille, on le ramollit en y appliquant préalablement de petits cataplasmes de farine de riz.

Ce moyen est d'une grande efficacité, d'un emploi facile et ne cause aucune douleur au malade; il nous rend journellement les plus grands services. Jamais nous ne négligeons de le faire entrer dans le traitement de l'iritis aiguë, — sans préjudice des autres moyens de traitement, — et c'est plaisir de voir à quel point il y réussit à calmer les douleurs nocturnes dont cette affection est presque toujours accompagnée. Dans les lésions traumatiques, les attaques de glaucôme, etc., il n'est pas d'un moindre secours.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Les fièvres catharrales.

Par M. le docteur Decayeux.

Les anciens avaient divisé les constitutions médicales en vernale et en automnale. Suffisamment exacte dans les temps ordinaires, cette division cesse de l'être aussitôt que survient une cause générale qui change brusquement nos habitudes et perturbe notre organisme.

Ce qui se passe actuellement à Paris, après les mauvais jours que nous avons eus à traverser, confirme pleinement les judicieuses et immortelles observations faites à ce sujet par Stoll, par Frank, par Baglivi, par le professeur Fuster, et explique pourquoi les affections typhiques, infectieuses, scorbutiques, encombrent nos établissements hospitaliers. Toutefois, les froids intenses qui ont sévi dans toute l'étendue de la France, en décembre dernier, et qui ont été suivis d'une période humide et pluvieuse et de variations atmosphériques, ont imprimé un cachet bien particulier aux maladies régnantes. On est, en effet, effrayé en jetant les yeux sur le *bulletin officiel des décès* de voir le nombre de malades qui ont succombé aux affections, qu'avec d'éminents cliniciens nous désignerons sous le nom générique de *fièvres catarrhales*. Du 1er janvier au 1er mars, la mortalité s'est élevée, par suite de pneumonie, à un chiffre énorme, et, par suite de bronchite, à un bien plus considérable encore!

Pour ne parler que de cette dernière maladie, on peut se demander comment il se fait que tant de fois elle se soit terminée fatalement. Le pronostic de la bronchite est, en général, peu grave, mais, on le voit, il n'en est pas toujours ainsi, et, fréquemment, comme maintes fois nous l'avons entendu dire à notre regretté maître, le professeur Grisolles, l'inflammation des bronches est tout à coup suivie de celle du tissu pulmonaire.

Dans le traitement de ces fièvres catarrhales, bronchites ou pneumonies, il importe d'agir aussitôt que les symptômes présentent un certain degré d'intensité. En agissant avec promptitude, on pourra opposer une digue à la marche de l'inflammation bronchique, en arrêter ainsi les progrès et éviter le danger que nous venons de signaler.

Nous n'avons pas à faire ici la description de ces états pathologiques ni à indiquer le traitement qui leur convient. Nous prions nos lecteurs de se reporter à un article que nous avons publié sur ce sujet, dans ce même journal (1868, n° 50).

Qu'on nous permette cependant de rappeler une préparation que nous recommandions alors à nos confrères, et dont nous n'avons, depuis cette époque, cessé d'obtenir les meilleurs résultats; nous voulons parler du *sirop pectoral de Pierre Lamouroux*, que tous les jours les Récamier, les Chomel, les Louis, prescrivaient à leurs malades. L'efficacité de ce sirop comme calmant de ces toux — si fatigantes, si pénibles, si rebelles aux agents ordinairement employés et qui accompagnent les affections catarrhales — est consacrée par plus de soixante ans d'expérience. Voilà pourquoi il s'est toujours résisté et qu'il résistera toujours aux fluctuations de la mode qui, aujourd'hui, va jusqu'à s'ingérer dans la thérapeutique médicale!

DOCUMENTS

POUR SERVIR A L'HISTOIRE DU MOUVEMENT SCIENTIFIQUE PENDANT LE SIÉGE DE PARIS (1).

13 MARS.

Académie des sciences. — L'Académie tient séance.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 13 mars 1871. — Présidence de M. Faye.

MÉMOIRES ET COMMUNICATIONS DES MEMBRES ET DES CORRESPONDANTS DE L'ACADÉMIE.

M. Combes, après la lecture du procès-verbal de la séance précédente, demande la parole et s'exprime comme il suit :

Mon nom ne figure pas, dans le *Compte rendu* de la dernière séance, parmi ceux des membres qui ont pris part à la discussion soulevée par la proposition de notre illustre confrère M. H. Sainte-Claire Deville. Je prie MM. les secrétaires perpétuels de vouloir bien faire réparer cette omission. Je borne là ma demande, n'ayant pas l'intention de publier aujourd'hui une note qui n'exprimerait que ma première impression, à la lecture d'une proposition inattendue, et sur laquelle je pourrai dire mon sentiment, dans le cours de la discussion en comité secret, dont elle sera l'objet dans le sein de l'Académie des sciences et peut-être de l'Institut tout entier.

Observations sur la peste bovine. — M. Bouley. Je crois devoir revenir avec quelques détails sur la peste bovine, qui a été l'objet d'une première communication à l'Académie dans son avant-dernière séance. Ce qui m'y détermine, c'est qu'il ne s'agit pas seulement d'une question de médecine comparée qui a une grande importance; il s'agit surtout et avant tout de l'alimentation publique, dont une des principales ressources se trouve de plus en plus compromise en France par les ravages qu'exerce sur notre stock de bétail cette grande épizootie.

Le premier point sur lequel il me paraît utile de fixer de nouveau l'attention de l'Académie est l'origine de cette peste des bestiaux; si j'y reviens avec quelque insistance, c'est qu'il est de la plus haute importance que la conviction soit acquise à tout le monde, par l'évidence des faits, que la peste bovine n'est pas une maladie indigène; qu'elle ne naît pas dans notre pays sous l'influence de quelques conditions mauvaises, comme l'entassement, l'infection des étables, les privations d'aliments, les marches forcées des troupeaux à la suite des armées, les souffrances de toute nature qu'ils ont à subir, etc. Toutes ces causes n'ont aucune part au développement de la peste bovine; c'est une maladie exotique qui n'est et n'a jamais été importée chez nous que par la contagion, que la contagion seule entretient, et qui disparaît lorsque, par une circonstance ou par une autre, la contagion ne sait plus où se prendre.

Voilà ce dont il faut que l'on soit bien convaincu partout, dans les administrations chargées des services publics et dans toutes nos communes.

Si je combats la croyance à l'*indigénat possible* de la peste bovine, croyance qui tend sans cesse à renaître, dès que cette maladie fait une nouvelle apparition dans notre pays, et qui, aujourd'hui comme toujours, trouve encore des adeptes, c'est qu'elle peut être funeste par ses conséquences pratiques. L'expérience en témoigne.

Lorsque la peste fit invasion en Angleterre, au mois d'août 1865, la température était exceptionnellement élevée, et l'on crut pouvoir attribuer à son influence pernicieuse le développement de la maladie dont les bestiaux des vacheries de Londres se trouvèrent frappés à cette époque. Les hommes de la science spéciale ne s'y étaient pas trompés cependant; ils avaient reconnu cette maladie à la sûreté et à l'intensité de ses coups, ils en avaient dit le nom et l'origine. Mais on ne voulut pas ajouter foi à leurs paroles; on s'obstina à ne voir dans ce qui se produisait que les effets fatals d'une influence toute locale qu'il fallait subir jusqu'à ce que le temps l'eût fait disparaître; et, grâce à cette croyance, intéressée chez un grand nombre qui ne voulait pas qu'on mît d'obstacle à la liberté du commerce des bestiaux, la peste se répandit du marché d'Islington dans toute l'Angleterre, dans toute l'Écosse, en Hollande et ailleurs encore. Voilà ce que peut produire une fausse doctrine étiologique.

La peste des bestiaux est une maladie exotique; elle règne en permanence dans les steppes qui s'étendent des monts Carpathes aux monts Ourals et par delà ces monts, jusque dans la Mongolie, où l'abbé David, missionnaire apostolique, en a constaté les ravages en 1866 et 1867, et les relate dans une lettre que notre confrère M. Decaisne a bien voulu me communiquer.

Sous quelle influence naît-elle dans les steppes? Cette influence existe-t-elle dans toute leur immense étendue? ou bien y a-t-il une localité exclusive où se trouverait la condition spéciale du développement de la peste, et d'où elle irradierait dans tous les sens, par voie de contagion, sur l'immense population bovine des steppes de l'Asie et de l'Europe orientale? Questions obscures que celles-là, et non encore résolues! Ce que l'on sait, c'est que la peste est contagieuse, la plus contagieuse de toutes les maladies, s'attaquant à n'importe quelle espèce, et que c'est par la contagion qu'elle s'entretient et se propage sur l'immensité du territoire qu'elle occupe.

A la suite de ma dernière communication, un de nos confrères m'a demandé comment je pouvais m'expliquer que la race bovine,

(1) Suite. — Voir le dernier numéro.

en proie incessamment à une maladie comme la peste, n'eût pas disparu des steppes, et depuis longtemps. C'est que les animaux de ces pays ont une force de résistance qu'on ne retrouve pas dans nos races.

L'expérience témoigne que la peste fait d'autant plus de victimes, que les races auxquelles elle s'attaque ont été plus perfectionnées par la culture de l'homme, et qu'il y a en elles, si je puis ainsi dire, quelque chose de plus artificiel. Ainsi, par exemple, en Angleterre, en 1865-1866, les ravages de la peste bovine ont été énormes. Dans une étable de 450 vaches laitières, entre autres, j'ai constaté une mortalité de 443 sur 450. Les 7 vaches survivantes étaient hollandaises; celles qui succombèrent appartenaient aux races perfectionnées. En Hollande, d'après les statistiques officielles, 33 pour 100 des animaux ont survécu. A Paris, la mortalité se serait peut-être élevée à 96 ou 98 pour 100, si la massue du boucher n'avait fait son œuvre en même temps que la maladie.

C'est en vertu de ses propriétés contagieuses que la peste bovine déborde des steppes sur l'Europe occidentale dès que l'occasion lui est offerte d'une migration possible. Ces occasions ont été fréquentes dans les siècles passés, car c'est surtout par le mouvement des armées du nord et de l'est, entraînant derrière elles leurs troupeaux d'approvisionnement venant des steppes, que la peste bovine a été exportée de son pays d'origine et transmise aux bestiaux de l'Europe occidentale. Il est bien probable que les hordes des Cimbres et des Teutons que combattit Marius introduisirent la peste avec elles dans les Gaules et dans le nord de l'Italie; mais ce n'est là qu'une probabilité, car je ne sache pas qu'il existe sur ce point des documents historiques.

Dans notre ère, la marche de la peste bovine est souvent indiquée par les chroniqueurs et les historiens à la suite des armées dont ils racontent les actions. Sans entrer ici dans de longs détails historiques, je rappellerai que toutes les époques des grandes guerres sont signalées par les grands ravages de la peste des bestiaux.

A la suite des guerres de Charlemagne contre les Danois, cette épizootie a causé en Europe d'horribles destructions de bétail.

L'invasion des hordes mongoles, au treizième siècle, a été accompagnée d'une invasion de peste bovine.

Suivant des probabilités que l'on peut considérer comme des certitudes, les guerres de Louis XIV avec l'Allemagne ont dû donner lieu à des explosions de la peste des bœufs dans les pays parcourus par les armées.

A dater du dix-huitième siècle, les documents abondent sur cette redoutable épizootie qui trouve des historiens dans des médecins d'Italie, de Hollande, d'Angleterre et de France, dont elle a contribué à illustrer les noms : Lancisi, Ramazzini, Camper, Layard, Vicq-d'Azyr. Dès ce moment, tout est connu de ce fléau, de son origine, de ses marches à travers l'Europe, des ravages qu'il cause. Des chiffres sont fournis : le royaume de Naples perd, à la suite de l'invasion de 1710, 70,000 têtes de bétail; les Pays-Bas 300,000. Pendant sept ans que l'épizootie dure, elle fait périr dans l'Europe occidentale plus de 1 1/2 million d'animaux.

En 1735, année de guerres, l'épizootie se répand de la Pologne, de la Valachie et de la Hongrie, en Autriche, en Bohême, en Saxe, en Prusse, en Bavière, dans le Palatinat et en France. D'un autre côté, elle a envahi la Styrie, la Carinthie, le Tyrol, la Vénétie et toute l'Italie. Pendant près de vingt-cinq ans qu'elle a duré, on estime qu'elle a fait périr plus de 3 millions de bêtes.

Lorsque la France entre en conflit avec l'Allemagne, au commencement de la première République, la peste se montre avec les armées de l'Est. Elle entre en Italie derrière l'armée autrichienne en 1793, et trois années durant elle la ravage et fait périr dans ce pays 4 millions de bestiaux. Dans la même année 1793, l'armée autrichienne, s'avançant vers le Rhin, répand la peste en Bavière, dans le Wurtemberg et le grand-duché de Bade.

En 1794, l'Alsace est infectée, puis la Lorraine, la Franche-Comté, la Suisse, la Bourgogne, la Champagne, la Picardie, toujours par la contagion importée par les troupeaux de l'armée allemande.

Pendant toutes les guerres du premier empire, la peste se montre, comme toujours, la compagne inséparable des armées russes et allemandes. Presque sans discontinuité, l'Autriche, la Bohême, la Saxe, la Prusse ont été ravagées de 1792 à 1814 par le fléau de la peste, en même temps qu'elles subissaient les autres fléaux de la guerre.

Après Eylau, l'armée française a ramené la peste avec elle; de même après 1812. Enfin de 1812 à 1814, le mouvement des armées ennemies vers la France, l'a rapprochée de nos frontières. L'invasion l'a importée dans nos provinces qui en ont subi les sévices jusqu'à 1817.

Après la paix de 1815, la peste s'éteint dans les pays qu'elle ravageait. On la voit reparaître derrière les armées russes entrant en lutte avec la Turquie en 1827. La Bessarabie, la Moldavie, la Valachie, puis la Podolie, la Wolhynie, la Pologne, la Prusse, la Saxe, la Hongrie et les États héréditaires de l'Autriche ont été envahis à cette époque.

En 1830, réapparition de la peste avec la guerre de Pologne.

En 1848, l'armée russe venant au secours du gouvernement autrichien, infecte les provinces qu'elle parcourt.

En 1866, les mouvements des armées prusienne et autrichienne donnent lieu à la propagation de la peste bovine dans les troupeaux des provinces autrichiennes envahies.

L'Angleterre a subi le fléau de la peste en 1865, je viens de le rappeler; mais, par une heureuse exception à la marche antérieure des choses, cette invasion n'a pas été la conséquence d'une guerre brutale. C'est en pleine paix que l'Angleterre a été envahie, et c'est par le fait des perfectionnements apportés par la science aux transports maritimes. Des spéculateurs avaient été chercher jusque dans le golfe de Finlande, des troupeaux de bêtes à cornes destinés à alimenter le marché métropolitain de Londres. Ces troupeaux ayant été transportés par des steamers, ont pu franchir le trajet de Revel à Hull, dans un temps plus court que la période d'incubation de la maladie, qui a fait explosion seulement après le débarquement. C'est ainsi que la terrible peste des steppes, encore à l'état latent dans les animaux de l'Esthonie, a pu être importée sur le sol anglais, contrairement non pas à toutes les prévisions, mais à tout ce qui s'était vu dans les temps antérieurs.

La guerre actuelle avec les pays de la Confédération du Nord devait nécessairement faire sortir la peste bovine des steppes, car la Prusse ravitaille ses armées avec des troupeaux qui en proviennent. C'est ce qui a eu lieu. Si la fortune nous eût été favorable, la peste eût été repoussée avec les armées ennemies, et ses calamités nous eussent été épargnées; mais, du jour où nous avons cédé du terrain devant les forces qui nous ont accablés, l'épizootie des steppes devait franchir la frontière avec les armées qui envahissaient notre territoire.

De fait, dès le mois de septembre, les troupeaux de l'Alsace et de la Lorraine recevaient la terrible contagion et périssaient par milliers sous ses atteintes. Après, ce fut le tour de la Franche-Comté; on parle de grands ravages causés actuellement encore aux environs de Bezançon par la peste bovine.

Il en est de même dans nos provinces de l'ouest, où l'épizootie bovine a été introduite dans les circonstances suivantes : un troupeau considérable de bœufs avait été rassemblé à Orléans, en vue du ravitaillement de Paris. Le jour de la première bataille d'Orléans, où le succès couronna un instant les efforts de nos armes, nous eûmes la mauvaise chance de nous emparer de 180 à 200 bœufs qui faisaient partie des troupeaux de ravitaillement de l'armée prussienne. Ces bestiaux infectèrent les nôtres. Après la bataille du Mans, notre armée ayant été obligée de se retirer devant les forces prussiennes victorieuses, 3,500 bœufs du troupeau destiné à ravitailler Paris furent refoulés sur Laval, où on en vendit un certain nombre, sous le prétexte qu'ils étaient exténués. La cause de leur faiblesse n'était autre que la peste.

Dans ce mouvement vers l'ouest du troupeau d'Orléans, un certain nombre mouraient en route à Lamballe, à Morlaix, semant la contagion sur leur route.

A Landernau, il ne restait plus que 2,400 animaux, parmi lesquels, et en très-peu de temps, la peste fit tant de victimes, que, dans l'impossibilité où l'on se trouva d'enfouir leurs cadavres, on dut les faire conduire en pleine mer, sur de vieilles alléges que l'on fit couler à coup de canon au delà de l'île de Sain.

Ce troupeau infecté d'Orléans a semé la peste dans les Côtes-du-Nord, le Finistère, l'Ille-et-Vilaine, la Mayenne. Ce dernier département est le plus ravagé, parce que son occupation par l'armée prussienne a mis obstacle à l'application des mesures sanitaires qui auraient pu arrêter l'expansion du mal.

L'Orne et le Calvados sont également atteints. Dans quelle mesure? Je ne saurais le dire quant à présent.

Mais ce n'est pas tout : le Poitou lui-même vient d'être envahi, et dans des circonstances d'autant plus regrettables, que rien n'était facile comme de prévoir cette invasion et de l'éviter. Cette fois, en effet, c'est une division de notre propre armée qui, en se rendant à Poitiers, a amené avec elle son troupeau d'approvisionnement et a dispersé la contagion sur sa route. Il eût été si simple cependant de faire nourrir par les bestiaux du pays ces 40,000 hommes de l'armée de Chanzy auxquels on faisait passer la Loire, et de laisser sur la rive droite leurs troupeaux infectés! Mais les règlements voulaient que ces troupeaux suivissent le corps d'armée qu'ils étaient destinés à nourrir, et les règlements ont été observés! Grâce à cette rigoureuse et *intelligente* observation de la règle, des pertes considérables ont dû être ou, pour mieux dire, sont actuellement infligées à des provinces qu'il était bien facile de préserver du fléau.

J'ai dit, dans ma précédente communication, comment la peste bovine était entrée dans Paris, et s'était attaquée avec une violence inouïe au stock des animaux rassemblés dans l'enceinte de la ville pour suffire aux besoins immédiats de la population civile et militaire. Je demande à l'Académie la permission de revenir un instant sur ce fait, qui donne la démonstration évidente que la peste bovine est une maladie étrangère à notre pays, et qu'elle ne saurait s'y développer spontanément sous l'influence des causes générales et communes. On sait que, quelques jours avant l'investissement de la ville, on était parvenu, grâce à une activité merveilleuse, à résoudre la difficulté, à première vue insurmontable, de faire entrer dans Paris un troupeau de plus de 40,000 bêtes à cornes et de plus de 200,000 moutons, avec le fourrage destiné à les nourrir. Ces animaux eurent à subir, pendant le temps qu'ils vécurent, bien des influences mauvaises : ils étaient entassés dans des parcs ou sous des hangars, soumis à des privations nombreuses, exposés aux influences du chaud, du froid, de la pluie, des vents, etc., etc. Bref, on avait réalisé sans le vouloir, et sans pouvoir les éviter, toutes les conditions favorables au développement des maladies des grandes masses d'animaux agglomérés, favorables conséquemment à la manifestation de la peste, d'après la doctrine de ceux qui croient à l'indigénat de cette maladie. Malgré cela, la peste n'est pas venue cependant : aucune maladie générale ne s'est déclarée sur nos troupeaux par le fait de toutes ces conditions, qui étaient loin d'être bonnes.

Mais l'investissement cesse, et tout change de face : les Prussiens nous donnent, je me trompe, nous vendent à gros deniers comptants des animaux provenant de leur stock de Versailles, animaux misérables à l'excès; et avec eux la peste entre dans Paris, et s'est répandue d'autant plus facilement qu'elle a trouvé où se prendre, sur 14 ou 15,000 bœufs qui se sont trouvés tout à coup rassemblés dans Paris par le fait des prévisions du commerce et de la prévoyance des administrations civiles et militaires.

Ce stock est aujourd'hui complétement épuisé, et je ne crois pas inutile de constater à nouveau que, bien qu'on ait mangé dans Paris des animaux abattus sous le coup de l'épizootie des steppes, cependant la santé publique ne s'est pas trouvée compromise. Je ferai même remarquer que la mortalité a considérablement décru dans ces dernières semaines, ce qui prouve qu'aucune mauvaise influence n'est venue se substituer à celle qui, pendant l'investissement, ont pesé sur la population parisienne et fait tant de victimes dans ses rangs. Il me paraît bon d'insister sur ce point, parce que, d'après une lettre que j'ai reçue ce matin même du département du Nord, non-seulement on ne ferait pas usage de la viande des animaux malades, mais on irait jusqu'à faire enfouir les cadavres de ceux que l'on fait abattre comme suspects, c'est-à-dire que la massue frappe alors qu'ils sont encore en pleine santé. Il y a là quelque chose qui dépasse toute mesure. Il ne faut pas, dans les circonstances désastreuses où nous nous trouvons, ajouter à des pertes trop inévitables, hélas! des pertes nouvelles. Ce n'est pas quand notre stock en viande s'appauvrit tous les jours, sous les ravages de la peste, qu'il faut l'appauvrir encore en enfouissant dans le sol des animaux dont la viande est parfaitement salubre et représente tout à la fois une grande valeur commerciale et une grande ressource pour les populations.

Je ne crois pas devoir terminer sans dire quelques mots sur l'acide phénique, dont l'emploi a été préconisé, dans le traitement de la peste bovine, par une lettre communiquée à l'Académie à sa dernière séance. Des expériences sont entreprises sur l'emploi de cet acide : les unes, sous ma direction, avec le concours de quelques vétérinaires de l'armée, à l'École militaire; d'autres, à l'abattoir de Grenelle, par M. le docteur Declat, auquel l'administration de la guerre a bien voulu, sur la demande que je lui en ai faite, livrer six animaux sur lesquels les tentatives de traitement pouvaient être essayées. J'ai cru devoir, dans les conditions où nous nous trouvons à Paris, autoriser, pour ce qui me concernait, et encourager ces essais; car, dans le milieu infecté où nous sommes, il n'y a pas de danger de répandre la contagion plus qu'elle ne l'est. Il était d'autant plus important de faire faire ces essais sous nos yeux, que, d'après des récits de journaux venant de Morlaix, le traitement par l'acide phénique aurait donné de bons résultats sur les bestiaux de cette localité, où la peste règne, comme je l'ai dit plus haut. Ces expériences étant en train de se faire, je n'ai rien à en dire à l'Académie, d'autant plus qu'à ce moment aucune conclusion n'est encore possible; quand elles seront terminées, je lui demanderai la permission de lui en faire connaître les résultats.

M. NETTER adresse un complément à sa communication précédente, sur le traitement de la pourriture d'hôpital par la poudre de camphre. Dans cette nouvelle Note, l'auteur indique quinze nouveaux succès, dont plusieurs ont été obtenus dans des cas d'une gravité extrême, et qui témoignent de l'efficacité de cette médication. — (Renvoi à la commission précédemment nommée.)

M. E. GRÉGOIRE adresse une Note relative à l'emploi de la crémation, comme moyen d'éviter les effets funestes qui résultent de l'accumulation des cadavres à la suite de grandes batailles. — (Commissaires : MM. Bouley, Nélaton.)

M. BRACHET adresse une Note relative à deux nouvelles lunettes à larges objectifs et à foyers courts, fondées sur le principe de la vision binoculaire. Sur la demande de l'auteur, M. le secrétaire perpétuel procède à l'ouverture d'un pli cacheté, déposé par lui le 6 mars, et contenant l'indication d'un procédé pour l'application de la lumière électrique à l'éclairage public.

Ces communications sont renvoyées, comme les précédentes, à l'examen de M. Babinet.

Sur les températures observées à Montsouris pendant le mois de février 1871. — M. SAINTE-CLAIRE DEVILLE. Si les mois de décembre 1870 et de janvier 1871 ont été anormalement froids, la température du mois de février suivant a été, au contraire, bien supérieure à la moyenne. En effet, il n'y a eu, pendant ce mois, que six jours de gelée (1), et pour deux seulement, les 11 et 12, assez prononcée. Le minimum absolu a été, le 12, de $-5°,2$. La moyenne diurne la plus basse est tombée le 11, et a atteint $-1°,75$ (2). Le maximum absolu a été de $15°,9$ le 27, et ce même jour a présenté la moyenne la plus élevée : $11°,55$.

Quant à la moyenne du mois, calculée d'après la demi-somme des extrêmes diurnes, elle s'est élevée à $6°,26$, et a été supérieure de $2°,35$ à la moyenne $3°,91$ des 50 ans de Paris calculés par M. Renou.

L'hiver méthéorologique se composant, dans nos climats, des trois mois de décembre, janvier et février, on trouvera peut-être quelque intérêt à comparer l'hiver dernier, qui a été, en somme, remarquablement froid, d'un côté au grand hiver *quarantenaire* de 1829 à 1830, de l'autre à la moyenne des 50 ans pour les trois mois dont il s'agit. On trouvera les éléments de cette comparaison dans le petit tableau suivant :

	50 ans.	1870-1871	1829 1830 (3).
	°	°	°
Décembre	+ 3,84	— 1,09	— 3,50
Janvier	+ 2,32	— 1,39	— 2,50
Février	+ 3,91	+ 6,26	+ 1,15
Moyenne	+ 3,26	+ 1,26	— 1,62
Différence avec la moyenne des 50 ans.		— 2,00	— 4,88

Les trois mois d'hiver de 1829 à 1830 ont donc présenté une moyenne inférieure, en nombre ronds, de 5 degrés à la moyenne des 50 ans et de 3 degrés à la moyenne des trois mois qui viennent de s'écouler.

L'ensemble de ces trois mois ayant été doublement remarquable, et au point de vue de leur température et au point de vue des grands événements qui s'y sont accomplis, dont la plupart ont été en rapport avec cette température elle-même, je crois utile de rassembler en un court tableau les principales observations thermométriques recueillies à Montsouris pendant cet intervalle. J'ai déjà reçu des données analogues d'un grand nombre de stations de la France et de l'étranger (4), et je me propose, lorsqu'elles se seront complétées, de présenter une étude détaillée de cet hiver intéressant.

(Sera continué.)

(1) Les 1er, 11, 12, 17, 25 et 26.

(2) L'oscillation périodique et prévue du mois de février s'est donc parfaitement réalisée. L'oscillation, tout aussi régulière, dont l'abaissement maximum tombe, en moyenne, vers les dix ou 11 mars, se prépare clairement aussi en ce moment, par la haute température qui se produit et qui atteint aujourd'hui, 6, une moyenne diurne de $11°,6$.

(3) Les nombres relatifs à l'hiver de 1829-1830 sont empruntés au résumé mensuel que l'Observatoire de Paris publiait dans les *Annales de chimie et de physique*.

(4) Parmi les premiers, je citerai M. Robert H. Scott, directeur du *Meteorological office*, dont j'aime à reconnaître ici le sympathique et chaleureux retour à nos rapports quotidiens; MM. Steenstrup, de Copenhague; Swanberg, directeur de l'Observatoire d'Upsal, M. le directeur de l'observatoire de Bude, etc.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1870.

81. Savary. Éloge de la spécialité. De l'esprit d'observation dans es sciences médicales appliqué à l'étude de la physiologie des muscles de l'œil et des paralysies musculaires.

82. Dissantes-Lavillate. Quelques considérations sur l'adénopathie tertiaire.

83. Coupat. Essai sur une lésion kystique du gros intestin dans la dysenterie de l'enfance.

84. Charreyre. Des froidures.

85. Vénassier. Considérations sur l'impaludisme au double point de vue de l'étiologie et de l'hygiène.

86. Turabian. Étude expérimentale sur les amers.

87. Démétrius Ullé. Des lésions de l'intestin dans la tuberculose de l'adulte.

88. Amanieu. Vertiges, siége et causes.

89. Demeules. Pronostic et traitement des fractures de jambe compliquées de plaie.

90. Salès. De la marche et du traitement de l'ostéo-périostite dia-épiphysaire suppurée de l'adolescence.

91. De Carvalo Franco. De la divulsion appliquée à la guérison des rétrécissements de l'urèthre.

92. Labuze. Des abcès développés dans la gaîne du muscle grand droit antérieur de l'abdomen.

93. Crouzet. Les épileptiques à la Salpêtrière; division des aliénés; de l'application de la loi sur les aliénés.

94. Robbe. Du choléra épidémique (épidémie de 1865-66). Essai sur les formes cliniques et les indications thérapeutiques, suivi des considérations sur le choléra-morbus, à l'occasion de ces deux épidémies, par le docteur J. Bouley, médecin de l'hôpital Necker.

95. Grandmougin. De la tumeur blanche de l'articulation tibio-tarsienne.

96. Neudin. De la variole.

97. Kalévitch. Quelques considérations sur l'épidémie d'angine diphthérique de Bucharest (Roumanie).

98. Astay. Étude sur les productions croûteuses de la peau.

99. Cluzaut. Quelques considérations sur des cas de greffe dermo-épidermique.

100. Simon. Considérations sur les plaies par armes à feu.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Lycée d'Amiens. — M. le docteur Herbet, médecin adjoint au lycée d'Amiens, est nommé médecin audit lycée, en remplacement de M. le docteur Tavernier, décédé.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments ou autres objets).

Traité clinique et expérimental des embolies capillaires, par V. Feltz, lauréat de l'Institut, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Strasbourg. Ouvrage couronné par l'Institut (Académie des sciences). 2e édition, revue et considérablement augmentée; illustrée de 11 planches chromo-lithographiées comprenant 90 dessins. Paris, 1870. 1 gr. in-8°. — Prix : 12 francs.

L'étudiant micrographe, traité pratique du microscope et des préparations, par Arthur Chevalier, O. ✻, 1 vol. de 600 pages, 600 figures: 7 fr. 50 c. — Delahaye, place de l'École-de-Médecine.—Catalogue illustré des microscopes, gratis, chez Arthur Chevalier, Palais-Royal.

Du traitement de la congestion cérébrale et de la folie avec congestion et hallucinations, par l'acide arsénieux, par le docteur E. Lisle, ancien médecin en chef de l'hospice des aliénés de Marseille. Paris, 1871. 1 vol. in-8° de 406 pages. — Prix : 7 francs.

Campagne de 1870. — Armée du Rhin. — Camp de Chalons. — Borny; — Bezonville; — Saint-Privat. — Blocus de Metz, par M. le docteur J. Quesnoy, médecin principal de 1re classe à l'armée du Rhin. Paris, 1871. 1 vol. in-8° avec une carte coloriée. — Prix : 5 francs.

Traitement des kystes de l'ovaire, du pyothorax, de l'hydrothorax, etc., par la compression et l'aspiration continues, procédés et appareil nouveaux, par le docteur Léopold Buys. Paris-Bruxelles, 1870. In-8° avec 3 grandes planches lithographiées et coloriées.— Prix : 3 francs.

Des anomalies de l'homme, de leur fréquence relative, par le docteur Albert Puech. Paris, 1871. 1 vol. gr. in-8° de 104 pages. — Prix : 2 fr. 50.

Le démon alcool, ses effets désastreux sur le moral, sur l'intelligence et sur le physique, moyens d'y porter remède, par le docteur Despine. Paris, 1871. In-8° de 47 pages. — Prix : 1 fr. 50.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois. . . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

SOMMAIRE. — Premier Paris. — De la thoracentèse par succion dans la pleurésie purulente et dans l'hydropneumo-thorax (M. Bouchut). — De l'hygroma du genou (M. P. Regnault). — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — Documents pour servir à l'histoire du mouvement scientifique pendant le siége de Paris. — École vétérinaire de Toulouse. — Nouvelles.

Paris, le 30 octobre 1871.

LE MUSÉUM D'HISTOIRE NATURELLE

M. Jules Simon, ministre de l'instruction publique, a vu produire sous ses yeux les détails d'une atteinte odieuse à la liberté de la science.

La presse a été unanime à flétrir le règlement qui accapare des collections publiques — si ce règlement existe, — et, en tout cas, celui qui ose se prévaloir d'un semblable règlement pour briser l'instrument du travail dans les mains d'un jeune savant.

M. Jules Simon — en se taisant — se fait le complice de M. Daubrée.

Au nom de la liberté de la science, nous continuerons à demander justice.....

A l'instant, M. Stanislas Meunier vient de déposer à l'Académie des sciences une lettre que nous nous empressons de reproduire.

Paris, 30 octobre 1871.

Monsieur le secrétaire perpétuel,

Deux mois s'étant écoulés sans que l'interdiction qui m'a été faite de publier mes mémoires inédits relatifs aux météorites ait été levée, et rien ne me faisant prévoir quand elle le sera, si elle doit l'être, je pense exercer un droit qui ne peut m'être contesté, en cherchant à m'assurer le mérite qui peut s'attacher aux travaux que j'ai en portefeuille.

Je vous prie donc, monsieur le secrétaire perpétuel, de vouloir bien accepter le dépôt de onze paquets cachetés que j'ai l'honneur de joindre à cette lettre.

Veuillez agréer, etc.

S. MEUNIER.

M. Daubrée avait interdit à son aide de publier ses travaux en portefeuille. Mais il y a quelque chose au-dessus de M. le professeur Daubrée : il y a l'Institut, qui, dans ces circonstances, doit prendre en main les intérêts de la science.

Que M. Stanislas Meunier ne perde pas courage; il aura toujours pour lui les amis véritables de la science. Les ministres passent, et la science reste!

Dr E. Le Sourd.

DE LA THORACENTÈSE
PAR SUCCION DANS LA PLEURÉSIE PURULENTE ET DANS L'HYDROPNEUMO-THORAX (1).

Par M. E. BOUCHUT.

De la thoracentèse par ponction au trocart.

A peu près à la même époque, en 1694, on voit apparaître comme nouveau procédé d'empyème l'*application du trocart*. Vincent Drouin (2) est l'auteur de cette importante modification qui devait généraliser la thoracentèse et rendre possible dans la pleurésie purulente le procédé par succion, sur lequel je me propose d'appeler l'attention des médecins pour leur en montrer les avantages.

L'emploi du trocart ne fut pas généralement adopté et ne pouvait pas l'être, car il n'est pas applicable à toutes les variétés d'épanchement pleurétique.

A. Mick en devint le partisan et se servait d'une aiguille mince. Pierre Dionis y a eu quelquefois recours, sans abandonner le procédé par incision applicable dans certains cas, et il en fut de même de Garengeot, de Morand, de van Swieten, de Lurde, de Pierre Camper, de Ch. Bell, etc. C'est surtout dans les cas d'hydrothorax que ces chirurgiens veulent avec raison l'emploi du trocart, en réservant l'incision pour l'empyème de pus et de sang. Van Swieten conseilla aussi formellement le trocart dans l'hydrothorax; tandis qu'il le rejetait dans l'empyème et dans les épanchements sanguins comme exposant trop à blesser les poumons. Dans cette circonstance, il lui préférait le bistouri (1).

La difficulté du diagnostic était pour eux la raison dominante, car, dans le cas d'une erreur, ils pensaient que la ponction avec un trocart entraînant la blessure du poumon pouvait devenir une chose très-grave, tandis que l'incision d'un espace intercostal faite, couche par couche, permettait d'éviter cet accident. Les mêmes considérations ont sans doute engagé les chirurgiens du commencement de notre siècle à maintenir la séparation des procédés d'incision et de ponction, car pour eux l'incision est restée le seul moyen usité contre les empyèmes de pus et de sang.

La percussion et l'auscultation devaient changer cette manière de voir. En donnant plus de précision et de sûreté au diagnostic les découvertes d'Avenbrugger et de Laennec permirent de suivre jour par jour la formation des épanchements de gaz, de sérosité, de sang et de pus dans les plèvres. En faisant disparaître les incertitudes de l'ancienne médecine sur le diagnostic de ces épanchements, elles ôtaient tout prétexte à l'emploi exclusif de l'instrument tranchant dans l'opération de l'empyème, et elles donnaient un appui sérieux à l'emploi du trocart, tel que l'avaient conseillé Drouin, Ch. Dionis, Garengeot, Morand, P. Camper, Ch. Bell, Blondel, etc.

Récamier, en médecin ingénieux qu'il était, comprit aussitôt tous les avantages qu'on pouvait tirer de cette méthode, et la mit plusieurs fois en pratique dans certains cas d'épanchement pleurétique simple.

Laennec s'en déclara aussi le partisan; mais, s'il l'approuve en principe, il déclare qu'après avoir eu plusieurs fois recours à la ponction par trocart il n'a pas obtenu de succès durable. Il est vrai qu'il s'agissait de pleurésies purulentes. « Cette opération, dit-il, est sans inconvénient et soulage toujours momentanément le malade. Mais aussitôt que le trocart est retiré, le parallélisme de l'ouverture de la peau et de celle des muscles intercostaux est détruit; rien ne suinte plus par la plaie qui se cicatrise complétement au bout de trois ou quatre jours et la poitrine se remplit de nouveau. Je pense que si ce moyen peut réussir, c'est au cas d'empyème aigu, où plusieurs ponctions pratiquées successivement suffiraient peut-être pour aider l'absorption et favoriser la transformation des fausses membranes. Indépendamment de ce cas, il en est deux dans lesquels j'ai volontiers recours à la ponction : 1° lorsque le malade est tellement affaibli, qu'on puisse craindre une lipothymie dangereuse, par l'évacuation totale du liquide contenu dans la poitrine; 2° comme moyen de soulagement, dans les empyèmes dont on ne peut nullement espérer la guérison, à cause de la coexistence de tubercules nombreux et excavés (2).

« Je suis persuadé, ajoute-il, que l'opération de l'empyème deviendra plus commune et plus souvent utile à mesure que l'usage de l'auscultation médiate se répandra. Cette méthode d'exploration, par elle-même et par sa réunion à la percussion, et, dans certains cas, à la succussion hippocratique, faisant reconnaître les épanchements thoraciques dès leur origine, comme nous l'avons montré, on pourra plus souvent opérer de bonne heure et par conséquent avec plus de chances de succès. En effet, jusqu'ici l'empyème simple, l'hydrothorax idiopathique n'ont guère été reconnus que dans les cas où la maladie était ancienne et arrivée à un très-haut degré; encore même beaucoup de cas qui présentent ces conditions échappent-ils à l'observation des plus habiles médecins ou chirurgiens, à plus forte raison les cas moins graves et qui donneraient le plus d'espérance de sauver le malade. Je pense que cette vérité paraîtra démontrée si l'on rapproche les faits que nous avons exposés, en parlant de la pleurésie latente et du pneumo-thorax, de ceux que nous venons de rapporter. Je ne crois pas trop hasarder en disant que, dans l'état actuel de la science, on ne reconnaissait l'empyème que quand l'épanchement était devenu énorme, ou quand il avait été précédé des signes d'une pleurésie manifeste. Les moyens que j'indique permettant de reconnaître la maladie dans tous les cas et d'opérer beaucoup plus tôt, sauveront certainement plusieurs malades que l'on eut sans eux abandonnés à une mort certaine. » (p. 525, t. II.)

Ailleurs, il ajoute : « Dans les cas où la gravité de la maladie ne permettrait pas de fonder un grand espoir sur l'opération de l'empyème, on pourrait au moins tenter une ponction explorative. Aucun danger n'accompagne cette légère opération; la plaie se referme de suite. Peut-être même y aurait-il avantage à vider ainsi la plèvre dans toutes les pleurésies à marche chronique, quoique la nature en guérisse quelquefois de semblables. On pourrait, s'il le fallait, réitérer la ponction cinq ou six fois sans inconvénients. »

Ces conseils de Laennec ont été entendus. Ils ont été suivis par J. Guérin, Gendrin, Trousseau, Thirial, Pidoux, Aran, Legroux, Boinet, Barth, Roger, Gubler, Bernard, Marotte, Blachez, Dupré de Montpellier, et par le plus grand nombre des médecins des hôpitaux de Paris.

Seulement il faut distinguer, dans les tentatives qui ont été faites, ce qui est relatif à la *pleurésie purulente* ou empyème, et ce qui concerne la *pleurésie simple* et l'*hydrothorax*. Comme on le verra plus loin, cette distinction est fondamentale au point de vue des applications et du succès de la thoracentèse.

Parmi les médecins que j'ai nommés, le premier a fait de l'empyème une application de la méthode sous-cutanée en pratiquant la ponction de la plèvre avec un appareil spécial analogue au *pyulcon* de Galien (1). C'est une pompe aspirante de son invention dont je parlerai plus loin, et qui est ajustée à la canule d'un trocart aplati, munie d'un robinet, et destinée à la ponction d'un espace intercostal. Les autres se sont servis d'un trocart ordinaire assez fin, garni ou non garni du cylindre de baudruche mouillée, conseillé par Reybaud, ou ils ont employé un trocart à peu près semblable fabriqué chez Charrière ou chez Mathieu (2).

Les faits de thoracentèse par ponction avec le trocart, dans les cas d'épanchement pleurétique séreux et dans les cas d'épanchement de pus, se multiplièrent tant que la Société de médecine des hôpitaux nomma une commission chargée de rassembler tous les documents relatifs à cette opération, afin de déterminer ses indications et ses contre-indications. Marotte en fut le rapporteur, et, comme on peut le voir dans ses conclusions, il déclare :

1° Que les épanchements purulents réclament l'empyème par incision dans la majorité des cas.

2° Que dans les épanchements purulents aigus, la thoracentèse ou l'empyème par ponction est aussi impuissante que l'empyème par incision.

3° Que dans les épanchements purulents chroniques, il faut recourir à l'empyème; mais si le liquide est séro-purulent, on peut se contenter de la thoracentèse.

4° Enfin, que dans les grands épanchements séreux et fibrineux de la plèvre et dans l'hydrothorax, il faut employer la thoracentèse, c'est-à-dire la ponction avec le trocart.

Depuis ce rapport, le champ d'application de la thoracentèse, s'est encore agrandi. Il s'est étendu aux dépens de l'empyème par incision que l'on pratique de moins en moins souvent. La ponction avec le trocart combinée aux injections iodées (1) et à l'emploi de canules permanentes dans la plèvre, qui avait été employée dans la pleurésie purulente par Aran, Legroux, Maurice, etc., devint usuelle. Elle servit à la fois de moyen d'évacuation du pus et de guérison de la plèvre au moyen d'injections

---

(1) Suite. — Voir l'avant-dernier numéro.
(2) *Journ. des Savants*. 1694, p. 607.

(1) *Comment. in aphor.* Boerrhave, § 303, vol. IV, p. 136.
(2) *Traité de l'auscultation*, t. II, p. 520.

(1) J. Guérin, *Gazette médicale*, 1854, De la thoracentèse par la méthode sous-cutanée.

(2) Trousseau. Thoracentèse dans une pleurésie chronique, *Bulletin de la Société des hôpitaux*, 1850, p. 72.
Gendrin. Thoracentèse, 30 ou 40 fois, de 1830 à 1840, avec trocart et bistouri; *loc. cit.*, 1850, p. 74.
Blondel. Ouvrage sur la thoracentèse, 1815 et après.
Pidoux. *Bullet. des Soc. des hôpitaux*, p. 98, 1850, indications de la thoracentèse dans la pleurésie latente.
Gubler. Thoracentèse dans la pleurésie purulente, avec trocart; *loc. cit.*, p. 119.
Maratte. Thoracentèse dans l'hydrothorax, *loc. cit.*, p. 155.
Le même. Thoracentèse dans la pleurésie purulente. Guérison, p. 296.
Aran. Thoracentèse et injections iodées, *loc. cit.*, p. 371.
Barth. Thoracentèse dans l'hydrothorax, *même année*, p. 387.
Marotte. Rapport sur la thoracentèse, *Mém. Soc. des hôpitaux*, 1853, p. 165.
Barthès. Pleurésie purulente; ponction; application d'une canule et injections d'iode; *loc. cit.*, 1855, p. 354.
Legroux. Pleurésie purulente, 24 ponctions, et, à la fin, application d'une canule pendant 4 mois; injections. Guérison. *Mém. Soc. des hôp.*, 1854, p. 306.
Hérard. Thoracentèse dans la pleurésie hémorrhagique. Mort. *Loc. cit.*, 1861, p. 16.
Bernard. Thoracentèse dans la pleurésie aiguë simple. Mort. *Loc. cit.*, 1856.
Maurice. Thoracentèse dans la pleurésie purulente; 3 ponctions suivies de fistule; application d'une canule; injection iodée. Guérison. *Mém. Soc. des hôpitaux*, 1856.
Archambault. Thoracentèse dans la pleurésie simple. *Loc. cit.*, 1864, p. 5.
Roger. Thoracentèse dans la pleurésie purulente; 5 ponctions, puis application d'une canule. Guérison. *Loc. cit.*, 1864.
Blachez. Thoracentèse par trocart capillaire, 1868, p. 15.
Dupré de Montpellier. Sur la thoracentèse dans les épanchements simples, *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1869.

(3) Boinet. *Des injections dans la pleurésie purulente.* — *Archives de médecine*, 1853, et *Gazette médicale*, 1855, p. 813.

de toute nature. On peut dire enfin qu'elle a sauvé un grand nombre de malades qui, sans elle, eussent péri. Ce résultat ne s'obtient qu'avec le temps, mais, à cela près, la thoracentèse par la ponction au trocart, l'emploi d'une canule permanente et des injections iodées corrosives sont presque les seuls bons moyens à employer contre la pleurésie purulente.

Cependant, dans ces procédés, c'est encore l'ouverture permanente de la poitrine; seulement elle est faite avec le trocart, au lieu d'être faite avec le bistouri. Du moment que l'ouverture de la ponction devient fistuleuse et qu'il faut placer un tube dans la poitrine, que cette introduction se fasse au moyen du trocart ou par le bistouri, c'est à peu près la même chose. Pour que l'emploi du trocart soit dans la pleurésie purulente un procédé spécial, il faudrait qu'il pût servir tout seul à la guérison de la maladie, en évitant la fistule thoracique, l'emploi d'un tube permanent dans la plaie et l'entrée de l'air dans la plèvre. Il faudrait que la guérison pût être obtenue en laissant toujours bien close la cavité de la plèvre pendant la durée du traitement. C'est précisément le résultat déjà obtenu par J. Guérin, auquel je suis arrivé en essayant l'instrument de Dieulafoy, ce *nouveau pyulcon*, qui opère parfaitement la succion des épanchements de la pleurésie purulente.

Mais avant d'exposer les faits relatifs à ce procédé curatif, je dois terminer l'exposition des progrès apportés à la thoracentèse par l'emploi du *drainage* de Chassaignac et du *siphon* de Potain. Les avantages du procédé *par succion* ou *aspiration pneumatique* se comprendront mieux après le récit de ces modifications opératoires, et cette courte étude me servira de transition pour montrer le progrès d'une méthode à l'autre (1).

(Sera continué.)

(1) Dieulafoy. *De l'aspiration pneumatique.* Paris, 1870.

DE L'HYGROMA DU GENOU

Par le Dr P. Regnault.

1° Les hygromas du genou ne sont pas des affections dangereuses; il faut donc que les moyens thérapeutiques qu'on veut leur opposer soient assez innocents pour ne pas exposer à de plus graves inconvénients que la maladie elle-même.

2° Les différents topiques, auxquels nous ajouterons la compression, l'écrasement, la ponction simple, ne sont applicables qu'aux hygromas récents et peu volumineux, et ne sont que des palliatifs promptement suivis de récidive.

3° Les opérations radicales pratiquées en vue de détruire le kyste ou de l'enlever sont toutes suivies d'accidents dangereux, quelquefois mortels.

4° On devra préférer à toutes ces méthodes la ponction suivie d'injections iodées :

a. Pour tous les hygromas chroniques, qu'ils soient simples ou accompagnés d'épanchement sanguin, ce procédé est d'une innocuité complète. Il provoque aussi sûrement la guérison que les opérations les plus radicales.

La durée du traitement est toujours très-courte, et il ne laisse pas de cicatrices difformes ou gênantes.

b. Pour tous les hygromas avec épaississement des parois de la poche, corps étrangers, etc., on pourra renouveler l'injection iodée avec de grandes chances de succès.

5° Enfin, en cas d'insuccès, le chirurgien sera toujours à même de recourir à des opérations plus radicales, et dans ce cas nous recommandons surtout :

Les incisions multiples avec drainage et l'incision cruciale.

6° Dans les hygromas tout à fait récents et d'un très-petit volume, on devra tenter préférablement à tous les autres moyens les badigeonnages iodés avec une compression méthodique avant d'en venir à la ponction.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 18 octobre 1871. — Présidence de M. H. Blot

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend les journaux de la semaine : la *Gazette des Hôpitaux*; — l'*Union médicale*; — la *Gazette hebdomadaire*; — le *Bulletin de thérapeutique*; — le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*.

— Deux lettres de MM. Lefort et Legouest, qui s'excusent de ne pas pouvoir assister à la séance.

— Une lettre de M. Verneuil, qui, retenu à la Faculté de médecine par son cours, demande un congé.

M. Guyon offre à la Société une brochure intitulée : *Double amputation sous-astragalienne; guérison*, par M. le docteur Jouon.

M. le Président annonce que les enfants de M. Danyau, M. Georges Danyau et Mme Bucquoy, font hommage à la Société du portrait photographique de leur père.

La Société décide que le portrait de notre regretté collègue sera placé dans la salle des séances.

M. le président est chargé d'aller remercier M. Georges Danyau et Mme Bucquoy.

— M. Chassaignac devait prendre aujourd'hui la parole sur la question des tubercules du testicule, mais l'abondance des matériaux qu'il a eus à compulser l'oblige à remettre cette discussion à une prochaine séance.

LECTURE

Biscaïen méconnu dans une plaie du bras. — M. Chassaignac. Le fait si curieux qui nous a été communiqué dans la dernière séance, d'un biscaïen resté inaperçu pendant des mois entiers dans la région sous-maxillaire, m'a remis en mémoire un fait très-remarquable de persistance dans les tissus d'un projectile nullement soupçonné, car il y avait eu sortie d'une balle au moment du premier examen chirurgical, puis une résection faite très-minutieusement.

Voici un résumé très-court de l'observation :

Un garçon de 19 ans reçoit dans le bras une balle, qui fracture comminutivement l'humérus. Le blessé est apporté à l'hôpital Saint-Antoine. Au moment même de l'examen de la blessure, fait le 19 juillet 1850, on constate dans la plaie l'existence d'un projectile, qu'on retire séance tenante.

Je passe sur tous les détails de l'observation, qui présente un cas de résection très-étendue; je me reporte à l'époque où, sorti de l'hôpital depuis plus d'une année, le malade, après la guérison complète de sa résection, revint nous voir à l'hôpital Saint-Antoine vers la fin d'octobre 1851.

Depuis quelque temps une saillie s'était formée à la concavité du pli du bras, où existaient deux saillies noirâtres, séparées l'une de l'autre par un intervalle de peau saine : nous reconnaissons une moitié, à peu près, de balle de calibre. Les deux extrémités du croissant font saillie au dehors, elles ont percé la peau par un travail ulcératif, c'est-à-dire sans trace de suppuration. Saisissant alors avec des pinces celle des cornes du croissant qui est la plus grosse, nous imprimons au corps étranger un mouvement de conversion, par lequel nous le faisons sortir presque sans résistance. C'est un fragment de balle très-volumineux (1).

M. Larrey. Le fait rapporté par M. Chassaignac vient encore grossir le nombre des cas du même genre qui sont aujourd'hui assez nombreux dans la science; mais les cas rares sont ceux de projectiles de gros calibre qui ont été méconnus au fond d'une plaie. Le fait le plus extraordinaire que je connaisse est celui du général Auger, qui, à la bataille de Solférino, reçut un projectile dans l'aisselle. Le lendemain matin, l'amputation fut jugée nécessaire, et ce fut pendant l'opération seulement qu'on reconnut dans l'aisselle la présence d'un boulet de 6, dont le volume est à peu près égal à celui d'une grosse orange. Le général Auger succomba.

COMMUNICATIONS

M. Després rapporte deux faits de plaie par armes à feu recueillis pendant la campagne de 1870-1871 :

Ligature de la veine fémorale. — Le nommé Bopsler (Otto), Bavarois, blessé le 1er septembre à Daigny, près Sedan, avait reçu une balle dans la cuisse, qui avait traversé les parties molles à un centimètre au-dessous de la pointe du triangle de Scarpa. La suppuration s'établit, et le membre ne présentait aucun symptôme précurseur de complication grave, lorsque, le 10 septembre, une hémorrhagie abondante apparut. Le malade perdit beaucoup de sang par jet avant mon arrivée. En présence de cette hémorrhagie et de l'état général du malade, qui était bon, je procédai immédiatement à la recherche du vaisseau qui donnait. Je mis un doigt dans la plaie et je débridai. J'arrivai sur un vaisseau large, qui était largement ouvert et laissait écouler du sang en assez grande abondance, malgré la compression faite au-dessus et au-dessous de la plaie. C'était la veine fémorale. Je dénudai un peu le vaisseau, et je posai une ligature.

Aucun accident immédiat ne survint; il n'y eut ni œdème, ni douleur; la plaie marcha vers la cicatrisation et se comporta régulièrement, sauf qu'elle se couvrit de pourriture d'hôpital à forme pulpeuse, laquelle guérit par la cautérisation.

Le 6e jour, la ligature est tombée; il n'y a pas eu d'hémorrhagies consécutives, pas d'œdème, pas de phlébite. Le 25 septembre, le malade, qui se levait, et dont la plaie était presque cicatrisée, est allé rejoindre l'ambulance de Douzy, où les Prussiens avaient un dépôt d'ambulance.

Ce fait est un exemple remarquable de bénignité et de succès de ligature d'une grosse veine. Il contraste avec ces exemples de ligature de veines si rapidement suivis de mort ou d'hémorrhagies consécutives, connus depuis Gensoul, Roux et Guthrie.

M. Chassaignac. Quand on fait une ligature dans une plaie en suppuration, les ligatures tombent vite, vers le 5e ou 6e jour environ, comme dans l'observation de M. Després, et c'est à la même époque qu'on observe les hémorrhagies, tandis que le fil ne tombe souvent que le 18e ou le 20e jour après une ligature faite dans des tissus sains.

M. Larrey. La Société de chirurgie s'est occupée déjà de la question de la ligature des veines, et la conclusion fut qu'on pouvait, sans grand danger, lier les grosses veines après une amputation. Mon père pensait même que c'était là une bonne pratique. Cette question a été de nouveau résolue par l'affirmative dans une très-bonne thèse de M. Ollier.

M. Després. Velpeau avait démontré qu'après la chute d'une ligature faite sur une veine variqueuse, l'hémorrhagie est fréquente. Je craignais donc cette hémorrhagie pour mon malade, et elle ne se produisit pas.

M. Verneuil fait observer à M. Després qu'une hémorrhagie, si elle est à craindre après ligature faite sur une veine variqueuse, peut bien ne pas se produire après la ligature d'une veine saine.

M. Després. Dans les cas de ligatures faites sur des veines variqueuses, le fil a souvent été posé au-dessus et au-dessous de la varice, là où la veine était saine. Ces faits ont été observés par Guthrie, Pouteau et d'autres chirurgiens; néanmoins les hémorrhagies consécutives ont été fréquentes.

M. Després communique en outre le fait suivant :

Plaie pénétrante du foie par une balle. — G.... (Edmond), soldat au 14e de ligne, blessé à Daigny le 1er septembre, reçut une balle à la région du rein droit. Le coup avait été porté à courte portée, cependant la balle n'avait pas traversé le tronc. Le blessé était jugé perdu par les médecins prussiens. Lorsque je pris les blessés français aux médecins prussiens, je trouvai G.... en assez bon état, mangeant et souffrant peu. En explorant la face antérieure de l'abdomen, je trouvai dans l'hypochondre droit, sous les cartilages costaux, au niveau du point qui correspond à la vésicule biliaire, une tumeur chaude, rouge, douloureuse et entourée d'indurations; je jugeai qu'il s'agissait d'un abcès formé autour de la balle. Seulement, comme nous étions au 6 septembre, c'est-à-dire au cinquième jour de la blessure, je crus prudent d'attendre un jour ou deux que les adhérences péritonéales fussent solides.

(1) *Traité des opérations*, t. I, p. 652.

Le 8, je fis une incision sur la partie fluctuante de la tumeur, et avec le doigt je pus extraire la balle et sentir, de tout côté, un tissu résistant, granuleux, qui était le foie. Il sortit du pus mêlé à des caillots sanguins, et la suppuration s'établit. Le malade, qui avait toujours conservé l'appétit, se trouva soulagé et dormit bien.

Au bout de quelques jours, la plaie se rétrécit et ne laissait plus écouler qu'un peu de liquide jaune, qui était manifestement de la bile. Aucune trace d'ictère n'apparut; il n'y eut aucun trouble digestif; le malade se levait, malgré moi, tant il se trouvait bien. Notre étonnement fut grand de trouver un matin, le 16 septembre, dans la plaie, un morceau de la boucle du pantalon, tordue et de la chemise. Malgré cela, la plaie continuait à se cicatriser. Le malade allait très-bien; le 22 septembre la plaie était presque entièrement fermée. Le malade fit plusieurs kilomètres à pied et fut évacué sur Donchery et de là dans le Nord.

Ce cas exceptionnel de plaie du foie, sans accident, est à mon sens une des choses les plus rares qui aient pu être observées, non-seulement parce qu'il y avait plaie pénétrante de l'abdomen et plaie du foie, mais parce que la plaie du foie était compliquée de corps étrangers.

M. Blot. Je demanderai à M. Després de vouloir bien préciser le point d'entrée de la balle et le point où s'est formé l'abcès.

M. Després. L'ouverture d'entrée de la balle était au niveau de la région rénale droite, et l'abcès se forma sur l'hypochondre, au niveau de la vésicule du fiel. La guérison, après une pareille lésion, constitue une rareté chirurgicale.

M. Verneuil. J'ai eu, dans mon service d'hôpital, un jeune homme qui s'était tiré un coup de revolver dans l'hypochondre gauche, entre la neuvième et la dixième côte. Sur le côté gauche on voyait l'ouverture d'entrée de la balle; sous les téguments de l'hypochondre droit on trouvait une vaste poche sanguine, de 15 centimètres de diamètre sur 20. Les poumons et les intestins, qui pouvaient avoir été blessés, ne présentèrent aucun trouble fonctionnel; je pensai donc que le projectile avait pénétré dans le lobe gauche du foie et avait traversé cet organe dans toute sa longueur, pour se loger sous la peau de l'hypochondre droit. Un ictère survenu le quatrième jour sembla confirmer ce diagnostic. Je ne fis aucune tentative d'extraction, et le malade guérit sans suppuration appréciable de la plaie par laquelle la balle avait pénétré dans les tissus.

Je sais que les projectiles lancés par un revolver sont souvent innocents à cause de leur petit volume; cependant je sais aussi qu'on a exagéré outre mesure le danger des plaies du foie. J'ai vu, en effet, dans deux cas de diagnostic incertain, des chirurgiens enfoncer profondément un trocart dans le parenchyme du foie sans qu'il en soit résulté aucun accident.

M. Boinet. J'ai vu deux malades atteints de plaie du foie par coup de couteau :

Un voyageur de commerce, dans une tentative de suicide, s'était enfoncé un couteau ordinaire dans la région du foie à une profondeur de trois à quatre centimètres. Il éprouva une douleur assez vive, mais il n'y eut pas d'hémorrhagie, et, dix jours après, la guérison était complète.

Ce premier fait avait déjà attiré mon attention, quand je fus appelé pour un cas à peu près identique. La guérison fut encore aussi heureuse.

Dans les abcès du foie que l'on opère par ponction, il peut arriver que le trocart pénètre dans le tissu hépatique sans ouvrir l'abcès; j'ai également vu deux faits de ce genre sans qu'il en soit résulté aucun accident. On trouvera un assez grand nombre d'observations semblables dans une brochure publiée par un médecin espagnol, qui en a envoyé un exemplaire à notre société.

M. Larrey. Mon opinion sera plus réservée que celle de mes collègues, surtout pour ce qui a trait aux balles de revolver. Ces balles sont en effet rondes habituellement, et cette forme leur permet de contourner les organes sans pénétrer dans leur tissu, par conséquent de contourner le foie sans y pénétrer. Dans le fait qui nous a été rapporté par M. Verneuil, je crois qu'il y a eu plaie du foie, parce que le malade a été atteint d'ictère, mais j'ai quelque doute sur la réalité de la blessure du foie pour le malade de M. Després.

M. Verneuil. Les balles de revolver sont souvent cylindro-coniques, et précisément chez mon blessé la balle avait cette forme. — A mon avis, les plaies du foie sont graves, quoiqu'on ait exagéré cette gravité.

M. Després. La réalité de la blessure du foie chez mon blessé ne peut pas être mise en doute. J'ai, en effet, introduit un doigt dans la plaie, et j'ai senti, sans erreur possible, qu'elle pénétrait dans le foie, dont j'ai reconnu la consistance.

Je dirai, comme M. Verneuil, que les plaies du foie sont graves, surtout quand elles sont compliquées par la présence d'un corps étranger.

Hypertrophie papillaire de l'urèthre chez la femme. — M. H. Blot. J'ai observé récemment un nouvel exemple d'hypertrophie papillaire sur la muqueuse uréthrale chez la femme. Je sais que cette maladie a été décrite, notamment dans le traité publié par notre collègue M. Guérin, mais sa description n'est pas encore suffisamment connue et je crois qu'il y a intérêt à la vulgariser.

Cette hypertrophie papillaire se montre habituellement chez des femmes qui ont dépassé cinquante ans; elle produit des démangeaisons vulvaires irrésistibles, et de très-vives douleurs au niveau de l'urèthre. Une malade se trouvait précisément dans les conditions que je viens d'indiquer, quand elle vint me consulter dans mon cabinet.

En pratiquant le toucher vaginal, je m'aperçus que mon doigt pénétrait sans produire aucune douleur quand il restait éloigné du méat urinaire, que la douleur était au contraire très-vive chaque fois que j'appuyais sur la région uréthrale; qu'elle devenait intolérable quand je pressais le méat urinaire avec le bout du doigt. Je fis bâiller le méat en écartant les tissus voisins et j'aperçus un peu de rougeur; en introduisant une pince dans l'urèthre, je pus écarter

suffisamment ses parois pour voir de petites saillies rougeâtres qui occupaient la partie inférieure de ce canal.

Séance tenante, je fis une cautérisation en introduisant un crayon de nitrate d'argent dans l'urèthre où je le laissai en place pendant 15 à 20 secondes. Pendant un quart d'heure, la malade éprouva une très-vive cuisson; elle put ensuite monter en voiture et retourner chez elle. Il n'y eut pas de dysurie. — Le lendemain, la malade urinait un peu de sang, mais elle souffrait à peine; le surlendemain elle se trouvait si bien qu'elle put retourner en province.

C'est là une deuxième observation qui vient à l'appui de celle que je vous ai communiquée autrefois.

Jusqu'ici je n'ai pas observé l'hypertrophie papillaire de l'urèthre chez les jeunes femmes.

La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire annuel : TARNIER.

DOCUMENTS

POUR SERVIR A L'HISTOIRE DU MOUVEMENT SCIENTIFIQUE PENDANT LE SIÉGE DE PARIS (1).

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 13 mars 1871. — Présidence de M. FAYE.

(Suite et fin.)

CORRESPONDANCE

Sur l'introduction de l'iodate de potasse dans l'économie animale. — M. MELSENS. — J'ai prouvé depuis longtemps que l'iodate de potasse se transforme en iodure de potassium pendant son passage à travers l'économie animale. J'ai prouvé que (dans les conditions de mes expériences) l'iodate devait être considéré comme un véritable poison.

Voici, entre beaucoup d'autres, deux faits nouveaux :

1° Un chien du poids de 9 kil. 600 gr., recevant, à discrétion, une nourriture composée de boulettes de pain et de viande, ayant à sa disposition de l'eau et du lait, est soumis à l'administration de l'iodate de potasse, à la dose de 2 grammes par jour; l'administration se fait au moyen d'une solution titrée qui lui est donnée le matin après son repas et le soir avant son repas.

On observe des vomissements dès la première administration; mais ceux-ci offrent, le troisième jour, un phénomène très-curieux. Le pain, dans la pâtée vomie, est, par places, coloré en bleu violacé, comme si l'on avait injecté une solution d'iode dans l'estomac. Ce phénomène se reproduit plusieurs fois les jours suivants. La mort arrive après quelques jours; le cadavre ne pèse plus que 7 kil. 600 grammes. L'iodate de potasse, dans ces conditions, est donc bien un poison.

2° On place, sous la peau du dos d'un chien pesant 6 kil. 600 dans deux poches pratiquées à droite et à gauche de la colonne vertébrale, un peu au-dessus des omoplates, 20 grammes d'iodate de potasse. L'animal avait pris son repas quelques instants avant l'opération, et sa nourriture était composée de pain et de viande hachée sous forme de *fricadelles*. Environ une heure après, on rencontre un peu d'iode dans la salive; l'essai se fait en frottant du papier amidonné à écrire le long de la mâchoire. Une heure et demie après, survient un premier vomissement, à réaction acide au papier de tournesol, pain et viande. On y reconnaît, avec la plus grande facilité, la présence en quantité notable d'une iodure soluble; l'essai se fait en délayant la matière vomie dans l'eau, filtrant ensuite et ajoutant de l'eau d'amidon. La présence de l'iodate n'est pas assez caractérisée pour oser l'affirmer; l'essai se fait par l'acide sulfureux; cependant, en ajoutant beaucoup d'acide chlorhydrique au liquide filtré et amidonné, on observe une légère coloration bleue, sans qu'il soit nécessaire de faire intervenir l'action du chlore. Vingt minutes après, un second vomissement acide renferme des débris de viande et de la mie de pain colorée en bleu violacé. Cette couleur disparaît par la potasse, le chlore, l'hydrogène sulfuré, l'acide sulfureux. Elle disparaît aussi en chauffant l'eau dans laquelle on met en suspension les grumeaux colorés; pour cette dernière réaction, il faut ensuite l'action du chlore pour faire reparaître la coloration, mais celle-ci est bien plus caractéristique en ajoutant de l'eau d'amidon à l'eau dans laquelle les grumeaux bleu-violacé sont en suspension.

Après quelques légers vomissements, colorés en bleu violacé, l'animal ne rend plus qu'un liquide incolore, excessivement visqueux; et, chose remarquable, ce liquide montre d'abord une tendance à devenir alcalin; la réaction alcaline devient ensuite parfaitement nette.

La viscosité de cette matière spumeuse est très-caractéristique; elle s'est présentée presque constamment dans mes recherches sur l'administration de l'iodate de potasse. Si le sang en renfermait, il me paraît incontestable que son écoulement par les capillaires serait rendu bien difficile.

Sans m'arrêter, en ce moment, à d'autres détails, j'ajoute que le chien opéré à 10 heures 30 min. du matin était très-malade quelques heures après, et qu'il est mort dans la nuit, bien qu'à l'autopsie on soit parvenu à extraire des deux plaies un peu plus de 12 grammes d'iodate en nature et purifié; l'absorption n'a porté par conséquent que sur une fraction du sel employé.

J'ai vu un chien, pesant 5 kilogrammes environ, opéré de la même façon, mourir en moins de vingt-quatre heures, alors que la quantité de sel absorbé ne s'élevait guère qu'à 3 grammes environ. L'iodate de potasse, dans ces conditions, est donc un *poison violent*.

Ces trois faits et d'autres que je décris dans un travail que je soumettrai sous peu à l'Académie royale de Bruxelles, confirment, malgré des objections hasardées faites aux conclusions de mes précédents mémoires, les faits que j'avais constatés et les déductions logiques qui en découlent.

Ces expériences répondent, d'une façon péremptoire, aux objections qui ont été produites contre ma manière d'interpréter les conséquences mortelles qui suivent l'administration de l'iodate de potasse.

J'ajoute, en terminant, que la chair musculaire fraîche légèrement acide et certains organes animaux à réaction nettement alcaline, les glandes, le foie, etc., réduisent à froid et partiellement l'iodate de potasse.

L'albumine bien pure du sérum du sang de cheval, la fibrine ne paraissent pas altérer rapidement la constitution du sel précipité; mais les globules, bien séparées du sérum du sang, prennent, sous l'influence d'une dissolution d'iodate de potasse, une couleur rouge du sang artériel dont la vivacité me paraît exaltée; en deux ou trois jours, les globules disparaissent et on obtient un liquide d'un rouge grenat légèrement brun; j'étudie encore ces faits.

Sur la Baleine des basques (Balæna Biscayensis) — M. P. FISCHER. — Quoiqu'il soit aujourd'hui démontré que la Baleine du golfe de Gascogne, pêchée jadis par les Basques, est une espèce différente de la baleine de Groënland (*Balæna mysticetus*), il s'en faut de beaucoup que ces caractères anatomiques aient été mis en lumière. Un seul squelette de cette intéressante espèce existe en Europe : il se rapporte à un baleineau long de 7 mètres 56 cent., capturé le 17 janvier 1854 à Saint-Sébastien et transféré par les soins de feu Eschricht dans le musée de Copenhague. Le squelette n'a pas été l'objet d'une monographie complète; mais quelques-uns de ses caractères l'éloignent de toutes les autres baleines franches.

Dans le but de trouver des débris de baleines des Basques, j'ai parcouru, en 1869, les rivages des Basses-Pyrénées et du Nord de l'Espagne. J'ai pu réunir un certain nombre de fragments qui m'ont été communiqués par diverses personnes; parmi lesquelles je citerai M. de Folin, commandant du port de Bayonne.

Ces débris sont très-abondants à Biarritz : la plupart des vieilles maisons de la ville renferment des salles où l'on fondait autrefois le lard des baleines, et en creusant le sol on trouve souvent des ossements de cétacés. Les vertèbres étaient utilisées comme siéges; les côtes servaient de clôtures de jardins, les mâchoires étaient placées à la porte des églises; elles servaient encore de ponts pour passer au-dessus de petits ravins ou bien de poutres et de solives.

Malheureusement, toutes les pièces que j'ai examinées, et dont la plus considérable est une mandibule brisée longue de 1 mètre 75, sont en mauvais état de conservation. J'en excepte cependant des fragments de côte dont la configuration est particulière.

La section de cette côte est régulièrement ovale, sans angle, arête ou crête appréciable. Son plus grand diamètre mesure 11 centimètres; son plus petit, 8 centimètres 1/2. Comparée aux côtes d'individus adultes des *Balæna mysticetus, australis, antipodum*, qu'à celles de divers *Balænoptera* et *Megaptera*, la côte de la baleine de Biarritz est infiniment plus forte, plus arrondie, plus épaisse et manque de la carène évidente qu'on remarque sur les autres espèces.

Ce caractère a pour moi une importance considérable : il démontre la légitimité de notre espèce, et ne la rapproche que d'une seule baleine, découverte à l'état subfossile à Wanga (Suède) en 1709, et décrite par M. Lilljeborg, sous le nom de *Hunterius Swedenborgi*. Si l'on ajoute à cette circonstance, que le baleineau de Saint-Sébastien a sa première côte bifide comme une baleine du Cap encore imparfaitement connue ou signalée par M. Gray, sous le nom de *Hunterius Temmincki*, on arrivera à penser que la baleine de Biscaye est distincte du groupe des baleines australes et tempérées (*Balæna australis, antipodum, cisaretica*), et qu'elle forme avec les *Hunterius Temmincki* et *Swedenborgi*, un groupe zoologique auquel s'applique le nom générique de *Hunterius*.

Cette conclusion est en désaccord avec l'opinion d'un savant cétologue, M. Van Bénéden, qui croit devoir réunir toutes les baleines tempérées de l'Atlantique sous le nom commun de *Balæna Biscayensis* ou *Nord-caper*.

Les caractères extérieurs de la baleine des Basques sont indiqués, d'une manière assez complète, dans Seignette (*Baleine de l'Ile de Ré*, 1680); Duhamel (*Baleine de Saint-Jean-de-Luz*, 1764); Monédéro (*Baleine de Saint-Sébastien*, 1854). Les observateurs représentent notre baleine comme entièrement noire; la tête est petite et porte des cirrhipèdes, de même que les baleines australes; au contraire, la baleine du Groënland n'en présente jamais.

Quant à la baleine des côtes Est de l'Amérique du Nord, rien ne me prouve son identité avec la baleine des Basques. Les pêcheurs basques eux-mêmes, après avoir presque détruit les baleines du golfe de Gascogne, cinglèrent vers l'ouest et atteignirent, en 1372, le banc de Terre Neuve où ils aperçurent une baleine qu'ils jugèrent différente et qu'ils nommèrent *Sardaco Baléac*. Elle était plus petite que la baleine de Biscaye. Plus tard, les baleiniers basques arrivèrent au golfe de Saint-Laurent, où ils aperçurent les premières baleine du Groënland, appelées par eux *grand Bayaco Baléac*.

Le développement considérable du système osseux, et en particulier des côtes chez la baleine des Basques, est déjà visible chez le baleineau : Eschricht avait été frappé de l'énorme dimension de la colonne vertébrale chez son baleineau de Saint-Sébastien, qui, au même âge qu'un baleineau de *Mysticetus* d'un an à peine, présentait une largeur des vertèbres semblables à celle d'un *Mysticetus* de trois ans et demi.

Je crois donc que les anatomistes, en tenant compte de ces caractères, arriveront à distinguer les débris nombreux de la baleine de Biscaye qui doivent être répandus dans plusieurs dépôts quaternaires ou récents. On sera ainsi fixé sur la spécification de la baleine de la rue Dauphine décrite par Lamanon, Daubenton et Cuvier comme fossile, et qui est certainement une espèce actuelle.

M. BAUDOUIN adresse à l'Académie, avec une brochure portant pour titre : *Considérations sur l'Instruction, ce qu'elle est et ce qu'elle devrait être*, une lettre relative aux diverses questions qui doivent être examinées par l'Académie, conformément à la proposition faite par M. H. Sainte-Claire Deville, dans la séance dernière. L'auteur indique les causes auxquelles il convient d'attribuer, selon lui, les défauts que présente l'instruction publique en France, et les conséquences qu'elles produisent dans les diverses branches de notre société.

M. MERCIER adresse une Note relative à la ventilation que l'on peut produire dans une cheminée munie d'une trappe, par l'emploi d'une simple veilleuse.

A quatre heures trois quarts, l'Académie se forme en comité secret.

La séance est levée à 6 heures et demie.

Ambulances. — M. le docteur Bitterlin nous adresse la note suivante :

« Le service des ambulances, si utile à l'intérieur de Paris, ne l'était pas moins dans les avant-postes.

« Aussi ai-je établi, à mes frais, dans la bouche de la Marne, à Saint-Maur, une ambulance militaire qui a fonctionné sous le patronage de la Société internationale et sous la surveillance de la sous-intendance militaire de Vincennes.

« Nommé le 11 septembre 1870 président du comité sectionnaire de Saint Maur, le docteur Bitterlin a établi dans sa maison une ambulance qui, dès le 17 septembre, a reçu les deux premiers Français blessés sur le territoire du département de la Seine : un soldat du 11ᵉ chasseurs et un fourrier du 23ᵉ de ligne, tous deux atteints de balles ennemies à la jambe et à la cuisse. Depuis, les blessés et les malades se sont succédé tous les jours, et, à la date du 1ᵉʳ novembre, le nombre des varioleux augmentant considérablement, le docteur Bitterlin a ouvert un nouveau service de varioleux, où quarante malades ont reçu des soins couronnés de succès, puisque un seul décès a été constaté sur ce nombre, grâce à un système d'isolement et d'aération rigoureusement suivi. (Ces 40 observations feront l'objet d'une publication ultérieure.)

« Le 29 novembre, par ordre supérieur, mon service de varioleux a été évacué. J'ai vu, le 30, que c'était pour faire place aux blessés des batailles prévues pour le lendemain et le surlendemain. En effet, le 30 novembre et le 2 décembre, j'ai ramené moi-même, du champ de bataille de Champigny, 15 officiers et soldats français et étrangers blessés, et notre ambulance a fonctionné ainsi jusqu'au 31 janvier, jour de l'entrée des Allemands sur le territoire de notre commune.

« Nous avons, pour notre part, du 17 septembre 1870 au 30 janvier 1871, donné des soins à cent quarante et un malades ou blessés, comptant entre eux mille huit cent vingt-trois journées de maladie dont j'ai personnellement fait les frais.

« Les dames du pensionnat du Saint-Sacrement, M. le curé de Saint-Maur, Mˡˡᵉ Amélie Martin, maîtresse sage-femme, M. Pierre Lesquay, M. Collombel, M. et Mᵐᵉ Formiau m'ont aidé dans ma direction, et grâce à leur concours des plus dévoués, nous n'avons eu que huit décès sur nos cent quarante-un malades.

« Nous avons supporté un bombardement de vingt-deux jours et nuits; nous avons reçu deux obus dans notre ambulance : un à huit heures du soir, le 15 janvier, et un à minuit, qui a éclaté au plafond de notre salle, où nous avions vingt lits occupés. Par un hasard providentiel, un seul de nos malades a reçu, au flanc droit, un éclat heureusement amorti par les couvertures; et tous les autres, sans exception, ont reçu des débris de fer ou de plâtras dans leurs lits. Nous avons dû, cette fois, déménager au sous-sol tous nos malades et faire blinder nos ouvertures de fenêtres.

« M. le sous-intendant, informé de cet accident, nous a généreusement offert de nous faire évacuer nos salles; mais mon personnel tout entier, voyant les grands services que nous rendions journellement aux avant-postes et aux victimes du bombardement de Saint-Maur, répondit par ma voix à M. le sous-intendant, qui nous en remercia « que ce n'était pas au moment du danger que nous devions abandonner un poste que nous savions périlleux depuis le commencement du siége, et que nous ne quitterions qu'à la fin de la guerre. »

« En effet, le 30 janvier, j'ai fermé mon ambulance, et en dépit de l'article 5 de la Convention de Genève, 3ᵉ alinéa, mon ambulance et mon domicile ont été occupés (et mon domicile l'est encore) militairement par les Allemands.

« Voilà, mon cher confrère, en aussi peu de mots que possible, l'histoire d'une ambulance d'avant-poste, celle de Saint-Maur, qui aura je crois fait dignement son devoir; aussi je compte que vous ferez bon accueil à ma communication en lui trouvant une place prochaine dans votre journal dont je suis, vous le savez, le fidèle lecteur depuis vingt ans.

« Bien à vous, et heureux de savoir que vous avez échappé à toutes les horreurs d'une guerre qui fait frémir l'humanité.

« Dʳ BITTERLIN. »

« 22 mars 1871. »

ÉCOLE VÉTÉRINAIRE DE TOULOUSE.

LISTE PAR ORDRE DE MÉRITE DES CANDIDATS ADMIS A L'ÉCOLE.

1° *Élèves reçus internes.*

MM. 1. Maury (Aude), Dumas (Landes), Dastan (Gers), Delrieu (Tarn-et-Garonne), Dupérier (Landes), Labat (Basses-Pyrénées), Casterès (Haute-Garonne), Emery (Corrèze), Videau (Gironde), Darieulat (Landes).

11. Lagarde (Charente), Larroque (Tarn-et-Garonne), Tarraube (Dordogne), Abbadie (Basses-Pyrénées), Caillau (Lot-et-Garonne), Mignard (Aude), Pellet (Lot-et-Garonne), Pauzac (Dordogne), Harismendy (Landes), Labrousse (Haute-Vienne).

21. Calmettes (Aude), Savarian (Deux-Sèvres), Sanset (Gironde), Pourtalé (Basses-Pyrénées), Demant (Landes), Delaye (Hérault), Rigal (Tarn), Sancholle (Haute-Garonne), Dessens (Haute-Garonne), Leclerc (Vienne).

31. Pujos (Gironde), Berque (Landes), d'Harboullé (Hérault), Gachet (Lot-et-Garonne), Dumartin (Landes), Ailez (Gironde), Gautret (Charente-Inférieure), Courteaud (Haute-Vienne), Gros (Aude), Clerjon (Gironde).

41. Bru (Lot-et-Garonne), Gaillard (Gironde), Cazeneuve (Gers), Bajon (Gers).

(1) Fin. — Voir le dernier numéro.

2° *Elèves admis en qualité d'externes.*

MM. 1. Béguier (Deux-Sèvres), Thibaut (Lot-et-Garonne), Bousquet (Ariége), Mériguet (Haute-Vienne), Drillan (Deux-Sèvres), Filhiol (Lot-et-Garonne), Aché (Lot-et-Garonne), Boudet (Tarn), Goyon (Vendée), Eugène Pons (Hérault).

11. Taride (Gers), Taillefer (Aude), Viguier (Tarn), Plantade (Tarn), Cabannes (Tarn-et-Garonne), Dandrieu (Lot-et-Garonne), Fourcès (Gers), Rouch (Hérault), Seyrac (Gironde), Sire (Tarn).

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 17 octobre 1871, ont été promus ou nommés dans l'ordre national de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier : MM. Herpin (Félix-Charles), chirurgien en chef de l'hôpital de Tours; chevalier du 21 août 1860.

Duclos (Michel), docteur médecin, professeur à l'école de médecine de Tours; chevalier de 1861.

Au grade de chevalier : MM. Picard (Arthur), directeur de l'ambulance irlandaise, à Châteaudun.

Rian (James-Patrick), docteur médecin attaché à l'ambulance irlandaise, à Châteaudun.

Vignerot (Ferdinand-Jacques-Adrien), directeur de l'hôpital de Tours.

Elphinstone (Nicolas), président de la Société anglaise de secours aux blessés, à Tours.

Lee (Stephen-States), secrétaire honoraire de la Société anglaise de secours aux blessés, à Tours.

— *Académie de Besançon.* — Par décret en date du 21 octobre 1871, M. Séguin (Jean-Marie François-Marcelin), doyen de la Faculté des sciences de Grenoble, est nommé recteur de l'Académie de Besançon, en remplacement de M. Caresme, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

— M. le docteur Max Simon est nommé médecin-adjoint de l'asile des aliénés de Dijon.

— M. le docteur Lièvre est nommé médecin-adjoint de l'asile des aliénés de Pau.

Hospices de Grenoble. — Le 27 novembre prochain 1871, à deux heures de l'après-midi, il sera ouvert un concours public à deux places d'élève interne et à quatre places d'élève externe en médecine et en chirurgie.

Ce concours aura lieu dans la salle des délibérations de la commission administrative.

Il se compose pour l'internat : 1° d'une composition écrite sur une question de médecine; 2° d'une épreuve orale sur une question d'anatomie et de chirurgie.

Pour l'externat : d'une épreuve orale sur une question d'anatomie et de petite chirurgie.

Conditions d'admission pour le concours. — Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat, le 20 novembre pour le plus tard, et y déposeront : 1° leur acte de naissance; 2° un certificat récent de bonnes vie et mœurs délivré par le maire de leur résidence; 3° un certificat justifiant la possession de huit inscriptions pour l'internat, et de quatre pour l'externat. Toutes ces pièces devront être légalisées.

Les candidats élus pour l'internat et pour l'externat devront prendre, pendant la durée de leurs fonctions, toutes leurs inscriptions à l'école préparatoire de médecine de Grenoble.

Avantages. — Les élèves internes sont logés, nourris, blanchis, chauffés, éclairés, et reçoivent un traitement de 300 francs.

Les élèves externes reçoivent un traitement de 240 francs et sont nourris les jours qu'ils sont de garde.

— Diverses personnes adressent des demandes au ministre de la guerre dans le but d'être fixées sur l'époque de la réouverture de l'école du service de santé militaire établie précédemment à Strasbourg.

Une nouvelle loi militaire doit être prochainement votée par l'Assemblée nationale; il est manifeste que les conditions qui régissaient jadis l'admission dans le service de santé de l'armée se trouveront elles-mêmes soumises à révision. Il ne pourrait donc être pris en ce moment aucune décision au sujet de la réouverture de l'école de santé.

Dans ces conditions, l'administration de la guerre ne peut qu'engager les jeunes gens qui se destinent à la carrière de la médecine et de la pharmacie militaires à continuer leurs études médicales et pharmaceutiques de manière à pouvoir, le cas échéant, être utilisés immédiatement selon leurs aptitudes, le jour où, en vertu de la nouvelle loi sur le recrutement, ils se trouveraient compris dans le contingent.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de deux médecins étrangers très-connus dans la science : de M. le docteur Felipe Monlau, ancien rédacteur en chef du journal scientifique espagnol le *Monitor de la Salud*, et de M. le docteur Castiglioni, de Milan. Ces deux confrères étaient membres de la Légion d'honneur.

— M. le docteur Legrand du Saulle, médecin de l'hospice de Bicêtre, ouvrira son cours sur les maladies mentales et la médecine légale des aliénés, le samedi 4 novembre, à huit heures du soir, dans l'amphithéâtre n° 2 de l'École pratique.

Les leçons auront lieu les mardis, jeudis et samedis de chaque semaine, à la même heure.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois... 8 fr 50 c. Six mois... 16 — Un an..... 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 3 novembre 1871.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

M. Briquet a terminé dans cette séance la lecture de son travail sur l'épidémie de variole de l'ambulance de Clichy, durant le siége.

Cette deuxième partie de son travail est tout entière consacrée à la pathologie proprement dite de la variole et à son traitement. On verra, par l'analyse que nous en donnons dans le compte rendu, avec quel soin M. Briquet a étudié les questions relatives : à la durée de la période prodromique dans ses rapports avec la nature et l'intensité de l'éruption qui doit la suivre, — point fort obscur et fort controversé encore, et que ces recherches contribuent à élucider, en même temps qu'elles expliquent jusqu'à un certain point les dissentiments des pathologistes ; — aux rapports de l'intensité des prodromes avec l'intensité de la maladie ; à la nature de ces prodromes eux-mêmes et à leur valeur diagnostique ; au mode d'invasion des accidents morbides, etc. Nous réserverons, pour l'examiner plus tard, concurremment avec un travail très-remarquable aussi de M. Huchard sur le même sujet, la partie du travail de M. Briquet qui est relative aux diverses causes de décès dans la variole.

M. Briquet a terminé son travail par l'exposé des bons résultats qu'il a obtenus de l'emploi des topiques mercuriels, sinon comme abortifs, du moins comme agents réprimants de l'inflammation et de la suppuration des pustules ; méthode d'une incontestable utilité, préconisée par M. Briquet dès 1838, et qui est beaucoup moins tombée en désuétude qu'il paraît le croire, d'après ce qui nous est advenu de la part de plusieurs de nos confrères.

La lecture de M. Briquet a été suivie d'une petite discussion sur l'histologie de la pustule variolique, discussion dont M. Vulpian a fourni le texte par la lecture d'un travail d'un très-grand intérêt sur ce sujet, que nous reproduisons textuellement, et qui a été suggéré précisément par le travail de M. Briquet. M. Chauffard a trouvé l'occasion d'y glisser quelques considérations sur la spécificité, dont nous prenons note pour la suite de notre examen de la discussion sur l'infection purulente, que nous comptons reprendre mardi prochain.

Dr BROCHIN.

HOTEL-DIEU. — M. CONSTANTIN PAUL.

Conférences cliniques sur la phthisie

(Recueillies par M. A. BROCHIN, élève du service).

Messieurs, je vous ai dit que mon intention était de vous faire des conférences cliniques sur les affections de poitrine et particulièrement sur la phthisie pulmonaire ; je commencerai naturellement en vous rappelant les principales phases de l'histoire de la phthisie. Depuis Hippocrate, jusqu'au milieu du siècle dernier, on n'avait, dans l'étude des maladies, d'autre point de vue que la pratique. Les Facultés n'étaient, en quelque sorte, que des écoles empiriques. Au siècle dernier, devant les progrès des sciences naturelles, les médecins sont devenus des savants, et dès lors ils s'appliquèrent à décrire les maladies comme on décrivait les plantes et les animaux. Ils s'étaient faits naturalistes, et distinguaient des espèces dans les maladies comme dans les animaux et les végétaux. Morton et Portal étudièrent la phthisie à ce point de vue. Leur idéal était d'avoir la spécificité, et ils se détournaient ainsi de la vraie clinique pour se perdre dans l'abstraction. Les choses allaient si loin, qu'on en était arrivé à considérer ces espèces comme des êtres ayant leurs sympathies et leurs antipathies, etc.

Puis vient avec Bichat l'anatomie générale, et Broussais qui retourne le problème. Les médecins, dit-il, font de l'ontologie ; il n'y a, dans ce qu'ils prétendent bâtir, rien de solide, rien de réel ; il faut ouvrir les cadavres, chercher les organes souffrants. Bayle, en 1810, décrit la phthisie en cherchant surtout à adapter des symptômes aux lésions trouvées sur le cadavre ; il voulait qu'on découvrît sur le vivant ce qu'on trouverait après la mort : on faisait en quelque sorte l'autopsie anticipée.

A partir de ce moment, on ne se préoccupait donc plus que de l'anatomie pathologique de la phthisie, et depuis cette époque, c'est presque à ce seul point de vue que tous les pathologistes l'ont étudiée. Les cliniques n'étaient plus que des cours d'anatomie pathologique. En voulez-vous un exemple ? Remarquez comment a été construit l'amphithéâtre où M. Bouillaud, à la Charité, a si longtemps et si brillamment enseigné ses doctrines ; tout y a été disposé pour l'étude de l'anatomie. Il y a au milieu, non un lit, mais une table à dissection.

En 1825, la découverte de Laennec vient donner un développement considérable à ce genre de recherches. Laennec par l'auscultation, et M. Piorry par la percussion, amenaient à découvrir pendant la vie les phénomènes que l'on devait constater après la mort. Il a semblé un moment que l'école française redevenait une véritable clinique, mais cependant elle restait une école d'anatomie pathologique. La thérapeutique, en effet, restait complétement abandonnée depuis Broussais.

Vers 1835, Trousseau vient à l'Hôtel-Dieu et, au grand étonnement de tous les médecins, recommence à donner des remèdes aux malades. Quand il en vint à administrer des toniques aux chlorotiques, par exemple, on arrivait de tous les côtés avec anxiété dans les salles pour s'assurer que les chlorotiques existaient encore. C'étaient là les conséquences de la doctrine de l'irritation. Peu à peu on a vu que cette médication, prétendue incendiaire, donnait de bons résultats, et c'est ainsi que Trousseau a ramené la thérapeutique de Tours à Paris.

Pendant quelque temps, on a vécu de Laennec ; Paris était devenu une véritable école d'auscultation. De tous les pays étrangers, des médecins venaient demander aux internes de la leur apprendre, et dès lors l'enseignement au lit du malade commençait à prendre un développement considérable. Si vous joignez à cela l'établissement du concours, vous vous expliquerez tout naturellement la grande extension de l'enseignement libre à cette époque. Mais revenons à notre sujet. La découverte de l'auscultation, jointe au succès de l'anatomie pathologique, qui n'avait cessé d'être en honneur depuis Bichat, avait amené les médecins à prêter une attention toute particulière à l'étude des lésions de la phthisie. Laennec avait fait du tubercule un être à part, une production accidentelle ; le microscope ne tarda pas à venir confirmer en apparence cette théorie ; on continuait l'ontologie ; Lebert la constituait de plus en plus au moyen du microscope ; il décrivit le corpuscule du tubercule.

. . . Les méthodes différaient, mais l'idée restait la même, lorsqu'en 1850 les choses changèrent d'aspect. En Allemagne, Reinhart, comparant la pneumonie avec la phthisie, découvrait que la marche était la même. Dès lors le corpuscule de Lebert n'existait plus, c'était le poumon lui-même qui subissait une sorte de transformation, de processus auquel on a donné plus tard le nom de prolifération.

Tout en restant dans l'anatomie pathologique, l'intérêt s'était déplacé ; on revenait à l'amphithéâtre étudier la phthisie. En 1862, paraît un grand travail de Virchow, intitulé : *Phimatie, tuberculose et granulie.* Dans ces derniers temps, c'est sur l'inoculation que l'intérêt a été porté par les expériences de M. Villemin. Depuis ce temps on cherche la lésion. On quitte le lit du malade pour le laboratoire, et l'on néglige de plus en plus l'étude clinique de la phthisie.

Mais l'intérêt scientifique n'est pas la seule raison de cet abandon. La phthisie est une maladie très-longue, dépassant généralement le laps de temps que les élèves passent à l'hôpital ; cette maladie, en outre, procède par poussées, et tels élèves qui ont pu voir chez un malade la première poussée, ne verront pas la seconde, ce malade retournant dans un autre hôpital. Enfin, si l'on ajoute à cela l'impuissance relative de la thérapeutique devant cette affection dans les hôpitaux, on s'expliquera comment il se fait que, la plupart du temps, on passe, sans s'arrêter, devant le lit d'un phthisique.

Or, pourquoi ai-je choisi ce sujet, aujourd'hui presque généralement abandonné ? le voici : Il se fait aujourd'hui un grand mouvement dans l'enseignement. On doit, à mon avis, chercher, par tous les moyens possibles, à compléter celui que nous recevons de l'école, et, pour cela, nous devons prendre les sujets moins étudiés par les professeurs officiels. Comme vous et moi sommes destinés à devenir, non pas des curieux de la nature, des amateurs, mais des médecins, je dois vous enseigner à traiter, ou tout au moins à soulager, les phthisiques, la phthisie étant de beaucoup l'affection que l'on rencontre le plus fréquemment dans la pratique civile comme dans la pratique hospitalière. En voulez-vous une preuve ?

Apprenez donc que la phthisie représente en France 10 pour 100 de la mortalité.

A Paris, ce chiffre s'élève jusqu'à 13,4 p. 100. Mais ce n'est pas seulement en France qu'elle cause ses ravages ; elle se rencontre dans tous les pays. Cependant la mortalité est moindre dans les pays tempérés. A Gênes, la mortalité par la phthisie n'est que de 9,7 p. 100 ; à Naples, 8 ; à Rome, 6 ; à Turin, 9 ; à Venise, 8 p. 100. Vers le nord, au contraire, elle augmente. En Belgique, elle est de 16 p. 100 ; dans la province de Limbourg,

---

FEUILLETON

CONCOURS DE L'INTERNAT ET DE L'EXTERNAT

Monsieur le rédacteur,

Connaissant votre sollicitude pour les intérêts des étudiants en médecine, je désire adresser quelques conseils, par la voie de votre intéressant journal, aux élèves candidats aux concours de l'externat et de l'internat. Aux épreuves de ces deux concours qui commencent à peine, il est ordinaire de voir des élèves timides, non accoutumés à parler d'une manière suivie devant un jury, sortir de la séance pleins de désespoir parce qu'ils n'ont pas su dire ce qu'ils savaient sur la question qu'ils ont eue à traiter.

C'est qu'ils manquent *presque toujours* de méthode.

Ils ont à traiter une question d'anatomie ou de pathologie, quelquefois les deux à la fois. Je prendrai pour exemple la question d'anatomie donnée aux épreuves du concours pour l'externat. Déjà, à ce concours, trois questions sont sorties de l'urne : 1re séance, *muscle sterno-cleido-mastoïdien* ; 2e séance, *articulation temporo-maxillaire* ; 3e séance, *artère fémorale.*

Lorsqu'à un examen le professeur s'avise de demander à son *patient* la description d'un organe, il est à peu près certain d'avoir trouvé le côté faible de la victime. Cela tient uniquement, je le répète, à la manière dont ils étudient et, malheureusement aussi, au mode d'enseignement qui se pratique généralement. Il ne serait pas inutile de revenir plus tard sur ce point. Pour ne point quitter mon sujet, je suppose qu'une question soit cotée 20 points au maximum : quelle voie le candidat devra-t-il suivre pour atteindre ce maximum ou s'en rapprocher le plus possible ?

1° Remplir exactement son temps, les cinq minutes par exemple ; la perfection consiste à finir sa dernière phrase au moment où le président ouvre la bouche pour prononcer les mots consacrés : *Votre temps est fini.*

2° Parler distinctement, à haute voix ; on n'écoute point une parole précipitée ou criarde, tandis que l'attention du cerveau le plus distrait est attirée par une *diction calme, facile et ponctuée,* qu'on me passe l'expression.

3° Faire une description exacte et complète.

Cette dernière condition de succès est la plus importante, cela se conçoit ; aussi il nous paraît oiseux de dire que nous parlons pour les élèves instruits, qui ont plus ou moins préparé le concours. Une *artère* est donnée en question ; que fera le candidat ? Pendant les cinq minutes qu'on lui accorde pour réfléchir à son sujet, il doit se faire un tableau, une série d'indications, de jalons, qui formeront autant de chapitres dans sa dissertation. Voici un essai de tableau pour la description d'une artère.

1° *Nom* de l'artère (le nom a-t-il une signification ? comme par exemple carotide ; 2° *Situation* ; 3° *Limites* ; 4° *Direction* ; 5° *Trajet* ; 6° *Rapports*, en avant, en arrière, en dehors, en dedans ; ou bien, s'ils sont compliqués, avec les os, les articulations, les aponévroses, les muscles, d'autres vaisseaux, les nerfs ; ou bien encore, si l'artère est longue et contracte de nombreux rapports à sa partie supérieure, à sa partie moyenne et à sa partie inférieure ; 7° *Branches collatérales*, énumération et description succincte ; 8° *Branches terminales*, les énumérer seulement, afin de ne point sortir du sujet de la question ; 9° *Anomalies*, de volume, de nombre, de position, de branches, de bifurcation, de direction, etc., etc. ; 10° *Applications pathologiques*, énumérer celles que l'on connaît et dire deux mots sur chacune d'elles, juste pour montrer qu'on les connaît ; 11° *Rôle physiologique*, lorsqu'il y a lieu de l'indiquer, comme pour l'artère splénique, les artères cérébrales, l'artère pulmonaire.

Il n'y a pas un élève, si peu instruit qu'il soit, qui ne pourrait disserter pendant cinq minutes sur une artère quelconque, ayant le tableau précédent sous les yeux.

Un dernier conseil, il est bon à suivre. Lorsque plusieurs candidats savent à peu près une question et qu'ils la traitent bien, quel est celui qui se trouve placé le premier ? En général, c'est celui qui s'est le mieux renfermé dans le sujet et qui a su émailler la question de points saillants que les autres ont négligés. Ainsi, un juge pose la question suivante : *Anatomie descriptive de l'iris* ; le candi-

elle est de 21 p. 100; dans le Luxembourg belge, de 12,1 p. 100. En Angleterre, la phthisie paraît moins mortelle; elle ne donne qu'une mortalité moyenne de 12 p. 100. La mortalité, en Angleterre, semble avoir beaucoup diminué depuis le commencement du siècle; de 17 elle est tombée à 11 p. 100.

Il n'y a pas, en Angleterre, la même différence qu'en France entre la ville et les campagnes.

On pourrait s'étendre longuement sur les causes qui peuvent avoir amené cette diminution dans la mortalité par la phthisie en Angleterre; mais ce serait sortir de notre sujet, du moins pour le moment.

En Allemagne, la mortalité est encore plus considérable qu'en France. De 1839 à 1849, à Berlin, elle était de 17,5 p. 100; à Francfort, de 25,6 p. 100; à Hamhourg de 21,7; à Vienne, de 20 p. 100.....

Enfin, dans certaines localités de l'Amérique, à Boston, elle monte jusqu'à 28 p. 100.

Vous voyez donc quelle place importante doit occuper la phthisie dans les études médicales! c'est pourquoi j'ai cru devoir choisir ce sujet.

Comment allons-nous l'étudier? Nous allons l'étudier sur le malade même, c'est-à-dire au point de vue clinique.

Il y a dans la phthisie des symptômes superficiels et des symptômes profonds. Les premiers sont révélés par l'habitude extérieure des malades. Il y a des phthisiques chez lesquels ces symptômes superficiels sont très-accusés, d'autres chez lesquels ils le sont moins, et d'autres enfin qui n'en présentent aucun. Nous avons donc là déjà une division en trois groupes bien distincts.

Dans le premier groupe, composé de ceux qui présentent ces symptômes d'une façon très-accusée, vous avez affaire à des phthisies héréditaires. Ces symptômes apparaissent chez eux avant qu'ils ne soient tuberculeux. Chez les malades, au contraire, qui ne montrent ces symptômes que plus tard, vous diagnostiquerez alors une phthisie acquise. Chez ceux enfin qui ne les présentent jamais, vous avez alors ce que l'on appelle des phthisies florides. Ces derniers ont des éléments de résistance ou sont atteints de quelque autre diathèse, telle, par exemple, que la diathèse arthritique, qui est un contre-poids de bon augure. Il n'est pas rare de rencontrer, aux Eaux où l'on envoie les phthisiques, des malades ainsi affectés, présentant tous les symptômes profonds de la phthisie, sans que cela les empêche de vivre de la vie ordinaire. Il y a chez eux des éléments de résistance et de curabilité. De ces trois groupes que nous venons d'énumérer, les malades qui composent le premier sont voués à une mort certaine; les seconds présentent quelques chances de guérison, et les derniers donnent lieu aux plus belles cures. La guérison s'obtient en effet le plus fréquemment chez eux. C'est l'étude de ces phénomènes extérieurs qui fera l'objet de notre prochaine leçon.

NOTE SUR L'HISTOLOGIE DE LA PUSTULE VARIOLIQUE.

(Lue à l'Académie de médecine, dans la séance du 31 octobre 1871, par M. VULPIAN.)

La seconde partie du mémoire que M. Briquet a lu à l'Académie, dans la dernière séance, est consacrée à l'étude anatomo-pathologique des pustules de la variole. Cette étude est faite avec le plus grand soin, comme toutes les recherches qui sont dues à notre collègue; malheureusement, comme il l'a dit lui-même, les circonstances ne lui ont pas permis de s'aider du secours du microscope, et il en est résulté que les conclusions auxquelles il est arrivé ne sont pas complétement exactes sur tous les points.

Certes, M. Briquet a grandement raison lorsqu'il réfute les opinions émises par différents auteurs, Cotugno, Petzhold, Deslandes et plusieurs autres, sur la cause de l'ombilication des pustules. Ce n'est pas à l'existence d'un tubule de glande sudoripare ou sébacée, ni à celle d'un follicule pileux au centre de la pustule, qu'est dû l'ombilic du bouton varioleux. Cette réfutation a été déjà faite, et comme M. le docteur Cornil l'a rappelé dans un excellent travail sur l'anatomie des pustules de la variole, de la varioloïde et de la varicelle, publié en 1866 dans le journal de M. Robin, MM. Auspitz et Basch avaient donné une démonstration expérimentale qui ne pouvait laisser aucun doute à cet égard. Ils avaient fait voir, en effet, qu'il suffit d'injecter un peu de liquide dans une pustule ombiliquée pour faire disparaître la dépression centrale, et, d'autre part, qu'on peut transformer une pustule non déprimée en pustule ombiliquée par la soustraction d'une petite partie du liquide qui y est contenu.

Mais quelle est la cause de l'ombilication des pustules varioliques? Ici M. Briquet invoque la particularité anatomique décrite autrefois par Rayer et Yong, en modifiant toutefois, sous quelques rapports, la description donnée par ces auteurs. Ainsi qu'eux, il admet l'existence d'un disque pseudo-membraneux comme partie constituante de la pustule; pour lui, comme pour ces auteurs, c'est à la disposition, à la figure de ce disque, qu'il faudrait rapporter la cause de la forme ombiliquée des pustules. Je ne suivrai pas notre collègue dans la description si détaillée qu'il a faite de ce disque, car tous les anatomo-pathologistes sont d'accord aujourd'hui pour nier l'existence de cette production morbide, et le microscope démontre effectivement, de la façon la plus claire, qu'il n'y a pas de disque pseudo-membraneux dans les pustules de la variole. Nous allons voir tout à l'heure quelle est la cause véritable de l'ombilication et quelle est la disposition de la pustule qui a fait croire à la présence du disque pseudo-membraneux. Pour être bien compris sur ce point, il me faut dire quelques mots du mode de développement de la pustule.

M. Briquet dit très-expressément dans son travail que le siége du développement de la pustule est dans le réseau de Malpighi; mais ailleurs il semble placer ce siége entre l'épiderme et le derme: « A dater du troisième jour, dit-il, quand apparaît la teinte nacrée, il se fait, entre la face profonde de l'épiderme et les couches les plus superficielles du derme, une exsudation grisâtre, plus adhérente à l'épiderme qu'au derme. » D'autres passages montreraient bien que c'est là, pour lui, l'endroit précis où se forme l'exsudation du liquide de la pustule. Je ne ferai qu'une autre citation: « Au sixième jour... la pustule est un petit abcès sous-épidermique, avec production d'une couche de tissu fibro plastique, et son ombilication vient du disque, beaucoup plus épais à sa circonférence qu'à son centre. »

Or, ce n'est pas entre l'épiderme et le derme que se fait le développement de la pustule. Les préparations microscopiques de la peau, faites à diverses périodes de l'évolution des pustules varioliques, montrent avec une grande netteté qu'elles siégent, ainsi que M. Cornil l'a décrit et figuré, dans l'épaisseur même de la couche de Malpighi.

Dans une première période correspondant à l'état papuleux de l'éruption, il y a congestion de la couche papillaire du derme et gonflement du corps muqueux de Malpighi. Les papilles dermiques, au niveau des papules, paraissent élargies et allongées. Déjà, à ce moment, les vaisseaux des papilles et ceux de la couche contiguë du derme laissent voir un commencement d'extravasation des leucocytes. Les éléments cellulaires du corps papillaire dermique commencent aussi à se gonfler et à paraître plus nombreux. Les cellules des rangées inférieures et moyennes de la couche de Malpighi sont plus ou moins gonflées et montrent les premiers indices d'une altération histo-chimique. Lorsque la papule se transforme en vésicule, la portion moyenne de la couche de Malpighi se creuse de vacuoles séparées incomplétement par une charpente plus ou moins largement réticulée, et ces vacuoles apparaissent d'abord au niveau de la partie la plus saillante de la papule. C'est à ce moment que l'étude de la pustule en voie de formation est surtout intéressante et instructive. Il est facile de voir que ces vacuoles, même lorsqu'elles ont pris un assez large développement, sont séparées de la couche cornée par quelques rangées de cellules appartenant encore à la couche de Malpighi, se colorant comme les cellules de cette couche sous l'influence de la solution ammoniacale de carmin, et offrant tous les caractères des cellules qui forment la transition des cellules moyennes du corps muqueux aux plaques de la couche cornée. D'autre part, les vacuoles sont séparées de la surface du derme par les rangées profondes de la couche de Malpighi.

Les cellules de ces rangées ont subi des modifications de plus en plus apparentes; elles sont plus ou moins gonflées, ainsi que je l'ai dit, et elles tendent à perdre leur forme polyédrique pour prendre une forme arrondie, sphéroïdale. Elles ont une adhérence réciproque beaucoup plus faible que dans l'état normal et tendent par suite à se séparer les unes des autres. Leurs noyaux ont parfois subi l'altération vésiculeuse indiquée par MM. Ranvier et Cornil, et il est facile de voir qu'elles se colorent autrement que les cellules des mêmes rangées dans les régions restées saines. Il ne convient pas de reproduire ici tous les caractères microscopiques des vésico-pustules de la variole, caractères qui ont été exposés avec tous les détails nécessaires et toute l'exactitude désirable par M. Cornil dans le mémoire que j'ai déjà cité. Les cloisons qui limitent les vacuoles ou alvéoles de la vésico-pustule sont constituées en partie par des cellules épidermiques, redressées parfois et appliquées exactement les unes contre les autres, aplaties même de telle sorte qu'on ne reconnaît pas leur nature au premier abord; d'autres trabécules sont formées sans doute par de la fibrine à l'état fibrillaire; quelques autres m'ont paru être, comme l'indique M. Cornil, en continuité avec la substance proto-plasmique des cellules et semblent être produites tantôt par une hypergénèse, tantôt par une sorte d'étirement, passif ou non, de cette substance. M. Ranvier incline à penser que le ciment intercellulaire joue un rôle dans la production de ces trabécules; mais l'existence de ce ciment n'est pas assez solidement démontrée pour que l'on puisse adopter sans réserves cette manière de voir. D'ailleurs l'intervention de ce ciment, si l'on tient compte de toutes les particularités de la structure des vésico-pustules, ne saurait jouer qu'un rôle accessoire.

La formation des vacuoles est due, d'une part, au refoulement en tous sens des cellules épidermiques, par le liquide provenant du corps papillaire, et, d'autre part, à la destruction d'un certain nombre de cellules épidermiques, destruction qui crée ainsi des alvéoles intercellulaires. Il m'a semblé qu'en certains points les cellules, avant de subir la fonte granuleuse, avaient sécrété, pour ainsi dire, autour d'elles, une sorte de substance intercellulaire, et que cette substance, formant d'abord, après cette fonte, des sortes de logettes, contribuait à la production des cloisons et des trabécules interalvéolaires de la vésico-pustule.

Les alvéoles de la vésico-pustule contiennent un liquide transparent, dans lequel on trouve un nombre plus ou moins considérable de corpuscules, suivant l'époque où se fait l'examen anatomique. Ce liquide n'est pas du sérum du sang, tel qu'il est dans les vaisseaux. Il provient cependant bien évidemment des vaisseaux superficiels du derme; mais il a subi, en traversant les différentes couches de tissu qui séparent l'intérieur des vaisseaux du lieu où il s'accumule, des modifications progressives qui lui donnent des caractères spéciaux.

Les corpuscules contenus dans le liquide qui remplit les alvéoles sont assez variés. On y trouve des cellules épidermiques plus ou moins altérées, tantôt isolées, tantôt réunies en blocs plus ou moins volumineux: parmi ces cellules, les unes ont encore, malgré les altérations qu'a subies leur contenu, des caractères qui permettent de bien les reconnaître; les autres ont leur contenu tellement modifié, soit par une transformation granuleuse, soit par une métamorphose comme fibrineuse, qu'elles sont presque méconnaissables; leur noyau est parfois atrophié et réduit à une granulation brillante, analogue à un nucléole de cellule nerveuse; peut-être cette granulation, dans certaines cellules, est-elle le nucléole véritable plus ou moins altéré. Outre ces cellules, il y a, dès les premiers moments de l'apparition des alvéoles, des leucocytes qui deviennent ensuite de plus en plus nombreux: de plus, on voit, çà et là, de grandes cellules renfermant plusieurs éléments figurés, noyaux ou leucocytes. Les cellules multinucléées sont, sans doute, des cellules épidermiques dans lesquelles s'est faite une multiplication scissipare du noyau primitif. Celles qui contiennent des leucocytes ont été considérées, par différents auteurs, comme étant des cellules dans lesquelles se serait faite une génération endogène de globules de pus; aujourd'hui on admet, d'après les recherches de MM. Volkmann et Steudener, que ce sont des cellules épithéliales, ou même des leucocytes hypertrophiés, dans lesquels ont pénétré des globules blancs.

On trouve encore dans le liquide des vacuoles une quantité plus ou moins considérable de granulations, qui proviennent, pour la plupart, des cellules épithéliales détruites; il y a, enfin, un certain nombre de corpuscules mouvants, comme dans tant d'autres humeurs, soit normales, soit d'origine morbide.

La région des boutons de variole qui est ainsi vacuolée dès les premiers temps de la formation des vésico-pustules s'étend en largeur jusqu'à une distance plus ou moins grande du point où les vacuoles ont d'abord apparu; mais en même temps les vacuoles s'agrandissent de plus en plus dans ce point, par suite de la destruction de plusieurs des cloisons primitives et du refoulement excentrique des autres.

Au delà de la région centrale de la pustule, les cellules altérées de la couche de Malpighi, qui est fortement gonflée, tendent à se séparer les unes des autres; on peut voir parfois des leucocytes intercalés entre elles, et il s'y forme même aussi de petites vacuoles.

A ce moment, la vésico-pustule est complétement formée et elle s'ombilique rapidement, si elle doit présenter cette particularité.

---

dat ne devra pas décrire la structure, qui est exclue par la manière dont est posée la question, il dira simplement la définition, la situation, la forme, la direction, la couleur, la conformation extérieure, l'épaisseur, la petite circonférence, la grande circonférence, le moyen d'adhérence, les rapports, les changements de position. Pour émailler une question de points saillants, le candidat intercalera adroitement quelques aperçus pathologiques sans faire de la pathologie; il ne consacrera pas une seule phrase à la question incidente, mais seulement un membre de phrase; ainsi, dans la description du *sterno-mastoïdien*, on peut dire: ce muscle, *siége du vrai torticolis, etc.*, ce muscle détermine une rotation de la tête et porte la face du côté opposé, *comme on le voit dans le rhumatisme aigu*; ses nerfs sont plus nombreux à la partie supérieure; c'est pour éviter la douleur que causerait leur division, et aussi à cause du voisinage moins immédiat des gros vaisseaux du cou, qu'on pratique la *ténotomie* du muscle près de la clavicule.

Il y aurait encore beaucoup à dire, Monsieur le rédacteur, mais je ne veux pas abuser, au moins pour aujourd'hui, de l'hospitalité que vous voulez bien m'accorder.

Veuillez agréer l'expression de mes sentiments affectueux,

Dr FORT.

L'instruction à Berlin. — Voici le tableau de l'instruction à Berlin:

La ville possède 14 établissements supérieurs pour garçons, à savoir: 6 gymnases, 4 écoles réales, 2 écoles industrielles et 2 écoles civiles, qui contiennent ensemble 8,000 élèves avec 383 professeurs; pour les filles, il n'y a que 2 écoles supérieures avec 1,600 élèves et 48 professeurs.

Le nombre des écoles communales, pour garçons et filles, est de 53 avec 800 professeurs des deux sexes et 38.000 enfants: 19.500 garçons et 18,500 filles. Dans les écoles privées patronnées par la ville se trouvent 18,000 enfants. Il y a donc 60,000 écoliers à Berlin, sur une population de 800,000 habitants. 50,500 sont instruits aux frais de la ville. Les écoles de la ville coûtent par an 1,060,000 thalers. C'est la statistique dont Berlin peut être le plus fier. L'université n'y est pas comptée; n'y sont pas comptés non plus plusieurs académies et des établissements privés.

Instruction publique en Servie. — Il y a à Belgrade deux établissements d'instruction supérieure, l'université (*velika skola*) et l'école de théologie. L'université a été fondée en 1838, elle comprend trois facultés: philosophie, sciences techniques et droit. Elle a en tout 15 professeurs. Elle a eu l'année dernière 229 élèves.

L'école de théologie compte 1 directeur et 8 professeurs. Elle a eu l'année dernière 247 auditeurs, parmi lesquels 91 Serbes de la vieille Serbie (province turque), du Monténégro, de la Bosnie et de l'Albanie.

La Serbie envoie aussi des élèves étudier à l'étranger; le nombre de ces étudiants a été l'an dernier de 38.

Parmi les établissements destinés à favoriser les progrès de l'instruction publique, il faut encore signaler la bibliothèque publique et le musée de Belgrade. La bibliothèque contenait à la fin de 1870 environ 29,000 volumes, 197 manuscrits, 400 cartes et gravures, 43 incunables serbes et slaves.

Le musée est surtout riche en médailles; il compte 10,709 monnaies, anciennes, dont 558 serbes.

La Société des sciences (*Srbsko Uceno Druzstvo*), dont les travaux ont été plusieurs fois signalés, possède une bibliothèque de 5,000 volumes et 250 manuscrits.

La bibliothèque et le musée ont coûté l'an dernier au gouvernement la somme de 5,186 florins: la société des sciences, 4,088 florins.

Il y a, en outre, à Krogoulevatz, une bibliothèque qui possède 2,400 volumes.

L'imprimerie nationale a imprimé l'année dernière 121 ouvrages à 259,624 exemplaires; elle a coûté au gouvernement 182,526 florins. Il y a dans la principauté 53 librairies.

Le théâtre national de la capitale, qui rentre dans les attributions du ministre de l'instruction publique, reçoit par an une subvention de 16,000 florins.

D'après la description succincte que je viens de tracer, d'accord sur presque tous les points avec les auteurs que j'ai cités, on voit qu'il n'y a pas trace de production pseudo-membraneuse dans la vésico-pustule de la variole. L'ombilication paraît due principalement à l'affaissement de la couche cornée de l'épiderme au niveau de la partie la plus fortement vacuolée de la couche de Malpighi. La partie périphérique, gonflée, n'ayant encore subi qu'une destruction cellulaire très-peu considérable, forme une saillie tout autour du point affaissé.

Ce qui a fait croire à l'existence d'un disque pseudo-membraneux, lorsqu'on s'est contenté de l'examen à l'œil nu, c'est l'apparence grisâtre, opaque, des parties périphériques de la pustule, et la consistance assez solide de ces parties. Les détails que j'ai rappelés rendent compte de la configuration attribuée à ce soi-disant disque pseudo-membraneux, qui devait être évidemment plus épais vers son bord externe, où la couche de Malpighi était encore plus ou moins compacte que vers sa partie centrale, où cette couche était en grande partie détruite.

Ainsi donc, pour résumer ce qui est relatif aux deux points du mémoire de M. Briquet, sur lesquels il m'a paru nécessaire de dire quelques mots, je crois que, d'après les recherches très-concordantes des histologistes, on peut admettre comme désormais incontestables les deux propositions suivantes :

1° Le développement des vésico-pustules de la variole a lieu dans les parties centrales de la couche de Malpighi.

2° Il n'y a pas de disque pseudo-membraneux dans ces pustules.

Je n'ai pas naturellement la prétention d'avoir dit tout ce que comporterait un exposé complet de l'anatomie pathologique des pustules varioliques. J'ai dû me restreindre ici à peu près exclusivement aux données qui pouvaient concourir à la démonstration de ces deux propositions. Je me bornerai, pour terminer, à retracer quelques indications relatives à l'état du derme pendant le développement de la pustule.

Ainsi qu'on le sait, et comme je l'ai rappelé, dès les premiers moments de l'éruption, les vaisseaux du corps papillaire se congestionnent, et, bientôt après, on voit les premiers phénomènes de l'extravasation des globules blancs. Dans une communication que j'ai faite à l'Académie, j'ai déjà appelé l'attention sur ces phénomènes. Ils sont très-importants, car il me semble que cette extravasation est la source principale, sinon la source unique, des leucocytes que l'on trouve dans les pustules varioliques. Pendant que l'état vacuolé de la couche de Malpighi se développe, des leucocytes sortent de plus en plus nombreux des vaisseaux du corps papillaire, principalement des veinules.

Sur les tranches minces de la peau, dans cette période, on voit, dans la partie du derme contiguë aux papilles, quelques-uns des vaisseaux plus ou moins remplis de globules rouges et blancs, qui sont enveloppés d'une sorte de manchon de leucocytes; on voit également des leucocytes accumulés avec des globules rouges dans les vaisseaux en arcades situés dans les papilles dermiques, et dans le tissu même de la papille se trouvent des globules blancs intercalés, plus ou moins nombreux : on peut en voir dans ce tissu, comme aussi dans le tissu dermique qui sépare les papilles jusqu'aux confins de la couche de Malpighi. Si j'ajoute que dans des préparations, on peut voir quelques leucocytes intercalés entre les cellules des rangées inférieures de cette couche, dans ces rangées qui séparent la surface du derme de la cavité aréolaire de la vésicopustule, on admettra sans doute avec moi comme très-probable que ces leucocytes sont ceux qui, au moment de la mort, étaient en voie de migration, et qui, après être sortis des vaisseaux du corps papillaire, cheminaient dans l'épiderme pour aller se rendre dans les vacuoles épidermiques.

Dans les varioles confluentes, vers le cinquième ou le sixième jour de l'éruption, l'extravasation des leucocytes dans les couches superficielles du derme peut s'être faite avec une telle abondance qu'elle forme çà et là, et plus ou moins profondément, de véritables petits abcès, ou de petites nappes purulentes. D'ordinaire cette lésion ne dépasse pas les parties inférieures de la portion du derme, dite corps papillaire. Entre ces accumulations de globules blancs, le tissu dermique en contient aussi un nombre plus ou moins grand, disséminés dans les interstices des faisceaux de tissu connectif, et d'autant plus nombreux qu'on se rapproche davantage de ces petits abcès, formés au voisinage des vaisseaux.

Les modifications du derme, comme je l'ai déjà dit, ne se bornent pas là. Il s'y fait une active multiplication des éléments cellulaires normaux situés entre les faisceaux du tissu conjonctif ou lamineux; et, sur des préparations colorées par le carmin ammoniacal, on voit, surtout dans la portion du corps papillaire la plus voisine de la surface profonde de l'épiderme, des noyaux beaucoup plus nombreux que dans l'état normal. En examinant de nouveau mes préparations de peau variolée, j'ai vu dans quelques papilles dermiques des noyaux très-allongés, qui appartiennent probablement aux éléments musculaires décrits récemment par M. J. Neumann, et qu'il a vus se modifier sous l'influence de la dermite varioleuse.

Comme il n'entrait pas dans mes intentions, ainsi que je l'ai dit, de faire ici une description complète des lésions de la peau chez les sujets atteints de variole, je ne suivrai pas l'évolution des pustules dans ses phases ultérieures; je ne dirai rien des diverses variétés que peuvent présenter les lésions de la peau, suivant que l'éruption est modifiée, ou non, par la vaccine ou une éruption antérieure, suivant qu'elle est discrète, confluente, hémorrhagique; je ne parlerai pas non plus du mécanisme bien connu de l'ulcération du derme dans les périodes avancées du développement des pustules, ni de la desquamation, ni de la cicatrisation et des variétés aréolaires, pigmentées, etc., des cicatrices. J'ai voulu surtout, dans les remarques que je viens de présenter en dernier lieu et qui ne sont pas relatives au travail de M. Briquet, rappeler l'opinion que j'avais émise par rapport au mécanisme de la suppuration des pustules varioliques, et déclarer que mes études, reprises bien des fois sur ce sujet, n'ont fait que corroborer mon adhésion à la théorie de la suppuration par émigration des leucocytes primitivement contenus dans le sang en circulation.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 31 octobre 1871. — Présidence de M. Wurtz.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Le rapport final de M. le docteur Puibaraud, médecin des épidémies pour l'arrondissement d'Ancenis, sur une épidémie de variole qui a régné dans cet arrondissement pendant l'année 1871 (Comm. des épidémies); 2° une demande en autorisation d'exploiter deux nouvelles sources d'eaux minérales à Euzet (Gard) (Comm. des eaux minérales).

M. le Président annonce à l'Académie que MM. Lecadre (du Havre) et Seux (de Marseille) assistent à la séance.

PRÉSENTATIONS

M. Briquet, au nom de M. le docteur Bancel, dépose sur le bureau la relation médico-chirurgicale du siége de Toul. (Comm. : MM. Gosselin, Richet, Verneuil.)

M. A. Guérin présente, au nom de M. le docteur Mordret, un rapport sur le service de santé militaire au Mans pendant la durée de la guerre. (Comm. : MM. Larrey, Chauffard, Legouest.)

M. Devilliers, de la part de M. le docteur Boens (de Charleroy, Belgique), met sous les yeux de l'Académie un forceps muni d'une troisième branche inférieure mobile, laquelle, dans les cas où il faut déployer une grande force pour terminer l'accouchement, l'accoucheur peut confier à un aide quelconque. Par ce moyen, l'accoucheur peut gouverner son instrument dans tous les sens qu'il juge bon de lui imprimer, et peut, grâce à ce gouvernail, modérer, arrêter même tous les efforts de son aide. Le forceps, muni de cette modification, peut être d'un grand secours dans les cas de rétrécissement du détroit supérieur. (Comm. : MM. Devilliers, Depaul et Jacquemier.)

M. Larrey offre en hommage, au nom de M. Ladureau, médecin principal de 2e classe, une brochure intitulée : *Ligature de l'iliaque primitive.*

M. Richet présente : 1° au nom de M. Lecadre (du Havre), présent à la séance, une brochure ayant pour titre : *Exposé du mouvement de la population et des maladies dominantes au Havre, en* 1870;

2° Au nom de M. le docteur Galezowski, un ouvrage intitulé : *Traité des maladies des yeux.*

« Le livre que j'ai l'honneur de présenter à l'Académie, dit M. Richet, est, permettez-moi l'expression, une *œuvre française*. Je m'explique. La science ophthalmologique, depuis l'arrivée parmi nous de notre regretté confrère le docteur Sichel père, semblait s'être faite *germanique*. Il avait importé à Paris les doctrines de l'école de Beer; il se les était appropriées, pour ainsi dire, et les enseignait à nos élèves. Les chirurgiens français, Velpeau et Sanson, entre autres, avaient bien protesté, il est vrai, dans leurs leçons sur les maladies des yeux, contre les prétentions exagérées d'Outre-Rhin, qui semblaient vouloir tout accaparer. C'était à un des chefs de clinique de Sichel lui-même, au docteur Desmarres père, qu'il était réservé de montrer que la science des affections oculaires était toute française d'origine et devait rester française. M. Galezowski, chef de clinique de M. Desmarres, a suivi les traditions de son maître, et, plus reconnaissant qu'un autre de ses prédécesseurs, devenu depuis bien célèbre, le docteur Von Graffe, il a dédié, lui, son premier ouvrage à son professeur, tandis que de Graffe s'est toujours soigneusement abstenu de le nommer dans ses nombreux écrits, montrant ainsi combien le traité de M. Galezowski, outre ce mérite d'avoir rendu pleine justice et d'avoir mis en lumière les travaux de l'école française, en a un autre qui lui assure une place distinguée dans notre littérature médicale : c'est qu'il est au courant de la science non-seulement allemande, mais anglaise et italienne.

Chaque chapitre est suivi d'un précieux indicateur bibliographique et d'un formulaire thérapeutique très-riche. 226 belles figures gravées, intercalées dans le texte, en facilitent l'intelligence. Parmi les chapitres les plus importants, je signalerai celui qui traite des affections chirurgicales des paupières; la question de la blépharoraphie y est présentée avec beaucoup de méthode et d'une manière complète.

L'auteur, lorsqu'il étudie les affections profondes du globe oculaire, les irido-choroïdites, les rétinites, les hémorrhagies rétiniennes et autres, par exemple, n'oublie pas de les rattacher aux affections générales dont elles ne sont que les symptômes, et se montre ainsi médecin aussi instruit qu'ophthalmologiste distingué. N'oublions pas de dire que l'auteur ne se borne pas à présenter les opinions des autres, qu'il émet les siennes propres, et elles sont nombreuses, avec une grande sobriété et beaucoup de modestie.

En résumé, son traité est une œuvre remarquable, essentiellement pratique et qui mérite toute la bienveillante attention du public médical.

RAPPORTS

M. Chevallier, au nom de M. Miahle et de la Commission des eaux minérales, lit un rapport sur une source nouvellement découverte à Hamman-Miskoutine (Algérie).

Les conclusions de ce rapport sont adoptées sans discussion.

LECTURES

M. Briquet lit la suite de son travail sur la variole. (Voir le numéro de jeudi dernier.)

La période prodromique de cette affection a-t-elle, sous le rapport de la durée, quelque relation avec la nature et l'intensité de l'éruption qui doit la suivre?

Les prodromes ont eu, le plus ordinairement, une durée soit de trois, soit de deux jours.

Si l'on étudie ces durées dans leurs rapports avec la nature des éruptions varioleuses, on trouve que : 1° les prodromes ont manqué très-rarement dans les éruptions graves et souvent dans les éruptions légères;

2° Que les durées de sept à huit jours ont eu lieu plus souvent dans les affections graves que dans les affections légères;

3° Que les moyennes de ces durées ont été graduellement en augmentant de quelques dixièmes de jour, de la varicelle à la variole.

Il n'y a pas une relation bien caractérisée entre la durée des phénomènes prodromiques des éruptions varioliques et l'intensité des éruptions qui doivent survenir.

L'étude du rapport existant entre l'intensité des prodromes et celle de l'éruption future, montre que les prodromes avaient eu de l'intensité chez un peu plus du tiers des sujets atteints de varicelle, et chez plus des deux tiers des malades atteints soit de varioloïde, soit de variole.

Ils avaient au contraire eu peu d'intensité chez près des deux tiers des sujets atteints de varicelle, chez 1/11e des malades atteints de varioloïde et chez 1/9e de ceux qui étaient atteints de la variole.

L'intensité des prodromes est donc dans la majorité des cas proportionnelle à celle de l'éruption future.

Parmi les troubles fonctionnels qui constituent les prodromes, il en est cinq qui peuvent, par leur réunion, permettre d'établir le diagnostic; ce sont : la céphalalgie, la rachialgie, les vomissements ou les nausées et le début brusque de ces troubles.

Quant au mode d'invasion des accidents morbides, M. Briquet a constaté que le plus souvent (405 fois sur 419), la maladie avait débuté brusquement. Le début brusque est donc une circonstance en quelque sorte caractéristique.

On a pu constater des décès dans chacune des trois formes des éruptions varioliques. Aucun malade n'a succombé à la varicelle. Sur les 116 cas de varioloïde, il y eut 14 décès; sur les 108 cas de variole véritable il y en eut 72. Ainsi la mortalité a été : dans la varicelle 0, dans la varioloïde de 1/8e et dans la variole des 2/3.

Les 3/5e environ des malades ont succombé directement à l'intensité de l'éruption, tandis que les 2 autres cinquièmes ont péri victimes soit indirectement de l'intensité de la maladie, soit d'accidents consécutifs.

Le rôle de la thérapeutique, dit M. Briquet, consiste à prévenir et à adoucir les accidents qui accompagnent l'éruption. C'est ce qui a été fait à l'ambulance de Clichy; toutes les fois qu'une éruption varioleuse s'est présentée sous la forme discrète, on l'a constamment abandonnée à elle-même, on n'a cherché à entraver la maladie que quand l'éruption était ou très-abondante ou confluente. La suppuration des pustules constituant en grande partie, durant les deux premiers septenaires, la gravité de la maladie, et provoquant directement le plus grand des dangers, c'est à la suppuration qu'on a dû s'attaquer, et la médication qui a été le plus généralement employée dans ce but a consisté dans l'emploi des topiques mercuriels.

Sûr des résultats qu'il avait obtenus dans ses premières applications de cette méthode en 1838, M. Briquet n'hésita pas à y recourir. Son but était surtout de prévenir le gonflement de la face, d'empêcher la formation de ces nappes de pus qui s'échappent à travers les fissures de l'épiderme, occasionnent des douleurs si vives et donnent à la tête un aspect si repoussant, et enfin de prévenir le gonflement des paupières, qui conduit si souvent aux altérations de l'œil.

M. Briquet avait, en outre, l'espoir de diminuer l'appareil fébrile et ses conséquences, en modifiant l'éruption sur une grande étendue de la peau. Il déclare n'avoir, sous ce rapport, atteint qu'en partie le but auquel il se proposait d'arriver; l'application des topiques n'ayant généralement pu être faite qu'à la face.

95 varioleux à éruption soit très-abondante, soit confluente, ont été soumis à l'application des topiques mercuriels. Voici les effets obtenus :

Dans la variole discrète, l'inflammation de la pustule ou diminue ou est complétement entravée; l'auréole rouge qui entoure la pustule disparaît, l'exsudation fibro-plastique se fait très-incomplétement, etc.

Ainsi, supposant une application faite durant les deux premiers jours de l'éruption, au quatrième ou au cinquième jour, il n'y a plus sur la figure que de petits boutons durs et plats, tandis que le reste du corps est couvert de pustules en pleine évolution.

Sur les 95 cas d'application de l'onguent napolitain sur la figure, dans 62 cette application avait été faite dans les trois premiers jours de l'éruption, et sa durée avait été de trois jours chez 43 malades et de quatre jours chez 17 autres sujets. Chez les 33 derniers, l'application s'était faite plus tard.

Or, il a suffi que cette application eût été faite dans l'un des trois premiers jours de l'éruption pour que les résultats aient été les mêmes, que l'application eût duré ou trois ou quatre jours.

Toujours les malades ont éprouvé du bien-être au contact d'un corps frais et doux sur la figure.

Chez 7 malades qui avaient déjà un gonflement notable à la face et une sorte d'érysipèle, quand l'application de l'onguent a été commencée, le gonflement a persisté et la mort est arrivée au bout de peu de jours.

Mais sur les 88 autres, il n'y en eut que 4 chez lesquels le gonflement se soit manifesté pendant les premiers jours de l'application, et 4 chez lesquels les grosses croûtes qui se produisirent pendant la dessiccation, déterminèrent le gonflement des lèvres et du nez.

Dans tous les autres cas, il ne parut pas la moindre tuméfaction, ni des lèvres, ni du nez, ni des paupières. Aussi l'entrée et la sortie de l'air dans la respiration se faisaient assez facilement.

Chez 85 malades, les boutons ont été complétement indurés et n'ont pas présenté la moindre apparence de suppuration; chez 10, au contraire, l'induration avait été incomplète.

En définitive, sur les 95 malades qui furent soumis au traitement par les topiques mercuriels, qui tous étaient gravement atteints, il y eut 40 guérisons et 55 décès.

Les deux seuls inconvénients de ce mode de traitement furent la salivation et l'hydrargyrie.

La première a existé assez fréquemment, mais elle n'a jamais été grave; le collyre de Lanfranc et les gargarismes au chlorate de potasse la firent promptement cesser.

L'hydrargyrie a été, au contraire, un accident fort rare.

Les circonstances relatives au traitement général n'ont rien présenté de particulier.

(*Sera continué.*)

ÉCOLE VÉTÉRINAIRE DE LYON.

LISTE PAR ORDRE DE MÉRITE DES ÉLÈVES NOUVEAUX QUI VIENNENT D'ÊTRE ADMIS A L'ÉCOLE.

MM. Brandis (Bouches-du-Rhône). — André (Saône-et-Loire). — Leblanc (Côte-d'Or). — Pagot (Var). — Grimaud (Ardèche). — Ory

(Loire). — Claude (Vosges). — Peuch (Rhône). — Massenot (Côte-d'Or). — Sembel (Puy-de-Dôme). — Gilette (Var). — Coureiru (Sarthe). — Canard (Saône-et-Loire). — Desfarges (Creuse). — Pons (Alpes-Maritimes). — Marin (Var). — Brenet (Doubs). — Mazet (Ardèche). — Dubordieu (Gironde). — Aucouturier (Creuse). — Héliot (Côte-d'Or). — Vérain (Haut-Rhin). — Adam (Haut-Rhin). — Gaslaud (Alpes-Maritimes). — Buchin (Haute-Saône). — Feldmann Haute-Marne). — Pergé (Vaucluse). — Herne (Côtes-du-Nord). — Bonniaud (Saône-et-Loire). — Vallon (Vosges). — Tarlier (Pas-de-Calais). — Berthéol (Puy-de-Dôme). — Debaucheron (Gironde). — Fourès (Ardèche). — Toravent (Puy-de-Dôme). — Joignault (Côte-d'Or). — Froissard (Bouches-du-Rhône). — Prévost (Haute-Saône). — Morot (Côte-d'Or). — De Gonzague (Martinique). — Chencrier (Haute-Loire). — Révoug (Isère).

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret du Président de la République, en date du 27 octobre 1871, rendu sur le rapport du ministre de la marine et des colonies, le docteur F. J. Van Leent, médecin de 1re classe de la marine royale hollandaise, a été nommé au grade de chevalier de l'ordre national de la Légion d'honneur, en récompense des services dévoués qu'il a rendus à l'ambulance néerlandaise qui s'était établie au Havre pendant la guerre.

— Quelques journaux ont annoncé que le préfet de la Seine, d'accord avec le conseil d'administration de l'assistance publique, avait décidé que six médecins seraient désormais attachés à chaque arrondissement municipal pour soigner gratuitement les nécessiteux.

Nous sommes autorisés à démentir cette nouvelle ; aucun projet de ce genre n'est encore à l'étude.

— Voici les questions posées pour le concours des prix de l'internat :

1° Pour les élèves de première et de deuxième année : Conduits excréteurs de la bile, anatomie et physiologie ; — diagnostic de la colique hépatique.

2° Pour les élèves de troisième et de quatrième année : des cartilages du larynx ; — mouvements du larynx ; — indications et contre-indications de la trachéotomie.

— La Société des médecins des bureaux de bienfaisance tiendra sa prochaine séance mercredi 8 novembre, à huit heures précises du soir, à la mairie du Louvre, place Saint-Germain-l'Auxerrois.

Ordre du jour : 1° Discussion sur la proposition de mettre au concours la question de la réorganisation du service médical des bureaux de bienfaisance dans le ressort de Paris ; 2° Nouvelle communication du président de la Société ; 3° Rapport et vote sur une demande d'admission.

— M. le professeur Chauffard commencera son cours de pathologie générale lundi 6 novembre, à cinq heures du soir, et le continuera tous les lundis, mercredis et vendredis, à la même heure, grand amphithéâtre de la Faculté de médecine.

— M. le docteur d'Heilly, ancien interne des hôpitaux, commencera un cours public de Pathologie interne, le mardi 7 novembre, à 8 heures du soir, dans l'amphithéâtre n° 1 de l'École pratique, et le continuera, à la même, les mardi, jeudi et samedi suivants.

— Le docteur Reliquet, commencera son cours sur les maladies des voies urinaires et les opérations qu'elles nécessitent, le mardi 7 novembre, à sept heures du soir, dans l'amphithéâtre n° 1 de l'École pratique, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivant, à la même heure.

— M. le docteur Mallez commencera son cours de pathologie et de chirurgie de l'appareil urinaire le mercredi 8 novembre, à sept heures et demie du soir, dans l'amphithéâtre n° 2 de l'École pratique, pour le continuer les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure.

— La commune de Dornes, chef-lieu de canton (Nièvre), aurait besoin d'un médecin.

Bonne résidence, clientèle assurée ; population du canton, 10,000 ; subvention annuelle des communes voisines, pour l'assistance des indigents ; défaut actuel de ressources médicales ; le médecin serait, en même temps, pharmacien.

S'adresser au maire de Dornes.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments ou autres objets).

L'étudiant micrographe, traité pratique du microscope et des préparations, par Arthur Chevalier, O. ✻, 1 vol. de 600 pages, 600 figures : 7 fr. 50 c. — Delahaye, place de l'École-de-Médecine. — Catalogue illustré des microscopes, gratis, chez Arthur Chevalier, Palais-Royal.

Des anomalies de l'homme, de leur fréquence relative, par le docteur Albert Puech. Paris, 1871. 1 vol. gr. in-8° de 104 pages. — Prix : 2 fr. 50.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 — Un an. . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 6 novembre 1871.

L'Association générale a tenu, le 29 octobre, son assemblée générale.

Parmi les questions diverses agitées dans cette séance, celle qui frappe le plus vivement est celle des vœux et des *desiderata* des sociétés locales. Le refroidissement et le découragement grandissent. Au moment où partout la décentralisation triomphe, des protestations s'élèvent plus nombreuses et plus vives contre la centralisation de l'Association. Il importe de combler au plus vite les vides laissés par ceux qui n'ont plus foi. Il a été décidé qu'une circulaire serait adressée au corps médical de France pour provoquer des adhésions nouvelles.

Les questions de l'inspectorat des eaux minérales, du concours pour le professorat et de l'élection par le corps médical pour toutes les fonctions médicales administratives, ont dû être prises en considération par l'assemblée.

Ces diverses questions recevront une solution favorable aux vœux du corps médical, si l'Association générale tient à rester à la hauteur de la mission qu'elle s'est imposée.

Dr E. LE SOURD.

RÉSUMÉ

DE LA DISCUSSION SUR L'INFECTION PURULENTE

De l'étiologie (1).

IV

On a vu dans la première partie de ce résumé quelle est la doctrine étiologique générale de M. Chauffard et quelles applications il en fait à la pathogénie de l'infection purulente. Nous avons dit qu'en partant de principes d'une incontestable vérité, dont nous nous sommes faits plus d'une fois les défenseurs dans les colonnes de ce journal, notamment contre les prétentions exagérées de la physico-chimiâtrie, M. Chauffard, dans les développements qu'il avait donnés à sa thèse, s'était laissé entraîner souvent aussi à d'évidentes exagérations. Tant il est difficile, paraît-il, à tous ceux qui cherchent à faire prévaloir une doctrine, d'éviter les écarts où conduit fatalement une logique trop rigoureuse, qui ne tient compte que des tenants et aboutissants d'un seul principe, au préjudice de tous les autres éléments du sujet. On arrive forcément d'épurations en épurations, d'ébranchements en ébranchements, à ne conserver que la conception de pures abstractions, que la quintessence des choses, au lieu de demeurer et de s'affermir sur le terrain solide des faits observables et de leur enchaînement naturel. C'est ainsi que M. Chauffard, en s'appuyant sur un fait premier d'une indéniable et capitale importance, l'unité et la spontanéité de l'organisme vivant, et en en faisant l'assise de tout son raisonnement, a fini, à force de se complaire dans la contemplation de ce principe et de chercher à en déduire toutes les causes d'action et à en faire découler toutes les opérations physiologiques et pathologiques, par reléguer dans un plan inférieur et lointain, pour l'oublier bientôt dans l'édification de sa doctrine, l'ordre tout entier des agents extérieurs et des modificateurs si nombreux et si variés que renferment les milieux où se meut l'organisme humain. L'influence des climats et celle des saisons et les miasmes telluriques, comme les miasmes humains, et les contages et les poisons et les milliers de parasites et de ferments qui nous entourent, ne seraient donc qu'autant de conditions purement occasionnelles et provocatrices de nos maladies, incitant l'organisme ou glissant sur lui inertes et stériles, suivant qu'elles seraient acceptées ou non par le principe de la spontanéité vivante? Et la spécificité d'action de ces nombreux germes morbigènes du règne organique, comme celle d'un grand nombre d'agents toxiques minéraux, disparaîtrait devant le pouvoir exclusif de l'organisme vivant de créer de toutes pièces la spécificité morbide? Ainsi serait effacée d'un trait de plume la grande classe des agents étiologiques à propriétés spécifiques? Ainsi se trouverait abrogée la grande loi de la corrélation étiologique des rapports de nature d'intensité et de durée d'action de la cause avec la nature, l'intensité et la durée des effets?

Je sais très-bien que, devant cette appréciation sommaire de ses doctrines, M. Chauffard aura une réponse toute prête, celle qu'il a déjà faite à ses contradicteurs de l'Académie. Sans doute, il se défendra d'avoir fait jouer à la spontanéité un rôle aussi excessif et aussi absolu; il déclarera qu'il tient compte des causes extérieures, qu'il ne conçoit la spontanéité qu'entourée de l'ensemble des causes occasionnelles et provocatrices; il ira même jusqu'à convenir que l'étiologie contient la prophylaxie et la meilleure part de la thérapeutique. Mais à peine ces déclarations faites et arrachées en quelque sorte comme autant de concessions aux questions pressantes de ses contradicteurs, il les oubliera bientôt pour répéter de nouveau, en termes tout aussi formels, que la vie tire exclusivement d'elle-même ses déterminations propres, que toute sollicitation qu'elle reçoit du dehors, toute perception de l'extérieur physique n'empêche pas la vie de puiser en elle seule son principe d'action. Il ne fait pas plus grâce aux virus qu'aux agents physiques. L'inoculation des virus, dit-il, n'est au fond qu'une cause provocatrice de la spontanéité organique. Si bien qu'on ne voit pas pourquoi le pus varioleux inoculé ne produirait pas, à l'occasion, une autre maladie que la variole, ni pourquoi le virus syphilitique ne serait pas créé de toutes pièces par la spontanéité. Et il répétera de nouveau sa proposition favorite, que la spontanéité est une maîtresse majeure en fait de maladie, et que nous ne savons pas encore tout ce que l'on peut demander à son pouvoir créateur.

Ainsi, comme l'a dit spirituellement un de nos collaborateurs bénévoles, M. le docteur Lorain, dans une série d'études de philosophie médicale, à propos du Traité de pathologie générale de M. Chauffard, insérées dans la *Gazette des hôpitaux* de 1863 : « L'auteur refuse fièrement, pour l'organisme, toute immixtion des agents extérieurs; ils se présentent et sont acceptés ou refusés par la force vitale, et s'il survient par suite quelque modification dans la santé, ils n'en ont même pas l'honneur; c'est l'organisme qui se frappe lui-même. »

Mais nous nous étions engagé à résumer la discussion et non pas à discuter nous-même. Reprenons la tâche plus modeste que nous nous étions imposée.

V

La doctrine de M. Chauffard a rencontré dans MM. Gosselin et J. Guérin d'assez rudes adversaires. M. Gosselin, ramenant la question à des termes plus simples et plus accessibles à l'analyse clinique, avait déjà dit excellement dans l'un de ses discours : que la grande préoccupation du chirurgien, en présence de l'éventualité si grave et malheureusement si fréquente de l'infection purulente, est la prophylaxie; or, ajoutait-il, dans l'appréciation des moyens prophylactiques, il faut tenir compte de toutes les causes prédisposantes et occasionnelles contre les effets desquelles la prophylaxie cherche à diriger ses moyens, en cherchant, parmi ces causes, celles qu'elle peut neutraliser et celles contre lesquelles elle reste impuissante. C'était poser dans ses véritables termes le problème pratique qui doit nous préoccuper surtout ici. On a vu l'élément important que M. Gosselin a introduit dans l'étude de ce problème en faisant intervenir l'ostéomyélite comme l'une des causes fréquentes du développement de l'infection purulente. Mais c'est surtout M. J. Guérin qui a donné à cette grande question de l'étiologie toute l'attention et toute l'ampleur qu'elle comportait. Avec lui il faut reprendre les choses de plus haut. C'est toute une opposition, toute une lutte de doctrine à doctrine.

Pour M. J. Guérin, la prétendue indépendance du corps vivant au milieu de la nature n'existe pas (nous omettons intentionnellement le dogme de l'antagonisme qu'il a fait intervenir inopportunément, M. Chauffard ayant déclaré le récuser). L'organisme humain est à ses yeux un système qui a sa raison d'être dans les éléments qui l'entourent, et qui y puise incessamment les éléments qui l'entretiennent. Notre ignorance sur les liens cachés qui rattachent le petit système au grand système, dit-il, a pu seule faire croire à l'indépendance de l'organisme vivant vis-à-vis du monde extérieur. L'application de cette première vue à la pathogénie des plaies n'a pu qu'en inspirer une conception erronée.

L'idée du *consensus* vraie en elle-même, si on la considère comme l'expression d'un système dans lequel toutes les parties sont harmoniques et solidaires, cesse de l'être si l'on en fait le privilége de l'organisme vivant. Tout système organique et animé d'une force agissante possède au même titre que l'organe humain la faculté d'action harmonique de toutes ses parties. Le mode et les moyens suivant lesquels ce concours, ce *consensus*, est mis en action diffèrent, voilà tout.

La spontanéité, dont on a fait le caractère principal des actes de l'organisme vivant, ajoute M. J. Guérin, n'a pas non plus la signification qu'on lui a conservée dans la doctrine vitaliste; dire que l'organisme possède en lui-même la raison et les éléments de ses actes, et affirmer aux produits de ces actes une provenance étrangère aux agents extérieurs, c'est supprimer d'un seul coup toute l'étiologie réelle et la réduire à une provocation occasionnelle, si ce n'est l'annuler tout à fait. Enfin à ce dogme de la spontanéité, M. Jules Guérin oppose le principe de la fonctionnalité continue dont les déviations donnent la clef de la plupart des phénomènes morbides.

A l'appui de ce point de doctrine étiologique, il a cité un exemple tout à fait frappant de la succession de faits d'un ordre presque entièrement mécanique, là où, d'après les apparences superficielles, on aurait pu croire à un acte de spontanéité de l'organisme des mieux caractérisés. C'est celui des luxations congénitales du fémur où l'on voit, en étudiant attentivement toutes les conditions de la formation d'une articulation nouvelle, constituée par les rapports insolites de la tête du fémur avec l'un des points de la fosse iliaque externe, l'effet manifeste de la continuité d'action de la fonctionnalité dans les nouvelles conditions anormales créées par le déplacement.

Nous avons eu souvent l'occasion de voir en action et d'étudier de près, avec M. J. Guérin, il y a déjà un assez grand nombre d'années, les lois de formation, de développement et d'accroissement graduel des déviations et des difformités du système osseux, sous l'influence du concours combiné de l'action anormale des muscles et des conditions statiques de la pesanteur, tendant également les uns et les autres à accroître incessamment la direction vicieuse des os et les rapports anormaux établis entre leurs surfaces articulaires; et nous avons, dès cette époque, accepté comme parfaitement fondée la doctrine étiologique que M. J. Guérin en a déduite.

Or, si de ces faits, où les éléments étiologiques fonctionnels et mécaniques combinés sont d'autant plus aisés à saisir et à suivre dans leurs effets corrélatifs, qu'ici les phénomènes présentent une stabilité et une persistance plus favorables à l'étude, et qu'ils sont d'ailleurs de nature à ne produire sur l'ensemble de l'économie qu'un retentissement presque insensible et à n'entraîner par conséquent qu'une réaction tout à fait inappréciable de la part du système vivant; si, dis-je, de ces faits simples on s'élève à la considération de faits morbides plus complexes, dans lesquels la spontanéité a sa part manifeste d'action, ne peut-on pas encore, par l'application de cette méthode d'analyse étiologique, et tout en tenant compte des faits de spontanéité et de réaction vitale qu'il s'agira d'en dégager autant que possible, chercher à saisir dans la succession et l'enchaînement de toutes les circonstances qui ont pu concourir au développement de la maladie, celles d'entre elles qui peuvent être atteintes ou neutralisées et enrayées dans leur part d'action? C'est là ce que M. J. Guérin s'est proposé de faire pour l'infection purulente. Et c'est à la lumière de ce procédé analytique qu'il a vu, dans cette affection, une série d'états morbides différents et gradués, correspondants et subordonnés à la dose du poison, au degré de résistance de l'organisme et à l'époque où l'on observe l'intoxication. Il y a puisé la conception nosologique de l'intoxication purulente représentant deux séries parallèles, l'une, des différents degrés de la cause toxique, l'autre, des différentes formes sous lesquelles ces différentes actions se manifestent. Il a donné le nom de série étiologique à cette manière d'envisager la causalité réelle et matérielle aux prises avec l'organisme dans ses différents modes et dans ses différents résultats.

Cette série est représentée ici, pour l'infection purulente, d'abord par la fièvre traumatique, qui n'est pas, aux yeux de M. Guérin, comme pour M. Chauffard, une manifestation de réaction générale et commune provoquée par le traumatisme, un acte préparateur de la curation, mais bien l'expression d'un trouble, d'une souffrance de l'économie, toujours inutile, jamais nécessaire, et souvent nuisible au rétablissement du blessé; puis la suppuration, acte médicateur, réparateur, utile et nécessaire par conséquent, pour M. Chauffard, période pathologique, intermédiaire de fonctionnalité pervertie entre la lésion des parties et leur réorganisation, période inutile, dangereuse, bonne à supprimer, pour M. J. Guérin, et que la méthode sous-cutanée, partout où elle est réalisable, a précisément pour objet de supprimer en lui substituant le travail d'organisation immédiate.

Le troisième terme est l'altération du pus au contact de l'air ou par les divers ferments organiques qu'il renferme; l'absorp-

(1) Voir le numéro de samedi 28 octobre.

tion de ce pus altéré, incessamment effectuée à la surface des plaies ; enfin la putridité et les accidents qu'elle entraîne. De là ressort l'idée de l'assimilation complète de l'infection purulente avec les empoisonnements, d'où le nom d'intoxication purulente, que M. J. Guérin lui a imposé dès le début de la discussion.

La doctrine étiologique, ainsi comprise, loin de se renfermer exclusivement dans la considération de ces éléments principaux, et de négliger toute la série des causes prédisposantes et adjuvantes, ainsi que les mille petits incidents intercurrents si communs dans les blessures graves, les comprend tous au contraire, et leur assigne, suivant leur degré d'importance, le rang qui leur revient dans la série.

La conséquence pratique qui se déduit de cette manière d'envisager la pathogénie de l'infection purulente, est de poser les indications qui se déduisent de l'étude de chacun de ces éléments étiologiques et de conduire à la recherche des moyens d'en prévenir ou d'en combattre les effets. C'est ce qu'on cherche à faire notamment aujourd'hui, en prévenant, soit par le choix des procédés opératoires, soit par les procédés de pansement, l'établissement et les progrès de la suppuration, ainsi qu'en entourant les blessés et les opérés de tous les soins hygiéniques capables de les mettre à même de lutter avantageusement contre les conséquences imminentes du traumatisme.

L'avenir nous dira quelle peut être la valeur des diverses méthodes actuellement en voie d'expérimentation ; mais quels qu'en soient les résultats, et alors même qu'elles ne produiraient pas tout ce qu'on en attend et qu'elles ne donneraient pas à cet ordre d'idées la sanction expérimentale, nous n'en persisterions pas moins à croire que c'est là la voie que l'on doit suivre avec persévérance.

Nous ne nous étendrons pas plus longuement sur cette question si importante de l'étiologie, sur laquelle il y aurait tant de choses à dire encore. Nous nous proposions de faire entrer dans ce résumé quelques réflexions sur la question de nosologie soulevée pas M. Bouillaud. Ce sera l'objet d'un autre article.

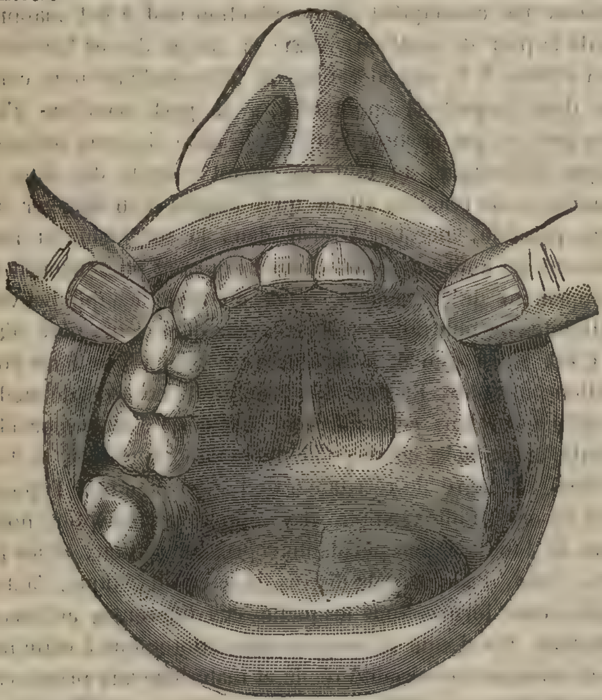
Dr Brochin.

AMBULANCE DE LONGCHAMP. — M. Bintot.

Coup de feu. — Perforation de la voûte palatine. — Mobilité de la partie antérieure des maxillaires supérieurs. Appareil prothétique.

(Lu à la Société de chirurgie, dans la séance du 11 octobre 1871.)

Le nommé G... (Henri-Benjamin), sergent à la 5e compagnie du 14e bataillon du 3e régiment provisoire (no 4276), a été atteint d'un coup de feu à la face le 27 mai 1871. Le projectile a son ouverture d'entrée à la partie inférieure et postérieure de la joue gauche, il est sorti au-dessous de l'angle interne de l'œil droit. Les lésions résultant de cette blessure sont ; la fracture comminutive des maxillaires supérieurs, la perforation de la voûte palatine (perte de substance presque ronde dont le diamètre est de plus de deux centimètres), une perte de substance assez considérable du maxillaire supérieur gauche dans sa portion alvéolaire et des dents y implantées.



Cette blessure, aujourd'hui cicatrisée, a pour conséquence de rendre la phonation, la déglutition et la mastication presque impossibles ; cette dernière fonction étant rendue plus difficile encore par suite d'une mobilité de la partie antérieure des maxillaires supérieurs.

Laissons la parole à M. Charles Delalain pour la question prothétique :

« Pour remédier aux désordres de la blessure de ce malade, MM. les membres du conseil de santé des armées engagèrent M. le docteur Bintot, médecin chef de l'ambulance de la Presse, à s'adresser à moi pour l'exécution de l'appareil prothétique.

La première difficulté que je rencontrai fut celle-ci : c'est que, le sujet ne pouvant ouvrir la bouche d'une façon assez complète pour me permettre de la modeler à ma satisfaction, je dus, au moyen de gutta chauffée et appliquée à l'intérieur près d'une bride unissant ce qui restait du rebord alvéolaire supérieur à l'apophyse mastoïde inférieure, obtenir par cette chaleur, complétée par un jet de vapeur sortant d'un piston et s'appliquant à l'angle extérieur des mâchoires, une tension désirable me facilitant l'entrée du porte-empreinte contenant la cire à modeler.

Ce procédé, trouvé pour la circonstance, m'ayant réussi à peu près, je fis le modelage provisoire, et une plaque obturatrice que je laissai 8 jours au blessé, lui recommandant surtout de ne pas l'ôter.

Ma prescription suivie, au bout de ce temps, j'obtins le résultat désiré : la bouche s'ouvrait davantage, et je pus faire un autre modelage définitif destiné à la fabrication de l'appareil permanent, appelé :

1° A ramener dans un temps donné l'immobilité de l'arcade dentaire supérieure, représentée seulement par 3 incisives médianes, la canine, deux petites et la première grosse molaires ;

2° A obturer la perforation de la voûte palatine ;

3° A remplacer la perte de substance du maxillaire supérieur.

Description de l'obturateur.

Cet appareil se compose de deux pièces : l'une contournant une partie du maxillaire inférieur droit ; une dent avec fausse gencive remplaçant une manquante y est ajustée ; à la partie latérale de la fausse gencive droite est adapté un ressort à boudin en or qui le relie à l'obturateur supérieur en caoutchouc vulcanisé, composé d'un anneau contournant une dernière molaire, et d'une plaque obturatrice sur laquelle la perte de substance droite se trouve représentée par une fausse gencive où sont ajustées six dents qui correspondent avec celles du bas.



Sur le milieu de la voûte palatine de l'obturateur, se trouve une cavité assez profonde pour permettre de fixer une éponge mobile de la grosseur d'un œuf de pigeon, destinée à recevoir l'écoulement nasal et à parfaire l'obturation. »

Grâce à l'appareil prothétique appliqué par M. Delalain, mon blessé a la parole facile, aussi intelligible que si la lésion palatine n'existait pas; la déglutition des matières semi-liquides est facile ; le malade peut fumer. Quant à la mastication, bien qu'encore incomplète, elle tend chaque jour à se faire plus régulièrement. De plus, la mobilité de la portion antérieure des maxillaires supérieurs, qui a déjà de beaucoup diminué, finira, tout le fait espérer, par disparaître.

La restauration obtenue par l'habileté artistique de M. Delalain est donc des plus heureuses et mérite un témoignage de vraie satisfaction.

SCLÉROSE DES JAMBES CONSÉCUTIVE AU SCORBUT

Par M. le Dr Legroux, chef de clinique à la Pitié.

(Lu à la Société médicale des hôpitaux, dans sa séance du 27 octobre 1871.)

Le malade que vous verrez tout à l'heure est un homme âgé seulement de 38 ans, bien qu'il en paraisse davantage, exerçant la profession de porteur à la halle. Ayant toujours habité Paris, il n'a jamais été atteint d'aucune maladie avant la fin du mois de février dernier. A cette époque, après avoir traversé le siége de Paris en subissant autant que tous les habitants de sa condition les dures privations qu'il entraîna, après avoir vu son alimentation réduite à des soupes peu nutritives, à quelques portions de légumes secs, haricots, pois cassés, riz, et n'ayant eu souvent pour toute nourriture en ses vingt-quatre heures que sa ration de pain noir à tremper dans un litre de vin, il vit peu à peu ses forces décliner et commença à éprouver des douleurs dans les deux jambes, au pourtour des chevilles, du tendon d'Achille et dans les mollets. Il fut obligé, à cette époque, de se faire exempter de son service de garde national, et cessa tout travail. En même temps il ressentait une paresse très-grande à se mouvoir et restait des heures entières assis sur les bancs qui entourent les bâtiments des halles.

Vers le commencement de mars seulement, il s'aperçoit pour la première fois de l'existence de taches pétéchiales, de couleur lie de vin, un peu saillantes, répandues sur la partie externe et inférieure des deux jambes. En cinq ou six jours, l'éruption pétéchiale folliculaire devient confluente et s'étend des malléoles au-dessus du genou et toujours dans les régions externes et antérieures. L'éruption s'accompagne d'un peu d'œdème des jambes. Pas de fièvre, faiblesse, pâleur de la peau, teinte jaunâtre du visage. Apathie de plus en plus grande pour tout mouvement, ce qui ne l'empêche pas cependant de sortir de chez lui et d'aller chercher au dehors de la distraction. Il évite de rester debout et passe sa journée assis.

Le 12 mars environ, les premières ecchymoses cutanées, avec épanchements sanguins dans l'épaisseur des membres, se font jour d'abord à la partie interne et moyenne du mollet droit, puis à la partie correspondante du mollet gauche, dans une étendue de 12 à 15 centimètres. Les membres deviennent plus durs et très-douloureux.

Huit jours après, apparition d'ecchymoses et d'épanchements semblables dans la région poplite. Là, le gonflement est très-dur ; le malade sent les tendons des muscles biceps, demi-tendineux, demi-membraneux et droit interne, englobés dans une masse résistante, au milieu de laquelle ils forment autant de cordes, tendues et immobiles.

Alors la marche réveille des douleurs extrêmement vives; c'est en s'appuyant sur deux bâtons, le corps courbé en deux, les jambes en demi-flexion sur les cuisses, les genoux immobilisés autant que possible, que le malade peut faire quelques pas. Pour s'asseoir, pour se relever, il faut qu'il soit aidé, et encore est-ce avec de violentes douleurs qu'il change de position. La nuit, il est obligé de se coucher en chien de fusil, étant dans l'impossibilité d'étendre ses membres inférieurs.

L'état général n'est pas en rapport avec l'intensité des manifestations locales du scorbut. La faiblesse est grande, mais ne l'empêche pas de sortir de chez lui; les tissus sont pâles et décolorés; il est blême; sans fièvre, ayant conservé le sommeil et l'appétit, n'ayant ni vomissements, ni diarrhée, sans palpitations ni tendance aucune à la syncope; le malade circule encore tant bien que mal et, avec cette indifférence qu'a souvent l'ouvrier quand il est malade, il attendait que la maladie cessât d'elle-même et négligeait absolument de se soigner.

A la fin du mois de mars, et je souligne cette date, il commence seulement à sentir des douleurs dans les gencives. En peu de jours ces parties se tuméfient, se couvrent de fongosités saignantes plus ou moins volumineuses, au point de lui interdire la mastication. Il se nourrit de soupe et de pain trempé dans le vin. Les dents cependant semblent peu influencées; aucune ne s'ébranle; il n'en perd aucune. L'haleine, à aucun moment, n'est fétide, au dire du malade.

Arrivée à ce degré d'intensité, la maladie reste à peu près stationnaire; l'éruption pétéchiale avait disparu cependant, les ecchymoses s'étaient peu à peu transformées et avaient laissé à leur place une teinte brune bronzée de la peau, les deux jambes étaient infiltrées et dures.

D'avril en août, malgré sa grande faiblesse et ses douleurs, le malade, poussé par la nécessité, cherche à reprendre le service de la garde nationale; il se fait bientôt exempter pour cause de maladie, et alors tantôt il reste chez lui couché, tantôt il s'occupe de travaux peu fatigants qui lui procurent quelques gains.

En dernier lieu, au mois de juin, il fut employé à curer des puisards et égouts du Jardin des plantes. C'était une occupation peu faite pour favoriser la résolution de ses épanchements ; aussi, au bout de quelques jours, les douleurs ayant repris plus d'intensité, la marche et la station étant devenues impossibles, il rentra chez lui et n'en sortit que pour se faire soigner à l'hôpital de la Pitié.

Il entra à la salle Saint-Paul, no 40, dans le service de clinique de mon cher maître et de votre estimé collègue, M. le professeur Lasègue. Nous y constatons l'état suivant :

Face pâle, brune, décubitus dorsal, les jambes demi-fléchies sur les cuisses. Pouls lent, battant 68 à 72 fois par minute. Température normale. Les deux jambes et la partie postérieure et inférieure des cuisses sont indurées à leur superficie et dans leur profondeur. La peau y est brune, lisse, douce au toucher, plutôt froide que chaude. La pression avec le doigt est douloureuse et laisse, quand elle est prolongée et forte, une cupule légère. Il est impossible de pincer la peau avec les doigts, ou de la faire glisser sur les tissus sous-jacents; elle fait corps avec eux. On eut pu, en fermant les yeux, croire que l'on touchait les jambes d'une statue de marbre échauffée au soleil.

Ce qui frappe particulièrement, c'est l'atrophie énorme qu'ont subi ces membres. La jambe droite surtout est grêle, étranglée, au point que la saillie du mollet a presque disparu, et que le membre est régulièrement cylindro-conique. La jambe gauche, moins atrophiée dans sa partie supérieure, est aussi très-étranglée à sa partie inférieure. En mesurant comparativement la grosseur des deux jambes au-dessus des malléoles dans le point le plus rétréci, et au niveau du mollet, on trouve : à droite, 19 centimètres, 6 millimètres en bas, 30 centimètres 2 millimètres en haut, et à gauche, 23 centimètres, et 35 centimètres 5 millimètres dans les points correspondants.

Autour des malléoles, aux deux jambes, la peau est également dure et a perdu toute sa souplesse et sa mobilité, ainsi qu'au dos du pied droit. Au niveau du creux poplité on retrouve à droite aussi bien qu'à gauche la même induration des tissus.

Les mouvements, la marche, sont très-difficiles, roides, bridés. Le malade sent une tension, une gêne particulière dans les masses musculaires des jambes quand il cherche à mouvoir le pied en flexion ou en extension. Les mouvements des orteils sont aussi très-limités, surtout à droite. L'extension des jambes est douloureuse et incomplète.

Le réseau veineux sous-cutané est invisible. La température des deux membres est égale. La sensibilité au contact, à la piqûre, aux corps chauds ou froids, quoique obscurcie, est assez nette cependant pour que le malade, ayant les yeux fermés, indique sans erreur les points où on l'interroge et la manière dont on le fait. Aucune sensation de fourmillement, d'engourdissement, n'est éprouvée par le malade.

Chose singulière, malgré cette induration des tissus qui étrangle la jambe, malgré la gêne circulatoire, qui devrait être considérable, il n'y a pas d'œdème mou des pieds ni des chevilles.

A cette époque, *24 août*, le malade n'avait d'autres manifestations du scorbut que quelques fongosités des gencives en voie de guérison, et une ecchymose relativement étendue de la muqueuse palatine, commençant au bord des molaires gauches du maxillaire supérieur et s'arrêtant un peu avant le raphé médian de la muqueuse palatine.

Je ne veux pas insister davantage sur la description des manifestations que présentait le malade, vous en jugerez mieux par vos yeux. Aujourd'hui, après deux mois de traitement dans le service de M. Lasègue, le malade a éprouvé une amélioration réelle. Les fongosités et l'ecchymose palatine ont entièrement disparu. Les forces sont presque entièrement revenues. Les mouvements, quoique

encore limités et roides, s'exécutent sans douleur, à la condition de ne pas être trop prolongés et trop rapides. Cependant le malade peut aider au service intérieur de la salle. L'atrophie des membres a diminué; la jambe gauche a retrouvé de la souplesse et du volume; la jambe droite, moins améliorée, est encore très-grêle, comme vous allez le voir; mais il y a une différence très-sensible entre ce qu'elle est aujourd'hui et ce qu'elle était au 24 août.

Le traitement a consisté au début en application de compresses imbibées d'une solution concentrée de chlorhydrate d'ammoniaque, laquelle nous a paru favoriser beaucoup la résorption des épanchements sanguins et diminuer les douleurs chez les nombreux scorbutiques que nous avons traités, tant à l'hôpital qu'à l'infirmerie centrale des prisons à Sainte-Pélagie. Des bains alcalins ont été souvent administrés. A l'intérieur, le citron, le tartrate ferrico-potassique, le vin de quinquina, une alimentation abondante ont été prescrits.

Voilà, messieurs, quelle est l'histoire du malade que j'ai eu l'honneur de vous présenter. Permettez-moi d'ajouter quelques réflexions.

Et, d'abord, il s'agit bien ici d'un scorbutique vrai, entré à l'hôpital vers la fin de son scorbut, et présentant à ce moment cette sclérose particulière consécutive à l'infiltration du sang dans les tissus. Je dis sclérose et non sclérodermie, parce que, d'une part, la peau n'est pas seule atteinte, et, d'autre part, parce qu'il ne faut pas confondre cet état avec la lésion qui caractérise la sclérodermie vraie, maladie spéciale, à début rapide, à marche peu régressive, et qu'on a eu le tort de confondre avec diverses affections qui n'ont rien de commun avec elle que l'induration de la peau et sa rétraction. Cette sclérose scorbutique n'est pas plus de la sclérodermie vraie que de l'asphyxie locale des extrémités. Nous n'y retrouvons aucun des nombreux caractères de cette dernière maladie.

Chez mon malade, le scorbut a eu ceci de remarquable qu'il a marché très-lentement, puisque, commençant au mois de février, il n'est pas encore disparu dans sa manifestation ultime en octobre, c'est-à-dire en neuf mois, et qu'en août encore des fongosités gengivales et des ecchymoses palatines existaient. Faut-il rapporter cette lenteur de la maladie à l'absence de tout traitement jusqu'au mois d'août? Je serais tenté de le croire, si je ne voyais pas que le début a été très-lent, et que les diverses manifestations se sont suivies à longs intervalles au lieu de procéder, comme d'ordinaire, en quelques poussées rapides dans les premières semaines de la maladie. Ce serait donc une variété lente et chronique.

Je ferai remarquer encore que les fongosités des gencives ne se sont produites que très-longtemps après le début des accidents, puisque ce n'est que le 30 mars que le malade s'en aperçoit pour la première fois. D'autres exemples me prouvent, ajoutés à celui-ci, combien le scorbut s'éloigne des maladies réglées et échappe à une description par périodes rigoureuses.

Les épanchements sanguins dans la profondeur des tissus, en des points presque toujours les mêmes chez tous les malades, répondent, ainsi que je l'ai exposé en autre lieu, à une détermination engendrée par les habitudes ou les circonstances accidentelles. Chez le malade dont il est question, les suffusions sanguines se sont produites seulement aux malléoles, aux jambes, aux creux poplités. Mais ce malade, malgré sa faiblesse, continuait à se tenir debout, à marcher, puis, lorsque la marche devint plus difficile, il resta assis sur des siéges durs, et, les parties postérieures des cuisses subissant une pression qui était loin de favoriser la circulation, c'est alors que les suffusions ont envahi les creux poplités. Nulle part ailleurs il n'eut de suffusions.

En outre, je vous ferai observer, quant à la prédisposition individuelle, aux épanchements sous cutanés et profonds, et à l'induration prolongée qui en est la conséquence, que mon homme a la peau naturellement fine, blanche, polie, peu chargée de poils. Déjà, dans plusieurs observations, nous avons noté cette coïncidence d'une peau fine et délicate avec ces scléroses lentes à disparaître, et nous croyons qu'il y a là une condition favorable aux manifestations de cette nature.

Il est permis de croire que la sclérose consécutive aux suffusions sanguines tient à la fibrine infiltrée dans les tissus. Le sang, plus chargé de ce principe, ainsi que les analyses l'ont prouvé, et ainsi que M. Chalvet l'a établi ici même, dans ses dernières et intéressantes communications, après s'être en partie résorbé, laisse là un mastic solide qui pénètre les mailles cellulaires des tissus. Les veines de petit calibre, ayant subi une oblitération complète ou partielle, offrent encore là une condition qui ralentit et retarde la résorption de l'épanchement.

Si, en terminant, nous nous reportons à l'étiologie du scorbut de ce malade, nous voyons que, sans avoir souffert outre mesure du froid, il a surtout pâti dans son alimentation. Il n'avait fait usage pendant longtemps que de soupes, de légumes secs. Il ne mangeait plus depuis longtemps de légumes verts. La viande était rare pour lui; tous les cinq ou six jours il en avait un morceau. Le vin ne lui a pas manqué; tous les jours il en buvait 1 litre ou 1 litre et demi, sans jamais dépasser cette quantité. Longtemps il avait vécu dans ces déplorables conditions alimentaires, et ce n'est qu'après la cessation de l'investissement qu'il devint malade et que le scorbut se manifesta au dehors. Il est probable, il est même certain que s'il s'était soigné en février et mars, s'il n'avait pas persisté avec une indifférence tout orientale à attendre sa guérison spontanée, il eut pu arrêter court le scorbut dans sa marche.

TABLETTES

DU MÉDECIN-LÉGISTE.

XLI

Testament. — Insanité alléguée. — Demande en nullité. — Témoignages. — Doutes. — Validité. — Dans les demandes en nullité de testament, pour cause d'insanité d'esprit du testateur, les présomptions sont en faveur de la capacité de disposer et de la liberté morale.

En conséquence, dans le conflit des témoignages entendus dans la cause, le doute doit se résoudre contre le demandeur et en faveur de la capacité du disposant.

(Trib. civ. de Lyon, 1re ch., 2 août 1871. — Cf. *le Droit*, 1871, n. 204).

XLII

Testament. — Insanité d'esprit. — Demande en nullité. — Caractère des faits articulés. — Le demandeur est tenu d'articuler avec précision les faits particuliers d'insanité d'esprit sur lesquels il se fonde; le défendeur doit pouvoir combattre un par un chacun des faits allégués contre lui.

Ainsi doivent être repoussées, à raison de leur caractère vague et trop général, des articulations qui se réduiraient à dire que : « Pendant la maladie dont il est mort, le *de cujus* a été en proie à un délire qui lui avait enlevé sa santé d'esprit...; que, surtout dans les derniers jours, cet état n'avait fait qu'empirer. »

Si le recours à l'inscription de faux n'est pas nécessaire contre la mention que le testateur a paru sain d'esprit au notaire et aux témoins, il y a lieu de tenir grand compte de la circonspection, de l'honorabilité du notaire et des témoins, et de leurs rapports avec le testateur, dont ils ont apprécié l'état.

(Trib. civ. de Lyon, 1re ch., aud. du 29 juillet 1871. — Cf. *le Droit*, n. 25, oct. 1871).

HYDROLOGIE

ÉTUDES CHIMIQUES SUR L'EAU FERRUGINEUSE ARSÉNICALE DE LA SOURCE DOMINIQUE, A VALS. — CONSTITUTION DES ROCHES ET DES DÉPÔTS DE L'EAU DE LADITE SOURCE.

L'examen des roches du milieu desquelles la source Dominique se produit fait reconnaître pour elles une constitution dans laquelle domine le quartz, où l'on trouve le feldspath, l'argile et la pyrite blanche arsénicale.

Suivant M. Daubrée, c'est une roche éruptive composée par un granite injecté de pyrite et sur les parois duquel se trouvent des failles, multiples et parallèles, dissociées par l'action d'un mouvement intérieur. Suivant les observations faites au laboratoire de la Pharmacie centrale de France, la partie pyriteuse s'oxyde à l'air, en se couvrant de taches ocracées de sous-sulfate de sesqui-oxyde de fer.

Les dépôts qui se rassemblent dans les bassins de la Dominique, analysés à la Pharmacie centrale de France, par M. Lebaigue, ont donné les résultats suivants :

Eau	12gr50
Acide sulfurique	4 97
Acide phosphorique	6 39
Acide arsénique	3 14
Sesqui-oxyde de fer	66 50
Quartz avec mica	4 50
Albumine / Chaux (traces) / Pertes	2 »
	100 »

En attribuant aux acides la part d'oxyde de fer qui leur convient pour former des sels basiques, on peut exprimer ainsi le résultat :

Sulfate basique de fer $(Fe^2O^3)^2, SO^3$	24gr85
Arséniate basique de fer $(Fe^2O^3)^3, AsO^5$	7 50
Phosphate basique de fer, Fe^2O^3, PhO^5	13 59
Oxyde de fer en excès	35 06
Quartz micacé	4 50
Eau	12 50
Albumine, chaux (traces), pertes	2 00
	100gr00

La composition de ces dépôts est donc en rapport avec celle des roches qui émettent la source, et rend bien compte des effets thérapeutiques si remarquables de cette eau, qui, elle-même, par la composition ferrugineuse arsénicale, ce qu'il faut se rappeler, est si différente des autres sources de Vals, qui sont toutes alcalines, et dont, par conséquent, les indications médicales ne sont plus les mêmes.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 31 octobre 1871 (1). — Présidence de M. WURTZ.

M. VULPIAN lit une note sur la variole. (Voir le dernier numéro.)

DISCUSSION

M. CHAUFFARD trouve que M. Vulpian a parfaitement décrit l'anatomie pathologique de la pustule de la variole; mais il ne s'est occupé que du contenant et n'a presque rien dit du contenu. Or, ce contenu, suivant M. Chaufffard, est la partie essentielle de l'anatomie pathologique de la variole. Quelles que soient les lésions locales, elles n'entrent pas en ligne de comparaison avec le travail morbide qui aboutit à la production de l'élément spécifique propre à la variole.

Les expériences si bien faites de M. Chauveau, dont les premiers résultats ont été déjà publiés et que l'auteur poursuit encore avec une patience et une sagacité dignes des plus grands éloges, ces expériences ont démontré que l'élément spécifique du liquide de la pustule varlolique réside dans les granulations moléculaires, *microzymas*, de M. Béchamp, granulations analogues à celles du tissu conjonctif. Cette découverte de M. Chauveau est destinée, dit M. Chauffard, à jeter les plus grandes lumières sur la pathogénie de la variole, et, pour ainsi dire, à la renouveler. Elle fait disparaître définitivement toutes ces théories des graines virulentes, des microphytes, des microzoaires, etc., imaginées par divers auteurs.

(1) Fin. — Voir le dernier numéro.

La découverte de M. Chauveau concorde avec les résultats auxquels M. Chauffard était déjà arrivé lui-même par l'observation, clinique. M. Chauffard a dit, dans son livre sur la *spécificité*, que, quelle que soit l'origine étiologique de la variole, qu'elle soit spontanée ou provoquée par l'action spécifique d'un contage ou d'un miasme, dans les deux cas la production de la maladie spécifique est spontanée; la solution de la maladie, son caractère est la genèse d'un produit spécifique, les *granulations moléculaires*, produit spontané de l'organisme acquérant par une évolution propre la puissance spécifique. Telle est, suivant M. Chauffard, la partie essentielle de l'anatomie pathologique de la variole.

M. BRIQUET n'a pas la prétention de contester la description histologique de la pustule de la variole donnée par M. Vulpian; seulement il désire protester en faveur de l'existence du disque pseudomembraneux, niée par les histologistes. Il a souvent, des centaines de fois, constaté l'existence de ce disque, qu'il a pu retirer avec la pointe d'une lancette, du fond des pustules excisées. La présence de ce disque établit une différence essentielle entre la pustule de la variole et celle de la varioloïde; car, dans cette dernière, ce disque pseudo-membraneux fait constamment défaut.

M. COLIN s'étonne que M. Chauffard admette encore que le pouvoir spécifique des liquides virulents réside seulement dans les corpuscules de ces liquides.

L'expérimentation a démontré d'une manière certaine que l'on peut produire la morve et le farcin par l'inoculation de la sérosité virulente entièrement dépourvue de corpuscules. M. Colin s'engage à répéter ces expériences devant une commission académique et à lui montrer ces résultats.

D'ailleurs, le procédé employé par M. Chauveau pour démontrer que le pouvoir spécifique de la vaccine réside dans les corpusules du vaccin, ce procédé, suivant M. Colin, est défectueux. En effet, M. Chauveau verse de l'eau distillée dans un tube contenant du liquide vaccinal; il s'établit deux couches : l'une, inférieure, contenant les corpuscules du vaccin; l'autre, supérieure, contenant l'eau distillée, dans laquelle la sérosité vaccinale, dit-il, *s'est diffusée*. L'inoculation ne réussit qu'avec le liquide de la couche inférieure; elle échoue constamment avec le liquide supérieur. Mais ce résultat, suivant M. Colin, n'a rien d'étonnant, car il a démontré que la *diffusion* de la sérosité vaccinale dans l'eau distillée n'a pas lieu, et que le liquide supérieur, dans l'expérience de M. Chauveau, est constitué uniquement par l'eau distillée.

Quant au travail lu par M. Vulpian, M. Colin trouve très-exacte la description que cet auteur a donnée des pustules varioliques. Il a eu, pour sa part, plusieurs fois l'occasion de voir les papilles du derme recouvertes par les leucocytes. Mais M. Colin, tout en admettant le fait de l'existence de leucocytes sur les papilles, n'accepte pas l'opinion de M. Vulpian sur l'origine de ces leucocytes. Il croit que ces derniers, au lieu de sortir des vaisseaux, sont tous engendrés sur place par les papilles.

M. VULPIAN répond à M. Briquet, relativement au disque pseudomembraneux de la pustule variolique, que ce prétendu disque n'existe pas; ce que les auteurs ont décrit sous ce nom, avant les recherches des micrographes, n'est que de l'épiderme altéré par de la macération. Le produit retiré par M. Briquet, avec la pointe d'une épingle ou d'une lancette, du fond des pustules varioliques, vu au microscope ne contient pas trace d'exsudat fibro-plastique. Les recherches de M. Vulpian, qui ont porté sur des pustules de varioles vraies et non de varioloïdes, ne lui ont jamais fait découvrir le moindre élément fibro-plastique dans ce prétendu disque pseudomembraneux; ces recherches concordent d'ailleurs avec les résultats obtenus par tous les observateurs qui se sont occupés de ce sujet.

Relativement à l'opération faite par M. Chauffard, M. Vulpian répond qu'il n'avait voulu toucher qu'un seul point dans sa communication, la description morphologique de la pustule de la variole. Il a décrit tout ce qui constitue la partie solide de la pustule, c'est-à-dire le contenant. Il a parlé également des corpuscules ou granulations moléculaires, corpuscules qui se forment bien certainement dans les cellules qui résultent de la fonte granuleuse de ces éléments, et qui existent dans tous les liquides, dans le sang de l'homme comme dans celui des animaux. Ces corpuscules ou granulations moléculaires sont semblables à ceux que l'on trouve dans la lymphe des liquides des pustules varioliques.

En ce qui concerne l'opinion de M. Colin sur l'origine des leucocytes que l'on trouve sur les papilles du derme, dans les pustules de la variole, M. Vulpian n'accepte pas cette opinion, et maintient celle qu'il a déjà émise. De très-nombreuses expériences ont montré que ces leucocytes sortent des vaisseaux; M. Vulpian en a vu sortir manifestement et a pu constater toutes les particularités décrites par M. Conheim et par d'autres. Il ne conserve aucun doute sur la réalité de ce phénomène. Dans tous les cas de suppuration, il se fait une accumulation de leucocytes dans les vaisseaux de la partie qui est le siége de cette suppuration; on voit autour de ces vaisseaux comme des manchons de leucocytes, si bien que l'issue, la migration des globules blancs du sang hors des vaisseaux, dans les parties suppurantes, ne saurait être révoquée en doute.

M. VERNEUIL ne doute pas, pour sa part, de la réalité de l'issue des leucocytes dans toute partie qui suppure; cette théorie lui paraît séduisante et fondée en fait. Seulement, il y a à se demander d'où viennent ces leucocytes; s'ils sont le résultat de l'issue des globules du sang normal, ou s'ils sont le produit d'un travail morbide spécial, d'une leucocytose? Il est difficile d'admettre que l'énorme quantité de pus que l'on trouve dans certaines collections purulentes soit constituée par l'accumulation de globules blancs contenus normalement dans le sang. C'est pourquoi l'on a admis une leucocytose antérieure à la suppuration. Il était naturel d'admettre que, dans les cas d'inflammation avec fièvre, il se produit dans le sang une hypergenèse des globules blancs.

M. Verneuil les a vainement recherchés dans le sang d'individus vigoureux qui avaient succombé à des traumatismes en pleine suppuration, et il n'a trouvé de leucocytes ni dans le cœur, ni dans les grandes veines de l'organisme. En revanche, il en existait beaucoup dans les vaisseaux de la partie qui était le siége de la plaie. Il y a donc une genèse locale des leucocytes dans la partie enflammée; mais on ne connaît pas encore le mécanisme qui préside à la production de cette leucocytose.

M. VULPIAN répond à M. Verneuil que l'accumulation des globules blancs dans les parties suppurantes ne se fait pas instantanément, mais peu à peu. Il suffit de supposer une exagération de la formation des globules blancs quelque part pour s'expliquer l'accumulation énorme que l'on observe dans certaines collections purulentes. Chez tout individu qui suppure, il y a hypergenèse des globules blancs en circulation dans le sang. Ce n'est pas d'ailleurs dans les parties liquides du sang qu'il faut chercher les leucocytes, mais dans les caillots, où on les trouve parfois réunis en nombre tel, que l'on croirait voir un abcès.

M. COLIN dit que, dans toutes les théories dont on vient de parler, on ne tient pas assez compte des leucocytes apportés dans les vaisseaux par le système lymphatique. Ces leucocytes s'arrêtent à la face interne des vaisseaux d'une partie enflammée, s'y accumulant par suite du ralentissement de la circulation due à l'inflammation.

La quantité de leucocytes apportée ainsi aux vaisseaux par le système lymphatique est énorme. Ayant pratiqué une fistule à un ruminant, M. Colin a pu recueillir, en vingt-quatre heures, 50 litres de chyle et de lymphe contenant des globules blancs en quantité innombrable. Il faut donc tenir compte des globules blancs apportés par les vaisseaux lymphatiques dans les veines, où ils sont arrêtés et s'accumulent.

La séance est levée à 5 heures 1/2.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

M. le docteur Marius Maigre vient d'être nommé médecin-adjoint à la Maison centrale d'Albertville (Savoie).

— *Bibliothèques publiques en Italie.* D'après un rapport adressé au ministre de l'instruction publique en Italie sur l'état des bibliothèques de ce pays, en 1870 il existait 28 de ces établissements qui ont été fréquentés l'année dernière par 723,359 lecteurs. Naples, la plus peuplée des villes italiennes, avec ses 5 bibliothèques publiques, a également compté le plus grand nombre de lecteurs, soit 192,992. Turin, avec une seule bibliothèque publique, a eu 115,000 lecteurs; Florence 92,000 pour ses 3 bibliothèques. L'établissement le plus fréquenté en raison de la population a été la bibliothèque de Catane, avec 18,641 lecteurs. Les ouvrages les plus demandés ont été ceux de littérature et de philologie; après ceux-ci, les traités de jurisprudence et de législation; et, en troisième lieu, les ouvrages de sciences physiques. La proportion des romans communiqués a été très-minime, ce qui tient probablement à cette circonstance que les livres de cette catégorie ne sont admis que très-rarement dans les bibliothèques. — Le nombre des livres entrés pendant la même période a été de 11,706.

— MM. les docteurs Charpentier, ancien chef de clinique d'accouchements, et Chantreuil, chef de clinique d'accouchements, ont commencé un cours public et gratuit d'accouchements le lundi 30 octobre, à deux heures, dans l'amphithéâtre n° 3 de l'École pratique.

Le cours a lieu tous les jours.

M. Chantreuil traitera : De la grossesse, de l'accouchement naturel et des maladies des femmes en couches; les lundis, mercredis et vendredis.

M. Charpentier traitera : Des cas de dystocie et des opérations qu'ils nécessitent; les mardis, jeudis et samedis.

— M. le docteur Ferdut commencera un cours public et complet d'accouchements vendredi 10 novembre 1871, dans l'amphithéâtre n° 1 de l'École pratique, à quatre heures, et le continuera tous les jours, à la même heure.

— A céder, à dix lieues de Paris, clientèle médicale d'un produit de 8 à 10,000 francs. — S'adresser par lettre à M. C. D. aux bureaux du journal.

PETITE CORRESPONDANCE

M. le docteur E....., à Muzillac. — La question que vous nous soumettez a donné lieu à bien des contestations.

L'article 27 de la loi du 21 germinal an XI est ainsi conçu :

« Les officiers de santé, établis dans les bourgs, villages ou communes où il n'y a pas de pharmacien ayant officine ouverte, pourront fournir des médicaments simples ou composés aux personnes près desquelles ils seront appelés, mais sans avoir le droit de tenir officine ouverte. »

Son interprétation la plus générale est la suivante :

Les médecins (officiers de santé ou docteurs) établis dans une *commune* où il n'y a pas de pharmacien exerçant peuvent fournir des médicaments à toute personne venant les consulter chez eux; ils ne peuvent cependant pas avoir de pharmacie ouverte sur la rue, et leurs médicaments doivent être déposés dans une pièce intérieure de leur domicile.

Ces mêmes médecins peuvent porter et fournir des médicaments dans d'autres communes, où il n'y a pas de pharmacie ouverte; mais ils ne peuvent en porter à des malades domiciliés dans une commune où il y a un pharmacien établi.

La présence d'un pharmacien dans la commune habitée par le médecin interdit à ce dernier le droit de distribuer un médicament qui ne serait pas pris chez ledit pharmacien (Cf. Amette, *Code méd.*, 3e édit., p. 335 et 336).

AVIS

Toute demande de numéros isolés doit être accompagnée de 20 centimes par numéro.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois. . . 8 fr 50 c.
Six mois. . . . 16 —
Un an. . . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

SOMMAIRE. — SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE. — De la thoracentèse par succion dans la pleurésie purulente et dans l'hydropneumothorax (M. Bouchut). — Physiologie expérimentale. Sur la digitale et la digitaline (M. Courvat). — ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Thèses. — Nouvelles. — Petite correspondance. — Avis. — Bibliographies.

Paris, le 8 novembre 1871.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

On a souvent dit qu'il n'y avait pas de sot métier ; on peut dire avec plus de raison encore qu'il n'y a pas de sotte question. Le pot au feu, comme tout ce qui touche à l'alimentation et à l'hygiène, a son intérêt scientifique et on peut, sans y perdre son sérieux, lui faire les honneurs de la tribune académique. C'est ce qu'a fait M. Jeannel en entretenant l'Académie de la coction des aliments et de la marmite norwégienne. Connaissiez-vous la marmite norwégienne ? Il y a des gens qui se croient toujours obligés de rougir à un aveu d'ignorance. Eh bien ! que ceux qui ne le savaient pas plus que nous, apprennent par M. Jeannel que les Norwégiens font leur pot au feu dans une marmite hermétiquement close, entourée d'une enveloppe non conductrice du calorique, et que, moyennant ces simples précautions, il suffit, après une première ébullition rapide, de laisser la marmite dans un coin, loin du foyer, pour que le bouillon se fasse tout seul et que la viande soit cuite à point, sans que rien se soit évaporé des principes aromatiques de la viande ainsi que des légumes et des épices qui partagent son sort. Rapprochant cet usage de ce qui se passe dans les contrées élevées où l'eau bout souvent de 4 ou 5° au-dessous de la température ordinaire de l'ébulition, M. Jeannel en a déduit que la coction des aliments n'exigeait pas absolument 100°. Partant de cette donnée, il a fait des expériences de coction à 95° qui lui ont donné pour résultat une augmentation de rendement en bouillon, une rapidité plus grande du produit et une économie notable de combustible. Ces résultats qui seraient peut-être peu appréciables pour un pot au feu de ménage, ne laisseraient pas que d'avoir leur importance pour la confection en grand du bouillon dans les hôpitaux, dans les casernes et les lycées. L'expérience peut en être faite aisément. Elle se recommande à qui de droit.

M. le docteur Liégey (de Rambervillers), dont nos lecteurs connaissent les fréquentes communications à l'Académie, l'a entretenue hier, dans une lecture écoutée avec intérêt, des observations qu'il a eu l'occasion de faire dans les différentes localités qu'il a habitées avant, pendant et depuis la guerre, sur la constitution médicale de ces diverses contrées, sur l'influence qu'elle a reçue de ces tristes événements, et sur la tendance de plus en plus prononcée qu'elle paraît avoir à se perpétuer avec les mêmes caractères de périodicité, de perniciosité et d'asthénie. Il y aura un intéressant travail à faire en rassemblant les divers documents de ce genre qui pourront être réunis des divers points de la France, et particulièrement des parties envahies.

Il s'est ensuite engagé une petite discussion entre MM. Briquet et Vulpian sur l'histologie de la pustule variolique, qui a eu pour résultat de montrer plus d'accord entre ces deux honorables académiciens qu'ils ne l'avaient pensé eux-mêmes tout d'abord. Heureux si toutes les discussions finissaient ainsi !

La séance a été terminée par une lecture non achevée de M. Piorry sur la ponction de l'intestin dans certains cas de pneumatose gastro-intestinale. Nous aurons probablement à dire un mot de cette lecture à l'occasion de la séance prochaine.

Dr BROCHIN.

DE LA THORACENTÈSE
PAR SUCCION DANS LA PLEURÉSIE PURULENTE ET DANS L'HYDROPNEUMO-THORAX (1).

Par M. E. BOUCHUT.

Thoracentèse par ponction et drainage de la plèvre.

A la ponction par le troquart, servant de guide à l'introduction d'une sonde dans la plèvre pour l'évacuation du pus et pour des injections dont le liquide devait nécessairement ressortir par l'ouverture d'entrée, est venu s'ajouter un nouveau perfectionnement, qui est le *drainage du foyer pleurétique.*

Ce procédé s'exécute au moyen d'un long trocart courbe, dont le dard présente un cran destiné à recevoir l'extrémité du *drain* de caoutchouc, perforé de distance en distance. Dans le milieu du cinquième ou du sixième espace intercostal on enfonce le troquart dans la plèvre, et comme il est long et courbe, on le fait ressortir dans le même espace à 6 ou 10 centimètres de distance. Quand la pointe est dehors, on y accroche le drain et, laissant la canule en place, on tire le dard qui allonge le drain, l'entraîne avec lui et le fait sortir par l'autre extrémité de la canule. Cela étant fait, on retire la canule à son tour en ayant soin que le drain ne sorte pas, et on a ainsi une sorte de séton creux formé par le drain de caoutchouc vulcanisé. Par le conduit s'écoule le pus, et on y peut faire des injections iodées ou chlorurées qui ressortent comme dans une irrigation ordinaire. Dans ce procédé, le thorax a deux ouvertures fistuleuses au lieu d'une, mais le but est rempli comme dans le cas précédent.

J'ai une fois employé ce moyen. Il ne m'a pas réussi, car la sortie du pus ne se faisait pas régulièrement, et ce liquide prit une odeur très-fétide. Je dus agrandir une des ouvertures avec le bistouri, comme dans l'empyème par incision hippocratique, mais la suppuration conserva ses mauvaises qualités, et le malade succomba.

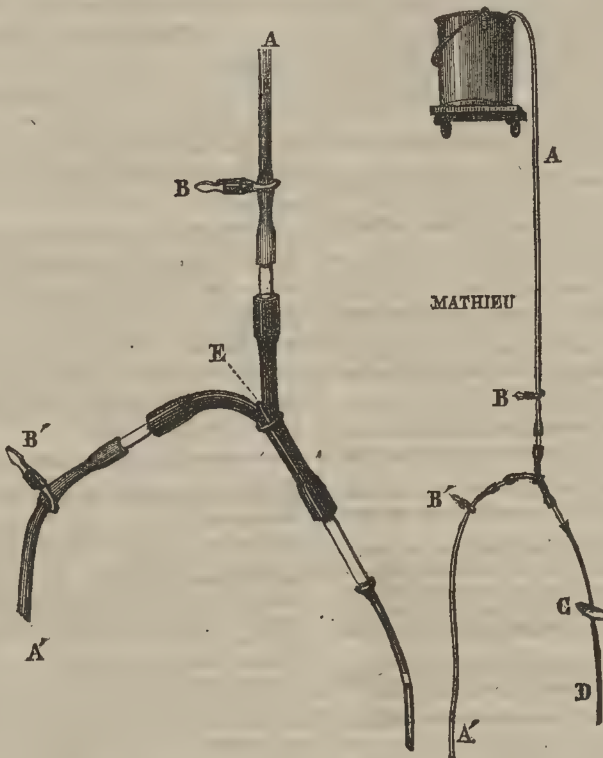
Ponction et lavage de la plèvre avec un siphon.

Au drainage de la plèvre, qui permet le lavage de la cavité pleurale et l'écoulement presque continu du liquide, Potain a substitué un perfectionnement nouveau qui est aussi un progrès.

Voici en quoi consiste le procédé de notre collègue :

C'est une sorte de *siphon* par lequel coule sans cesse l'eau iodée, phéniquée ou chlorurée, que l'on destine à laver la cavité pleurale. Mais ici on détermine encore une ouverture fistuleuse de la plèvre, et c'est ce qu'il faudrait éviter.

Son appareil se compose de deux longs tubes en caoutchouc flexibles AA', unis à l'une de leurs extrémités, par lesquelles ils s'ouvrent tous deux dans un tube de verre effilé à l'un de ses bouts : cette soudure E donne à l'appareil la forme d'un Y. Les tubes sont inégaux ; le plus long A est muni d'une couronne de plomb qui sert à le retenir au fond d'un réservoir rempli d'eau ou de liquide désinfectant à 40°, lequel doit être situé plus haut



que le malade. Le second tube, plus court A', pend le long du lit et plonge dans un vase à demi plein d'eau tiède ; deux pinces à pression continue BB' sont annexées à cet appareil. Lorsque l'on veut user de ce moyen, à la canule du trocart introduite par ponction dans la poitrine, on substitue un tube de caoutchouc de même calibre et l'on retire la canule. Ce tube est fixé aux parois thoraciques par une rondelle de caoutchouc qu'il traverse en son centre et qui est maintenue adhérente à la peau à l'aide du collodion médicinal ; son extrémité extérieure est fermée par une pince à pression continue.

Si on veut laver la plèvre, après l'écoulement du liquide purulent, voici comment on procède : on introduit l'extrémité effilée du tube de verre dans le tube pleural, on place l'extrémité du long tube de verre dans le liquide à injection chaud, et celle du plus court dans le vase inférieur, on laisse le tube pleural fermé, on laisse ouverts les deux grands tubes, on pratique l'aspiration à l'extrémité du tube le plus court (tube d'écoulement), et le liquide du vase supérieur s'écoule de lui-même par le mécanisme du siphon. Si l'on ferme alors, à l'aide d'une pince, le tube d'écoulement, et que l'on ouvre le tube pleural, le liquide se précipitera dans la cavité thoracique ; lorsque 300 à 400 grammes de liquide auront été ainsi injectés, on fermera le tube qui amène le liquide du réservoir et on ouvrira celui qui sert à l'écoulement. Aussitôt le liquide mélangé du pus qui remplissait la poitrine s'écoulera dans le vase inférieur, la couche de liquide qui y existe préviendra l'entrée de l'air en cas de non-fonctionnement de l'appareil. En répétant cette manœuvre cinq ou six fois, la poitrine sera bien lavée, le liquide sortira limpide.

Deux litres de liquide auront servi au lavage ; cette opération dure 30 à 35 minutes. Le tube de verre sert à juger du fonctionnement de l'appareil ; il faut avoir soin, avant d'enlever l'appareil, de fermer le tube pleural ; il faut aussi fermer le tube d'écoulement, l'appareil reste ainsi amorcé (1).

« M. Desnos s'est servi de cet appareil sur une femme de trente-cinq ans environ, qui fut prise, quelque temps après son accouchement, de tous les signes d'une pleurésie droite ; elle entra à l'hôpital ; la médication interne, aidée des vésicatoires, ne fit rien contre l'épanchement, qui ne tarda point à donner des signes de purulence. La thoracentèse fut pratiquée ; il s'écoula 2 litres de pus ; un tube en caoutchouc fut glissé dans la plaie à l'aide de la canule du trocart ; ce tube fut retenu par une plaque, de caoutchouc aussi, collée sur la peau à l'aide de collodion ; l'extrémité libre de ce tube fut fermée à l'aide d'une petite pince à pression continue ; à ce tube on adaptait matin et soir l'appareil Potain, et on lavait la plèvre.

« M. Desnos fit la ponction dans le cinquième ou le sixième espace intercostal, afin d'éviter de traverser les fibres du grand pectoral, dont les mouvements rendraient le séjour du tube gênant et douloureux. L'injection doit se faire avec de l'eau à 38 ou 40° centigrades, l'introduction d'un liquide plus froid étant extrêmement pénible. La limpidité, à sa sortie, de l'eau injectée dans la poitrine indique que le lavage est suffisant ; 2 litres ou 2 litres et demi de liquide sont habituellement nécessaires pour atteindre ce résultat.

« Ce traitement, continué pendant quelques jours, amena une grande amélioration, mais cependant la suppuration devint d'une fétidité extrême ; les injections furent alors faites avec une solution de permanganate de potasse au millième, à la température de 40 degrés. M. Verneuil donne la préférence aux injections d'eau additionnée de son quart ou de son cinquième de liqueur de Labarraque (hypochlorite de soude liquide) ; on peut aussi se servir d'une solution d'acide phénique au millième.

« Un mois et demi après l'opération, la malade, dont la canule était tombée, allait bien ; il sortait du pus par la plaie, restée fistuleuse, mais dans laquelle on n'avait pu réintroduire le tube.

« Dans cette observation, qui n'est pas terminée, le lavage par le siphon n'a pas empêché la putridité des liquides de la plèvre de se produire, et la guérison fut incomplète, puisqu'il resta une fistule.

« Dans une seconde observation il s'agissait d'un homme de vingt-cinq ans, franc-tireur pendant le siége de Paris, malade depuis deux mois, qui présentait les signes d'un épanchement suppuré total du côté gauche. On lui pratiqua d'urgence une ponction dans un espace intercostal fluctuant. Cette opération donna issue à 6 litres de pus infect ; une canule fut placée à demeure ; c'était un fragment de sonde en gomme bouché par un fausset en bois. Le lendemain, M. Desnos voulut pratiquer une injection, qui fut pénible et incomplète, vu l'étroitesse du tube ; le malade était relativement très-bien. Le lavage ne se faisant qu'incomplétement, M. Verneuil substitua, non sans peine, une grosse sonde en caoutchouc vulcanisé à la petite sonde ; dès lors les injections se firent facilement, si facilement même, qu'après un mois le malade put les faire seul sans aucun aide.

« Plusieurs fois, chez ce malade, le tube s'échappa de la poitrine, quel que fût le moyen employé pour le retenir : plaque collodionée signalée plus haut ; quatre fils noués sur la sonde et engagés chacun sous une bandelette collodionée ; petite masse de coton imbibée de collodion et entourant la sonde au point où elle sort de la peau. Il est, comme on voit, très-important de surveiller le moyen de contention de la sonde, qui tend constamment à se détacher. La principale cause de cet accident se trouve dans l'écoulement du pus entre la plaie et la canule, qui se fait toujours quelques jours après l'opération ; le vide qui se produit ainsi est aussi une cause d'entrée continuelle de l'air dans la plèvre. »

(*Journal de méd. et de chirurg. pratiques*, 1871, p. 396.)

Cette observation, qui n'indique même pas la guérison du ma-

(1) Suite. — Voir les numéros des 26 et 31 octobre 1871.

(1) Cette description et cette figure, ainsi que les effets de l'appareil sur deux malades, sont empruntés au *Journal de méd. et de chirurgie pratiques* pour l'année 1871.

lade est trop incomplète pour qu'on puisse apprécier les avantages du siphon de M. Potain pour le lavage de la pleurésie purulente. Elle en indique plutôt les inconvénients, tels que la difficulté de maintenir la sonde dans la fistule; le décollement de la plaque de caoutchouc qui doit boucher la plaie; l'entrée continuelle de l'air dans la plèvre, etc.

Sans insister sur ces détails, qui ne sont pas une objection radicale, je dirai seulement que le siphon de M. Potain, bien employé, est très-utile, mais qu'il a le défaut de produire une fistule pleurale. Il a, sur les injections avec la seringue, le mérite de faire un lavage de la plèvre bien plus complet et bien plus efficace.

De cette manière, la piqûre se rouvre souvent pour le passage du pus et devient fistuleuse.

Ailleurs, cet accident arrive après deux ou trois ponctions (Aran, Maurice, Barthez), après cinq dans les cas de Aran, de Roger, après vingt-quatre dans une observation de Legroux.

Dans ces cas et bien d'autres il a fallu en arriver à mettre une canule dans la fistule de la plèvre, ou bien, à l'exemple de Chassaignac, on a dû y placer un drain ou séton creux en caoutchouc vulcanisé percé de trous, ce qui engendre deux ouvertures fistuleuses; mais ce procédé est fort commode pour le lavage de la plèvre. Au moyen d'une seringue on injecte le liquide d'un côté et il sort de l'autre, après avoir lavé toute la cavité pleurale.

Habituellement, sinon toujours, dans les cas de pleurésie purulente, traités par la thoracentèse ordinaire avec le trocart, la guérison ne s'obtient qu'après la formation d'une fistule pleurocutanée. Il n'y a pas beaucoup de faits où, sans cette fistule consécutive, la simple évacuation du pus par le trocart ait été suivie de succès.

A ce sujet, et sans rien affirmer d'une façon positive, je dirai que je ne crois pas qu'il y ait beaucoup de pleurésies purulentes opérées de cette manière qui aient guéri, sans fistule consécutive, la cavité pleurale étant restée close. Si ce résultat pouvait être habituellement obtenu à l'aide d'une modification dans les procédés opératoires habituels, je crois que ce serait un progrès dont la pratique devrait être fortement encouragée.

Les pompes aspirantes, garnies d'un trocart extrêmement fin, m'ont paru devoir conduire à ce perfectionnement. Imitées des *anciens pyulques* de Galien, de Scultet et d'Anel, elles ont le mérite d'avoir pour canule un trocart qui permet d'évacuer le liquide de la plèvre, sans faire de plaie avec le bistouri.

M. Jules Guérin en a imaginé une avec laquelle il m'a dit avoir opéré bien des pleurésies purulentes. Dans son Exposé des titres scientifiques (1), il mentionne un total de trente observations de thoracentèse... « toutes suivies de guérison chez les malades qui n'avaient pas de complications graves... » mais ce sommaire est insuffisant dans une discussion scientifique et ne vaut pas des observations qu'on pourrait approfondir et discuter.

Il a eu l'obligeance de m'adresser par écrit un résumé de trois cas guéris par cette aspiration sous-cutanée; mais il faut attendre, pour apprécier ces faits, que leurs observations aient été publiées.

Quoi qu'il en soit, le pyulque de J. Guérin, extrêmement utile dans certains cas, me paraît avoir une canule aplatie beaucoup trop grosse pour la thoracentèse, surtout chez les enfants, et s'il fallait avec lui faire trente-trois ponctions, deux par semaine, comme je l'ai fait sur l'enfant de l'Observation I[re], le passage de l'instrument, un peu trop gros pour un petit espace intercostal, peut avoir quelques inconvénients. Cette raison m'a contraint d'y renoncer; mais si j'ai laissé l'instrument, je n'ai point abandonné le procédé dont le principe me paraît devoir être utile.

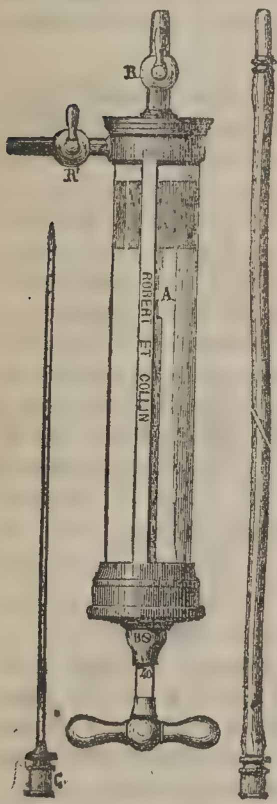


Fig. 2. — Réduction au 10e de l'aspirateur pneumatique de Dieulafoy. — A. Encoche qui vient s'engrener au point B, ce qui maintient le corps de pompe. — RR' Robinets qui sont fermés lorsqu'ils sont placés transversalement.

Pour faire le vide dans la pompe, on ferme les robinets RR', puis on lève le piston que l'on tourne *de gauche à droite* pour le fixer au point B.

Ce procédé peut s'exécuter soit avec l'instrument de M. Guérin, soit avec l'aspirateur pneumatique de Dieulafoy (fig. 2), qui dans son corps de pompe en verre fait le vide préalable et qui a pour canule une fine aiguille creuse, dont le passage dans les tissus est parfaitement inoffensif. C'est l'instrument dont beaucoup de médecins se servent aujourd'hui dans la pleurésie simple, dans l'hydrothorax, dans l'hydarthrose, et dans les cas où il faut vider une grande collection de liquide profondément située.

Étant donnée cette modification à la seringue aspirante, ce *pyulque*, parfaitement conditionné, qui permet de vider un foyer purulent sans faire de plaie et au moyen d'une fine aiguille creuse, j'ai pensé que l'*aspiration* ou la *succion* qu'il opère pourrait mieux que tout autre moyen servir dans la pleurésie purulente, en évitant la formation des fistules de la plèvre. L'occasion s'étant présentée en ville, pour un hydro-pneumothorax, et dans mon service, à l'hôpital des Enfants-Malades, pour un cas de pleurésie purulente, j'ai eu recours à cette succion par l'aspirateur que je viens de nommer, et mes malades paraissent en avoir tiré de grands avantages.

(1) *Exposé des titres scientifiques*, 1867, p. 60.

(*Sera continué.*)

PHYSIOLOGIE EXPÉRIMENTALE

SUR LA DIGITALE ET LA DIGITALINE

Par M. le Dr Gourvat.

De l'ensemble de ce travail, il résulte que la digitaline n'agit pas sur un organe unique à l'exclusion des autres, comme l'avaient prétendu certains auteurs, mais bien sur tous les appareils et toutes les fonctions, sinon simultanément, du moins successivement et progressivement; et le meilleur moyen de s'en convaincre consiste à suivre pas à pas la série des phénomènes physiologiques qui se déroulent sous l'influence de doses graduellement croissantes de digitaline, en commençant par les plus faibles et terminant par les plus fortes.

Quand on administre cette substance à doses modérées et successives de manière à éviter les symptômes qui caractérisent le début de la saturation et de l'intolérance, son action semble se limiter aux systèmes, appareils et fonctions de la vie organique ou végétative sur lesquels elle s'exerce par l'intermédiaire du grand sympathique dont elle est le stimulant ou excitant direct.

Les deux appareils le plus immédiatement en rapport avec le système du grand sympathique sont ceux de la digestion et de la circulation; aussi les fonctions auxquelles ils président sont-elles les premières atteintes par les effets de la digitaline, les autres ne l'étant que secondairement et consécutivement à celles-ci.

L'action de cette substance, à petites doses, s'établit lentement, sourdement, et comme en silence; ses effets sur l'appareil digestif sont obscurs et peu sensibles; néanmoins elle facilite les garde-robes et donne un peu d'appétit aux malades, ce qui s'explique par les mouvements inconscients qu'elle détermine sur les parois du tube digestif; son action sur l'utérus paraît nulle quand cet organe est vide et complétement revenu sur lui-même, et se manifeste par des contractions nettes et intermittentes quand il est gravide ou récemment débarrassé du produit de la conception et par le phénomène de l'hémostase quand il est le siége d'hémorrhagie; elle produit la mydriase par la contraction du dilatateur de la pupille.

Son action sur la circulation, quoique lente, obscure et silencieuse, comme tout ce qui s'accomplit du côté des fonctions organiques, est néanmoins parfaitement bien définie. Nous avons démontré, en effet, que la digitaline fait contracter les capillaires artériels et les artérioles, diminue leur capacité interne et oppose ainsi une barrière au cours du sang, qu'elle rend les mouvements du cœur plus forts, plus énergiques et plus réguliers, qu'elle augmente la tension artérielle, ramène la plénitude et la résistance du pouls et détermine le ralentissement des battements cardiaques et des pulsations artérielles, ralentissement qui est consécutif et directement proportionnel à l'élévation de la pression sanguine artérielle.

Il résulte de cette action sur l'appareil circulatoire que le cours du sang est considérablement ralenti, qu'il est devenu régulier, et, d'un mouvement alternativement accéléré et ralenti, s'est transformé en un mouvement uniforme; consécutivement à ces modifications de la circulation, toutes les fonctions vitales se modèrent et languissent; c'est ainsi qu'on voit la respiration se ralentir, les mouvements respiratoires moins nombreux sont plus calmes, plus égaux, plus réguliers et n'influencent plus les changements de la tension artérielle : les phénomènes de l'hématose perdent doublement de leur activité par suite du ralentissement de la circulation et de la respiration; aussi la combustion devient-elle moins vive et la température tombe-t-elle de 1 ou 2 degrés au-dessous de la normale. Par suite du resserrement des capillaires et de l'augmentation de la tension artérielle, on voit les tissus pâlir, les sécrétions des muqueuses, de la peau et des glandes excentriques en général, se tarir ou devenir moins abondantes, tandis que la sécrétion urinaire est considérablement accrue.

L'amoindrissement des fonctions vitales et des phénomènes chimiques d'un côté, l'abondance de la sécrétion urinaire de l'autre, sont des causes puissantes de dénutrition et peuvent amener promptement la résorption de dépôts morbides solides ouliquides et même la destruction partielle des tissus normaux. On voit que, pour produire ces effets de sédation profonde, effets qui s'engendrent les uns les autres, la digitaline semble n'avoir agi jusqu'à présent qu'en stimulant légèrement le grand sympathique.

Si maintenant nous dépassons les limites de la tolérance en laissant les petites doses s'accumuler dans l'économie, ou bien si nous donnons en une seule fois une dose assez forte pour produire les signes de l'intolérance, l'exagération de la plupart des phénomènes précédents, tels que les coliques intestinales, les évacuations alvines, les nausées et parfois les vomissements, les tranchées utérines, les mictions plus fréquentes, la dilatation plus rapide de la pupille, la force et la fréquence des battements cardiaques, indiquent encore que la digitaline agit en excitant le nerf grand sympathique plus fortement que tout à l'heure; mais ici intervient un autre élément qui change, du tout au tout, la fonction de la circulation et celles qui lui sont immédiatement subordonnées; c'est la diminution de la tension artérielle que le nerf sensible du cœur, impressionné trop vivement par une forte dose de digitaline, produit en déterminant la paralysie des vaso-moteurs par action réflexe à travers la moelle épinière; alors les capillaires et petits vaisseaux artériels se relâchent, deviennent béants, offrent un libre accès au cours du sang qui se précipite vers la périphérie en produisant un abaissement de tension dans les gros troncs artériels et, par suite, l'accélération des battements du cœur et des pulsations artérielles.

Cette exubérance de la circulation périphérique entraîne à sa suite l'exagération des autres fonctions; les mouvements respiratoires sont plus fréquents, l'hématose plus puissante, la température plus élevée, les sécrétions muqueuses, cutanée, salivaire, biliaire, etc., plus actives; par contre, la sécrétion urinaire est beaucoup diminuée; en même temps au calme et à la sédation qui surviennent à petites doses succèdent l'agitation et le malaise déterminés par de fortes doses.

Administre-t-on de nouvelles doses de digitaline de manière à arriver rapidement à l'intoxication, ou bien donne-t-on d'emblée une dose toxique, les phénomènes de la deuxième période vont s'exagérer d'abord, mais bientôt ils font place à une troisième période, caractérisée par l'anéantissement des forces, l'hyposthénisation des centres nerveux et nerfs volontaires, la paralysie du système musculaire en général et du muscle cardiaque en particulier, dont l'affaiblissement rapide finit par déterminer la syncope et la mort.

Cet exposé rapide des effets successifs produits par des doses croissantes de digitaline est loin d'embrasser tous les détails intéressants contenus dans ce travail, mais il suffit à donner une idée de l'ordre d'apparition des symptômes, qui constituent ce que l'on pourrait appeler la gamme physiologique du médicament.

Nous résumons de la manière suivante les trois périodes :

Première période. — Digitaline à doses thérapeutiques.

Elle produit une légère stimulation de tout le système, grand sympathique, ganglions cardiaques, filets vaso-moteurs, etc., et par son intermédiaire,

Comme action immédiate :

1° Une faible excitation des muscles lisses du tube digestif, de la vessie, de l'utérus, etc.;
2° La dilatation de la pupille par la contraction de son muscle radié;
3° La contraction des vaisseaux artériels en général et de leurs branches capillaires en particulier;
4° L'augmentation de la tension artérielle et la diminution de la tension veineuse;
5° Le ralentissement, la régularité et l'énergie des battements du cœur;
6° La régularisation, l'uniformité et le ralentissement des cours du sang;

Comme action médiate.

7° La sédation du système nerveux volontaire central et périphérique;
8° Le ralentissement de la respiration;
9° L'amoindrissement des fonctions de l'hématose, de la combustion et de la fibrination du sang, en un mot, modération des fonctions hématopoiétiques;
10° Abaissement de la température;
11° Diminution des sécrétions excentriques, muqueuses, cutanée, salivaire, biliaire, spermatique, etc.;
12° Exagération de la sécrétion la plus concentrique, la sécrétion urinaire;
13° Comme conséquence, résorption des liquides et solides, morbides d'abord et normaux ensuite.

Deuxième période. — A doses contro-stimulantes.

Il y a deux actions parallèles et simultanées : excitation plus prononcée du grand sympathique et excitation du nerf dépresseur du cœur.

La première action détermine :

1° L'exagération des contractions de l'intestin, de l'estomac, de la vessie, de l'utérus et de la dilatation pupillaire;
2° L'augmentation de la force du cœur et de la fréquence de ses battements;

La deuxième action détermine :

1° La paralysie réflexe des vaso-moteurs;
2° Le relâchement et la dilatation des vaisseaux artériels en général et de leurs divisions capillaires en particulier;
3° La diminution de la tension artérielle et l'augmentation concomitante de la tension veineuse;
4° L'accélération consécutive des battements cardiaques;
5° L'accélération consécutive du cours du sang;
6° L'augmentation du chiffre des mouvements respiratoires;
7° Augmentation de la température;
8° La diminution de la sécrétion urinaire;
9° L'augmentation des sécrétions excentriques, cutanée, muqueuses, salivaire, biliaire, etc.

Troisième période. — A doses toxiques.

On observe deux temps bien distincts et successifs :
Au premier temps : exagération de tous les phénomènes de la deuxième période;
Au deuxième temps :
1° Hyposthénisation des centres nerveux et nerfs volontaires;
2° Paralysie de tout le système musculaire;
3° Extinction plus prompte de la contractilité du muscle cardiaque que de celle de tout autre muscle;
4° Circulation lymphatique intacte;
5° Mort par syncope.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 7 novembre 1871. — Présidence de M. Wurtz.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de la guerre transmet un exemplaire des tomes XV, XXV et XXVI (3e série), du *Recueil des Mémoires de médecine et de chirurgie militaires.*

M. le ministre de l'agriculture et du commerce adresse un rap-

port général de M. le docteur Massoni, médecin inspecteur des eaux minérales de Guagno, sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1870. (Comm. des eaux minérales.)

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

Elle comprend : 1° une lettre de M. le docteur Armand Moreau, qui se porte comme candidat dans la section d'anatomie et de physiologie ; — 2° une lettre de M. le docteur Gellé, accompagnant l'envoi d'un pli cacheté.

PRÉSENTATIONS

M. WURTZ offre en hommage, au nom du traducteur, M. le docteur Ferdinand Monoyer, professeur agrégé de physique médicale à la Faculté de Strasbourg, un volume ayant pour titre : *Traité élémentaire de physique médicale*, par M. le docteur Wundt, professeur à l'université de Heidelberg.

M. GOSSELIN, au nom de M. le docteur Reliquet, dépose sur le bureau un volume intitulé : *Traité des opérations des voies urinaires*, 2e partie, 2e fascicule.

LECTURE.

M. JEANNEL donne lecture d'une note sur la coction des aliments à une température inférieure à +100°.

Voici un extrait de cette note :

Le succès bien constaté de la marmite norwégienne (1), comme ce qui se passe dans les pays de montagnes, où la température de l'ébullition de l'eau est souvent inférieure de 4° ou 5° à la température de +100°, sans que les procédés culinaires y soient différents de ce qu'ils sont au bord de la mer, démontre que la coction des aliments n'exige pas absolument la température de +100°, ou l'ébullition sous la pression de 0m,76.

La température d'ébullition de l'eau décroît à peu près exactement de 0°,332, c'est-à-dire de 1/3 de degré centigrade par 100 mètres d'altitude au-dessus du niveau de la mer. Le tableau ci-après donne l'altitude, la hauteur barométrique et le point d'ébullition de l'eau dans un certain nombre de villes ou de lieux habités :

	Altitude.	Hauteur barométrique.	Point d'ébullition de l'eau en degrés centésimaux.
Potosi (Bolivie)	4,061	0,454	86°,2
Quito (capitale de l'Équateur)	2,908	0,526	90°,0
La Plata (Bolivie)	2,844	0,530	90°,2
Mexico	2,277	0,569	92°,1
Saint-Gothard (hospice)	2,075	0,584	92°,8
Briançon	1,321	0,643	95°,4
Baréges	1,241	0,649	95°,7 (2)
Madrid	0,608	0,704	97°,9
Clermont-Ferrand	0,407	0,722	98°,6
Genève	0,375	0,725	98°,7

J'ai cherché d'abord à me rendre compte de ce qu'on perd en principes aromatiques inutilement vaporisés et en combustible inutilement brûlé, lorsqu'on prépare le bouillon de bœuf à la température de l'ébullition de l'eau, sous la pression ordinaire de l'atmosphère ; ensuite je me suis proposé de constater positivement la coction de la viande et des légumes à la température de +95 degrés.

Conclusions :

1° L'ébullition de l'eau dans laquelle on fait cuire la viande pour obtenir le bouillon avec les légumes destinés aux diverses préparations culinaires n'a pas d'autre avantage que d'indiquer, par le dégagement tumultueux de la vapeur, phénomène qui frappe les yeux des gens les plus ignorants, que le feu est suffisant pour assurer la coction des aliments ; mais l'ébullition soutenue pendant toute la durée de la coction a deux inconvénients : le premier, c'est que les principes aromatiques entraînés par la vapeur se dissipent dans l'atmosphère au détriment de la sapidité des mets ; le second, c'est que, pour produire cette ébullition défavorable à la sapidité des préparations culinaires, il faut dépenser en pure perte une quantité de combustible très-considérable.

2° La coction de la viande et des légumes frais ou secs se fait très-bien à la température de +95°.

3° La coction à +95° exige un peu plus de temps que la coction à l'ébullition sous la pression de 0m,76, dans le rapport de 16 à 15 ou à 14 pour la viande de bœuf bouillie, et dans le rapport de 5 à 4 environ pour les pommes de terre et pour les légumes secs.

4° Quant à la consommation du combustible, l'économie est d'environ 40 pour 100 lorsqu'on opère dans un fourneau ordinaire (3).

5° Le bouillon et la viande de bœuf sont beaucoup plus agréables et plus sapides lorsque la coction a été effectuée à +95°, sans autre ébullition que celle qui est nécessaire pour l'écumage et dont la durée ne dépasse pas quinze minutes.

6° Par la coction à +95° le rendement de la viande cuite distribuable est augmenté de 3 à 6 pour 100.

7° Par la coction à +95° le rendement en bouillon est augmenté de 10 pour 100 environ. Ainsi on peut obtenir une quantité de bouillon égale à celle qu'on obtiendrait par l'ébullition à +100°, et cependant diminuer de 10 pour 100 la proportion d'eau mise à la marmite.

(1) Après avoir écumé le pot-au-feu et ajouté les légumes et les épices, on transporte la marmite toute bouillante dans une boîte dont les parois sont matelassées, aussi bien que le couvercle, d'une couche de poil de vache (bourre), de 10 à 12 centimètres d'épaisseur, dans une étoffe de laine grossière.

Ainsi renfermée dans une enveloppe non conductrice du calorique, la marmite ne se refroidit qu'avec une extrême lenteur. Au bout de cinq heures, l'eau s'y trouve encore à +70° ; le bouillon est fait et la viande est cuite sans que rien se soit évaporé des principes aromatiques de la viande, des légumes et des épices. Telle est la marmite norvégienne, dont on ne saurait trop recommander l'usage.

(2) D'après les expériences de M. Armieux et celles de M. Schaenffèle, l'eau bout à 95°,5. (V. *Rec. des Mém. de méd. milit.*, 1870, n° 134, p. 245.)

(3) Je me suis assuré, par des expériences précises exécutées au moyen d'un régulateur automatique à gaz et d'un compteur, que pour maintenir l'eau à la température de +95°, la consommation est moindre que pour la maintenir en ébullition modérée, dans le rapport de 35 à 100.

8° Il serait facile, dans les grands établissements (hôpitaux, casernes, lycées, etc.), d'habituer les chefs de cuisine à régler la température des marmites culinaires au moyen de thermomètres et de registres. Le chauffage au gaz serait encore plus facile à régler.

9° Les thermomètres de grande dimension (pareils à ceux dont se servent les raffineurs, les brasseurs, etc., et qu'on trouve chez les opticiens de Paris), seraient préservés des chocs par une enveloppe cylindrique pénétrée en cuivre étamé, laissant l'échelle à découvert seulement à la partie supérieure. Accrochés au bord de la marmite par un collier, ces thermomètres montreraient leur échelle à l'intérieur par un orifice ou une échancrure pratiquée dans le couvercle. On fermerait le registre du foyer dès que la température approcherait de +100° ; on l'ouvrirait dès qu'elle tendrait à descendre au-dessous de +95°.

M. le docteur LIÉGEY (de Rambervilliers) lit une note intitulée : *Quelques mots sur la constitution médicale avant la guerre. Souvenirs médicaux de mon émigration, etc.*

Voici un résumé et les conclusions de ce travail :

Médecin pendant trente-deux ans dans une contrée de la Meurthe et des Vosges qui n'est pas véritablement marécageuse, mais où les variations de température sont très-brusques, j'ai observé, dans sa constitution médicale, un changement remarquable, consistant dans une fréquence croissante de la périodicité, de la perniciosité du typhoïdisme avec cachet atonique plus ou moins prononcé. Par de nombreux rapprochements faits entre ce que je voyais et ce que je lisais, je suis arrivé à dire, il y a quelques années déjà, que la constitution médicale, dans les diverses contrées de la France, malgré les différences de climat, de topographie, etc., tendait à s'uniformiser, à être, au fond, la même partout ; d'où résulterait inévitablement une convergence dans la thérapeutique.

Arrivé à Choisy-le-Roi dans l'automne de 1869, je ne tardai pas à rencontrer, mais en petit nombre, dans cette localité qui n'est pas non plus marécageuse, et dans de plus petites localités voisines qui n'étaient pas dans de moins bonnes conditions hygiéniques, des cas dans lesquels se voyaient la rémittence ou l'intermittence avec tendance à la périodicité et cachet d'asthénie.

En septembre 1870, par le fait de la guerre, j'ai quitté provisoirement Choisy pour aller à Vierzon, département du Cher, où j'ai passé trois mois ; après quoi j'ai résidé le même temps à Châteauroux, département de l'Inde. Dans ces deux villes où, dans la première surtout, les affections périodiques ne sont pas habituellement rares, j'ai pris part au service des ambulances fixes avec les honorables confrères de ces localités, et, chez des militaires de différentes armes et venus de diverses contrées, j'ai vu, sous des masques variés, cette rémittence et cette intermittence avec perniciosité et cachet d'asthénie on ne peut plus prononcé. A Vierzon surtout, le cheval de bataille du médecin était le quinquina. On alimentait les malades, on leur donnait du vin, souvent pur, avec succès(1).

Quand je revins à Choisy, il était, par l'effet d'un premier bombardement et, ensuite, la longue occupation par les Prussiens, dans un état antihygiénique que je me suis efforcé de décrire dans ma note, état constitué principalement par l'existence de tranchées longues et profondes, l'indicible malpropreté des rues et des habitations affreusement dévastées.

Seul médecin ici pendant quelques semaines, au temps du règne des fédérés, qui nous firent subir un second bombardement, j'y pus, mieux qu'auparavant, étudier la constitution médicale ; j'y fus à même, du moins, d'observer celle du moment.

Il y eut, me parut-il, une mortalité relativement assez forte de petits enfants. Nés anémiques de mères ayant subi les misères du siége de Paris, ils succombaient à la diarrhée et aux convulsions.

Les maladies offrirent une fréquence vraiment remarquable de l'élément périodique à tendance pernicieuse sous des formes diverses, et l'ataxo-adynamie. Ici encore il fallut faire un fréquent usage du traitement quinique au double titre de tonique et d'antipériodique ; donner de la nourriture et du vin, à l'endroit desquels plusieurs malades firent preuve d'une tolérance comparable à celle que j'avais rencontrée tant de fois dans mon ancienne clientèle. Des cas du même genre s'offrirent aussi à mon observation dans les petites localités de Thiais, d'Orly et de Villeneuve-le-Roi.

Je donne la relation de quinze cas, dans presque tous lesquels la périodicité notamment est des plus manifestes.

Ce qui précède pourrait être exprimé ainsi :

Sous le climat séquanien, c'est-à-dire à Choisy-le-Roi et dans de plus petites localités voisines, comme sous le climat du centre de la France ou girondin, c'est-à-dire à Vierzon et à Châteauroux, j'ai rencontré une constitution médicale très-analogue à celle que j'avais longtemps observée sous le climat vosgien.

Dans la production de la périodicité, de la perniciosité, je crois, comme certains autres médecins, que les émanations des terres fraîchement et profondément remuées, comme même les émanations des marais, ne sont pas absolument indispensables ; mais je considère ces émanations comme douées de la plus haute puissance fébrigène.

C'est dire que je pense devoir attribuer, dans ce qui s'est passé à Choisy au printemps dernier, une large part à ces émanations résultant du mouvement des terres, influence à laquelle s'est jointe celle des autres causes insalubres bien capables d'engendrer l'ataxo-adinamie, d'accroître le cachet asthénique.

Maintenant, si je considère que bien d'autres localités, de contrées diverses, ont été dans des conditions analogues à celles des localités en question ; car, partout où l'on s'est battu, partout où l'on s'attendait à se battre, il y a eu mouvement de terrains, accumulation d'hommes, malpropreté des rues, des maisons, des individus ; si, dis-je, je considère cette circonstance, je me crois autorisé à conclure de la manière suivante :

1° La guerre de 1870-71 a donné un coup de fouet à la tendance qu'avait, en France, depuis un certain nombre d'années, la constitution médicale à s'uniformiser dans le sens d'une fréquence plus ou moins grande de la périodicité, de la perniciosité et de l'asthénie ;

2° Les conditions hygiéniques nocives nées de cette double et si

(1) A Vierzon, le vin aromatique et l'eau-de-vie étaient employés constamment au pansement des blessures.

triste guerre n'étant pas, bien que déjà beaucoup amoindries, de nature à se dissiper entièrement avant quelques temps, pendant quelques temps aussi, il sera besoin, très-probablement, plus encore qu'avant ce fléau, de recourir souvent au quinquina comme antipériodique, comme tonique et antiseptique, et de joindre à cette médication fondamentale une alimentation tonique et les substances alcooliques, le vin surtout, substances alcooliques si utiles et si nuisibles de nos jours, selon l'usage ou l'abus, selon aussi la qualité.

M. O. HENRI donne lecture d'une note intitulée : *Eau minérale sulfureuse de Gaillon (Doubs).*

Cette eau à sa sortie du sol est limpide, froide, marque 12° centigrades. Son odeur sulfureuse est franche, ainsi que sa saveur, mais nullement désagréable.

Son caractère sulfureux est décelé par tous les réactifs mis en usage en pareil cas. Elle contient de l'*acide sulfhydrique* et un *sulfure calcique*, des *bicarbonates terreux*, des *sulfates*, des *chlorures alcalins* et quelques éléments *siliceux*, *ferreux*, etc.

Elle appartient à la classe des eaux *sulfureuses froides*, *sulfurées*, *calcaires*, *sulfhydriques*.

Sa sulfuration peu élevée la rend très-avantageuse dans le traitement des affections des organes respiratoires, contre les dyspepsies, les maladies de la peau et celles qui en dérivent.

Histologie de la pustule vaccinale.

(Suite de la discussion.)

M. BRIQUET demande la parole pour rectifier quelques erreurs, qui, dit-il, lui ont été attribuées par M. Vulpian, au sujet de l'anatomie pathologique de la pustule variolique. M. Briquet n'a pas dit que le siége de la vésico-pustule fût dans les parties superficielles du derme, mais bien dans l'épaisseur même du réseau de Malpighi.

Cette opinion étant aussi celle de M. Vulpian, il n'y a donc pas de dissidence sérieuse entre son collègue et lui sur ce point.

M. Briquet n'a pas dit non plus que l'ombilication de la pustule variolique fût due à la présence du disque pseudo-membraneux ; l'ombilication et le disque sont deux choses corrélatives pour lui, mais l'une n'est pas nécessairement la conséquence de l'autre.

Quant à l'existence de ce disque, bien qu'elle ait été niée par M. Vulpian et les histologistes, elle n'est pas contestable ; suivant M. Briquet, plus de cent médecins l'ont vue. Ce disque succède à une espèce de magma ou de grumeau qu'il remplace, constituant un corps parfaitement net et figuré. Seulement les observateurs n'avaient pas étudié sa nature histologique. Rayer et la plupart des médecins l'avaient attribué à une production d'inflammation, à un exsudat fibro-plastique. M. Briquet, au contraire, était plus disposé à y voir un produit de mortification, un corps destiné à être éliminé au dehors. En effet, il disparaît lorsque survient la période suppurative. Ce serait dans ce disque d'abord, puis dans le pus dans lequel il se dissout et qui le remplace, que résiderait, selon M. Briquet, le virus de la variole. On sait que les Chinois inoculaient la variole au moyen des croûtes de la pustule, et que les inoculateurs d'autrefois avaient soin de prendre, non pas le liquide transparent de la vésicule, mais le liquide purulent de la pustule.

M. VULPIAN répond qu'il est heureux de se trouver moins en désaccord qu'il le pensait avec M. Briquet au sujet des caractères anatomiques de la pustule de la variole.

Puisque M. Briquet admet que le siége de la vésico-pustule est dans le centre du corps muqueux de malpighi, il n'y a plus entre eux de dissidence essentielle.

M. Vulpian avait cru que M. Briquet, avec la plupart des auteurs classiques, attribuait l'ombilication de la vésico-pustule à la présence du disque pseudo-membraneux ; du moment où M. Briquet se défend d'avoir eu cette opinion, M. Vulpian s'empresse de réparer son erreur et s'applaudit de se trouver, encore sur ce point, d'accord avec M. Briquet.

Enfin M. Vulpian déclare qu'il n'a pas nié l'existence du disque pseudo-membraneux, ou plutôt d'une matière discoïde qu'on peut extraire de la pustule ; il a nié seulement la nature fibro-plastique de ce produit qui n'est autre chose, d'après l'opinion de tous les historiens, qu'une escharre épidémique, infiltrée de liquide, et mélangée avec une petite quantité de fibrine et quelques leucocytes.

M. Vulpian ne saurait admettre avec M. Briquet que le disque, prétendu pseudo-membraneux, soit l'élément dans lequel réside le principe virulent de la pustule variolique, puisque le virus précède l'apparition de ce disque.

M. PIORRY donne lecture de la première partie d'un travail relatif à la ponction de l'intestin dans certains cas de pneumatose gastro-intestinale.

La séance est levée à 5 heures.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1870.

113. Lasalle. Du pansement ouaté dans les plaies récentes.
114. Dupont. De l'arthrite blennorrhagique et de son diagnostic différentiel avec le rhumatisme articulaire aigu.
115. Deruelle. Essai sur l'eczéma.
116. Rochette. De l'Acrodynie.
117. Laburte. Des exostoses de développement.
118. Robin. De la pleurésie diaphragmatique.
119. Pruvost. Remarques sur le pronostic et les indications immédiates de traitement dans les plaies osseuses par armes à feu.
120. Miot. Quelques remarques sur l'étude et la connaissance des maladies de l'oreille, et sur les moyens physiques d'exploration du conduit auditif externe et de la membrane du tympan à l'état normal adulte.
121. Candellé. Observation pour servir à l'histoire des tubercules de l'encéphale.
122. Cadet. Essai sur la pneumatose gastro-intestinale des hystériques.

123. Rident. De l'organisation de la Maternité de l'hospice général de Rouen, suivie de quelques considérations sur le traitement employé dans cet hôpital.

124. De Roaldès. Des fractures compliquées de la cuisse par armes de guerre.

125. Jaoul. De la kératite parenchymateuse.

126. Picard. Sur quelques caractères du crâne considérés chez l'homme et la grenouille.

127. Caubet. Essai sur le service médical de l'armée en campagne.

128. Woehrlin. Note sur les blessures par armes à feu observées à l'ambulance du lycée de Strasbourg pendant le siége de cette ville.

129. Chalvet. De la paralysie ascendante aiguë.

130. Decorse. Considérations sur la chirurgie des aliénés.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

— M. le professeur G. Sée commencera le cours de clinique médicale lundi 13 novembre, à huit heures et demie, à l'hôpital de la Charité, et le continuera trois fois par semaine.

Les lundis seront consacrés à la clinique des maladies chroniques; les mercredis aux exercices du diagnostic; les vendredis à l'étude de la thérapeutique.

— M. Daremberg ouvrira le samedi 11 courant, à quatre heures, dans le petit amphithéâtre de la Faculté, son cours sur l'*Histoire de la médecine et de la chirurgie*, et le continuera, dans le même amphithéâtre, les mercredis, jeudis et samedis suivants.

Ce cours sera divisé en deux parties : *Histoire générale des sciences médicales*, le mardi à cinq heures; — *Histoire des maladies*, les jeudis et samedis, à quatre heures.

Bulletin hebdomadaire des décès d'après les déclarations à l'état civil, du 28 octobre au 3 novembre 1871.

CAUSES DE DÉCÈS.	Domicile.	Hôpitaux.	Totaux.	Total des décès de la semaine précédente.
Variole	»	»	»	3
Rougeole	3	1	4	3
Scarlatine	2	»	2	3
Fièvre typhoïde	7	11	18	35
Tiphus	»	»	»	»
Erysipèle	3	3	6	2
Bronchite	40	7	47	43
Pneumonie	25	11	36	39
Dysenterie	2	4	6	9
Diarrhée cholériforme des jeunes enfants	3	»	3	6
Choléra nostras	»	»	»	1
Choléra asiatique	»	»	»	»
Angine couenneuse	5	»	5	6
Croup	1	2	3	7
Affections puerpérales	1	2	3	2
Autres affections aiguës	142	31	173	139
Affections chroniques	206	64	270	285
Affections chirurgicales	25	20	45	83
Causes accidentelles	9	7	16	21
Total	474	163	637	687

LONDRES. — Population, 3,263,872 h. — Décès du 22 au 28 octobre 1871 1,364
Variole, 61. — Diarrhée, 32. — Fièvre typhoïde, 23. — Choléra, 1.

FLORENCE. — Population, 196,606 h. — Décès du 22 au 28 octobre 1871 101
Variole, 6. — Diphthérie, 21.

PETITE CORRESPONDANCE

M. M...., à Langogne. — Brochure de M. de la Roque étant épuisée. — Il a fallu attendre pour vous expédier la publication d'une nouvelle édition.

AVIS

Toute demande de numéros isolés doit être accompagnée de 20 centimes par numéro.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments ou autres objets).

Traité d'électricité médicale, par MM. E. Onimus et Ch. Legros. (Recherches physiologiques et cliniques.) 1 vol. in-8° de 802 pag., avec 141 figures intercalées dans le texte. — Prix : 12 fr.

Médecine atomistique, ou nouvelle méthode de thérapeutique, avec expériences thermométriques et sphygmographiques; tableaux synoptiques et figures intercalés dans le texte, par M. le docteur Burggraeve, professeur émérite de l'Université de Gand, etc. Bruxelles, 1870. 1 fort vol. grand in-8°. — Prix : 8 francs.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois. . . 8 fr 50 c.
Six mois. . . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 10 novembre 1871.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

De quelques-uns des résultats obtenus par la 7e ambulance de la Société de secours aux blessés (armées de Sedan et de la Loire).

En parcourant le rapport sur les travaux de la 7e ambulance par son chirurgien en chef, M. le docteur A. Després, nous nous demandions, entraîné que nous étions par l'intérêt palpitant de la partie historique de ce rapport, si nous ne devrions pas communiquer à nos lecteurs les impressions que nous venions d'en recevoir, ou les faire assister avec nous aux principaux épisodes de cette triste odyssée. Nous avons dû y renoncer, dans la crainte de nous laisser aller au delà des limites que comporte cette Revue, et nous borner à exposer quelques-uns des résultats pratiques des travaux de cette ambulance dont le dévouement, d'après le témoignage nullement suspect de son chef, s'est toujours montré à la hauteur des circonstances difficiles et périlleuses où elle s'est presque constamment trouvée.

Il est indispensable de rappeler seulement que la 7e ambulance en destination pour Metz ne put suivre le plan qu'elle s'était tracé. Ses principales opérations ont eu pour théâtre Sedan et ses environs, et, plus tard, l'armée de la Loire.

Dans un faubourg de Sedan, à Balan, M. Després avait fait établir 36 blessés, recueillis sur le champ de bataille, dans deux granges, et fait construire une baraque contenant 22 brancards ; il avait en outre 24 blessés trouvés sur place dans des granges et un petit appartement, ce qui faisait un total de 82 blessés. La statistique de ces 82 blessés lui a donné d'excellents résultats. La mortalité n'a été que de 10 pour 100, ce qu'il attribue à l'excellente situation des ambulances établies presque en plein champ, et à leur facile aération. Il y avait cependant des blessures graves, des plaies pénétrantes de l'articulation du genou, des fractures compliquées de la jambe, qui ont guéri sans amputation.

A Daigny, situé dans un fond, sur le cours d'un ruisseau, où quatre ambulances durent être formées, contenant ensemble 118 blessés, la mortalité a été beaucoup plus considérable (de 37 pour 100).

M. Després a pratiqué, à dessein, peu d'opérations à Balan et à Daigny. Différant d'avis sur ce point avec la plupart des chirurgiens des armées, il n'a pas cru, sauf les cas de mutilations des membres, devoir pratiquer des amputations pour le bras, la jambe et le genou. Les plaies graves des os traitées par l'extraction immédiate des esquilles et un bon pansement lui ont paru être moins souvent suivies de mort que les amputations.

Voici le relevé des opérations que M. Després a pratiquées à Sedan, à Balan et à Daigny : 3 amputations de la cuisse dont 2 morts et 1 guéri ; 3 amputations de la jambe, 2 morts, 1 guéri ; 1 résection de la clavicule, guérison ; 1 résection partielle du tibia, guérison ; 1 ligature de la carotide primitive, mort ; 1 ligature de la veine fémorale, guérison ; 1 ligature de la fémorale en haut, mort ; 1 ligature de la fémorale à l'anneau de l'adducteur, mort. Total : 12 opérations, 7 morts, 5 guérisons.

Eu égard aux complications des plaies, il y a eu 7 cas de tétanos, dont 6 à Daigny, dans les ambulances qui avaient une très-mauvaise odeur et dont on était obligé d'ouvrir les fenêtres pour désinfecter les chambres. A Balan, il n'y a eu que 2 cas de tétanos, dont 1 chez un malade arrivant de Daigny. M. Després s'explique ce surcroît de cas de tétanos à Daigny par l'humidité de ce pays.

Les infections purulentes ont été assez fréquentes du 16e au 20e jour.

La nourriture et les évacuations des blessés ont offert plusieurs points intéressants à étudier, dont les détails nous entraîneraient trop loin. Il suffira de signaler les résultats funestes d'une alimentation insuffisante et des évacuations prématurées.

Dans les ambulances des armées de la Loire, établies à Beaugency dans des conditions défavorables, et où 1,100 blessés environ occupaient un emplacement restreint, la mortalité a été néanmoins peu considérable (25,8 pour 100). Mais elle a été extrêmement considérable pour certaines blessures, principalement pour les plaies de la poitrine et pour les plaies articulaires, ce qui a paru devoir être attribué au froid excessif et à la difficulté du chauffage. Les blessés contractaient presque tous une pneumonie ou une arthrite. Les fractures de cuisse avec esquilles ont toutes été suivies de mort.

Les amputations n'ont été pratiquées qu'en très-petit nombre et pour des cas très-graves, tels que membres emportés par un obus, fracture comminutive du membre inférieur au niveau d'une articulation, gangrène d'un membre ou congélation complète des pieds. Cette circonstance, jointe à l'époque tardive où a pu être faite l'opération, explique la mortalité considérable des amputés, qui a été de 20 sur 23. Sur 3 résections du coude, 2 étaient en voie de guérison au moment de la rédaction du rapport. M. Després ne compte pas comme grandes opérations des extractions d'esquilles et des résections de fragments osseux, pour des fractures comminutives de jambe, qui ont guéri sans amputation. Notre confrère fait ici une remarque importante à propos des opérations : plusieurs amputés allaient bien le vingtième jour ; ils ont été atteints d'infection purulente après ce temps, ce qu'il attribue à ce que ces blessés n'étaient point suffisamment bien nourris.

Voici, au point de vue scientifique, les conclusions que M. Després a cru pouvoir tirer de tout ce qu'a vu et fait la 7e ambulance :

« L'évacuation prématurée des blessés est une mauvaise chose, et, plutôt que de laisser évacuer les blessés des ambulances militaires, il est préférable que nos ambulances se chargent de traiter les blessés sur place ou à de petites distances.

Les locaux qu'on trouve près des lieux de combat, granges, maisons d'école, grands locaux, tels que salles de festins ou de concerts, pourvu qu'ils soient bien aérés, sont de bonnes ambulances, toujours supérieures aux tentes ; les baraques en bois valent mieux que les tentes.

Le traitement des plaies graves autres que les mutilations, au moyen des résections partielles, est de beaucoup préférable aux amputations, parce qu'il offre moins de mortalité, pourvu qu'on puisse donner pendant un assez long temps aux blessés les soins nécessaires, c'est-à-dire un pansement journalier et une nourriture réparatrice.

A défaut d'avoir en nombre des matelas de varech, le coucher sur des paillasses, dont on peut renouveler la paille, est bien plus avantageux que les matelas de laine, attendu que l'on trouve partout de la paille et que la laine garde longtemps les mauvaises odeurs. »

Des accidents nerveux et paralytiques dans la variole.

Nous poursuivons, pour la terminer aujourd'hui, l'analyse des faits relatifs à l'épidémie de variole observée dans le service de M. Gubler à l'hôpital Beaujon, et recueillis par M. le docteur Laborde. Nous nous arrêterons un instant sur les accidents paralytiques.

La paralysie de la motilité et de la sensibilité s'est montrée fréquemment aux extrémités inférieures, et souvent à un haut degré d'intensité. Chez un des rares malades guéris à la suite d'une variole confluente, MM. Gubler et Laborde ont vu l'impotence d'abord absolue et ensuite incomplète des membres inférieurs durer, en ce dernier état, plus de trois mois, malgré les médications les mieux appropriées. Ils ont également eu l'occasion d'observer fréquemment la paralysie vésicale, aux deux périodes extrêmes de la maladie, c'est-à-dire au début et à la fin de la maladie ou au commencement de la convalescence ; mais c'est principalement à la période d'invasion des varioles graves et anomales que cet accident s'est montré dans toute son intensité ; il nécessitait alors très-fréquemment le cathétérisme. Dans quelques cas, la paralysie s'est alliée à un certain degré de cystite ou mieux de cystalgie, se manifestant par de vives douleurs pendant les efforts infructueux d'émission de l'urine, laquelle était presque toujours sanglante.

Dans ce même ordre de phénomènes, MM. Gubler et Laborde ont eu à noter une constipation plus ou moins opiniâtre, tantôt existant seule, tantôt coïncidant avec la paralysie de la vessie ; constipation qui n'est évidemment que l'expression de l'atonie de l'intestin.

Enfin il s'est présenté à leur observation deux faits très-curieux d'altération de la parole au début de la variole. L'un est relatif à une jeune femme entrée dans les premiers jours de janvier pour une affection indéterminée. En interrogeant pour la première fois cette malade, on fut frappé de l'extrême embarras qu'elle éprouvait à répondre ; elle ne pouvait le faire que par des signes de tête, et montrait le fond de la gorge comme étant, d'après ses sensations, le siége de cette difficulté. La gorge, examinée avec soin, n'offrait d'autre altération appréciable qu'un peu de rougeur anomale de la muqueuse et des traces de pharyngite granuleuse chronique. Ces phénomènes n'étaient évidemment pas sous la dépendance d'une affection cérébrale, dont il n'existait actuellement et n'avait existé précédemment aucun symptôme.

FEUILLETON BIBLIOGRAPHIQUE

I. Traité élémentaire des maladies de l'enfance, Par A. VOGEL, professeur de clinique médicale à Dorpat ; traduit de l'allemand sur la 4e édition par les docteurs CULMANN et SENGEL, de Forbach (1).

II. Thérapeutique des maladies chirurgicales des enfants, par T. HOLMES, ancien chirurgien de l'hôpital des Enfants-Malades de Londres ; traduit de l'anglais sur la 2e édition, et annoté sous les yeux de l'auteur par le docteur O. LARCHER, lauréat de l'Institut de France, etc. (2).

I

Nous avons la bonne fortune d'inaugurer nos feuilletons bibliographiques de l'année scolaire 1872 par deux livres sur la pathologie des enfants, tous deux venus de l'étranger, l'un sur les maladies internes proprement dites, l'autre sur les maladies chirurgicales de l'enfance. Le premier est signé d'un de ces noms germains que la guerre récente nous a appris à haïr et est traduit de l'allemand ; le second est dû à un très-honorable chirurgien de l'hôpital des Enfants de Londres, membre correspondant de la Société de chirurgie de Paris.

Mais rassurez-vous, chers confrères ; bien que le *Traité élémentaire des maladies de l'enfance* soit traduit de l'allemand, il nous arrive de Dorpat, jolie petite ville russe, située dans la Livonie, et que les Polonais, les Suédois et les Russes se disputèrent successivement. En 1632, Gustave Adolphe y fonda une université qui dura une quinzaine d'années : l'empereur Alexandre la rétablit en 1802. Chose bizarre ! tous les cours s'y font en allemand, à l'exception de ceux de droit russe. Cette petite université a une certaine célébrité. C'est donc à un livre russe que MM. Culman et Sengel, nos fidèles et infatigables traducteurs, ont servi de parrains.

Il faut, avouons-le, une certaine audace pour envoyer en France un livre étranger sur la pathologie interne de l'enfance, quand nous avons Rilliet et Barthez, Bouchut, Barrier, comme livres classiques. Est-ce que Vogel aurait eu la prétention de faire mieux ? Nullement ; mais il a cherché de faire autrement et un peu plus brièvement.

Chargé d'un service clinique, il a voulu donner à ses élèves un guide dans le but de suppléer à l'insuffisance de son enseignement oral. Voilà de la modestie ; mais bientôt, avec un orgueil quasi germanique, Vogel déclare que de tous les traités aucun ne le satisfait complétement : il y trouve trop d'hypothèses ; il a constaté que la thérapeutique est un peu trop capricieuse. Il a mis quelque scepticisme dans son travail et ne s'est rapporté qu'à ce qu'il a pu constater. Il le dit du moins.

Son livre est divisé en deux parties. Dans la première, qui contient les prolégomènes, l'auteur résume en 50 pages les considérations anatomo-physiologiques sur l'organisme de l'enfance, les règles générales pour l'examen des enfants, pour leur alimentation, leur hygiène.

La deuxième partie est plus intéressante. L'auteur a suivi l'ordre de classification nosologique par fonctions, et termine par les maladies de la peau et les maladies générales de la masse des humeurs. Nous ne pouvons envisager ce livre que sous son point de vue général et, comme l'auteur le dit lui-même, la thérapeutique paraît avoir été son objectif. Il y a dans son livre quelques idées, quelques applications, qu'on ne rencontre pas partout.

Le *muguet*, par exemple, est, d'après Vogel, le résultat de la réaction acide de la sécrétion buccale. Or cette sécrétion est produite par deux sortes de glandes, les glandes salivaires et les glandes muqueuses. Les premières fournissent un produit alcalin ; les deuxièmes un produit qui devient très-promptement acide. Selon que la réaction sera plus acide, il y aura les éléments de production du muguet, et la conséquence thérapeutique est que le miel et les sirops doivent être proscrits dans le traitement. Vogel conseille comme nous le borax, mais en solution aqueuse.

Les *opiacés*, nous le rappelons, étaient à peu près proscrits par Trousseau dans la thérapeutique des enfants. Vogel n'hésite pas à les conseiller quand il les croit utiles, et cela arrive assez souvent.

(1) 1 vol. in-8 de 600 pages, avec 6 planches. Chez Lauweryns.
(2) 1 vol. in-8 de 900 pages, avec 330 figures. Chez J. B. Baillière.

L'intelligence avait toute sa netteté, et l'embarras de la parole portait uniquement sur l'articulation des mots. Enfin la langue jouissait de l'intégrité de ses mouvements apparents.

Par contre, la malade souffrait d'une céphalalgie frontale intense et de douleurs lombaires, elle avait des nausées et de la fièvre. Une recherche attentive révéla sur la face et à la partie supérieure de la poitrine quelques papules. Bref, la malade était au début d'une variole confluente qui se termina heureusement. L'embarras de la parole persista plus de huit jours encore après le début de l'éruption, et l'articulation ne commença à redevenir possible que lorsque l'éruption arriva à la pleine période de suppuration.

Le deuxième malade qui présenta ce phénomène était un jeune soldat atteint de variole, au deuxième jour d'une éruption qui n'avait été précédée que de phénomènes prodromiques peu accusés et s'annonçait discrète. Le malade était presque dans l'impossibilité d'articuler, et tous ses efforts n'aboutissaient qu'à un bredouillement incompréhensible. Comme chez la malade précédente, l'intelligence était manifestement intacte; les mouvements de la langue étaient libres. A part une rougeur diffuse de la muqueuse, la cavité buccale et l'isthme du gosier n'offraient rien d'anormal; mais le malade montrait la région laryngée comme le siége de la difficulté qu'il éprouvait à parler. Ce ne fut que vers le cinquième ou sixième jour de l'éruption que cette presque impossibilité du langage articulé disparut. La maladie se termina d'ailleurs favorablement.

De toutes les hypothèses que l'on pourrait concevoir sur la pathogénie de ce symptome insolite, la seule qui ait paru avoir quelque fondement aux yeux de M. Gubler est celle qui consisterait à attribuer cette lésion de la parole à un désordre ataxique des organes du langage articulé, ce désordre étant lui-même sous la dépendance d'une altération passagère des actes réflexes qui interviennent dans l'accomplissement de la fonction dont il s'agit. Cette explication rappelle un peu, ce nous semble, sauf l'appareil scientifique dont elle est revêtue, celle de Sganarelle. Mais, faute de mieux, il faut bien, jusqu'à nouvel ordre, nous en contenter.

Enfin MM. Gubler et Laborde se sont livrés à des études sur les urines des varioleux, qui les ont conduits à y découvrir un produit de réaction par l'acide nitrique, un nitrate d'urée en nature, qui ne se manifeste qu'au début même de l'invasion de la variole et durant une phase très-courte de cette période (du 1[er] au 2[e] jour de l'éruption), et dont la présence peut, dans des cas difficiles, concourir à éclairer le diagnostic. Nous reviendrons à l'occasion sur ces nouvelles recherches, qui seront très-probablement continuées et contrôlées.

Variole chez une femme enceinte et à terme. — Accouchement, pendant la période de dessiccation, d'un enfant bien portant. — Résistance de l'enfant à trois vaccinations successives.

La variole est un sujet inépuisable d'étude. Nous extrayons du dernier rapport de M. Besnier sur les maladies régnantes du mois de septembre (dont nous donnerons incessamment un résumé) la relation du fait suivant, recueillie dans des conditions d'observation rigoureuse par M. Desnos, dans son service de Lariboisière.

Une jeune femme de 22 ans entre dans la salle Sainte-Marthe, atteinte d'une variole cohérente. — Elle portait sur les deux bras des traces légères de vaccine. — Elle parcourut tous les stades de la maladie jusqu'à la dessiccation, pendant laquelle elle accoucha d'un enfant à terme, bien portant. On ne remarqua sur son corps aucune marque récente ou ancienne d'éruption variolique. La malade eut, pendant sa convalescence, de nombreux abcès disséminés sur toutes les parties du corps. Elle resta encore pendant plus d'un mois, avec son enfant, dans la salle où se trouvaient alors des malades atteints de variole et n'entra ensuite qu'après ce temps dans une autre salle.

On ne put vacciner l'enfant qu'un mois environ après sa naissance. Le vaccin, pris sur un sujet bien portant, était bien clair, limpide, âgé de 7 jours. Toutes les vaccinations pratiquées dans le service avec ce liquide vaccinal réussirent, excepté celle qui fut faite à l'enfant de la malade. Depuis, deux autres vaccinations furent pratiquées, toujours sans succès, avec du vaccin qui réussissait bien sur les enfants du service d'accouchement.

En présence de ce fait, M. Desnos s'est demandé si, dans ce cas, le fœtus n'aurait pas été préservé de la variole pendant la vie intra-utérine par le sang maternel. On ne pouvait, en effet, d'après lui, faire ici que deux suppositions : ou bien l'intoxication du sang fourni au fœtus par la mère a été insuffisante pour préserver l'enfant des atteintes de la variole pendant un temps qu'il n'est pas possible de déterminer, ou bien cet enfant a pris dans le sein de sa mère une variole légère qui n'aurait pas laissé de traces. Cette dernière hypothèse ne s'appuie sur aucune circonstance précise de l'observation. Mais ce qui paraît hors de doute dans ce fait, c'est la résistance de l'enfant et à l'action du contage varioleux et à celle du virus vaccinal.

D[r] Brochin.

DE LA CÉPHALOTRIPSIE INTRA-CRANIENNE

PAR LA MÉTHODE DE M. LE DOCTEUR F. GUYON

Par M. le D[r] Kalindero, ancien interne des hôpitaux.

Les avantages de la céphalotripsie intra-crânienne sont les suivants : 1° elle permet d'agir hors du contact des parties maternelles, ou tout au moins de l'utérus; la main ou le doigt conducteur sont seulement introduits dans le vagin; les instruments perforateurs agissent à l'abri dans l'intérieur même de la cavité crânienne.

On introduit, il est vrai, un petit forceps pour pratiquer l'extraction du fœtus, mais il est bon de faire remarquer :

a. Que l'introduction de cet instrument léger et très-peu volumineux ne saurait être comparée à celle du céphalotribe et même du forceps ordinaire; la compression est tellement facile et complète que M. le docteur Hélot, de Rouen, a pu l'employer avec un plein succès dans deux cas de crâniotomie de la voûte.

b. Que rien ne s'opposerait dans beaucoup de cas, une fois la perforation double pratiquée, à ce qu'on laissât l'expulsion du fœtus aux seuls efforts de la nature.

c. Que cette expulsion pourrait être favorisée, ainsi que nous l'avons fait dans les nombreuses expériences, par l'introduction d'un crochet mousse, dans la perforation ou dans le trou vertébral.

2° La céphalotripsie intra-crânienne permet d'arriver sûrement à détruire la base du crâne. Elle permet de la détruire *efficacement*, d'un seul coup pour ainsi dire, ce que l'on ne peut certainement espérer dans tous les cas avec la céphalotripsie extra-crânienne.

3° Lorsque l'extraction est directement tentée avec le petit forceps, elle se fait avec des conditions de réduction et de prise solide que l'on n'obtient pas toujours avec la céphalotripsie ordinaire.

4° Enfin la manœuvre principale de la destruction d'un point de la base du crâne peut facilement se répéter sur le cadavre ou sur le bassin artificiel. Les élèves peuvent acquérir une véritable expérience par ces manœuvres qui ne différeront en rien, du moins pour leurs parties essentielles, sur le vivant et sur le cadavre.

5° Enfin, grâce au toucher intra-crânien et à la construction de instruments perforateurs, elle offre le degré de méthode et de précision toujours rigoureusement exigé de toute opération chirurgicale importante.

La céphalotripsie intra-crânienne n'est pas réservée aux seuls cas où le sommet se présente; nous avons vu précédemment comment il faudrait agir dans les autres présentations.

RÉPERTOIRE OPHTHALMIATRIQUE

(Notes fournies, par M. le docteur Warlomont, aux *Annales d'oculistique*.

BAINS DE SUBLIMÉ.

Recommandés spécialement par M. Serre (d'Uzès) en 1846, ces bains n'ont pas, autant qu'ils le méritent, pénétré dans la pratique; ils constituent cependant une ressource des plus précieuses dans le traitement des ophthalmies des enfants scrofuleux, dont la durée fait souvent le désespoir des médecins. Les bains de sublimé sont préparés pour les adultes avec 4 grammes, pour les enfants avec 2 grammes du sel mercuriel. On fait dissoudre celui-ci dans quelques grammes d'alcool et 1 litre d'eau, et on l'introduit dans l'eau nécessaire à un bain : les malades y séjournent pendant deux heures, et on leur recommande de s'y laver presque constamment la figure avec l'eau du bain. Ce moyen de traitement convient surtout dans les ophthalmies phlycténulaires accompagnées d'eczéma facial.

POMMADE AU BAUME DU PÉROU.

Elle se prépare suivant la formule suivante :

Pr : Oxyde rouge de mercure..... 10 centigr.
Axonge.............................. 4 grammes.
Baume du Pérou................ 8 à 12 gouttes.
M. F. pomm. ophthal.

Nous ne connaissons pas de meilleur cicatrisant que cette pommade dans les ulcères atoniques, souvent larges et profonds, qui envahissent les cornées de certains individus avancés en âge ou d'une santé débile. Sous son action, l'on voit ces ulcères s'arrêter presque immédiatement dans leur marche envahissante, puis avancer rapidement dans la voie de la cicatrisation. Chose remarquable! parfois ces ulcères ainsi traités ne laissent après eux que des cicatrices parfaitement transparentes, bien qu'ils fussent si profonds que la cornée fût sous la menace d'une perforation imminente.

Dans les ulcérations perforantes de la cornée avec hernie de l'iris, survenant dans le cours d'affections inflammatoires du globe et surtout de l'ophthalmie purulente, la pommade au baume du Pérou est le meilleur topique que nous connaissions. Elle convient encore à la suite des opérations de cataracte suivies, chez les vieillards, de prolapsus iridien et d'un état torpide général. Enfin, chez les enfants scrofuleux dont la cornée est profondément ulcérée ou même perforée, elle arrête presque immédiatement le travail ulcératif. L'application en est douloureuse chez certains sujets, d'autres la supportent parfaitement. On en introduit entre les paupières, soir et matin, gros comme une lentille, et l'on a soin que les malades ne s'essuient les yeux qu'après quelques instants.

TABLETTES

DU MÉDECIN-LÉGISTE

XLIII

Assurances sur la vie, garantie de l'État : 1° proposition; 2° décès, prime unique; 3° décès, primes annuelles, conversion; 4° assurances en cas d'accidents, visite médicale, ajournement; 5° accident, suite, décès. . . . .
. . . .
. . . . — La faculté pour l'individu qui, ayant contracté une assurance en cas d'accident, a reçu des blessures dans un travail industriel ou agricole, de demander l'ajournement de la seconde visite médicale, dont l'exécution lui est annoncée en vue de la détermination des suites de l'accident quant à la capacité de travailler, lui a été réservée pour qu'il puisse empêcher que son état ne soit constaté avant que lui-même soit convaincu que le temps n'y apportera plus de changement (décr. 10 août 1858, art. 29).
. . . .
. . . .

Cf. Dalloz, 3[e] partie, décision du conseil d'État, 1868, 11[e] cahier, p. 111.

XLIV

Art de guérir, sirop de gomme, préparation, formule. — Le sirop de gomme n'est pas exclusivement et essentiellement médicamenteux.

Toutefois si l'on peut fabriquer un sirop de gomme sans être pharmacien et sans se conformer à la formule du Codex, on ne peut le mettre en vente qu'autant que les bouteilles qui le contiennent portent des étiquettes ou indications suffisantes pour que l'acheteur ne puisse être induit à le confondre avec le sirop de gomme pharmaceutique et médicamenteux, lequel doit toujours être préparé suivant le journal le *Codex*.

(Cf Dalloz, 1869; 1[re] classe, 2[e] partie, Cour impériale, p. 11.)

Le moyen qu'il emploie est assez ingénieux. Dans le catarrhe intestinal des enfants à la mamelle par exemple, les enfants refusent souvent l'ingestion du médicament, qu'ils crachent. Vogel badigeonne l'intérieur de la bouche avec un pinceau imbibé d'une, deux ou trois gouttelettes de laudanum, et ferme les lèvres du petit malade, qui suce ainsi le narcotique.

Dans la dysenterie, il ne redoute pas davantage les opiacés, emploie le laudanum de la même manière ou bien n'hésite pas à faire prendre aux enfants toutes les deux heures un mélange de calomel, d'opium et de sucre, mélange dans lequel l'opium entre pour *deux* millièmes chaque fois.

Dans la *fièvre typhoïde*, Vogel entre dans des considérations thérapeutiques excellentes quant à l'hygiène, quant au régime, mais il s'élève contre les vomitifs peut-être avec trop d'injustice, car il prétend qu'ils lui ont toujours été nuisibles. Dans la convalescence, il conseille beaucoup le café noir concentré, le bouillon avec addition de jaunes d'œufs, qu'il préfère au camphre, au musc, au castoréum.

Le chapitre sur le *croup* ne manque pas d'intérêt, et il nous fait voir qu'on ne pense pas à Dorpat tout à fait comme à Paris, ce qui ne veut pas dire qu'on pense mal à Paris. Pour Vogel, la muqueuse enflammée donne lieu à une exsudat ou muco-purulent, ou fibrineux siégeant à la surface, ou diphthéritique siégeant dans l'épaisseur même des tissus. Il signale des modifications symptomatologiques du croup en France, en Russie, en Allemagne, en Suède. Comme les médecins français, il croit que le croup n'est pas une maladie locale, mais une maladie générale avec localisation dans le larynx. Pour lui, le croup fibrineux n'est pas contagieux, tandis que le croup diphthéritique l'est, et d'après ses observations, la forme fibrineuse aurait fait périr tous les enfants, tandis que la forme diphthéritique donne à peu près 3 guérisons sur 20 à 25 malades. Partant de ce principe que le croup fibrineux est fatalement mortel, Vogel ne fait pas de trachéotomie, car c'est cette forme qu'il a presque toujours observée en Allemagne. Telles sont les opinions du médecin de Dorpat, opinions que nous relatons sans commentaires.

Nous avons trouvé un chapitre qui a pour titre *Grande Chorée* ou *Chorea Germanorum*, que l'auteur nous décrit comme une des maladies les plus rares qu'on observe chez quelques filles pubères, et consistant en paroxysmes des mouvements coordonnés, paraissant exécutés en pleine connaissance et sous l'influence de la volonté, et pendant lesquels il se produit une singulière exaltation des facultés intellectuelles. Bouchut a publié en 1862 la relation la plus curieuse que nous connaissions d'une névrose convulsive épileptiforme observée à Montmartre, chez les jeunes filles, pendant la retraite de la première communion. Il n'y a donc rien de nouveau pour nous dans ce chapitre du médecin de Dorpat.

Malgré les réflexions qui précèdent, ce livre est un livre de praticien. L'anatomie pathologique est bien faite, assez complète, malgré sa concision. La thérapeutique est surtout le point principal.

L'auteur a su éviter l'abondance stérile des formules banales, et nous y trouvons le bon praticien, l'homme prudent et méthodique qui a su échapper aux digressions nébuleuses qui sont le privilége des gens d'outre-Rhin.

II

Avec Holmes, nous sommes plus à l'aise. Ici, il ne s'agit que de chirurgie, et, sous ce rapport, la littérature française est moins riche que sous celui de la médecine. Il ne nous a manqué qu'un homme pour réunir en un volume les travaux épars de nos chirurgiens, car c'est encore en France que sont nés les travaux les plus importants sur la chirurgie du jeune âge. Actuellement, nous n'avons guère que les *Notices* de Guersant (1), qui ne contiennent que les maladies chirurgicales que l'on rencontre journellement, les *Leçons cliniques* de Giraldès (2), si pleines de science et de précieux enseignements, le *Traité des fractures* de Coulon (3), et une foule de notes et de mémoires épars dans les publications périodiques.

Mais Holmes lui-même n'était pas complet. Il a eu pour traducteur M. O. Larcher, qui ne s'est pas contenté d'une simple traduction, mais qui a voulu, — avec l'agrément et les félicitations de Holmes, — compléter l'ouvrage en y ajoutant un nombre assez considérable de notes et quelques chapitres que le lecteur reconnaîtra à première vue, car ils sont intercalés entre deux crochets.

(1) 1 vol. in-8°, chez Asselin, 1864.
(2) 1 vol. in-8°, chez A. Delahaye, 1869.
(3) 1 vol. in-8°, chez Savy, 1861.

Art de guérir, officier de santé : 1° examen, département d'origine, jury voisin; 2° et 3° préfet, tolérance, exercice illégal. — Le candidat au grade d'officier de santé qui, autorisé par le préfet de son département à se présenter devant un jury spécialement indiqué comme étant le jury le plus voisin, n'use pas de cette autorisation et va subir ses examens devant un jury d'un autre département, perd le bénéfice, que lui procurait cette autorisation, de pouvoir, en cas d'admission par le jury désigné, revenir exercer dans son département. (Arr. 20, prairial an II, art. 37.)

Un préfet ne peut habiliter à exercer, dans le département qu'il administre, l'officier de santé reçu par le jury médical d'un autre département, sauf le cas où cet officier de santé a été autorisé par lui à passer ses examens devant un jury voisin, pour cause d'insuffisance du nombre de candidats se présentant dans ce département.

Dès lors, l'officier de santé qui se couvre de cette autorisation irrégulière n'en doit pas moins être puni pour exercice illégal de médecin dans un département où son titre ne peut être reconnu. (L. 19 vent. an II; art. 16, 29, 35 et 36.)

(Cf Dalloz 1869; 2e cahier, 1re partie, Cour de cassation, p. 115.)

XLV

Enfant supprimé, accouchement, viabilité, preuve. — Lorsqu'au cours d'une poursuite pour délit de suppression d'enfant, la prévenue articule qu'elle est accouchée d'un embryon inorganisé et non viable, c'est à elle qu'incombe la charge de prouver l'exactitude du fait qu'elle avance, et non point au ministère public l'obligation d'en démontrer la fausseté (C. pén., art. 345, §§ 2 et 3, modifié par la loi du 13 mai 1863).

(Cf. Dalloz, 1869, 2e cahier, 2e partie, Cours impériales, p. 35.)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 25 octobre 1871. — Présidence de M. BLOT.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE IMPRIMÉE

La correspondance imprimée comprend :

Les journaux de la semaine :

— La *Gazette des hôpitaux*;

— L'*Union médicale*;

— La *Gazette hebdomadaire*;

— La *Gazette médicale de Strasbourg*;

— La *Revue médicale de Toulouse*.

— Le compte rendu des *Travaux de la Société de médecine de Nancy* pendant l'année 1869-1870, par le docteur André.

— *Mémoires et bulletins de la Société médico-chirurgicale des hôpitaux et hospices de Bordeaux*.

— Un mémoire sur la *Nécessité de l'éducation physique et sur l'organisation des gymnases municipaux*, par le docteur Dailly.

— M. le docteur Dailly envoie, pour le concours du prix Laborie, un *Mémoire sur les manipulations pharmaceutiques*.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE

La correspondance manuscrite comprend :

Une lettre de M. Trélat, secrétaire général de la Société, qui demande un congé de deux mois pour suivre le concours de l'internat, dont il est juge.

COMMUNICATIONS

Enchondrome de la main. — M. CAZIN lit une observation avec pièce à l'appui sur un fait d'enchondrome de la main.

Epithélioma des glandes sublinguales. — M. VERNEUIL appelle l'attention de la Société sur une affection grave qui est peu connue, ou que du moins on signale avec peu de détails dans les livres classiques. Sa pratique lui permet d'en faire l'histoire sommaire.

L'épithélioma des glandes sublinguales, dit l'orateur, occupe le plancher de la bouche. J'ai déjà démontré depuis longtemps que le cancer peut naître dans les éléments de la glande dont les culs-de-sacs sont trouvés, à l'examen microscopique, remplis d'épithélium et augmentés de volume. Cette tumeur apparaît sous forme d'un ulcère linéaire en forme de tranchée, reposant sur une base dure qui constitue la tumeur; les indurations s'étendent au loin et comprennent le périoste dans une étendue variable. Il y a une salivation incessante; des douleurs très-intenses existent et s'irradient parfois jusque dans l'oreille, ce qui indique que le nerf dentaire inférieur est dénudé. Cet état est celui qui existe quand nous voyons les malades dans nos hôpitaux, alors que toutes sortes de cautérisations ont été employées contre ce mal. Les ganglions sous-maxillaires s'indurent et le cachet complet du cancer existe.

Aucune autre maladie ne peut être confondue avec le cancer de la glande sublinguale, ni les kystes, ni les chondromes. Mais le pronostic en est très-grave; les douze cas que j'ai vus jusqu'ici me confirment dans cette opinion que la marche de ces cancers est extrêmement rapide. J'ai vu des cancers de la langue guérir localement sans qu'il y eût de récidive prématurée. Mais l'épithélioma sublingal récidive très-rapidement, et c'est pour cela que je suis fondé à dire que ce cancer, en raison de son siége, est un des plus mauvais. J'ai pratiqué un certain nombre d'opérations, soit avec l'écraseur, soit en extirpant la glande avec une partie de la langue. Une autre fois, j'ai enlevé le mal au moyen d'une incision par la région sus-hyoïdienne, et en ruginant le maxillaire; malgré cela, le mal est rapidement revenu.

Tout en faisant ici un chapitre de léthalité, je demande à mes collègues s'ils ont pu mener à bien des cas de ce genre, et, s'ils ont obtenu de bons résultats, qu'ils nous disent si ce n'est pas, comme je le pense, en pratiquant de très-bonne heure l'ablation du cancer.

M. LEFORT. Je me bornerai à dire que j'ai enlevé un cancer du plancher de la bouche, et que les choses se sont passées de la même façon que le dit M. Verneuil. Mon malade a été guéri 48 heures. Il me paraît que les cancers du plancher de la bouche, et empiétant sur les arcades dentaires, tumeurs qui, dès le début, ont une marche rapide, ne doivent pas être touchés; je ne les opère pas.

M. CHASSAIGNAC. Mon pronostic est moins grave que celui de mes collègues. J'opère de la manière suivante : je sépare d'abord la langue du plancher buccal, et je passe un trocart courbe sous la tumeur, puis je place l'écraseur au-dessous, en ayant soin d'empiéter sur les parties saines. J'ai vu des cancers sublinguaux que j'ai opérés de la sorte; les malades n'ont eu de récidives qu'au bout d'une année; je citerai entre autres un malade que m'avait adressé M. Denonvilliers.

M. LABBÉ. A propos des faits présentés par M. Verneuil, on peut parler de la gravité de certains cancers en général, soit du cancer des lèvres, soit du cancer des glandes. Il faudrait savoir si, dans ces cas, les chirurgiens sont autorisés à opérer. En face de récidives rapides, certaines, faut-il, oui ou non, opérer? Il est bon de dire s'il y a des cas de bénignité relative. Je parlerai ici des épithélioma de la langue. J'ai opéré des hommes encore jeunes, en bon état, et qui avaient les ganglions sains; j'ai eu des récidives au bout de 15 mois. Le cas le plus favorable que j'ai observé est une tumeur du voile du palais; il s'est écoulé 2 ans jusqu'à la récidive. Une deuxième opération a été faite, il y a eu encore récidive. Les chirurgiens ont le devoir absolu d'intervenir, ne fût-ce que pour donner un soulagement au malade.

M. GIRALDÈS. Il y a longtemps, un Hollandais, le professeur Shroeder Van der Kolk, a cherché à se rendre compte pourquoi les épithélioma se reproduisaient aussi vite, et il a dit que c'était parce que l'on laissait encore des portions de tissus malades. La conclusion naturelle de ceci, c'est qu'il faut porter le bistouri aussi loin que possible quand on enlève une de ces tumeurs.

M. TILLAUX. Je crois aussi qu'il faut enlever toute la tumeur, et pour cela, je n'hésite pas à dire que, pour enlever une tumeur cancéreuse du plancher de la bouche, il faut mettre le mal largement à découvert en sciant le maxillaire inférieur sur la ligne médiane. L'opération est assez facile, et c'est une chance de salut, car on peut enlever tout le mal. La section du maxillaire n'est pas grave; toutes les fois que je ne sentirai pas les limites d'une tumeur cancéreuse du plancher buccal, je diviserai le maxillaire.

M. BOINET. Je crois que l'on doit faire des opérations pour enlever les cancers afin de faire vivre plus longtemps les malades. J'ai enlevé une tumeur cancéreuse pédiculée des gencives d'une malade qui va aujourd'hui très-bien. J'ai opéré, avec M. Nélaton, une tumeur du voile du palais, grosse comme une noix, qui gênait la déglutition. J'enlevai le mal avec le maxillaire supérieur. Le malade a été singulièrement soulagé. Il pouvait avaler, ce qu'il ne pouvait faire avant l'opération.

M. CHASSAIGNAC. Pourquoi sectionner le maxillaire inférieur? Les tumeurs du plancher de la bouche sont accessibles à la vue et au toucher lorsqu'elles n'occupent que les parties molles. Ce que propose notre collègue est un luxe de mise à l'aise exagéré. Ce n'est pas d'ailleurs une opération préalable peu grave, ainsi que le pense M. Tillaux.

M. TILLAUX. En sectionnant le maxillaire, j'ai le dessein de tout enlever, voilà tout, et je ne pense pas que ce soit plus grave de scier le maxillaire que de laisser les malades exposés à une prompte récidive, parce qu'on aurait laissé des parties malades.

M. BLOT. Le point capital est la gravité relative du pronostic. Dans quelle limite peut-on opérer un épithélioma du plancher de la bouche? A cette question, je réponds que si l'on a vu des malades guéris après 12 à 18 mois, c'est à peu près le même laps de temps de santé qu'on observe après l'ablation des cancers du sein et de l'utérus; je ne vois pas de raison pour ne pas opérer.

M. VERNEUIL. Mon but est d'appeler l'attention ici et ailleurs pour que l'on attaque le mal de bonne heure au lieu de cautériser.

J'ai déjà dit quelle distinction il fallait établir entre les épithélioma de la face. Ceux de la peau sont d'un pronostic peu grave; ceux de la muqueuse buccale sont d'un pronostic très-grave, et ceux des orifices sont d'un pronostic mixte.

Sans doute il y a des adénomes, des pseudo-cancers, des tumeurs myéloplaxes, comme la tumeur pédiculée dont a parlé M. Boinet, qui ne se généralisent pas vite; ceux-là, on peut les opérer à toutes les époques. Mais il n'en est pas de même des épithélioma qui récidivent vite; il faut les opérer de bonne heure, et je pense que la période d'intervention efficace est très-courte. Le mal marche sans produire de traces évidentes; on en laisse presque toujours quand on opère trop tard, et la récidive alors doit être considérée comme la continuation du mal. Je suis opposé à la section préalable du maxillaire inférieur; cette opération donne beaucoup de sang, et je m'abstiendrai d'opérer plutôt que de m'y résoudre, non pas seulement parce que cette opération est atroce, mais parce que, si je la faisais, ce serait quand le périoste serait malade, et alors je ne serais point sûr d'enlever tout le mal. D'ailleurs, l'emploi de l'écraseur a permis de reléguer les opérations très-graves de section du maxillaire inférieur.

Testicule tuberculeux. — M. TILLAUX. On a parlé ici contre la castration appliquée au traitement du testicule tuberculeux. J'ai dit que je croyais cette opération bonne. Je présente aujourd'hui un malade auquel j'ai pratiqué la castration pour un testicule tuberculeux qui était traité, par M. Chassaignac, par le drainage. Voici sept ans que ce malade a été opéré.

M. CHASSAIGNAC. Je vois ce malade; il a un testicule sain et n'a aucune apparence de tuberculisation. Le diagnostic est-il sûr? Je demanderai à M. Tillaux une observation complète. Je puis assurer aussi à M. Tillaux que, quand on met des tubes à drainage dans les fistules tuberculeuses du testicule, il y a une amélioration notable. Maintenant, il est possible qu'ils ne réussissent pas dans tous les cas.

M. DESPRÉS. Je me demande si le diagnostic a été juste et de la part de M. Chassaignac et de la part de M. Tillaux. Un testicule seul malade, puis plus rien après la castration, cela ressemble bien à ces épydidimites suppurées, très-rares il est vrai, qui ont déjà donné lieu, ainsi que les orchites chroniques, à des erreurs de diagnostic. Des détails peuvent encore être pris, puisque nous avons le malade. Je crois que l'observation a besoin d'être complétée.

M. TILLAUX. Je ne nie pas l'utilité des tubes à drainage. Je dis qu'il y a des cas où l'on doit faire la castration, m'élevant ainsi contre les décisions de nos collègues dans des discussions antérieures. Je répondrai à M. Després que j'ai vu la matière tuberculeuse; je l'ai eue dans la main.

M. BLOT. La discussion doit être reprise à l'occasion d'une note que remettra M. Chassaignac.

La séance est levée à 5 heures 1/2.

Le vice-secrétaire : ARMAND DESPRÉS.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1870.

101. Vidal. De l'hydarthrose qui accompagne une des variétés de l'arthrite chronique dite sèche, et de son traitement.

102. Belime. Étude critique sur la nature de l'ictère grave.

103. Sabbaides. Nature et traitement de l'anthrax.

104. Bailly. Traitement des ovariotomisées, considérations physiologiques sur la castration de la femme.

Faire l'énumération de ces additions, c'est dire la valeur qui a été donnée au livre de Holmes. Voici les principales : cystosarcomes congénitaux, kystes congénitaux du cou, nœvus, spina bifida, bec-de-lièvre, hypertrophie de la langue, etc., etc.

La thérapeutique des maladies chirurgicales de l'enfance est divisée en trois parties :

La première a une certaine importance, si l'on en juge par le titre même. Dire *malformations et difformités congénitales*, c'est énoncer toutes les anomalies, pour ne pas dire les erreurs de la création, et elles sont considérables, en commençant par les monstruosités congénitales et en finissant pas les luxations congénitales.

La deuxième partie comprend les *traumatismes accidentels et chirurgicaux*; c'est ce que le médecin rencontre le plus souvent dans sa pratique.

Holmes débute par quelques considérations générales sur les opérations chirurgicales, sur les ligatures, les pansements, les anesthésiques. Il est partisan de ces derniers dans la chirurgie de l'enfance, et, dans sa longue pratique à la ville et à l'hôpital, il n'a jamais vu survenir d'accidents sérieux. Il les emploie même dans la trachéotomie.

Si de là nous passons aux fractures, nous trouvons Holmes en concurrence avec un des nôtres, A. Coulon, qui a publié un excellent *Traité des fractures chez les enfants*, fruit de ses observations et de celles de son maître Marjolin à l'hôpital des Enfants. Les fractures, nous le savons tous, n'ont pas les mêmes caractères dans l'enfance que dans un âge plus avancé. Boyer n'admettait pas les fractures incomplètes chez les enfants, acceptées aujourd'hui par presque tous les chirurgiens. Un peu partisan des idées de Boyer, Holmes n'accepte pas l'incurvation des os chez les enfants, mais il admet une variété de fractures qu'il appelle fractures en *bois vert*, et dans laquelle le corps de l'os est brisé sans que la membrane fibreuse qui l'entoure éprouve de solution de continuité.

Les Anglais sont plus hardis que nous dans le traitement de ces traumatismes, pour lesquels nous employons toujours des appareils appropriés à l'enfance. Les Anglais traitent quelquefois ces fractures sans appareils, par la position seule.

Dans cette seconde partie, nous devons signaler un bon chapitre sur les corps étrangers du larynx. M. Larcher y a ajouté en notes l'analyse de l'excellent mémoire du docteur Bertholle, couronné par l'Académie, de sorte que nous avons dans Holmes le résumé de tout ce qui a été émis sur ce sujet.

Nous venons de voir précédemment que Vogel était peu partisan de la trachéotomie. Holmes est plus avancé que le médecin russe, et nous donne d'excellents détails sur la dimension des incisions et sur le volume des canules. Que les étrangers ne soient pas grands partisans de cette opération, nous le comprenons presque, car la trachéotomie est une idée et une opération toutes françaises, et nous ne savons pas s'il est possible de pousser plus loin que chez nous la simplicité et la précision du Manuel opératoire qui, aujourd'hui, à l'hôpital des Enfants, est entré presque dans le domaine de la petite chirurgie.

Le 6e et dernier chapitre comprend la paracentèse de la plèvre et du péricarde. Ce n'est pas l'un des moins intéressants, et dans le travail de Holmes nous trouvons, grâce à M. Larcher, l'analyse complète des excellentes monographies des docteurs Verliac (1) et Roger.

Dans la troisième partie, Holmes traite des *Affections d'origine pathologique*. Tout ce qui a rapport aux maladies diathésiques : cancer, scrofule, rachitisme, syphilis, a pris place ici. Médecins et chirurgiens traitent ces questions, qui sont du domaine de la pathologie générale plutôt que de la pathologie spéciale.

Dans cette partie, se trouvent la gangrène de la bouche, de la vulve; les maladies des os, si fréquentes chez les enfants; les maladies des articulations, les résections, les amputations, les hernies, etc., etc.

Holmes par lui-même ne serait pas complet; mais M. O. Larcher, au mérite de fidèle traducteur, a ajouté celui de savant annotateur; de sorte que, maintenant, nous avons un livre qui répond à un *desideratum* de la littérature chirurgicale de l'enfance.

Dr A. CORLIEU.

(1) *Remarques sur le diagnostic des épanchements pleurétiques, et indication de la thoracentèse chez les enfants.*

105. Grellet. De l'établissement de la lactation, considéré dans ses rapports avec l'état fébrile aigu.
106. Letcurtre. Documents pour servir à l'histoire du seigle ergoté.
107. Labrousse. De la paracentèse du péricarde.
108. Chatin. Études sur les valérianées et leurs produits.
109. Petit. Sur une épidémie de variole hémorrhagique.
110. Guillou. Sur une épidémie de variole.
111. Le Barzic. Une épidemie de variole.
112. Violland. Expérimentation clinique du veratrum viride.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Nous avons la douleur d'annoncer la mort du docteur Mallet, décédé, à l'âge de 44 ans, à sa maison de santé dont il était le médecin.

Le service aura lieu dimanche, 12 novembre, à midi précis.

— *Éducation médicale des femmes en Ecosse.* — La question de l'éducation médicale des femmes a été discutée vendredi dernier à la réunion du conseil général de l'Université, à Édimbourg, sous la présidence du Principal, sir Alexander Grant.

Le docteur Alexandre Wood a proposé la motion suivante :

« Dans l'opinion du conseil, l'Université a, par ses résolutions, engagé les femmes à commencer l'étude de la médecine à l'Université; après avoir suivi leurs études pendant une période plus ou moins longue, elles ne peuvent les terminer, parce que rien n'est disposé pour leur instruction ; le conseil, sans se prononcer sur la question de savoir s'il convient que les femmes étudient la médecine, représente à l'Université qu'après les mesures qu'elle a prises elle est tenue, en bonne justice, de donner à celles qui ont commencé leurs études le moyen de les compléter. »

Le docteur Wood donne lecture d'une pétition signée par neuf ou dix mille femmes adressée à l'Université. « On a dit souvent, porte la pétition, que les femmes ne désirent nullement de recevoir les soins médicaux de personnes de leur sexe, et qu'elles ne prennent aucun intérêt à la discussion relative à l'éducation professionnelle des femmes ; les pétitionnaires protestent contre ces allégations et expriment, au contraire, le vif désir de pouvoir consulter des médecins de leur sexe. »

La motion est appuyée par M. Nicolson. Un amendement ayant pour objet de renvoyer la question à l'Université, en recommandant à toute la faveur compatible avec ses statuts les dames qui ont commencé l'étude de la médecine, est proposé par M. Turner.

Cet amendement a été adopté par 107 voix contre 97, qui ont voté pour la motion.

— M. le professeur Gavarret reprendra lundi, 13 novembre, à 5 heures, dans le petit amphithéâtre de l'École de médecine, ses leçons de physique biologique, et les continuera les lundis suivants à la même heure.

— M. le docteur E. Gallard, médecin de la Pitié, reprendra ses cours de clinique médicale, dans cet hôpital, le mardi 21 novembre 1871.

Tous les matins : Visite et interrogatoire des malades par les élèves (Salles Sainte-Marthe et Sainte-Geneviève).

Mardi et samedi : Leçon à l'amphithéâtre n° 3.

Jeudi : Examen au spéculum et consultation pour les maladies des femmes (Salle Sainte-Geneviève).

— MM. les docteurs Laborde et Georges Bergeron ouvriront, le 15 novembre, à l'École pratique (amphithéâtre n° 2), un cours public de pathologie interne et de pathologie générale et expérimentale. Ce cours aura lieu de 5 à 6 heures du soir.

M. Bergeron commencera le cours le mercredi 15 novembre, et le continuera les lundi, mercredi et vendredi de chaque semaine.

M. Laborde commencera le cours le jeudi 16 novembre, pour le continuer les mardis, jeudis et samedis suivants.

— M. le docteur Alphonse Desmarres commencera, lundi 20 novembre, à 8 heures du soir, son cours annuel sur la chirurgie oculaire, et il le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments ou autres objets).

De l'électrisation localisée et de son application à la pathologie et à la thérapeutique par courants induits et par courants galvaniques interrompus et continus, par le docteur G. B. Duchenne (de Boulogne). — 3e édition entièrement refondue. 1re partie ; 1 vol. in-8 de 600 pages, avec 120 fig. et une planche coloriée. — Prix de l'ouvrage complet : 16 fr.

L'étudiant micrographe, traité pratique du microscope et des préparations, par Arthur Chevalier, O. ❊, 1 vol. de 600 pages, 600 figures : 7 fr. 50 c. — Delahaye, place de l'École-de-Médecine. — Catalogue illustré des microscopes, gratis, chez Arthur Chevalier, Palais-Royal.

Traité d'électricité médicale, par MM. E. Onimus et Ch. Legros. (Recherches physiologiques et cliniques.) 1 vol. in-8° de 802 pag., avec 141 figures intercalées dans le texte. — Prix : 12 fr.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

N° 134 — MARDI 14 NOVEMBRE 1871. 44e ANNÉE. MARDI 14 NOVEMBRE 1871 — N° 134.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :

Trois mois. . . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

SOMMAIRE. — Premier Paris. — Résumé de la discussion sur l'infection purulente. Question de pyrétologie. — De la thoracentèse par succion dans la pleurésie purulente et dans l'hydropneumo-thorax (M Bouchut). — Hydrocèle congénital de la tunique vaginale (M. Michalski, de Villiers). — SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX. — Nouvelles. — Bulletin bibliographique.

Paris, le 13 novembre 1871.

Tous nos lecteurs applaudiront à la fine et spirituelle critique que nous reproduisons d'après le *Bien public :*

« Rien n'est plus absolument ridicule, j'en conviens, que de se mêler des affaires des autres; le vrai sage, croisant quelqu'un qui va se noyer, le saluera poliment et ne fera rien pour l'en empêcher, estimant que ce monsieur a des raisons pour agir ainsi. Mais, que voulez-vous, rares sont ceux qui arrivent à ce *summum* de sagesse, et malgré soi, quoi qu'on en ait, on ne peut se défendre de crier *casse-cou* à un jeune savant qui est tout bonnement en train de se perdre. Tel est le cas de M. Stanislas Meunier.

Le cas de M. Stanislas Meunier est simple en apparence.

Préparateur de M. Daubrée, M. Stanislas Meunier s'était imaginé que les magnifiques collections du Muséum étaient la propriété de la France, qu'elles avaient été réunies pour aider toutes les recherches et faciliter toutes les expériences. Partant de ce point de vue absolument faux, M. Stanislas Meunier avait profité des ressources qui se trouvaient sous sa main pour créer, pour ainsi dire à nouveau, la science des *météorites*, pour reconstruire en quelque sorte les astres disparus en analysant ces fragments d'astres connus sous le nom d'aérolithes.

Pour cacher plus complétement ses détestables projets, M. Stanislas Meunier avait continué ses travaux en plein siége, il avait servi son pays comme soldat, afin de mieux céler les services qu'il lui rendait comme savant. Quelques mémoires présentés à l'Académie des sciences et très-remarqués par elle avaient malheureusement éveillé l'attention, et, un beau jour, M. Daubrée apprit à la fois deux choses qui faillirent le tuer d'étonnement : il y avait des gens qui faisaient des découvertes, et parmi ces gens se trouvait un de ses préparateurs !...

L'entretien de M. Daubrée et de M. Stanislas Meunier dut être épique.

— Vous êtes fou, n'est-ce pas Monsieur? Vous ne pouvez avoir que cette seule excuse. Ainsi les collections du Muséum sont, à vos yeux, rassemblées pour qu'on s'en serve! *O tempora! ô mores!* et dans quel siècle vivons-nous?...

M. Daubrée mit immédiatement la clé de la science dans sa poche et prescrivit qu'on ne laissât plus approcher des *météorites* un homme aussi absolument subversif que M. Stanislas Meunier. « Vous le reconnaîtrez aisément, dit-il aux employés, et vous verrez tout de suite qu'il n'est pas professeur au Muséum; vous n'avez qu'à examiner s'il travaille... »

C'est ici que le cas de M. Stanislas Meunier se révèle dans toute son horreur. Un homme avisé se fût absolument tû ou n'eût pris la parole que pour protester qu'il ne savait pas ce que c'était qu'une découverte, qu'il était au moins aussi ignorant en fait de *météorites* que pouvait l'être M. Daubrée lui-même, et qu'il ne demandait qu'à continuer à s'instruire à son école pour devenir, s'il le pouvait, plus ignorant encore.

M. Stanislas Meunier n'agit pas ainsi, et, tout enflammé de l'amour de la science, justement fier de l'éclat qu'eussent jeté ses découvertes sur la France scientifique, pensant à ce qu'il avait trouvé déjà, à ce qu'il pouvait trouver encore, il protesta, s'indigna, réclama...

Il est perdu! Souvenez-vous de ceci! Les ministres de l'instruction publique se succéderont; les gouvernements s'écrouleront : M. Stanislas Meunier se heurtera toute sa vie à quelque chose de plus fort qu'un ministre, à quelque chose de plus durable qu'un gouvernement : la caste des faux brahmines, l'association serrée des savants patentés...

ÉDOUARD DRUMOND. »

RÉSUMÉ
DE LA DISCUSSION SUR L'INFECTION PURULENTE (1)

Question de pyrétologie.

VI

Si de la question d'étiologie nous passons à la deuxième question incidente, celle qui a trait à la pyrétologie, nous ne nous éloignons un peu du sujet principal que pour le voir de plus haut et pour l'embrasser dans une plus grande généralité. En soulevant cette question, M. Bouillaud a placé le débat sur le terrain des analogies, montrant dans les fièvres médicales, et en particulier dans l'ordre des affections typhoïdes, l'association et l'enchaînement de deux éléments analogues à ceux que l'on trouve dans l'infection purulente, la fièvre ou l'inflammation d'une part, et la putridité ou l'élément septique de l'autre. Mais la méthode analogique, qui a rendu de si grands services en histoire naturelle, en révélant les ressemblances cachées sous les différences souvent plus apparentes que réelles des caractères extérieurs, a parfois ses dangers en médecine, et elle tourne quelquefois contre ce qu'on voulait lui faire démontrer. C'est un peu ce qui nous paraît être arrivé dans cette circonstance, non pas au point de vue particulier que M. Bouillaud se proposait et où il a pu effectivement l'invoquer avec raison, mais à un point de vue plus général et qui touche à la doctrine pyrétologique elle-même qui a été mise en cause. Expliquons-nous.

Dans la réforme pyrétologique rappelée par M. Bouillaud, et dans laquelle il a eu lui-même un si grand rôle, en prenant pour base et pour point de départ de toutes les fièvres une lésion locale, les réformateurs se fondèrent évidemment sur une analogie avec la fièvre traumatique, et, une fois ce principe adopté, là où ils ne peuvent saisir la lésion locale initiale, ils furent réduits à la supposer. Et ainsi que le disaient à cette époque les adversaires de la réforme, la pyrétologie médicale n'était presque plus en quelque sorte qu'une grande dépendance de la chirurgie, les fièvres n'étant plus elles-mêmes, comme la fièvre chirurgicale, que l'expression d'une réaction provoquée par un traumatisme interne ou le retentissement d'une lésion locale initiale sur l'ensemble de l'organisme.

Mais cette lésion locale, alors même qu'elle était manifeste, était-elle bien réellement le fait initial, le point de départ de toute la série des phénomènes morbides? Là était le point contestable. Non-seulement la lésion locale n'a pu toujours être démontrée, mais là où elle existe en réalité, elle est rarement primitive et elle suppose presque toujours elle-même un fait initial qui l'a précédée et dont elle n'est qu'une des phases ou une des expressions. Quant à la nature inflammatoire de cette lésion qui serait la condition essentielle de tout état pyrétique, on sait à quelles proportions l'ont réduite les recherches hématologiques modernes.

Ainsi lorsque M. Bouillaud rapprochait les phénomènes de l'infection purulente, ayant pour point de départ les éléments septiques de la plaie, des phénomènes putrides de la fièvre typhoïde qui ont leur source dans les produits altérés des ulcérations intestinales, il faisait une assimilation juste. Mais là où l'analogie cesse d'être complète ou légitime, c'est lorsqu'il s'agit d'assigner à ce fait sa valeur et sa signification réelle par rapport à l'origine, au début et à la marche tout entière de l'affection typhoïde ; car la lésion intestinale n'est assurément ni le point de départ, ni le phénomène essentiel et unique de la fièvre typhoïde ; elle a été précédée elle-même d'un imprégnation générale de l'économie par un principe morbide qui peut nous échapper, mais qui n'en est pas moins réel. M. Bouillaud reconnaît si bien lui-même, d'ailleurs, que cette infection putride de la fièvre typhoïde par les produits de l'ulcération intestinale n'est que secondaire, qu'il a eu le soin de dire « qu'il restait à démontrer qu'à cette infection secondaire, mais certaine, il faut, dans la fièvre typhoïde, en ajouter une primitive et d'emblée, » — ce à quoi il ne s'oppose pas.

Eh bien! c'est cette infection primitive et d'emblée, connue ou inconnue dans son principe, mais presque toujours révélée par les caractères et la marche même des phénomènes, qui différencie essentiellement les fièvres de l'ordre médical de la fièvre purement réactive d'un traumatisme ou d'une lésion locale. Mais ici, comme par un retour singulier dans la question qui nous occupe et dans la disposition générale des esprits qui l'ont agitée, ce n'est plus la médecine empruntant à la chirurgie l'idée simple et primitive de la fièvre réactive pour l'appliquer aux fièvres médicales; c'est, au contraire, la chirurgie venant donner à la médecine l'exemple d'une affection infectieuse dont les éléments, qu'ils soient puisés dans l'atmosphère des blessés, comme le veulent quelques-uns, qu'ils proviennent exclusivement de la plaie, comme d'autres le prétendent, qu'ils aient une source multiple et complexe, comme il a paru à plusieurs et comme il nous paraît à nous-même plus rationnel de l'admettre, une fois introduits dans l'économie, donnent lieu à une maladie que l'on peut appeler essentiellement médicale, à un véritable empoisonnement spécial, qui peut servir en quelque sorte de type et donner la clef de la pathogénie d'une foule d'autres états morbides.

VII

Nous sommes naturellement conduit à dire un mot du petit différend ou plutôt du malentendu survenu, à cette occasion, entre MM. Bouillaud et Gosselin. On se rappelle que c'est pour répondre à une sorte de reproche d'ignorance adressé par M. Gosselin aux médecins en général, sur le fait même de la nature et du mécanisme physiologique de la fièvre, que M. Bouillaud a fait l'éloge brillant que l'on connaît des travaux des pyrétologistes français pendant ce premier demi-siècle. Nous n'y avons rien perdu, bien au contraire, mais il n'y en a pas moins, en réalité, malentendu.

Quand M. Gosselin accusait d'insuffisance les travaux des médecins sur la fièvre, il était dans sa pensée de faire allusion seulement à ce qui a trait au mécanisme physiologique de la fièvre en général, et non pas aux caractères et aux distinctions ou aux rapprochements nosologiques des fièvres. Or ce n'est pas précisément à la question de M. Gosselin que M. Bouillaud a répondu. La question subsiste donc encore. Il y aurait beaucoup à dire si l'on voulait entreprendre d'y répondre, parce qu'il a été fait beaucoup de travaux et beaucoup d'expériences sur ce sujet dans ces derniers temps. Mais le temps et la place nous feraient défaut en ce moment pour cette tâche, d'autant plus difficile d'ailleurs que presque tout est à examiner avec soin, à vérifier ou à réviser peut-être dans la plupart de ces travaux, et que leurs auteurs eux-mêmes sont loin, en général, de prétendre avoir donné la solution définitive de cet ardu problème. D'un autre côté, M. Gosselin, en adressant cette sorte d'invocation aux médecins, a eu surtout en vue d'appeler leur attention sur ce point que nous signalions tout à l'heure et que la question de l'infection purulente a mis en saillie, savoir, qu'il y a lieu de rechercher s'il n'y a pas pour les fièvres de la médecine, comme il y a pour celles de la chirurgie, une origine fréquente par intoxication, une septicémie primitive, et non pas seulement consécutive et secondaire comme celle qui ressortait de l'exemple cité par M. Bouillaud.

Si nous revenons maintenant sur le fond même de la question, notre résumé sera court. Qu'on s'arrête à la théorie miasmatique de M. Alph. Guérin plaçant l'origine de l'infection purulente dans les miasmes qui environnent les blessés, miasmes provenant eux-mêmes en grande partie de leurs propres plaies et que la plaie elle-même absorbe après les avoir produits, comme le font également les autres voies naturelles d'absorption ; qu'on adopte la doctrine plus nette, plus précise en apparence, mais peut-être plus hypothétique encore des Allemands et de M. Verneuil, fondée sur l'existence prétendue d'un virus traumatique spécial formé à la surface de la plaie, absorbé par elle et porté dans le sang par la voie des veines et des lymphatiques béants à sa surface ; qu'avec MM. Guérin et Gosselin, on se borne à admettre en principe dans le pus altéré un poison septique sans chercher à en déterminer autrement la nature, se réservant surtout de rechercher l'ensemble des causes et des conditions qui concourent à le faire naître et à le faire pénétrer dans l'économie ; quelles que soient d'ailleurs et quelque fondées que puissent être les critiques de détail opposées à chacune de ces manières de voir, toujours est-il qu'il en ressort cette donnée générale, à peu près unanimement acceptée — car nous n'y voyons d'autre opposition sérieuse que celle de M. Chauffard,— que l'infection purulente est une septicémie, un véritable empoisonnement purulent. Et, qu'on veuille bien le remarquer, c'est là le point réellement capital, le côté essentiellement pratique de cette question, car c'est de cette manière de l'envisager que dépend tout l'avenir de la thérapeutique ou plutôt de la prophylaxie de l'infection purulente.

VIII

Nous voici arrivé au terme, et c'est le moment de se demander ce qu'en définitive aura donné comme produit net cette discussion. Il est assez d'usage de médire des académies, surtout lorsque l'on n'en fait point partie. La nôtre n'échappe pas à cet usage ; si elle a ses flatteurs, elle a ses contempteurs peut-être plus nombreux encore. N'ayant jamais été affilié ni aux uns ni aux autres, il nous sera d'autant plus facile de garder à son égard une certaine impartialité. Eh bien! nous reconnaîtrons volontiers que dans cette discussion, pas plus que dans la plupart de celles qui l'ont précédée, elle n'a donné une solution complète et satisfaisante de la question. Mais il sera juste de reconnaître aussi, qu'en arrivant à déduire et à mettre en relief le fait général de la septicémie, en mettant à découvert toute sa complexité, en la dégageant d'erreurs et de préjugés scientifiques qui l'avaient obscurcie jusqu'ici, elle en a certainement aplani beaucoup les difficultés, éclairé beaucoup de points, et en a d'autant facilité la solution définitive ultérieure en signalant aux travailleurs futurs la voie dans laquelle ils devront poursuivre leurs recherches. Il

(1) Suite et fin. Voir les numéros des 28 octobre et 7 novembre.

est surtout un fait important qui ressort de tout ce qui a été dit au point de vue pratique, c'est le déplacement du problème si souvent et si malheureusement insoluble : Étant donnée une maladie en chercher le remède, en celui-ci : étant données les conditions étiologiques et pathogéniques d'une maladie, en chercher la prophylaxie. C'est là une tendance de la plupart des travaux et de presque toutes les discussions de l'Académie, qui nous a depuis longtemps frappé et à laquelle nous nous sommes toujours associé de toutes nos forces et de toute notre adhésion. Prévenir autant qu'il est possible de le faire les maladies, qu'on a tant de peine à guérir une fois engagées dans les premières phases de leur évolution, telle est la voie des progrès les plus réels et les plus utiles que puissent se proposer tous les médecins et toutes les académies de médecine.

Ce que la vaccine a fait, quoi qu'on en puisse dire et malgré ses récentes défaillances, contre la variole ; ce qu'ont fait soit les réformes introduites dans le manuel de certaines industries dangereuses, soit les mesures hygiéniques adoptées dans les ateliers contre les intoxications saturnine et mercurielle dont les exemples deviennent de plus en plus rares dans nos hôpitaux ; ce que font les dessèchements de marais contre les fièvres intermittentes, les grands travaux d'assainissement des villes contre les typhus et les fièvres typhoïdes, les améliorations introduites dans le régime alimentaire, dans les habitations et dans les habitudes sociales chez les classes pauvres, contre la scrofule, le rachitisme et une foule d'affections chroniques ou autres, qui tendent de plus en plus à diminuer et à disparaître ; ce que font les mesures sanitaires générales contre l'envahissement périodique de certaines épidémies, ce que feront certainement la suppression des maternités et la généralisation du système de secours à domicile contre la fièvre puerpérale ; ce que feraient enfin tous les éléments combinés d'une bonne hygiène privée et d'une éducation physique mieux comprise contre les progrès incessamment croissants de la phthisie, c'est ce qu'il faut s'attacher à faire désormais pour prévenir ces accidents si terribles de l'infection purulente, qui compromet si gravement le succès des opérations les mieux conçues et le plus habilement exécutées.

Dr Brochin.

DE LA THORACENTÈSE

PAR SUCCION DANS LA PLEURÉSIE PURULENTE ET DANS L'HYDROPNEUMO-THORAX (1).

Par M. E. Bouchut.

Du lieu d'élection de la thoracentèse et de l'empyème.

Le point d'élection est le même que dans la thoracentèse ordinaire; c'est, au-dessous de l'aisselle, le milieu du cinquième ou sixième espace intercostal, en comptant les côtes par en haut. Chez les enfants, dont le diaphragme est plus haut que chez l'adulte, mieux vaut le cinquième espace intercostal ; mais quand il faut recommencer vingt ou trente fois la ponction chez le même malade, on peut prendre également le milieu du quatrième espace intercostal, s'avancer vers le sternum ou reculer vers l'omoplate. — Ce point d'élection est très-variable, ainsi qu'on peut s'en assurer en relisant les auteurs qui ont écrit sur l'empyème et qui tenaient, cela se comprend, en raison de leur procédé par incision, à faire l'ouverture de la plèvre dans sa partie la plus déclive. Il varie même à droite et à gauche, car de ce côté on fait l'ouverture un peu plus bas que du côté opposé. Enfin, selon qu'on pratique la ponction au-dessous de l'aisselle ou plus en arrière au-dessous de l'angle de l'omoplate, on peut encore varier dans l'espace intercostal à choisir, car, en raison de l'inclinaison des côtes et des espaces intercostaux, l'incision qu'on ferait dans le huitième espace intercostal en avant pourrait tomber dans le diaphragme, tandis qu'en la faisant plus en arrière elle se trouve au-dessus de ce muscle.

Quoi qu'il en soit, la ponction de la poitrine dans l'empyème a été faite :

Dans le neuvième espace intercostal, par G. de Salicet, Nicolas Tulpius, Vésale, Drouin, Jean Palfyn, Heister, Garengeot (en arrière, quatre travers de doigt au-dessous de l'angle de l'omoplate); Morand, Ledran, Chopart, Desault, etc.

Dans le huitième, vers le dos, par G. de Salicet, Lanfranc, Guy de Chauliac, Marcellus Cumanus, A. Paré, Marc Aurèle Severin, Jacques Boutius, Bourdelus, P. Camper, Pelletan, Sabatier, Richerand, etc.

Dans le septième, par Marcellus Donatus, Henri de Heers, G. Purmann, etc.

Dans le sixième, par Jean Scultet, Paul Barbette, P. Dionis, S. Sharp, qui blâmait vivement les ponctions faites trop bas, Benjamin Bell, J. Arneman, etc.

Dans le cinquième, par Fabrice d'Aquapendente, Jean de Hoorne, J.-G. Grubel, Veit Riedlin, Guillaume Bromfield, G. Hey, etc.

Il y en a enfin qui considèrent le précepte d'un point d'élection absolu dans l'empyème comme chose inutile, et qui déclarent qu'il faut opérer dans l'endroit le plus propice. (Dale Ingram, *Des plaies d'armes à feu*, 1790.) S'il s'agit d'un *empyème par nécessité*, c'est-à-dire d'un foyer purulent de la plèvre proéminente entre deux côtes et qu'il faut ouvrir où il se montre, ils ont raison ; mais dans l'hydrothorax et dans l'empyème ordinaires, il est évident qu'il faut opérer dans un point déclive déterminé de façon à ce qu'on ne puisse pas blesser le diaphragme ou le foie.

Chez les enfants, il faut opérer plus haut que chez l'adulte. Mais, en dehors de cette considération, si l'on opère au-dessous de l'aisselle ou au-dessous de l'angle de l'omoplate, il faudra choisir un espace intercostal différent. L'obliquité des côtes fait que le huitième espace intercostal à ouvrir au-dessous de l'omoplate en arrière correspond horizontalement au sixième, quand on opère plus en avant sous l'aisselle et près du mamelon.

En général, j'opère dans le sixième et dans le septième espace intercostal au-dessous de l'aisselle ; mais si l'on ponctionne encore plus au-dessous, il faut diriger le trocart en haut pour éviter, en entrant dans la plèvre, de toucher la convexité du diaphragme.

Chez les malades, qui font l'objet de ces réflexions, l'empyème par succion a été fait tantôt dans le cinquième et tantôt dans le sixième ou le septième espace intercostal.

L'un de ces cas est relatif à un garçon de huit ans, affecté d'une pleurésie chronique purulente transformée en hydropneumo-thorax. L'autre concerne une petite fille de dix ans, affectée de pleurésie purulente très-grave, pour laquelle j'ai dû faire trente-trois ponctions à la distance de trois, six et huit jours les unes des autres pendant cinq mois. Chez elle la guérison de l'empyème a pu avoir lieu, en laissant close la cavité de la plèvre et en évitant la formation d'une fistule pleuro-cutanée. Il a fallu cinq mois pour arriver au succès, mais le but que je me proposais a été atteint et pendant ce temps mes collègues J. Simon et Cadet de Gassicourt ont bien voulu, en mon absence, donner leurs soins à cette enfant. Ce dernier même lui a fait deux ponctions semblables à celles que j'avais pratiquées, et il a pu juger de la simplicité et de la facilité de l'opération.

Dans un troisième cas, l'observation a été entravée par une contre-indication que j'indiquerai plus loin, et qui est de la plus haute importance, car elle a occasionné la mort.

Sur le 4e malade, adulte ayant un hydropneumo-thorax tuberculeux, l'opération, faite avec la pompe aspirante de J. Guérin, a permis de vider le pus contenu dans la plèvre en soulageant le sujet, mais elle ne pouvait faire davantage, le mal étant incurable.

Enfin, dans le cinquième cas, on verra une pleurésie qui commençait à devenir purulente et qui a guéri par deux ponctions.

OBSERVATIONS

Les bases de ce travail clinique sur la thoracentèse par succion reposent d'une façon absolue sur les circonstances offertes par les malades soumis à ce traitement ; je vais donner le texte des observations, tel qu'il a été rédigé par mon interne, M. Calandreau.

Obs. I. — *Pleurésie purulente. — Trente-trois ponctions avec la seringue aspirante. — Guérison.*

Léonie D..., âgée de 10 ans, entrée à l'hôpital le 8 janvier 1871, au n° 26 de la salle Sainte-Catherine, hôpital des Enfants-Malades, service de M. le docteur Bouchut, sortie le 20 août.

Cette enfant, malade depuis huit jours, présenta tous les signes d'une fièvre typhoïde de moyenne intensité. Cette affection suivait une marche tout à fait régulière, sans offrir de complications, et, le 6 février, la fièvre et tous les phénomènes morbides avaient disparu.

Onze jours après, le 17 février, la petite convalescente refuse de manger; elle a de la fièvre et se plaint de céphalalgie et de douleurs mal circonscrites, sur presque toute l'étendue du thorax, mais spécialement du côté gauche, au niveau du mamelon et des cartilages costaux. Il existe un peu d'oppression et une toux sèche et rare sans expectoration.

L'examen du thorax révèle l'ampliation du côté gauche du thorax avec effacement des espaces intercostaux, refoulement du diaphragme en bas et du cœur sous le sternum.

La percussion donne une matité complète du même côté, et cette matité s'étend en avant et en arrière du sommet à la base du thorax.

A l'auscultation, le murmure respiratoire n'est perçu que très-faiblement au niveau de la fosse susépineuse. Il n'y a ni souffle ni retentissement de la voix. Quand l'enfant parle, toute vibration thoracique a disparu.

Le 18 février, ponction avec la seringue aspirante au-dessous du milieu de la 5e côte en partant de la clavicule.

Le récipient du petit appareil est rempli *six* fois successivement d'un pus jaunâtre, épais, crémeux, bien lié, à peu près sans odeur. La quantité peut en être évaluée à 600 grammes environ.

Après la ponction, la sonorité de la poitrine a reparu, et le murmure respiratoire se perçoit dans toute l'étendue du thorax, sans différence appréciable d'un côté à l'autre.

La petite malade passe une excellente journée. On note chez elle une augmentation remarquable de l'appétit.

Pour régime, on lui donne 250 grammes de purée de viande crue, du pain beurré avec du sel, et 60 grammes de rhum dans de l'eau sucrée.

Les jours suivants on constate une reproduction assez rapide de l'épanchement, dont le niveau s'élève progressivement, et, le 25 février (8 jours après la première opération), une nouvelle ponction est pratiquée. On tire environ 500 grammes de pus, et les choses se passent comme précédemment.

Nouvelle ponction huit jours après, par laquelle sort 450 grammes de pus, et chaque semaine jusqu'à la fin d'avril.

Même régime.

La santé générale de l'enfant paraît relativement bonne ; l'appétit est excellent ; l'amaigrissement semble diminuer.

Pendant le mois de mai, trois ponctions.

Le liquide se reproduit toujours très-rapidement.

Pendant le mois de juin les ponctions sont répétées beaucoup plus souvent (9 fois).

Même régime.

La quantité et la nature du pus ne sont pas sensiblement modifiés. Le poumon conserve sa souplesse et la respiration s'entend très-bien dans toute l'étendue du thorax, après chaque opération.

Dans trois ponctions successives, trois pleins récipients de pus sont retirés et remplacés par une égale quantité de teinture d'iode, que l'on aspire de nouveau après quelques minutes. Dès le lendemain et les jours suivants, on constate la présence de l'iode dans les urines. La reproduction du pus n'a pas été modifiée d'une manière appréciable.

Les ponctions sont réitérées à trois jours d'intervalle pendant le mois de juillet.

Dès le 25 de ce mois, la très-petite quantité de liquide reproduit, l'affaissement considérable des côtes, font un instant mettre en question l'opportunité d'une évacuation nouvelle. L'opération est néanmoins pratiquée ; elle fut deux fois interrompue par l'introduction de petites concrétions purulentes dans la canule de l'instrument, mais elle donna encore issue à un pus jaune, très-épais, sans odeur appréciable.

Même régime alimentaire.

A dater de ce jour le côté gauche du thorax se déprime davantage et semble avoir perdu deux tiers environ de son volume. La colonne vertébrale s'incurve légèrement en haut, vers le côté gauche. Le cœur occupe sa place normale ; la sonorité et le murmure respiratoire ont reparu, en arrière comme en avant, dans toute l'étendue de la région.

Pendant cette longue période de traitement, la petite malade a été presque constamment alimentée avec la purée de viande crue associée au beurre et au chlorure de sodium.

Elle a toujours conservé un embonpoint relatif; la face pâle, les cheveux secs, lainagineux.

Dès les premiers jours du mois d'août elle engraisse visiblement; son visage se colore d'une rougeur qui, de prime-abord, semblerait pathologique, tant est rapide son apparition; ses cheveux redeviennent longs et lisses; elle ne tousse point et joue dans les cours toute la journée.

Le 20 août, elle sort de l'hôpital pour aller à la campagne; elle est complétement guérie ! De temps à autre, elle revient nous voir, et sa guérison s'est consolidée.

Réflexions particulières à l'observation première. — Dans la convalescence d'une fièvre typhoïde légère, l'enfant fut atteinte d'une pleurésie aiguë purulente, dont l'épanchement acquit en quelques jours un volume considérable. L'épanchement occupait le côté gauche et refoulait fortement le cœur à droite. Il se fit d'abord d'une façon latente, puis amena une réaction subite assez vive. A ce moment l'épanchement était excessif et il y avait indication de recourir à la thoracentèse.

L'opération fut pratiquée comme lorsqu'il s'agit d'une pleurésie simple. Seulement, au lieu du trocart à écoulement spontané, on se servit d'un trocart capillaire adapté à la seringue aspirante.

Quand on vit que la succion amenait du pus crémeux de bonne nature, et que l'épanchement se reproduisait très-vite, on se demanda s'il ne fallait pas abandonner le procédé par succion pour faire, soit l'empyème par incision, à la façon d'Hippocrate, soit la ponction avec un trocart ordinaire, par la canule duquel on mettrait une sonde molle à demeure dans la plèvre, soit la double ponction d'un espace intercostal pour passer un drain dans le foyer purulent ; soit enfin la ponction avec irrigation continue avec l'appareil Potain.

Comme il n'y avait pas d'inconvénient à différer l'emploi de chacun de ces procédés opératoires, pourvu qu'on vidât de temps à autre le foyer purulent de la plèvre, on se contenta de vider l'épanchement d'abord tous les huit jours, puis deux et trois fois la semaine. La piqûre du trocart capillaire ne laissant pas de traces et l'enfant se conservant en assez bon état, il était possible de continuer ce traitement local sans danger. Ce qui fut commencé par nécessité fut suivi par calcul, et on espérait, par des succions fréquentes, épuiser l'épanchement, et laisser au poumon la faculté de revenir s'agglutiner aux parois thoraciques.

Il n'en fut pas ainsi : le pus se reproduisait avec une rapidité désespérante, et le foyer de la plèvre se remplissait en trois jours. Si les globules de pus qui formaient l'épanchement sortaient du sang et traversaient les parois capillaires, ils devaient marcher un train de grande vitesse.

Sans s'arrêter à la théorie de la formation du pus, il est certain que chez cette enfant les succions enlevaient le liquide sans l'empêcher de se reproduire.

On essaya alors de se servir du même instrument pour injecter de la teinture d'iode pure dans la plèvre, afin de la mêler au pus, et tout cela sans ouvrir la plèvre, sans faire de plaie ni de fistule aux téguments. Une fois le mélange opéré, laissé quelques minutes en contact avec la plèvre, on le retirait par succion, en en laissant une partie.

Trois fois il fut injecté de la teinture d'iode en partie reprise par la seringue aspirante, mais cela ne parut pas empêcher le pus de se reproduire avec rapidité. Au contraire même on remarqua que le foyer se remplissait plus vite, et que l'état général était moins bon.

Les injections de teinture d'iode furent interrompues.

Selon l'état de réplétion de la plèvre on se contenta de continuer les ponctions aspiratrices.

Enfin, après six mois, la quantité de pus diminua ; en revenant, par chaque opération, près des côtes, le poumon finit par s'y agglutiner d'abord au sommet en avant, puis au sommet en arrière, enfin en bas, et il devint adhérent partout en dépri-

(1) Suite. — Voir les numéros des 26, 31 octobre et 9 novembre 1871.

mant la côte thoracique correspondante, car au niveau de la clavicule le diamètre antéro-postérieur de la poitrine, apprécié avec le compas d'épaisseur, avait six centimètres de moins dans le côté malade gauche que dans le côté droit.

Pendant tout ce traitement local, il n'y eut qu'un seul traitement : la viande crue, le beurre et l'alcool, et ces moyens n'ont pas été les moins importants pour conduire à la guérison.

(*Sera continué.*)

HYDROCÈLE CONGÉNITALE DE LA TUNIQUE VAGINALE

PONCTION; INJECTION IODÉE; GUÉRISON

Par M. le docteur MICHALSKI, de Villiers.

P.... Emile, né le 20 juin 1871, a été placé en nourrice chez la femme C... Jules, le 24 juillet suivant.

Cette femme remarque, de prime abord, la *grossesse des parties* de l'enfant que l'on confie à ses soins. Cell-ci fait part à la mère, qui répond que tous ses enfants, à leur naissance, *sont ainsi conformés*, et qu'il n'y a pas lieu de s'inquiéter de cet état. Peu satisfaite de cette réponse, la femme C... à ma première visite, vers la fin de juillet, ne manque pas de me montrer les parties génitales de l'enfant.

Je diagnostique une *hydrocèle du côté droit* et fais entrevoir à la nourrice la nécessité d'une opération.

Le mois d'août s'écoula sans que j'entendisse parler du jeune P...; mais à ma visite mensuelle, le 1er septembre dernier, la femme C.... me déclara que l'enfant devait beaucoup souffrir, qu'il ne faisait que crier, la nuit surtout; ses plaintes et ses douleurs n'avaient d'ailleurs aucun effet fâcheux sur ses fonctions de nutrition, dont il s'acquittait, paraît-il, admirablement.

Je décidai l'opération pour le lendemain, 2 septembre.

La ponction fut pratiquée à l'aide d'un trocart; 25 *grammes de liquide citrin, clair et transparent*, s'écoulèrent. Je fis, à la suite, une injection iodée ainsi formulée :

Teinture d'iode............ *quatre* grammes.
Eau distillée.............. *cent* —
Iodure de potassium........ *Q. s.*

L'injection pénétra mal à cause du mauvais état de la seringue; aussi, en prévision de ce défaut dans le mode opératoire et de la possibilité d'une recrudescence dans le volume de la tumeur, j'avertis la nourrice qu'elle n'eût point à s'effrayer dans le cas où la grosseur augmenterait.

Malgré mes craintes, le résultat dépassa mes espérances. Le succès fut complet; l'enfant est débarrassé de sa tumeur, et, depuis le jour de l'opération, son état physique prospère à la grande satisfaction de la femme C....

Quelques mots maintenant sur l'affection qui fait l'objet de mon observation :

L'hydrocèle congénitale de la tunique vaginale n'est pas rare chez les enfants; elle est même un apanage fréquent de la première enfance.

Dans le cas qui nous occupe, la tumeur siégeait uniquement à droite; le testicule, de ce côté, était complétement entouré de liquide. La communication entre la tunique vaginale et la cavité péritonéale n'existait pas, comme j'ai pu m'en assurer en essayant, à différentes reprises, de faire refluer le liquide dans le péritoine. Mes tentatives, dans ce but, furent toujours sans résultat.

Ce point de diagnostic parfaitement établi, je résolus et *sans crainte aucune* de pratiquer l'injection iodée.

Aurais-je agi de même dans le cas de communication? *peut-être*, car je crois exagérés les dangers de ce mode opératoire. Une péritonite partielle, peut, en effet, se déclarer à la suite; on doit en prévoir la gravité et il est toujours bon, surtout dans la pratique civile, de mettre de son côté toutes les chances de succès.

En résumé, je crois que le praticien doit toujours avoir recours, aux injections iodées après la ponction d'une hydrocèle congénitale. Selon Giraldès, dont l'autorité est grande en pareille matière, les accidents consécutifs peuvent être facilement conjurés et la guérison du petit malade est assurée. Il faut donc agir et ne pas remettre au temps, comme l'indiquait Vidal (de Cassis), le soin de débarrasser l'enfant d'une affection douloureuse et dont les progrès ne peuvent que compromettre sa santé.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 27 octobre 1871. — Présidence de M. MARROTTE.

Après le dépouillement de la correspondance, la parole est à M. Besnier pour la lecture de son rapport trimestriel sur les maladies régnantes.

LECTURES

Maladies régnantes. — M. BESNIER. Les affections thoraciques n'ont présenté en août et septembre aucune particularité remarquable, si ce n'est pour la coqueluche, qui suit encore une progression croissante. Il en a été signalé un grand nombre de cas à Sainte-Eugénie, où l'on a noté la fréquence des complications de broncho-pneumonies et des diarrhées. Les cas de phthisie pulmonaire se sont présentés en grand nombre, ce qui a paru pouvoir être attribué à l'influence des deux siéges.

La diphthérite a régné avec un degré moyen de fréquence, mais les cas ont été assez graves pour que la trachéotomie ait compté peu de succès.

Les fièvres éruptives, sauf la rougeole, n'ont pas dépassé le chiffre habituel; la variole épidémique a complétement cessé; les cas isolés restent stériles et ne produisent plus cette atmosphère contagieuse que chaque individu procréait à un si haut degré pendant la période épidémique.

M. Després a communiqué au rapporteur une observation très-digne d'intérêt au point de vue de l'histoire de la vaccine. Une femme atteinte d'une variole cohérente ayant accouché, pendant la période de dessiccation d'un enfant à terme bien portant, cet enfant fut vacciné au bout d'un mois avec du vaccin qui servit en même temps à vacciner d'autres personnes. Toutes ces vaccinations réussirent, excepté celle de l'enfant. Deux autres vaccinations furent tentées plus tard sur ce même enfant, toujours avec le même insuccès, alors que le vaccin avait également bien réussi sur d'autres. M. Desnos, en présence de ces faits, se demande si dans ces cas l'enfant n'aurait pas acquis l'immunité vaccinale pendant la vie intra-utérine par le sang maternel.

La fièvre typhoïde a subi une exacerbation épidémique assez grande. On observe comme toujours les formes les plus diverses; on n'a signalé aucune variété prédominante.

A la Maison municipale de santé, M. Besnier a eu à soigner un assez grand nombre de sujets typhoïdes; il a été frappé de la rareté des épistaxis, du caractère discret des éruptions lenticulaires, opposé à la fréquence et à la confluence d'éruptions cyaniques, de macules, de taches bleues.

M. Laboulbène a fait une observation semblable à l'hôpital Necker, il a signalé en outre l'absence d'épitaxis au début. Dans ce même hôpital, M. Chauffard a constaté que les fièvres typhoïdes ont été en croissant de fréquence d'août en septembre; mais l'épidémie actuelle ne lui a pas paru avoir de caractère bien tranché ni de gravité. M. Chauffard a rapporté une observation de ponction intestinale dans un cas de fièvre typhoïde.

Les affections des voies digestives ont été très-nombreuses, revêtant surtout deux formes, les diacrises simples ou diarrhées et les entérites simples, dysentériques, cholériformes. A l'hôpital Sainte-Eugénie, la diarrhée a compliqué presque toutes les maladies; elle s'est montrée isolée chez un très-grand nombre de malades. Les diarrhées nées sous des influences surtout saisonnières étaient essentiellement catarrhales, sans phénomènes inflammatoires notables, accompagnées d'un état gastrique ordinairement très-faible. Ces diarrhées catarrhales, quoique associées à un état asthénique, suivant l'observation de M. Chauffard, s'accompagnaient souvent néanmoins de douleurs abdominales persistantes et intenses, occupant surtout la région sous-ombilicale et les fosses iliaques.

L'entérite dysentériforme, tout en restant dans des limites relativement modérées, a cependant été beaucoup plus fréquente et plus grave que d'habitude. Dans quelques régions de la ville, ces dysentéries se sont fait remarquer surtout par leur ténacité plutôt que par leur gravité; elle a donné lieu, toutefois, à un assez grand nombre de leur décès.

La commission n'a reçu sur le scorbut qu'une seule communication, elle est relative à un cas de scorbut suivi de mort, avec des hémorrhagies par les lèvres et les gencives, par la surface ulcérée d'un vésicatoire, etc., chez un enfant atteint auparavant de pneumonie, et à deux cas de purpura chez deux autres enfants, dont l'un était atteint de rachitisme et l'autre d'un état typhoïde léger.

Aucun document n'est parvenu à la commission sur les affections puerpérales. Mais MM. Chauffard et Hérard ont présenté des observations intéressantes sur la diminution notable des accouchements dans les salles d'accouchement des hôpitaux et dans les hôpitaux spéciaux. D'après les renseignements qu'ils ont recueillis auprès de M. Depaul pour la Clinique et de Mme Callé pour la Maternité, il paraîtrait que la diminution du nombre des accouchements est générale et tout à fait propre à l'année actuelle. Or, en se rapportant aux mois qui correspondent aux fécondations qui se terminent en ce moment, on voit que ce sont ceux pendant lesquels la population a le plus souffert du froid et des privations de toute sorte.

Accidents puerpéraux. — M. CHAUFFARD demande à communiquer un fait qu'il n'a pu mentionner dans la note qu'il a envoyée à M. Besnier; il veut parler d'une véritable explosion d'accidents puerpéraux qui se sont manifestés dans la salle d'accouchement dont la direction lui est confiée à l'hôpital Necker. Sur 6 accouchées, toutes ont été prises de ces accidents, et 3 en sont mortes. M. Chauffard a dû demander la fermeture de la salle. Si maintenant on rapproche ces faits de ce qui se passait l'année dernière à pareille époque, on fait cette curieuse remarque que, l'année dernière, le nombre des accouchements étant de beaucoup plus considérable que celui de cette année, les salles ayant été littéralement encombrées, on observait une absence totale d'accidents puerpéraux, tandis que cette année, au contraire, les salles étant presque vides, les accidents se montrent dans toute leur intensité et dans toute leur fréquence. Il y a là, selon M. Chauffard, un rapprochement curieux à faire. Il n'en conclut rien, mais il croit devoir constater le fait.

Fièvres typhoïdes. — M. CHAMPOUILLON demande à faire une remarque au sujet de la fièvre typhoïde. Il a visité tous les campements qui se trouvent autour de Paris, et il y a constaté la présence de la fièvre typhoïde dans une effroyable proportion, et cependant les conditions hygiéniques sont excellentes, et, partant, très-peu favorables au développement de cette maladie; mais ce fait pourrait peut-être trouver des explications dans ceci : que, tous les vieux soldats ayant été versés dans la garde de Paris et les gardiens de la paix, il ne reste plus, dans ces campements, que de jeunes conscrits, se trouvant tous avoir l'âge dans lequel la fièvre typhoïde se développe le plus communément.

M. MENGAUD donne ensuite lecture d'une notice biographique sur M. Blache.

Cette lecture est accueillie par de nombreuses marques d'approbation.

M. WOILLEZ a la parole pour lire un travail sur la mensuration de la poitrine.

Moyen nouveau d'utiliser la mensuration dans la pleurésie. — Convaincu de l'importance de la mensuration thoracique lorsqu'elle est convenablement employée, j'ai cherché à différentes reprises les moyens les plus simples de la pratiquer et d'obtenir d'elle les données les plus précises. Pratiquée d'abord à l'aide d'un ruban gradué avec lequel on mesurait comparativement les deux côtés de la poitrine, elle n'était utile que dans des cas exceptionnels et ne fournissait le plus souvent que des signes incertains ou trompeurs. C'est ce qui me fit préconiser, comme ayant une tout autre valeur, la mensuration du périmètre général de la poitrine, constatée à différentes époques de la maladie. De plus, le lacet mensurateur ne donnant pas les variations des diamètres du thorax, j'inventai un instrument (le *cyrtomètre*), qui me paraissait rendre aussi complet que possible l'usage de la mensuration, puisqu'il fournissait à la fois :

1° Le périmètre thoracique, comme le ruban gradué;

2° Tous les diamètres horizontaux de la poitrine, comme le compas d'épaisseur, qui ne peut d'ailleurs donner qu'un diamètre à la fois.

3° Enfin des tracés sur le papier donnant la forme de la courbe circulaire du thorax à différents jours de la maladie, comme ne le donnait aucun instrument connu.

Le cytomètre m'a fourni de précieux enseignements scientifiques dans le cours de mes recherches, et, comme moyen de démonstration, sa valeur me parut incontestable. Mais en est-il de même de son emploi usuel, comme moyen d'exploration?

Tout en reconnaissant l'utilité du cyrtomètre, on lui a reproché d'être d'un emploi délicat et difficile, de nécessiter des exercices préalables trop multipliés pour faire arriver à s'en bien servir, et enfin de fournir des résultats parfois difficiles à apprécier, surtout pour le médecin peu expérimenté. Je ne cherche pas, on le voit, à atténuer les objections. Je pourrais bien répondre que j'obtiens, avec le cyrtomètre, des résultats rapides et précis sans y mettre une habileté particulière, et que plusieurs de mes collègues des hôpitaux sont parvenus sans trop de peine à l'utiliser au lit du malade. Mais je ne puis me dissimuler que mes adhérents sont en trop petit nombre, et par conséquent qu'il n'y ait pas du vrai dans les objections faites à mon procédé, que l'on a bien voulu qualifier d'ingénieux.

La mensuration devait donc être utilisée d'une manière plus simple, et, pour cela, il était nécessaire de bien préciser d'abord l'importance relative des données obtenues : périmètre, diamètre, tracés de la courbe thoracique, et de s'en tenir à la recherche pratique des signes les plus importants et les plus simples.

J'ai donc examiné à ce point de vue plusieurs centaines d'observations que j'avais recueillies. Pour comparer les résultats divers qu'elles m'ont fournis, j'ai imaginé de les traduire en tracés analogues à ceux que l'on utilise pour les variations de la température thermométrique. Or, cette comparaison m'a démontré que la constatation du périmètre général du thorax, à différents jours de la pleurésie, constituait le mode de mensuration le plus utile et en même temps le plus simple pour suivre la marche des épanchements pleurétiques.

Ces tracés ont un immense avantage. Ils permettent de juger d'un coup d'œil des modifications du périmètre général et, de suivre au jour le jour l'évolution de l'épanchement dans ses périodes de progrès et de résolution.

Le relevé du périmètre circulaire de la poitrine doit donc, dans la pratique, être préféré désormais à tout autre, l'emploi du cyrtomètre pouvant être réservé pour les recherches scientifiques; et ce qui rendra usuelle la mensuraton à l'aide du ruban, c'est son extrême facilité d'application.

Il résulte en effet des recherches les plus récentes que j'ai faites avec l'assistance intelligente de M. Le Teinturier, interne de ma division à l'hôpital Lariboisière, qu'il suffit de passer le ruban autour de la poitrine en ne faisant que le juxtaposer et en le croisant en devant pour obtenir le périmètre général. J'avais cru d'abord plus utile de serrer fortement le lacet au moment de l'expiration; mais nous avons reconnu que sa simple application et sa constriction forcée donnaient une succession de données que l'on peut considérer comme analogues. Il y a donc lieu de n'employer que la mensuration par simple application dans la pratique, ce qui la rend facile chez les enfants, chez lesquels on n'avait pu jusqu'à présent l'utiliser.

Ces derniers résultats sont fort importants, je le répète, car ils font désormais de la mensuration un moyen aussi simple que possible, et dont les résultats peuvent être formulés avec la plus grande facilité à l'aide de mes tracés de mensuration.

M. Woillez fait suivre cette lecture de l'explication de deux figures qu'il a tracées sur le tableau et qui sont destinées à montrer la marche de l'épanchement pleurétique obtenue au moyen de la mensuration de la poitrine.

M. CONSTANTIN PAUL demande à faire remarquer à M. Woillez que, dans un premier mémoire, il avait parlé tout autrement du cyrtomètre. Voici, en effet, autant que je m'en souvienne, dit-il, ce qu'à écrit M. Woillez à ce sujet : « C'est que, de tous les diamètres thoraciques, il n'y en avait que trois, le diamètre antéro-postérieur et les diamètres vertébro-mammaires, dont il était important de constater l'allongement, cette allongement pouvant avoir lieu sans que pour cela le périmètre thoracique augmentât, ce qui indique cependant une compliation de la poitrine, puisque d'ovale elle tend à devenir de plus en plus circulaire. »

Or, après la lecture de ce premier ouvrage, M. Paul ayant trouvé très-justes les réflexions de M. Woillez sur le cyrtomètre et l'ayant depuis employé fort souvent avec avantages, est très-étonné d'entendre aujourd'hui M. Woillez dire que la mensuration par le simple ruban métrique est préférable à tout autre moyen, et qu'à la rigueur, le cyrtomètre pourrait être relégué dans un musée. Telle n'est pas son opinion, et il y a des cas où, selon lui, le cyrtomètre donne des renseignements que ne peut donner le simple ruban métrique. Il demande donc à M. Woillez quelles sont les raisons qui lui ont fait à peu près abandonner un instrument qui peut rendre de réels services.

M. WOILLEZ ne prétend pas que le cyrtomètre ne serve à rien. Il le trouve seulement d'un emploi difficile dans la pratique et lui préfère de beaucoup la simple mensuration par le ruban métrique qui, dans la grande majorité des cas, suffit pour donner les renseignements nécessaires.

M. LEGROUX donne ensuite lecture d'un travail intitulé : *Sclérose des jambes consécutive au scorbut.* (Voir le numéro du 7 novembre.)

La séance est levée à cinq heures et demie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Samedi dernier, un concours très-nombreux de médecins rendait les derniers devoirs à M. Pierre Chalvet, agrégé de la Faculté

et médecin des hôpitaux. Notre regretté confrère a succombé aux atteintes d'une maladie de poitrine.

Plusieurs professeurs et un grand nombre de médecins des hôpitaux étaient venus témoigner, par leur présence, de la perte cruelle faite par la science.

M. le docteur Ball, au nom des agrégés de la Faculté; M. le docteur Ollivier, au nom de la Société des hôpitaux; M. le docteur Dumont-Pallier, au nom de la Société de biologie ; M. le docteur Laborde, au nom de la Société anatomique, ont sucessivement pris la parole pour rendre un dernier hommage à notre regretté confrère.

— La Société de médecine de Paris tiendra sa prochaine séance le vendredi 17 novembre 1871, à trois heures et demie très-précises, à la préfecture de la Seine (Palais du Luxembourg, cabinet de M. l'admistrateur du Palais).

Ordre du jour : 1° Rapport de M. Léon Gros sur des questions intéressant la Société ;

2° Communication de M. Duroziez : Transformation fibreuse et anévrysme de la pointe. Perforation ou septum interventriculaire ; abcès caséeux interauriculaire. 5 observations. — Examen des travaux de plusieurs auteurs français.

— La Société de médecine pratique tiendra sa prochaine séance à la mairie du sixième arrondissement, place Saint-Sulpice, le jeudi 16 novembre 1871, à trois heures et demie très-précises.

Ordre du jour. — Dr P. Bouland : Traitement du pied-bot congénital. — Dr G. Chantreuil : Observations d'hémorrhagie ombilicale incoercible chez un nouveau-né. — Dr Limousin : Traitement de l'asphyxie par les inspirations d'oxygène. — Dr Liégey : De l'alcool comme moyen thérapeutique dans les affections des voies respiratoires.

— M. le docteur Bouchut commencera son cours de pathologie médicale le lundi 20 novembre, à cinq heures, à l'amphithéâtre n° 3 de l'École pratique, et le continuera les lundis, mercredis et vendredis, à la même heure.

Bulletin hebdomadaire des décès d'après les déclarations à l'état civil,
du 4 au 10 novembre 1871.

CAUSES DE DÉCÈS.	Domicile.	Hôpitaux.	Totaux.	Total des décès de la semaine précédente.
Variole	1	1	2	»
Rougeole	4	»	4	4
Scarlatine	2	»	2	2
Fièvre typhoïde	7	12	19	18
Typhus	»	»	»	»
Érysipèle	3	2	5	6
Bronchite aiguë	21	»	21	47
Pneumonie	23	11	34	36
Dysenterie	7	1	8	6
Diarrhée cholériforme des jeunes enfants	3	1	4	3
Choléra nostras	»	»	»	»
Choléra asiatique	»	»	»	»
Angine couenneuse	»	3	3	5
Croup	5	5	10	3
Affections puerpérales	2	1	3	3
Autres affections aiguës	133	46	179	173
Affections chroniques	278	109	387	270
Affections chirurgicales	16	18	34	45
Causes accidentelles	20	1	21	16
Totaux	525	211	**736**	637

LONDRES. — Population, 3,263,872 h. — Décès du 29 octobre au 4 novembre 1871 1,400
Variole, 61. — Diarrhée, 19. — Fièvre typhoïde, 36. — Choléra, 10. — Scarlatine, 38.

FLORENCE. — Population, 196,606 h. — Décès du 29 octobre au 4 novembre 1871 134
Variole, 4. — Diphthérie, 17.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments ou autres objets).

—

L'étudiant micrographe, traité pratique du microscope et des préparations, par Arthur CHEVALIER, O. ❄, 1 vol. de 600 pages, 600 figures : 7 fr. 50 c. — Delahaye, place de l'École-de-Médecine.—Catalogue illustré des microscopes, gratis, chez Arthur Chevalier, Palais-Royal.

Traité des maladies des yeux, par X. GALEZOWSKI, professeur d'ophthalmologie à l'École pratique de la Faculté. — 1 vol. in-8 avec fig. — Prix de l'ouvrage complet : 20 fr.

Effets physiologiques et thérapeutiques des aliments d'épargne ou antidéperditeurs (alcool, café, thé, coca, maté, etc.), par le docteur Angel MARVAUD, professeur agrégé à l'École de médecine militaire du Val-de-Grâce, médecin aide-major de 1re classe. Ouvrage couronné par l'Académie des sciences, belles-lettres et arts de Bordeaux (médaille d'or). 1 vol. in-8° de XVI-224 pages. — Prix : 3 fr. 50.

Siége de Paris. L'Ambulance des sœurs de Saint-Joseph de Cluny (succursale du Val-de-Grâce). Compte rendu médico-chirurgical, par le docteur A. BENOIST DE LA GRANDIÈRE, chirurgien en chef de l'ambulance. 1871, in-8° de 76 pages — Prix : 2 francs.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

N° 135 — JEUDI 16 NOVEMBRE 1871. 44e ANNÉE. JEUDI 16 NOVEMBRE 1871 — N° 135.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 15 novembre 1871.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

On n'a pas oublié la communication de M. le professeur Fonssagrives, de Montpellier, sur la ponction dans les pneumatoses gastro-intestinales, ainsi que la petite discussion qui l'a suivie, et qui a montré chez tous les membres qui y ont pris part une disposition favorable pour la ponction, appuyée d'ailleurs sur des témoignages pratiques. M. Piorry, qui, en apportant aussi le témoignage de son expérience personnelle à l'appui de cette opération, avait fait cependant alors ses réserves et sur la nécessité de circonscrire nettement les indications de cette opération et sur les graves dangers qu'elle peut entraîner, a saisi cette occasion pour recueillir ses souvenirs, nous pourrions dire les trésors de son immense expérience, et en faire l'objet d'une lecture à l'Académie. Nous n'avons pu reproduire de cette lecture qu'un résumé très-sommaire et les sages conclusions qui la terminent. Mais nous ne voulons pas laisser échapper l'occasion d'insister, avec M. Piorry, sur l'indispensable utilité des précautions qu'il recommande pour n'agir qu'en parfaite connaissance de cause, si l'on ne veut s'exposer à des mécomptes ou à d'irréparables malheurs.

M. Bertillon, dans une communication écoutée avec tout l'intérêt qu'elle méritait, a exposé devant l'Académie un résumé des recherches statistiques qu'il a faites dans le but d'étudier l'influence du mariage sur la durée de la vie et sur les maladies intellectuelles ou morales. Il a constaté par ces recherches, qui portent sur la France, la Belgique et la Hollande et sur une période de dix années, qu'à dater de la 20e année le mariage exerce sur les hommes une influence heureuse au point de vue de la santé et de la longévité; que les célibataires, à égalité d'âge, payent à la mort un tribut plus considérable que les hommes mariés; que les veufs, surtout les jeunes veufs, sont frappés d'une mortalité plus considérable encore; enfin que les jeunes gens mariés avant 20 ans meurent dans une proportion presque aussi grande que les vieillards de 65 à 70 ans. Les femmes retirent du mariage un avantage un peu moins marqué que les hommes.

La conclusion générale de ces études, c'est que le mariage est un élément persistant de santé; qu'il exerce surtout sa salutaire influence chez l'homme aux âges de vigueur, chez la femme, par suite des dangers de l'enfantement, au retour d'âge. Enfin la criminalité, le suicide et l'aliénation mentale pèsent beaucoup plus sur les célibataires que sur les mariés. Aussi M. Bertillon s'associe-t-il sans réserves, en terminant, à cette belle et juste pensée de Franklin, considérant l'association conjugale comme la vraie unité sociale, forte contre les suggestions criminelles ou insensées, contre le désespoir, la maladie et la mort.

Dr BROCHIN.

HOTEL-DIEU. — M. CONSTANTIN PAUL.

Conférences cliniques sur la phthisie (1).

(Recueillies par M. A. BROCHIN, élève du service.)

Séméiologie. — *Phénomènes extérieurs.* — Messieurs, je vous disais en terminant notre première leçon que les phthisiques, ou plutôt certains phthisiques, présentaient des phénomènes extérieurs qui, au point de vue du diagnostic comme du pronostic, peuvent avoir une très-grande importance. Ce sont ces phénomènes que nous allons aujourd'hui passer en revue.

Le premier et le plus frappant de ces phénomènes est l'amaigrissement rapide et la perte des forces que subissent les malades en proie aux premières atteintes de la phthisie. Il y a peu de maladies dans lesquelles ces symptômes soient aussi fortement accusés. Lors donc qu'un malade se présentera à vous, se plaignant de sentir ses forces diminuer rapidement et d'avoir remarqué qu'il maigrissait, vous devrez immédiatement penser à la phthisie et diriger votre examen dans ce sens. Cet amaigrissement est quelquefois si considérable, que les malades peuvent perdre jusqu'à 30 p. 100 de leur poids. Si on compare cette perte de poids à celle que subissent les animaux que l'on soumet à l'inanitiation, on comprendra quelle est son importance, puisque ces animaux meurent quand ils arrivent à perdre 40 p. 100 de leur poids. Il n'y a guère, avec la phthisie, que la fièvre typhoïde et le cancer qui peuvent amener les malades à une émaciation aussi grande.

Quelles sont les causes de cet amaigrissement? Les phthisiques sont, de bonne heure, atteints d'une fièvre intermittente, accompagnée de sueurs nocturnes. La température devient plus élevée, il y a donc une augmentation de la combustion, qui doit nécessairement entretenir une diminution de poids. A ces phénomènes se joignent de l'anorexie, des vomissements, qui surviennent généralement vers le soir et qui, le plus souvent, sont la conséquence d'efforts de toux violents et prolongés, et diminuent par là les moyens de réparation. Après cela, la diarrhée vient encore s'ajouter à ces causes d'amaigrissement.

Si l'on examine de près un phthisique, on s'aperçoit qu'il y a des régions qui maigrissent plus vite que d'autres. Ces régions sont la poitrine, les seins, chez les femmes, qui perdent de leur volume et de leur contractilité. Cet amaigrissement ne porte pas seulement sur les muscles, il atteint les viscères aussi bien que les tissus extérieurs. M. Louis a remarqué que les muscles de la vie organique maigrissent aussi chez les phthisiques, tout comme les muscles de la vie de relation. Il constata de même cet amaigrissement sur les membranes de l'estomac, sur les artères et le cœur lui-même. Ce fait a été observé en Angleterre par le docteur King (de Londres), et Stokes nous donne, dès cette époque, quelques détails sur l'amaigrissement du cœur. Cette déperdition du sang porte sur tous les tissus; le tissu musculaire est le plus atteint et les valvules elles-mêmes sont atrophiées, les membranes endocardiques qui les recouvrent peuvent arriver à se perforer et à présenter l'aspect d'un crible, leur charpente fibreuse devient plus grêle et peut présenter l'apparence d'une véritable toile d'araignée. Ainsi donc voici un premier fait d'une importance considérable : quand un malade se plaint de maigrir et de perdre ses forces, demandez-lui s'il tousse; et réciproquement, s'il se plaint de tousser, informez-vous si, depuis un certain temps, il ne s'est pas aperçu qu'il perdait ses forces et maigrissait. Les bronchites, quelque chroniques qu'elles soient, n'amènent jamais un amaigrissement semblable. Nous voilà donc en possession d'un premier symptôme qui, comme vous le voyez, a une réelle valeur. Continuons notre examen.

Je vous ai, dans notre premier entretien, mentionné, parmi les signes extérieurs de la phthisie, l'attitude des malades qui en sont atteints. Or, quelle est cette attitude? Elle n'a rien de spécial à la phthisie. Cette attitude est celle des gens qui ont perdu de leur embonpoint et de leurs forces. Le corps présente partout une tendance à la flexion. Ce fait de l'affaissement par l'atonie est tellement vrai qu'il est parfaitement connu, même en dehors du cercle des médecins. Tout le monde connaît en effet la ruse employée par bon nombre de jeunes conscrits qui ont le minimum de la taille réglementaire, exigée pour le service militaire, ruse qui consiste à faire pendant trois ou quatre jours consécutifs des marches forcées sans réparer suffisamment les forces dépensées pour cet exercice; ils arrivent ainsi à obtenir une diminution dans la taille qui peut aller jusqu'à 1 centimètre et demi, et il ne leur en faut souvent pas davantage pour se trouver en dehors des conditions réglementaires du service militaire.

Nous trouvons encore un autre phénomène inhérent à la phthisie dans le decubitus; il est déterminé par les points douloureux; le plus souvent, c'est sur le côté opposé au côté douloureux que les phthisiques se couchent. Quand l'affection devient plus avancée, le malade se couche alors fatalement d'un certain côté. Quand il se couche du côté de sa caverne, c'est qu'elle sécrète peu; quand, au contraire, il a une caverne qui sécrète beaucoup, il se couche du côté opposé. En effet, quand le malade se couche sur le côté opposé à la caverne, la pesanteur entraîne les crachats vers les bronches, le malade tousse et expectore, tandis que, dans le cas contraire, le malade est sollicité constamment à tousser et se débarrasse mal.

S'il est atteint d'une caverne de chaque côté, il se couche alors alternativement sur les deux côtés pour vider tour à tour ses deux cavernes. Cette rotation, dans la nuit, des malades atteints des deux côtés n'est pas constante. Mais le fait, pour les malades affectés d'un seul côté, de se coucher sur le côté sain, a été constaté comme un fait constant par MM. Barth et Briquet, et cela seul dans beaucoup de cas pourrait suffire à la rigueur pour diagnostiquer le poumon malade. Mais quand le malade en vient à présenter de l'anasarque, de l'œdème pulmonaire, il ne peut plus alors prendre une attitude fixe, son œdème tendant toujours à augmenter du côté sur lequel il est couché. Il ne peut que s'asseoir et présente alors les phénomènes connus sous le nom d'orthopnée.

. . . .

Quand la phthisie se manifeste à certaines époques critiques de la vie, elle entrave différentes fonctions. Lors de l'adolescence, par exemple, elle entraîne un arrêt de développement; quand elle se présente chez des jeunes filles, la menstruation ne se fait pas ou se fait mal. Si vous voyez une jeune fille qui n'est pas réglée et dépérit, ne manquez jamais de l'ausculter; car il arrive à beaucoup de médecins de mettre sur le compte de la chlorose ou de l'anémie ce qu'il faut attribuer à la phthisie. Je vous ai dit, dans la dernière séance, qu'on avait d'abord été très-étonné de voir Trousseau administrer du fer aux chlorotiques; puis, devant les bons résultats qu'il obtenait, tout le monde s'est mis à donner du fer : on voyait partout des chlorotiques, et partant l'indication de ce médicament. C'est ainsi qu'on a donné du fer à beaucoup de phthisiques, chez lesquels, au lieu d'enrayer la maladie, on l'entretenait par ce moyen. Mais ce reproche s'adresse moins aux médecins qu'à ces conseilleurs étrangers à notre art qu'on rencontre partout. La médication ferrugineuse était employée par tout le monde indistinctement à une certaine époque, et M. Millet, de la colonie de Mettray, a recueilli plus de soixante observations de phthisie, dans lesquelles des préparations ferrugineuses ont été administrées par des religieuses ou des pharmaciens, au grand détriment des malades. Ainsi donc, pour ne pas nous écarter de notre sujet, quand vous constatez chez les jeunes filles de l'aménorrhée, pensez à la phthisie.

Chez l'homme adolescent atteint de phthisie, la virilité tarde à s'accomplir, l'érection est moins fréquente et la puissance amoindrie. C'est à tort qu'on a prétendu que les jeunes gens phthisiques étaient plus enclins et plus propres que les autres aux rapprochements sexuels. Il est vrai qu'ils y sont plus sollicités, mais il ne s'ensuit pas pour cela qu'ils y soient plus aptes. Il se passe chez eux ce qui se passe chez les individus enfermés dans une chambre dont on leur a pris la clef; ils n'en ont que plus de désirs d'en sortir. Ce sont ces mêmes désirs que l'on constate chez les phthisiques, désirs qui correspondent à certains instincts d'impuissance. Il semble qu'ils recherchent les occasions de se prouver à eux-mêmes qu'ils sont vigoureux.

Cet arrêt de développement se rencontre surtout dans la phthisie héréditaire, la plus grave, comme je vous l'ai dit en commençant. Ces phénomènes sont de la plus haute importance. Ainsi, quand vous les constatez chez un enfant en dehors de tous les autres symptômes, n'attendez pas les phénomènes qui se passent du côté de la poitrine, craignez de suite la phthisie, et agissez en conséquence. Je dois vous dire, à propos de cet arrêt de développement, qu'il ne faut pas croire qu'il porte sur la croissance en hauteur; ces enfants croissent en longueur, au contraire. Vous ne constaterez pas chez eux une stature plus petite que chez les autres, mais leur poitrine reste étroite.

Il est un caractère auquel certains auteurs ont, à mon avis, attaché beaucoup trop d'importance au point de vue de la phthisie, et sur lequel je désire un instant appeler votre attention. Je veux parler des éruptions qui se passent du côté de la peau : il n'y a là rien de réel, rien de fondé. Certains pathologistes ont voulu trouver dans l'acné pustuleuse, l'ecthyma, certains eczémas des oreilles, quelques rapports avec la phthisie. Ce sont là des scrofulides superficielles, qui ne se lient en rien à la maladie qui nous occupe. C'est, en effet, à la scrofule seule qu'appartiennent ces symptômes. Il est une autre éruption, l'acné varioliforme, qu'on observe assez souvent chez les jeunes enfants, dans les orphelinats par exemple, contagieuse, peut-être même parasitaire, mais qui n'a rien de commun avec la scrofule ni avec la phthisie. C'est tout simplement une affection des enfants, et qui peut se propager aux personnes qui vivent avec eux. Mais il n'y a là rien de spécial ni rien de particulier à la phthisie pulmonaire.

Une éruption qui se rencontre assez fréquemment chez les phthisiques est le *pityriasis lutea* ou versicolor; mais il s'observe aussi souvent chez tous les malades cachectiques. C'est une affection parasitaire qui se manifeste souvent chez les phthisiques, mais sans que pour cela on puisse la rattacher à la phthisie; car elle n'est pas rare chez des gens bien portants, mais qui se trouvent dans de mauvaises conditions d'hygiène, chez des individus des classes pauvres. Le parasite, qui a été

(1) Suite. — Voir le numéro du 2-4 novembre 1871.

spécialement étudié et décrit par Eichstedt et M. Bazin, est le microsporon furfur ou épidermophyson.

On a signalé aussi chez les phthisiques d'autres taches, des taches rosées comme celles que l'on observe dans la fièvre typhoïde, et qui se rencontreraient dans la phthisie aiguë, qui ressemble tant à la fièvre typhoïde. Mais une observation plus attentive a montré qu'il n'en est rien, et si, dans un cas douteux les taches rosées apparaissent, on devra pencher du côté de la fièvre typhoïde.

Enfin le purpura, comme le pityriasis varioleux, est une affection commune à toutes les cachexies et peut, par conséquent, se rencontrer aussi dans les phthisies avancées. Il ne faut donc pas attacher à ces éruptions une si grande importance au point de vue du diagnostic, mais seulement au point de vue du pronostic.

Si l'on examine la face d'un phthisique, on y remarque aussi de l'amaigrissement, de la pâleur et la perte de transparence de la peau.

Quand la circulation diminue, que ce soit la circulation blanche ou la circulation rouge, la peau perd de sa transparence. Aussi les scrofuleux qui sont pâles conservent-ils la transparence de la peau à cause de la circulation lymphatique qui reste abondante. Si bien que les peintres ont regardé comme d'un heureux effet cette augmentation de transparence, donnée par l'exagération de la circulation lymphatique, qu'on a décorée du nom charmant de Morbidezza.

Vous constaterez donc en général chez les phthisiques qui ne sont pas scrofuleux une peau terne, tandis qu'au contraire les scrofuleux conservent la transparence de la peau. On peut donc dire d'une façon générale que la phthisie héréditaire ou acquise entraîne la perte de transparence de la peau, sauf pour quelques exceptions en faveur des arthritiques, des scrofuleux. Chez les vieillards, ce caractère perd de sa valeur, parce qu'ils ont la peau ordinairement terne.

Les cheveux, chez les phthisiques, tombent assez rapidement, mais avec ce caractère particulier que ceux qui restent persistent dans toute leur longueur. Il est est de même pour la barbe. Quant aux cils, ils deviennent plus rares et plus longs, et les romanciers de 1830 ne manquaient jamais dans leurs descriptions d'insister sur ce caractère de la longueur des cils qui, en effet, donne une physionomie particulière à certaines personnes. La face s'amaigrit, pâlit, perd de son éclat. Les yeux restent brillants, mais présentent un éclat particulier qui se rapproche de la faïence ou de l'émail ; ils sont atones, et c'est encore là un jeu d'expression que recherchaient volontiers les romantiques. Il y a en effet dans l'aspect de ces yeux un certain vague qui donne aux phthisiques un air de préoccupations éthérées...

Le cou maigrit aussi, mais d'une façon spéciale. La perte du tissu cellulaire et cellulo-graisseux fait ressortir davantage les masses musculaires. Quelques muscles même s'hypertrophient, et vous le comprendrez aisément si vous vous rappelez ce que je vous disais il y a quelque temps en vous parlant des muscles inspirateurs. Je les divisais, comme vous le savez, en trois catégories, selon leur importance dans le phénomène de l'inspiration : dans la première, se trouvent le diaphragme et les intercostaux externes; et, dans la seconde, les muscles auxquels les malades ont recours quand les premiers ne leur suffisent plus, je veux dire les sterno-cleido-mastoïdiens, les scalènes et les trapèzes; aussi leur ai-je donné le nom de muscles inspirateurs auxiliaires. Quand la dyspnée augmente, ces muscles travaillent et finissent par s'hypertrophier de telle sorte qu'ils donnent au cou un aspect tout particulier. Il présente alors la forme d'un cône à sommet supérieur. Chez les scrofuleux, au contraire, ce sont les ganglions qui s'hypertrophient, et le cou a un tout autre aspect. Vous constaterez chez les phthisiques encore d'autres déformations qui ont aussi leur importance au point de vue du diagnostic. Je veux parler des déformations des doigts, des doigts hippocratiques. Quand est arrivée l'auscultation, on s'est repris à négliger l'étude des phénomènes extérieurs, et c'est ainsi que Laennec, Louis et Andral n'en font que peu mention. En 1832, M. Pigeaux recommença à étudier de près ces phénomènes ; voici ce qui se passe : la troisième phalange s'allonge ; si vous l'examinez obliquement, vous remarquerez que l'ongle se courbe de façon à offrir l'aspect d'une griffe, et souvent l'extrémité inférieure de la troisième phalange est renflée et a la forme d'une olive. D'autres fois, le diamètre n'augmente que dans le sens transversal, et alors, au lieu d'être arrondie, la troisième phalange s'écarte et va en s'élargissant. Cette déformation des doigts est beaucoup plus fréquente chez la femme que chez l'homme. En voulez-vous un exemple? Sur 6 femmes phthisiques qui se trouvent à la salle Sainte-Anne, 5 présentent cette déformation, tandis que, dans la salle Saint-Julien, 1 seul homme en est affecté sur 6, et encore, chez cet homme, n'y a-t-il que le pouce et l'index qui soient atteints. Ce caractère a une certaine importance, puisqu'il se rencontre 60 fois sur 100, comme le prouvent des statistiques établies par MM. Briquet, Pigeaux, Vernois, Journet, Alquié, etc... Cependant ce signe n'appartient pas à la phthisie seule, il se rencontre aussi dans les affections congénitales du cœur. Chez les enfants qui présentent des cyanoses congénitales, vous observez aussi les doigts en forme de baguettes de tambour ou d'olives précédées d'un rétrécissement. Ils se voient aussi dans certains cas d'hypertrophie du cœur.

A quelle période de la phthisie ce signe nous apparaît-il? Il s'observe de très-bonne heure, et c'est ce qui en fait un symptôme précieux. Il m'a rendu service à moi-même dans une certaine circonstance : un monsieur vient me consulter, qui se disait atteint d'un asthme et se disposait à partir pour le Mont-Dore. Ayant remarqué qu'il avait des doigts hippocratiques très-accusés, je l'auscultai avec soin et découvris les signes d'une phthisie pulmonaire. Il avait été atteint déjà d'une pleurésie tuberculeuse. Je le détournai de l'idée du Mont-Dore ; mais il ne suivit pas mon conseil, y partit, y fut atteint d'une hémoptysie abondante et mourut dans le courant de l'hiver. Or, vous le voyez, sans ce signe, je n'aurais peut-être pas pensé à l'existence d'une phthisie. N'en concluez pas qu'il ne faille jamais envoyer de phthisiques au Mont-Dore ; il est des cas, au contraire, où ces eaux thermales peuvent donner de très-bons résultats ; mais il en est d'autres aussi où elles ne font que hâter le terme fatal de la maladie.

En résumé donc, quand vous voyez un malade présenter de l'amaigrissement, la pâleur du visage, un arrêt de développement aux époques critiques de la vie, cet aspect particulier du cou et cette déformation des doigts dont je viens de vous parler, vous devez penser à la phthisie et diriger dès lors vos recherches vers l'inspection de la poitrine.

SUR LE

TRAITEMENT DES FRACTURES DES MEMBRES

PAR COUPS DE FEU

A l'aide des appareils nouveaux dits modelés, en toile métallique, de M. le docteur Sarazin, médecin major, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Strasbourg.

Par M. le Dr PHILIPPE (de Saint-Mandé)

Ancien médecin principal.

Le traitement des fractures a réalisé de faibles progrès dans ces derniers temps. Il y a eu quelques perfectionnements de détail et surtout une grande profusion dans les appareils destinés à servir de moyens de contention. Malgré cette richesse apparente, l'art reste encore bien impuissant, et nous croyons qu'on doit attribuer l'imperfection de ces méthodes à ce qu'on ne s'adresse pas généralement à la cause première des déplacements des fragments. C'est ce que nous chercherons à prouver en examinant le travail remarquable, et les procédés ingénieux de M. le docteur Sarazin au sujet du *traitement des fractures des membres par coups de feu à l'aide d'appareils modelés en toile métallique* (*Archives de médecine*, septembre 1871).

Les appareils modelés en toile métallique, imaginés par M. Sarazin, consistent « en deux valves malléables à la main et assez rigides pour former cuirasse, clouées ou fixées à charnière sur une attelle garnie de courroies bouclées. »

..... « La toile est assez malléable pour que la simple pression des mains l'applique exactement sur les creux et sur les saillies du membre fracturé, et elle conserve exactement la forme qu'on lui donne »

..... « Les attelles auxquelles sont fixées les valves sont des attelles ordinaires. Celle de l'appareil destinée aux fractures et aux résections du coude est formée de deux pièces réunies au moyen d'un mécanisme qui permet de faire varier à volonté la flexion de l'articulation. L'attelle de l'appareil pour les fractures de cuisse est munie, au niveau du genou, d'un mécanisme qui permet d'allonger à volonté l'appareil. »

« Les courroies sont faites avec des rubans de 3 à 4 centimètres de largeur : elles sont munies d'une boucle solidement fixée ; on les cloue sur l'attelle à une distance de la boucle telle que celle-ci, l'appareil étant appliqué, soit située à la partie antérieure du membre. Enfin, pour matelasser l'appareil, on le recouvre d'une bonne couche d'ouate, qu'on a soin de doubler au niveau de l'attelle. »

On peut faire à charnière les valves sur l'attelle, de manière à pouvoir plier en deux l'appareil et lui faire tenir moins de place lorsqu'on veut l'emballer.

« On pourrait facilement tailler des fenêtres dans les valves pour panser les plaies sans ouvrir l'appareil : » L'auteur n'a jamais été forcé de recourir à ce moyen, l'appareil étant très-facile à ouvrir et à fermer.

M. Sarazin entre dans de grands détails sur l'application de ses appareils aux différents membres :

Dans la fracture de jambe, l'attelle étant interne, les deux valves sont antérieure et postérieure.

Dans celle de cuisse, on fixe le bassin à l'aide d'un large spica en toile mécanique attaché à la partie supérieure de l'attelle servant à la contre-extension.

L'extension se fait par un mécanisme qui permet d'allonger et de raccourcir à volonté l'attelle qui est interne. Cette attelle est coupée au-dessous du genou : sa partie inférieure est pourvue d'une tige de fer qui glisse à frottement dans une mortaise fixée au bout inférieur de la partie supérieure de l'attelle. La mortaise est garnie d'une vis de pression.

Pour les fractures du membre supérieur, l'attelle est postérieure ; l'appareil métallique enveloppe le moignon de l'épaule, le bras, le coude et la partie supérieure de l'avant-bras.

Dans les fractures et résections du coude, l'attelle est interne : elle est brisée au niveau du coude, de manière à rendre libre ce dernier.

Les appareils modelés de M. Sarazin offrent des avantages réels : le principal est de s'adapter exactement à la forme des membres qu'ils doivent contenir : la toile métallique qui les constitue les rend parfaitement malléables, sans exercer une trop forte compression ; la disposition des valves permet de panser les plaies ou les autres accidents qui compliquent les fractures. On peut donner aisément issue aux humeurs morbides en ouvrant une des valves ou en ménageant des fenêtres au niveau des points malades ; leur application est facile ; ils tiennent peu de place et sont parfaitement transportables ; le tissu dont ils sont composés les rend imperméables aux liquides.

M. Sarazin fait ressortir tous ces avantages ; il en est un toutefois qu'il attribue à ses appareils : l'immobilisation du membre. Nous ne partageons pas son opinion à cet égard ; le reproche que nous lui ferons ne s'adresse pas plus particulièrement à ses appareils qu'à tous ceux qui sont en usage dans le monde chirurgical ; mais avant de discuter, il faut commencer par s'entendre sur les termes. Il obtiendra sans doute plus ou moins l'immobilisation du membre dans sa totalité, mais non celle du fragment de la fracture ; la contraction musculaire n'est nullement modifiée par ses cuirasses métalliques ; les mouvements du corps se communiqueront au point fracturé comme toujours ; ses appareils ne peuvent pas agir immédiatement sur les extrémités osseuses. Or, si le chirurgien n'observe pas ces dernières conditions, les résultats du traitement seront incertains et le plus souvent défectueux dans les fractures sujettes aux déplacements.

Il y a donc deux indications capitales à remplir pour la curation des solutions de continuité :

1° Enrayer ou neutraliser l'action musculaire ;

2° Agir immédiatement sur les fragments déplacés.

Par la première de ces indications, on obtient l'immobilité du point fracturé après la réduction ; par la seconde, on arrive à la coaptation complète des extrémités osseuses.

L'atténuation de la face musculaire avait déjà été le point de départ de plusieurs modes de traitement ; de ce nombre sont la demi-flexion, préconisée par Pott, Dupuytren, les plans inclinés. On adopte généralement la première pour les fractures des membres supérieurs.

Quant aux moyens employés pour agir directements sur les fragments, la vis de pression, la griffe de Malgaigne, les liens coapteurs de Baudens devaient répondre à la seconde indication.

Ces diverses méthodes de traitement ne furent pas suivies d'une manière générale à cause des résultats incertains qu'elles donnaient à la pratique. D'ailleurs, employées isolément, elles ne pouvaient produire que des effets incomplets.

Or, la suspension combine heureusement les deux principales indications que nous regardons comme devant servir de base à la curation des fractures. En effet, elle mobilise le membre dans sa totalité et immobilise le point fracturé ; le premier devient indépendant du corps. Par l'immobilité obtenue, la contraction musculaire est neutralisée ou au moins considérablement atténuée. Dans les fractures obliques, et lorsque les fragments sont très-mobiles, nous employons un procédé pour opérer la *coaptation immédiate*. Voici comment on la pratique : après avoir fait la réduction, on s'aide de la main pour rapprocher le fragment le plus mobile de l'autre, et afin de les maintenir en contact immédiat d'une manière durable et même permanente, on interpose, entre la gouttière de notre appareil et le point fracturé, un coussinet, quelques compresses superposées ou même de l'ouate seule qu'on tasse fortement sous le fragment le plus mobile. L'ouate suffit le plus souvent pour remplir le but désiré.

Les efforts d'extension et de contre-extension deviennent inutiles après cette manœuvre, ainsi que l'application des attelles, l'immobilité du membre à l'endroit de la solution de continuité assurant l'union définitive des extrémités osseuses, qu'on peut aider d'ailleurs en tassant de nouvelles couches d'ouate.

L'appareil à suspension auquel nous nous sommes arrêté, et que nous avons déjà expérimenté sur une assez grande échelle, consiste dans une boîte en bois au milieu de laquelle se trouve suspendue, à l'aide de courroies ou autres liens, la gouttière ordinaire des fractures de jambe. (Voir, pour la description, *Gazette des hôpitaux*, 9 février 1871.)

Il y a une foule d'avantages à l'emploi de la suspension que nous n'énumérerons pas ici. Cependant nous ferons remarquer que nous avons obtenu, en en faisant l'application à la guérison des fractures de cuisse sans raccourcissement ni déformation du membre, les mêmes résultats pour les fractures de jambe très-obliques, l'ossification complète de la rotule dans celles affectant le genou.

M. Sarazin, après avoir passé en revue les divers genres d'appareils connus, condamne sans appel les plans inclinés, les appareils hyponarthéciques, les hamacs qui, d'après son avis, « ne pourraient être proposés pour le service des ambulances proprement dites, ne pouvant pas se plier aux difficultés de la campagne et du transport des blessés. »

Nous nous permettrons de différer encore d'opinion sur ce point avec M. Sarazin.

La boîte-gouttière à suspension est facilement transportable : en articulant à charnière le fond avec les deux rebords, on en fait trois attelles fortement unies entre elles. Quant aux gouttières, elles sont en grand nombre dans les caissons d'ambulance. Si elles font défaut, on peut les suppléer par une planchette destinée à établir la suspension et disposée en équerre.

Ces appareils s'improvisent à volonté sur le champ de bataille. Au camp des Pyrénées, [en 1868, l'infirmier-major de l'ambulance en avait construit, en quelques heures, trois, qui firent face largement aux besoins du service. Quatre planchettes

tirées de boîtes à biscuits, quelques ficelles suffirent pour nous donner des résultats que nous n'avions jamais obtenus avec les moyens ordinaires dans le traitement des fractures.

Quant aux transports des blessés, pour lesquels M. Sarazin trouve les appareils hyponarthéciques insuffisants, nous ferons observer que notre boîte-gouttière est disposée de manière à pouvoir s'adapter à tous les véhicules en usage à l'armée, et à épargner, par le moyen de la suspension, de grandes souffrances aux malades, résultats que la Société internationale de secours aux blessés avait reconnus, en 1867, en accordant une récompense en faveur de cet appareil.

Nous regrettons beaucoup d'avoir, pendant cette discussion, fait intervenir aussi longuement notre personnalité. Nous y avons été entraîné par la nature même du sujet et par sa grande importance, qui mérite de fixer l'attention des hommes de l'art; car il ne s'agit de rien moins que de trouver des règles fixes et des méthodes sûres pour le traitement des fractures des membres. Or, nous espérons que l'usage rationnel de la suspension parviendra à résoudre ce problème, qui est un des plus difficiles de l'art chirurgical.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 14 novembre 1871. — Présidence de M. Wurtz.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet : 1° Une lettre par laquelle il donne communication d'une délibération du conseil municipal de Lorient, qui vote des remerciements à M. le docteur Lintillier pour les services qu'il a rendus pendant l'épidémie de variole qui a sévi dans cette commune à la fin de l'année 1870 et au commencement de l'année 1871 (Comm. des épidémies); — 2° Le rapport final de M. le docteur Faton (Loir-et-Cher) (Comm. des épidémies); — 3° Une expédition du rapport général présenté par le Comité central de vaccine du département du Nord sur l'état de la propagation de la vaccine pendant l'année 1870 (Comm. de vaccine); — 4° Un rapport de M. le docteur Dubois, médecin inspecteur des eaux minérales de Vichy, sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1870 (Comm. des eaux minérales).

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

Elle comprend : 1° Une lettre de M. le docteur Luys par laquelle il se porte comme candidat à la place déclarée vacante dans la section d'anatomie et de physiologie (Renvoyé à la section); — 2° Une note de M. le docteur Lejeune, contenant l'état des vaccinations et des revaccinations qu'il a pratiquées à Pomard (Côte-d'Or), durant l'hiver 1870-71 (Comm. de vaccine); — 3° Une note de M. le docteur John Denis Lenagon (de Saint-Idon) (Ille-et-Vilaine), contenant deux observations de cholérines très-graves guéries par l'application du collodion, telle que l'indique M. le docteur Arsène Drouet dans une brochure publiée en 1867 (Comm. du choléra); — 4° Une lettre de M. le docteur Horion (de Liége) accompagnant l'envoi d'un mémoire imprimé intitulé : *Rétrécissements de l'urèthre, uréthrotomie interne et nouveaux uréthrotomes*, pour le concours du prix d'Argenteuil de 1875 (Comm. du prix d'Argenteuil); — 5° Une lettre de M. Alliot, accompagnant l'envoi d'une cinquantaine d'exemplaires destinés aux membres de l'Académie, de son livre intitulé : *Lettres supplémentaires aux récentes Provinciales*.

PRÉSENTATIONS

Les ouvrages suivants sont présentés à l'Académie :

Par M. Delpech : 1° Au nom de M. le docteur Home (de Château-Gontier) un mémoire ayant pour titre *Étude sur la prostitution dans la ville de Château-Gontier, suivie de considérations sur la prostitution en général* (Comm. : MM. Devergie, Bergeron et Delpech); — 2° De la part de M. Bucquoy, une brochure sur le scorbut à l'hôpital Cochin.

Par M. Depaul : 1° Au nom de M. docteur Notta, chirurgien à l'hôpital de Lizieux, cinq nouvelles observations de syphilis vaccinale; — 2° Au nom de M. le docteur Stanzki, un volume intitulé : *De la spontanéité de la matière*.

Par M. Peisse, de la part de M. le docteur Laborde, une brochure sur les hommes et les actes de l'insurrection de Paris.

Par M. Larrey, au nom de M. Fournet, une brochure intitulée : *Raison et folie*.

Par M. Devergie, le 1er fascicule du tome II des Bulletins de la Société de médecine légale.

Par M. Chevallier, de la part de M. le docteur Mahier, à l'appui de sa candidature : 1° Un volume intitulé : *Recherches hydrologiques sur l'arrondissement de Château-Gontier*; — 2° Une brochure ayant pour titre : *De l'emploi médical des eaux minérales de Château-Gontier* (Mayenne).

LECTURE

De la ponction dans la tympanite. — M. Piorry continue la lecture de son mémoire relatif à la ponction dans la tympanite.

M. Piorry ne partage pas les opinions de M. Fonssagrives sur la fréquente innocuité des ponctions abdominales pratiquées dans la plupart des affections dites *tympanites*, expression vicieuse sous laquelle on comprend un très-grand nombre d'états organo-pathologiques différents. On conçoit, dit M. Piorry, après avoir rappelé les divers travaux qu'il a publiés à différentes époques sur ce sujet, combien il est important de diminuer instantanément le volume très-exagéré du ventre au moment où il menace d'une mort prompte par asphyxie. Mais il ne conviendrait pas, dans son opinion, de courir le risque terrible de la pénétration dans le péritoine. Faudrait-il, dans de telles circonstances, mettre le cæcum ou l'S iliaque à découvert, les attirer au dehors et y introduire alors le trois-quart et la canule? Peut-être les risques seraient-ils moins grands dans ce cas que ceux qui résulteraient de la simple ponction proposée par M. Fonssagrives. Mais avant d'en venir à de telles extrémités, il faut absolument déterminer avec précision, par la palpation de l'abdomen et du rectum, par le plessimétrisme bien pratiqué, par le cathétérisme œsophagien, par la sonde rectale; par les renseignements sur les circonstances commémoratives, par la marche des symptômes, etc., etc., quelle est la cause anatomique et pathologique qui empêche les gaz d'être évacués.

Les conclusions du travail de M. Piorry sont celles-ci :

La ponction de l'abdomen, pratiquée dans l'intention d'évacuer les gaz que contiennent l'estomac et les intestins est très-périlleuse.

Il ne faut y avoir recours qu'après avoir, autant que possible, déterminé la cause anatomique et physiologique de l'accumulation des gaz dans le tube digestif, et aussi qu'après avoir épuisé tous les moyens d'y remédier.

Il serait utile d'avoir recours, avant de la faire entrer dans la pratique, à des expériences nouvelles, soit pour prévenir la pénétration des liquides et des gaz angibromiques dans le péritoine, soit pour préciser le lieu précis où, en général, elle devrait être faite.

Influence du mariage sur la santé. — M. Bertillon lit un travail relatif à l'*Influence du mariage* sur la durée de la vie et sur les maladies intellectuelles ou morales.

Il commence par distribuer aux membres de l'Académie deux grands tableaux lithographiés contenant les résultats figurés et numériques de ses recherches (1).

Chargé de rédiger l'article *Mariage* du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, au double point de vue de la démographie et de l'hygiène publique, il a conclu, des documents publiés à ce sujet par tous les Etats de l'Europe, que l'influence de l'association conjugale, soit sur la santé, soit sur la moralité des deux sexes, est bien plus grande qu'on ne l'avait soupçonné *à priori*.

Les chiffres ont beau être vrais, ils sont laids; ils se heurtent péniblement dans le discours, et tombent sans laisser d'impression durable. Rivé à la précision et à la quantité, l'auteur n'a, comme il le dit, ni les ressources de la poésie, ni celles de l'artiste, mais il a emprunté à la géométrie un secours, sinon gracieux, du moins beaucoup plus exact et plus éloquent que les nombres. Il a figuré, sur les tableaux qu'il a distribués aux membres de l'Académie, des surfaces proportionnelles aux nombres de morts que fournit, *à chaque âge*, un même nombre (soit mille) d'individus de chaque état civil.

Un regard sur ces tableaux fait juger la différence des conditions qui régissent les célibataires, les époux et les veufs, leur âge, leur sexe, leur nationalité (la France, la Belgique, la Hollande sont les seuls pays chez qui les documents officiels permettent d'apprécier ces différences).

Si l'on considère le sexe masculin, on voit que, de 25 à 30 ans, 1,000 époux fournissent 6 décès; 1,000 célibataires, 10 décès, et 1,000 veufs, 22 décès. — De 30 à 35 ans, 1,000 époux fournissent 7 décès, 1,000 célibataires, 11 décès 1/2; 1,000 veufs, 19 décès. — De 35 à 40 ans, 1,000 époux fournissent 7 décès 1/2; 1,000 célibataires, 13 décès, et 1,000 veufs, 17 décès 1/2, et ainsi de suite, à tous les âges suivants, l'homme marié continue à mourir moins facilement que le célibataire; et s'il meurt moins, c'est qu'il est moins malade, c'est qu'il souffre moins de toute manière. Cette heureuse influence se montre dans tous les pays où l'on peut l'étudier à partir de la 20e année, elle se poursuit à tous les âges de la vie, elle ne cesse qu'avec elle! Comment expliquer cet avantage que nous retirons du mariage? Dirons-nous que le mariage appelant les plus fortunés, les plus rangés, les mieux portants, il n'est pas étonnant qu'ils vivent mieux? Mais comment expliquer ensuite la mortalité si considérable qui, à tout âge, en tout pays, saisit le veuf. Ces veufs, époux de la veille, étaient bien aussi les choisis, les élus du mariage; mais c'était si bien lui et non leurs qualités supérieures qui faisait leur force, que, l'union rompue, ils sont frappés par une mortalité plus rapide encore qu'avant leur mariage.

Cependant, 8,000 jeunes hommes, par an, se marient, en France, *avant* 20 ans; mais, à cet âge, ce n'est plus un profit, c'est un danger redoutable qui surgit pour ces trop jeunes époux. Avant leur mariage, leur mortalité était à peine de 7 pour 1,000; après, elle s'élève à 50! Voilà l'effrayant résultat que fournit une observation de dix années soigneusement analysées. C'est donc un résultat constant, qu'on retrouve à Paris, en Belgique comme en Hollande. Partout, ces jeunes époux de 18 à 20 ans meurent comme des vieillards de 65 à 70 ans! Il faut donc conclure, avec Hufeland, « que l'usage prématuré des organes génitaux est le plus sûr moyen de s'inoculer la vieillesse. » — Ce n'est à aucune maladie spéciale qu'il faut attribuer cette étonnante mortalité, c'est à un énervement général, résultat de leurs précoces amours, qui les rend sans doute aussi impuissants au travail que devant la maladie et la mort. La loi qui autorise ces mariages hâtifs est donc une loi homicide, et le législateur doit la changer.

Il faut aussi remarquer l'extraordinaire mortalité des veufs, surtout celle des jeunes veufs; à quelque âge qu'on la considère, on la trouve bien supérieure même à celle des célibataires de même âge.

Passant ensuite à ce qui concerne la femme, M. Bertillon constate que si elle retire aussi du mariage un avantage considérable, cet avantage est un peu moins marqué que pour l'homme. Il ne se fait sentir *qu'à partir de 25 ans*, et n'est qu'à peine marqué de 25 à 30. De 30 à 35, on compte 11 décès pour 1,000 filles, et seulement 9 pour 1,000 épouses. Cette différence augmente jusqu'à 55 ans. Ainsi de 50 à 55 ans, 1,000 épouses ne comptent par an que 15 à 16 décès, tandis que 1,000 célibataires ou veuves en ont 26 à 27. Cet avantage reste très-notable au delà de cet âge, tout en diminuant un peu. — Mais, avant 25 ans en France, et avant 20 ans à Paris, le mariage, loin d'être favorable à la vitalité des femmes, lui est nuisible. (Mortalité des filles de 15 à 20 ans : 7,53 par 1,000. — Mortalité des femmes du même âge : 11,86. — Mortalité des filles de 20 à 25 ans, 8,32. — Mortalité des femmes du même âge : 9,92.)

M. Bertillon peut affirmer hautement la constance de ces résultats; il est plus circonspect quand il faut leur assigner des causes. Ces causes sont sans doute les dangers des accouchements, surtout du premier accouchement; car, d'une part, la mortalité des femmes mariées diminue visiblement à 40 ans, l'âge où les accouchements deviennent plus rares; et, d'autre part, elle ne diminue notablement en Hollande qu'à cet âge. Les accouchements sont-ils plus périlleux pour les Flamandes que pour les Françaises? Il est difficile de le savoir; mais ce que M. Bertillon sait fort bien, c'est qu'ils sont plus fréquents (100 Françaises font par an 21 enfants, et 100 Flamandes en font 33 ou 34).

Ces faits s'expliquent trop logiquement les uns par les autres pour qu'on refuse d'admettre entre eux un lien de cause à effet. Ainsi, M. Bertillon a mesuré, sur ses tables de mortalité des épouses, les dangers de la parturition, résultat inconnu à ses devanciers et dont il a le droit d'attribuer la découverte à la supériorité de sa méthode.

L'auteur avait montré l'effet constamment lugubre du veuvage sur les hommes.

Sur les femmes, cet effet est très-singulier, surtout à Paris. De 25 à 30 ans, le veuvage leur est funeste; tandis que 1000 femmes ou filles de cet âge fournissent 9 décès par an, 1000 veuves en fournissent 17. Mais en France, et surtout à Paris, cette mortalité ne tarde pas à diminuer, et, dès 45 ans, elle est plus faible que celle des filles de même âge. Et, à cet âge, ce sont les mères qui sont le plus épargnées par la mort.

Ainsi c'est en vain que les vieilles filles se sont privées des joies de l'amour, se sont dispensées des dangers et des soucis de la maternité : contrairement aux idées reçues, elles sont plus maladives et plus fragiles, et l'on peut dire que, pour l'organisme comme pour l'esprit, l'hymen chez la femme retarde la vieillesse et en allége les misères.

La conclusion de ces études, c'est que le mariage est un élément de santé bien plus puissant qu'on ne le supposait; qu'il exerce surtout sa salutaire influence chez l'homme, aux âges de vigueur, chez la femme (par suite des dangers de l'enfantement), au retour de l'âge.

Enfin, le calcul des probabilités nous montre que l'homme qui se marie entre 20 et 25 ans a encore (en moyenne) quarante ans à vivre au lieu de trente-cinq ans; de même la jeune fille qui se marie entre 20 et 25 ans a quarante ans de vie à espérer, au lieu de 36 ans qu'elle vivrait si elle restait fille.

Ainsi le premier ajoute cinq années à son existence, et la seconde quatre années.

Ensuite M. Bertillon étudie l'influence du mariage sur la criminalité. Elle est considérable, puisque, si on représente par 100 la criminalité des célibataires, celle des époux est de 49 pour les crimes contre les personnes, et seulement de 45 s'il s'agit des crimes contre les propriétés; et non-seulement il y a cette différence énorme, mais, dans la diminution graduelle de la criminalité interrogée depuis 1840, les époux ont la plus grande part. Enfin, la criminalité des veufs, et surtout des veuves, est généralement un peu plus élevée que celle des époux. L'auteur conclut de ses recherches que si c'est l'homme qui profite le plus du mariage au point de vue de la vitalité, c'est la femme qui en bénéficie le plus au point de vue de la moralité.

M. Bertillon passe ensuite à l'influence du mariage sur le suicide : « Ici, messieurs, dit-il, vous ne vous attendez pas à voir l'insouciant célibataire plus porté au suicide que le père de famille.... Quand le poëte a voulu nous peindre un malheureux appelant la mort, il n'a pas été chercher un célibataire : « *Sa femme, ses enfants*,... les impôts, la corvée, lui font d'un malheureux la peinture achevée; il appelle la mort... » Eh bien, messieurs, le poëte s'est abusé.... celui qui désespère vite, qui lâche son labeur avant la fin, ce n'est pas l'époux, c'est bien plus souvent le célibataire, c'est le veuf. » Et l'auteur établit que l'association conjugale diminue environ de moitié la tendance au suicide.

Enfin l'aptitude à l'aliénation paraît s'atténuer dans des proportions plus larges encore chez les époux.

« Ainsi, dit en terminant M. Bertillon, de toutes ces recherches, je conclurai avec Franklin que c'est dès le matin de la vie (pas trop matin pourtant) qu'il importe de cimenter cette association conjugale, vraie unité sociale, délectation des époux qui ont su se bien choisir, forteresse la plus difficilement entamée par les misères de l'existence : forte en effet contre les suggestions criminelles ou insensées, forte contre le désespoir, forte contre la maladie, forte contre la mort même! »

Des fausses crampes qui arrivent pendant la grossesse et pendant l'accouchement. — M. Mattei donne lecture, sous ce titre, d'un mémoire dont voici les conclusions :

1° La crampe étant la contraction passagère, involontaire et douloureuse d'un ou de plusieurs muscles, on ne peut pas donner ce nom, comme on le fait, aux douleurs subites qu'éprouvent les femmes quelquefois dans les membres ou ailleurs, pendant la grossesse ou pendant le travail de l'accouchement, parce que, dans la région qui est le siége de la douleur, il n'y a pas alors de muscle contracté.

2° Cette douleur s'explique facilement par la compression que peut exercer le fœtus sur le trajet du nerf qui aboutit au point douloureux, quoique la compression soit exercée loin du siége de la douleur.

3° Mais cette douleur peut exister aussi sans la compression des nerfs et être un phénomène réflexe de la souffrance de l'utérus.

4° Pour distinguer ces phénomènes pathologiques des crampes réelles, je propose de les appeler *des fausses crampes*.

Le mémoire de M. Mattei est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Blot, Devilliers et Jacquemier.

La séance est levée à cinq heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 13 novembre 1871, M. le docteur Aspol, médecin major de 1re classe au 16e de ligne, est promu au grade d'officier de la Légion d'honneur.

— Dans sa séance du 8 novembre, la Société des médecins des

(1) Il se fera un plaisir de les envoyer à ceux de nos lecteurs qui lui en feront la demande (avec un timbre de 25 centimes *inclus*, pour frais de port, etc.), à Paris, rue Gay-Lussac, 24.

bureaux de bienfaisance a décidé qu'un prix de la valeur de trois cents francs serait décerné par elle à l'auteur du meilleur travail *sur l'organisation du service médical des bureaux de bienfaisance de Paris.*

Les mémoires envoyés au concours devront être adressés, dans les formes académiques ordinaires, avant le 1er avril 1872, à M. le docteur Passant, secrétaire général de la Société, rue de Grenelle-Saint-Germain, 39, à Paris.

— Nous sommes heureux d'annoncer au Corps médical de Paris que la Société protectrice de l'Enfance du département d'Indre-et-Loire vient d'établir à Tours un bureau de renseignements gratuits pour procurer aux familles parisiennes les nourrices munies de bons certificats et de livrets dont elles pourraient avoir besoin.

Il est inutile, croyons-nous, de faire ressortir ici les avantages que présente ce beau pays au point de vue de son climat, ni la sécurité offerte aux familles de Paris par la surveillance toute maternelle dont les enfants sont l'objet de la part de cette Société de bienfaisance, composée de plus de 400 personnes et organisée par comités cantonnaux.

Ces Comités sont composés d'un Bureau de médecins inspecteurs et de Dames patronnesses, qui résident dans chaque commune. Les membres adressent, à des époques fixées, au Bureau central de Tours des bulletins spéciaux sur la position des enfants.

Le secrétaire général, M. Bodart, correspond avec la Société protectrice de l'Enfance du département de la Seine, qui fournira les indications nécessaires et qui se chargera de transmettre aux personnes intéressées les renseignements dont elles auront besoin.

Le bureau de Paris est situé rue Magnan, 5. Les lettres non affranchies ne seront pas reçues.

— M. Vleminckx vient d'être réélu — par acclamation — président de l'Académie royale de médecine de Belgique.

— M. le docteur Decaisnes, médecin en chef de l'armée belge, vient d'être nommé inspecteur général du service de santé de l'armée belge, en remplacement de M. le docteur Merchie, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

— Le docteur Henri Hyde Salter, bien connu des lecteurs de la *Gazette des hôpitaux*, vient de mourir. Membre du Collége royal des médecins anglais, médecin d'un des grands hôpitaux de Londres et praticien extrêmement distingué, il a succombé à l'âge de 47 ans. Son nom ne pourra donc pas être ajouté à celui de Floyer et R. Bree à l'appui de l'opinion qui veut que l'asthme soit un brevet de longévité.

Son ouvrage : *On asthma : its pathology and treatment*, publié à Londres en 1860, est un des traités les mieux faits sur cette affection, et l'auteur y raconte ses propres souffrances.

Ceux qui se sont trouvés en relation avec M. Hyde Salter savent combien étaient grandes sa bienveillance et son urbanité. Il a passé sa vie en faisant le bien et laisse des regrets unanimes parmi ses clients et aussi parmi les pauvres qu'il secourait avec tant de cœur. D'après le Dr G. Johnson, son ami, qui lui a donné les derniers soins, il aurait succombé à une complication pulmonaire survenue dans le cours de l'asthme dont il était atteint.

— M. le docteur Fano reprendra ses conférences sur l'oculistique et la chirurgie, à partir du jeudi 16 novembre, à midi et demi, à sa clinique particulière, rue Séguier, 14, et les continuera les jours suivants, à la même heure.

— M. N. Gréhant, docteur en médecine et ès-sciences, aide naturaliste au Muséum, commencera un cours complet de physiologie expérimentale le jeudi 16 novembre 1871, à onze heures et demie, dans l'amphithéâtre nº 1 de l'École pratique de la Faculté de médecine, et le continuera les mardis et jeudis, à la même heure.

— M. le docteur Henri Roger, professeur-agrégé de la Faculté, commencera le *cours clinique des maladies des enfants*, à l'hôpital des Enfants-Malades (semestre d'Hiver), le samedi 18 novembre. Visite des malades et exercices cliniques tous les jours à huit heures et demie. — Leçon à l'Amphithéâtre le samedi.

— M. le docteur Prat, médecin de l'Asile des Sourdes-Muettes, commencera un cours sur les maladies des oreilles le lundi 20 novembre, à huit heures, à l'École pratique, amphithéâtre nº 1; il le continuera les lundis et vendredis suivants.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments ou autres objets).

De la fièvre syphilitique, par le docteur J. Courteaux. In-8°. — Prix : 2 francs.

Traité d'électricité médicale, par les docteurs Onimus et Legros. 1 fort vol. in-8° avec 141 fig. — Prix : 12 francs.

Du rôle des microzoaires et des microphytes dans la genèse, l'évolution et pour la propagation des maladies, par M. le docteur F. de Ranse. In-8°. — Prix 2 fr. 50.

Étude expérimentale et clinique sur l'absinthisme et l'alcoolisme, par le docteur Th. Challand. In-8°. — Prix : 2 francs.

Étude sur la lèpre tuberculeuse ou éléphantiasis des Grecs, par M. le docteur Paul Lamblin. In-8° avec gravures. — Prix : 3 fr. 50.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois. . . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 17 novembre 1871.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Études cliniques sur le scorbut.

Ce que nous avons écrit sur le scorbut dans notre exposé des maladies régnantes durant le siége de Paris, et en quelque sorte sous le coup même des événements, était forcément incomplet et ne s'appliquait guère d'ailleurs qu'à une seule classe de malades, les militaires. Nous nous sommes réservé de revenir sur ce sujet et de placer sous les yeux de nos lecteurs, à mesure qu'ils se produiraient, les résultats des observations de nos confrères, faites soit dans d'autres conditions, soit sur d'autres éléments de la population. Le travail très-étendu que vient de publier M. le docteur Bucquoy sur le scorbut observé à l'hôpital Cochin, travail que M. Delpech a présenté en son nom à l'Académie, dans la dernière séance, nous fournit cette occasion toute naturelle d'exposer sommairement ici les traits principaux qu'a offerts cette maladie sur des sujets appartenant à la population civile et particulièrement sur des femmes.

Les premiers cas de scorbut que M. Bucquoy a eus dans son service ont eu pour sujets deux jeunes filles sortant toutes deux d'un asile dont les conditions hygiéniques, habituellement déplorables, étaient devenues, depuis le siége, principalement au point de vue de la nourriture, particulièrement mauvaises. Cette circonstance seule eût déjà suffi pour engager M. Bucquoy à étudier particulièrement les conditions étiologiques de cette épidémie de scorbut, si la question par elle-même ne se présentait à l'esprit de tous avec un intérêt particulier. D'ailleurs, à côté des premiers faits, qui avaient leurs analogues dans ceux qu'avait déjà observés M. Laboulbène à l'hôpital Necker, il s'en est successivement placé d'autres dans lesquels la maladie s'est développée au milieu de conditions bien différentes : les uns où elle est survenue au milieu d'une santé en apparence parfaite ; les autres où elle s'est produite à la suite de maladies qui avaient déjà affaibli plus ou moins les sujets ; ceux-ci après les épreuves cruelles de toutes les misères du siége ; ceux-là, au contraire, sans ces épreuves préalables. Il s'agissait de rechercher, au milieu de conditions si diverses, en apparence, la cause commune qui avait pu agir chez tous pour déterminer l'explosion de phénomènes morbides semblables.

Les faits observés par M. Bucquoy ne sont pas contraires à l'opinion qui attribue au froid une part d'influence sur le développement du scorbut. L'action du froid et de l'humidité, dont les effets se sont surtout fait remarquer chez les marins des forts couchant dans des casemates garnies dans toute leur étendue de sacs remplis de terre mouillée, est, aux yeux de M. Bucquoy, une circonstance adjuvante très-puissante et qui a dû souvent, sur un terrain préparé, favoriser singulièrement le développement de la maladie. Mais non-seulement le froid n'est ni la seule, ni la vraie cause du scorbut, mais elle n'est, même à titre de cause adjuvante, nullement indispensable à la production de la maladie. La cause vraie, la cause efficiente du scorbut, selon M. Bucquoy, dont l'opinion sur ce point est pleinement concordante avec celle de M. Delpech, que nous avons déjà exposée dans ces colonnes, est l'alimentation défectueuse, et particulièrement l'absence prolongée de légumes et surtout de légumes frais. Dans tous les cas analysés, l'absence de légumes frais dans l'alimentation a été constante ; elle a été la condition unique dans certains cas, comme dans le fait très-curieux rapporté par M. Delpech, relatif à une jeune femme du monde, placée par sa position de fortune dans d'excellentes conditions hygiéniques, et qui avait été prise d'un scorbut intense par le fait seul de l'absence de légumes frais de son régime alimentaire.

M. Bucquoy est tout à fait explicite à cet égard. « Dans l'épidémie de scorbut de Paris, dit-il, l'absence de végétaux frais fut la seule cause essentielle, la cause efficiente, le froid n'ayant eu que le rôle de cause adjuvante. »

L'analyse des faits observés par M. Bucquoy, qui l'a conduit à établir, au milieu des conditions diverses qui concourent au développement du scorbut, la cause spéciale sans laquelle cette maladie ne saurait se produire, lui a permis de montrer comment le scorbut, maladie spéciale en raison de son étiologie, présente aussi un ensemble de phénomènes morbides qui lui sont propres. De telle sorte que, bien que chacun de ces symptômes, pris isolément, n'ait pas été absolument pathognomonique, cette maladie présente cependant un ensemble de caractères qui la distinguent des autres états pathologiques avec lesquels on pourrait la confondre, et en particulier des cachexies qu'engendrent la misère et les privations.

Voici, quant à la symptomatologie, quelles sont les particularités qui ont caractérisé l'épidémie.

Plusieurs malades jouissaient d'une santé parfaite quand ils ont subi les premières atteintes de scorbut ; d'autres, sans avoir été malades, avaient souffert profondément de la misère. Deux fois, la maladie survint pendant la convalescence d'une variole. L'invasion brusque des phénomènes scorbutiques n'a été constatée qu'une fois. Dans tous les autres cas, des prodromes d'un caractère particulier ont signalé le début de la maladie plus ou moins longtemps avant que les signes propres du scorbut fissent leur apparition.

Ces prodromes, qui ont peu différé de ceux qui sont indiqués par les auteurs, ont été un sentiment de faiblesse et de lassitude générales, des douleurs accroissant encore la difficulté des mouvements, de la dyspnée, la pâleur de la face avec teint mat, plombé et bouffissure, et quelquefois œdème des membres inférieurs.

Les symptômes appartenant plus spécialement au scorbut confirmé ont été : en première ligne, l'altération scorbutique des gencives, la fétidité de l'haleine, une salivation plus ou moins abondante, l'ébranlement des dents, une mastication difficile et douloureuse ; puis des taches hémorrhagiques (pétéchies et vastes ecchymoses), constituant, avec la lésion buccale, l'un des signes les plus importants de la maladie.

Contrairement à ce qu'on observe dans le purpura proprement dit, les taches pétéchiales ont toujours été assez peu nombreuses. Les ecchymoses ont eu, au contraire, une valeur séméiologique infiniment plus importante que les taches pourprées. Les hémorrhagies ont été rares. La diarrhée sanguinolente a été constatée plusieurs fois, comme symptôme propre de la maladie. Dans quelques cas, une véritable dysenterie, avec ténesme et épreintes, a été observée comme complication.

Enfin M. Bucquoy a constaté, dans la plupart des cas, des épanchements articulaires, le plus souvent dans l'articulation du genou dont le gonflement était masqué, en général, par l'œdème du membre.

Pour résumer dans une formule brève le caractère des faits qu'il a eus sous les yeux, M. Bucquoy dit que cette épidémie a été marquée par beaucoup de cachexie et peu de scorbut, les phénomènes dominants ayant été, en effet, un anéantissement extrême des forces, des œdèmes très étendus, un aspect cachectique des plus accusés, tous symptômes pouvant être rapportés à la débilitation que les privations, le froid et la misère avaient fait subir aux malades avant même qu'ils fussent atteints de scorbut ; tandis que, du côté du scorbut proprement dit, beaucoup de symptômes, au contraire, n'ont guère été qu'ébauchés.

— Nous ne pouvons nous empêcher de faire ici une remarque qui nous est dictée par le contraste de cette caractéristique générale que M. Bucquoy donne aux faits dont il a été témoin, avec les faits que nous avons vus à l'ambulance du Luxembourg, où, au contraire, les caractères scorbutiques proprement dits nous ont paru dominer sur ceux d'un état cachectique général. Ce contraste peut s'expliquer, il est vrai, assez naturellement par la différence même des classes d'individus observés, ainsi que nous l'avons déjà indiqué au commencement de cet article ; nos observations ayant porté exclusivement sur des militaires et des marins, tandis que celle de notre confrère ont porté sur des sujets de la population civile indigente et sur des femmes et des jeunes filles en proie à la misère.

Nous ferons remarquer aussi que tout ce que M. Bucquoy accorde ici aux conditions générales de débilitation et à l'état cachectique de ses malades, atténue d'autant la valeur étiologique presque exclusive qu'il a accordée plus haut à l'abstinence de légumes frais.

Nous négligerons pour le moment tout ce qui, dans le travail de M. Bucquoy, est relatif à l'anatomie pathologique, ce point de vue devant être repris plus tard à l'occasion de recherches importantes sur ce sujet qui sont actuellement en voie de publication.

Terminons par quelques considérations sur le traitement.

Étant admis que le scorbut ne se développe pas sans une cause spéciale, la privation d'aliments végétaux frais, la médication antiscorbutique s'ensuivrait tout naturellement : rendre au régime du malade les légumes et les fruits dont la privation a produit la maladie. Mais là était justement la difficulté. Si on avait eu sous la main des légumes frais comme aliments, on n'aurait pas eu de scorbut et l'on n'eût pas eu besoin de ces légumes comme remède. Or, ils étaient aussi difficiles à trouver sous un nom que sous l'autre. Mais n'épiloguons pas là-dessus. Prenons les faits comme ils sont.

A défaut de végétaux frais, M. Bucquoy dût se résigner, comme chacun de nous l'a fait en présence des mêmes diffi-

---

FEUILLETON

LES EXAMENS MÉDICAUX
A L'UNIVERSITÉ DE LONDRES.

A l'Université de Londres, les grades sont ceux de bachelier et de docteur en médecine.

Tout candidat au grade de bachelier doit avoir passé l'examen dit de matriculation (examen correspondant à un baccalauréat ès lettres très-réduit, où l'interrogatoire porte sur la langue anglaise, le latin, les mathématiques, et, au choix du candidat, le grec, le français ou l'allemand).

Il doit avoir passé l'examen scientifique préliminaire (baccalauréat ès sciences), avoir accompli quatre ans de scolarité professionnelle à partir de l'examen de matriculation, et subi deux examens en médecine.

Examen scientifique préliminaire. — Nul candidat n'est admis au-dessous de l'âge de 17 ans révolus. Les matières de l'examen sont : la philosophie mécanique et naturelle, la chimie inorganique, la botanique, la physiologie végétale et la zoologie. Les droits à payer sont de 125 fr.

Tout candidat ayant passé l'examen préliminaire peut concourir pour les *honneurs* (honours examination). Le concurrent qui s'est le plus distingué dans chacune des matières suivantes : physique, chimie, botanique et zoologie, reçoit pendant deux ans une allocation de 1,000 francs, à la condition de s'engager à subir, aux époques déterminées par les règlements, les examens ultérieurs.

1er *examen de baccalauréat en médecine.* — Une seule session par an.

Nul n'est admis à passer l'examen s'il ne justifie par des certificats : qu'il a accompli sa 19e année ; qu'il a passé, il y a au moins un an, l'examen préliminaire scientifique ; que, à partir de l'examen de matriculation, il a été attaché comme étudiant à une des écoles reconnues par l'Université ; qu'il a suivi un cours de leçons sur trois sujets pris dans la liste ci-dessous : anatomie générale et descriptive et physiologie, anatomie comparée, anatomie pathologique, matière médicale et pharmacie, pathologie et thérapeutique générales, médecine légale, hygiène, obstétrique et maladies des femmes et des enfants, chirurgie, médecine ; qu'il a disséqué pendant deux hivers ; qu'il a suivi un cours de chimie et de pharmacie pratiques. L'examen comprend l'anatomie et la physiologie, la matière médicale et la chimie pharmaceutique, la chimie organique.

Le concours pour les honneurs a lieu aux mêmes conditions, et donne droit à la même allocation que pour l'examen préliminaire.

2e *examen de baccalauréat en médecine.* — Une seule session annuelle.

Nul n'est admis à passer l'examen s'il ne justifie qu'il a passé le premier examen depuis deux ans ; qu'il a suivi des cours réguliers ; qu'il a assisté à vingt accouchements au moins ; qu'il a suivi la visite chirurgicale d'un hôpital pourvu d'un enseignement clinique reconnu, pendant deux ans ; qu'il a également suivi une visite médicale pendant deux ans ; qu'il a pendant six mois été employé dans un service médical ou chirurgical avec charge des malades ; qu'il est familiarisé avec la pratique de la vaccine. Le candidat doit enfin produire un certificat de bonne vie et mœurs émanant de l'école où il a fait ses études.

L'examen comprend la pathologie, la thérapeutique générale et l'hygiène, la chirurgie, la pathologie interne, l'obstétrique et la médecine légale.

Le concours pour les honneurs porte sur la pathologie interne, les accouchements et la médecine légale. L'élève qui a obtenu la première place reçoit, outre une allocation qui varie de 1,200 à 800 fr., le titre de *University scholar* ou lauréat de l'Université.

Examen pour le doctorat en médecine.

Nul candidat n'est admis s'il ne justifie : qu'il a passé le second examen de baccalauréat ; que, depuis l'examen, il a suivi une clinique médicale dans un hôpital reconnu, pendant deux ans, ou qu'il

cultés, à donner à ses malades l'alimentation la meilleure ou plutôt la moins mauvaise possible, et les meilleurs toniques dont on pût disposer, le vin et le quinquina. Dans les cas les plus graves, lorsqu'il y avait une débilitation extrême et des troubles sérieux de fonctions digestives, M. Bucquoy a employé avec avantage la potion suivante :

Eau de mélisse	120 grammes.	
Jus de citron	60	—
Eau-de-vie	10	—
Sirop de quinquina	50	—

Mais les citrons ayant manqué à leur tour ou du moins étant devenus extrêmement rares, on dut se borner le plus souvent à les employer seulement comme topiques sur les gencives. Cette application fréquemment répétée de tranches ou de jus de citron sur les gencives a donné d'excellents résultats. Et, dans aucun cas, il n'a été nécessaire de recourir à des cautérisations plus ou moins énergiques, soit avec l'acide chlorhydrique, soit avec l'acide chromique.

Enfin, dès qu'il fut possible d'apporter quelque modification dans le régime des malades, M. Bucquoy s'empressa de les faire jouir des avantages de l'alimentation végétale fraîche : du cresson leur fut prescrit avec la viande à tous les repas, et, comme les légumes étaient encore rares, il faisait en outre prendre, par jour, à l'intérieur, le jus d'un ou de deux citrons, mélangé avec du sirop de quinquina ou du sirop antiscorbutique.

Pendant la convalescence, en général fort longue, on continua l'usage des toniques et du fer, donnés de préférence avec le vin aux repas, sous la forme de tartrate ferrico-potassique. Des bains sulfureux, pris deux ou trois fois par semaine, ont paru hâter le retour des forces et combattre avantageusement les douleurs, qui, dans quelques cas, ont persisté avec une grande vivacité jusqu'à une époque avancée de la convalescence.

M. Bucquoy n'a employé aucun remède spécial pour combattre les désordres des fonctions digestives, sauf les opiacés et les astringents, qui ont seuls fait les frais de la médication. Enfin, plusieurs fois il lui est arrivé d'appliquer des vésicatoires, soit qu'il s'agît d'épanchements douloureux de l'articulation du genou, soit qu'il cherchât par là à favoriser la résolution des indurations qui entraînaient quelquefois la rétraction du membre ; il affirme n'avoir jamais eu à s'en repentir. La sérosité du vésicatoire a toujours été liquide et la cicatrisation a été aussi rapide et aussi régulière que dans toute autre maladie.

Dr B...

OBSERVATION D'UN CAS DE RAGE

Par M. le Dr A. Lafont

Médecin du bureau de bienfaisance du XIIIe arrondissement.

B... Joseph, âgé de 53 ans, homme d'une forte complexion et d'une intelligence développée, rue d'Arras, à Paris, rentier. Mordu au pouce en février 1871, en même temps qu'une femme qui fut cautérisée chez un pharmacien, conduite à la Pitié, et dont il nous a été impossible de retrouver la trace.

La plaie de B... resta noire pendant une quinzaine. Par une négligence inexplicable, il ne la fit pas cautériser, bien qu'il soupçonnât son chien d'être enragé, puisqu'il l'assomma à coups de bâton.

Le 12 juillet suivant, B... fut atteint d'une névralgie faciale droite qui augmenta d'intensité jusqu'au 13 au soir, jour où elle disparut.

Le 14, je suis appelé, le matin, près de B... Il m'explique qu'il est sujet à des accès nerveux depuis déjà longues années ; qu'ainsi, par exemple, chaque fois qu'il se livrait au coït, il avait une attaque qu'il compare, pour la forme, à celles de l'hystérie chez la femme. Pouls à 84. Voix naturelle. Impossibilité d'avaler quoi que ce soit. Une cuillerée d'eau détermine de suite une crise caractérisée par une violente contraction spasmodique de la gorge et rejet du liquide. Il ne me parle pas du tout de sa morsure. Il ne consent pas à laisser examiner sa gorge avec le manche d'une cuiller ; mais comme il ouvre largement la bouche, on peut constater aisément qu'il n'y a ni œdème ni rougeur apparents. Idées de suicide.

Quoique B.. n'eût nullement l'air de se douter de sa position, quoique je n'eusse jamais vu d'hydrophobe, et dans l'ignorance où j'étais encore qu'il eût été mordu, le diagnostic était cependant tellement évident qu'aucun doute n'était possible. B... rapporte ses crises à la susceptibilité nerveuse à laquelle il est sujet.

On a beaucoup parlé de l'horreur des hydrophobes pour les objets brillants. Je lui fais laver les mains dans une cuvette, sur ses genoux. Légère crise au moment où il s'essuyait. Sous le prétexte d'examiner lui-même sa bouche, je le fais se regarder dans un miroir pendant une minute environ. Encore une légère crise. Comme contre-épreuve, je fais fermer les grands rideaux de manière à être dans une demi-obscurité, et pendant un quart d'heure j'entretiens B... de sujets et d'autres. Deux crises, en tout semblables, comme durée et comme intensité, à celles dont j'avais été témoin un peu auparavant. — Je fais administrer un bain de vapeur prolongé.

Même jour, une heure et demie après midi :

Ce matin, pendant ses crises, le malade ne délirait pas ; il se plaignait seulement de souffrir de la gorge. A cette heure, accès délirants ; mots sans suite : « la Commune... le siége..., etc. » J'observe à cette visite un singulier phénomène qui pourrait rentrer dans la série de ceux que l'on prétend provoqués par l'eau et le miroir ; c'est une hyperesthésie générale qui n'a rien de fixe. En prévenant B... que je vais le toucher à l'épaule, par exemple, il n'éprouve rien ; si, au contraire, je le touche au même endroit sans l'en avoir prévenu, immédiatement un accès caractérisé par suffocations, cris, anxiété précordiale, menaces de mordre et de battre. Dans l'intervalle des accès, qui sont plus fréquents et plus prolongés que ceux de ce matin, B... jouit de toute la plénitude de sa raison. Il me confirme les attaques qu'il avait après le coït ; il n'a pas de priapisme, pas d'aérophobie ; impossibilité de constater l'existence ou l'absence des lysses.

Un confrère, appelé avant moi, avait fait appliquer un large vésicatoire au creux épigastrique. Je profite de cette surface dénudée pour tenter l'absorption du bromure de potassium au moyen d'une pommade fortement chargée (*dix* grammes pour *trente* d'axonge). Je prescris en outre un petit lavement avec *cent* grammes d'eau et *six* grammes de bromure.

Même jour, neuf heures du soir :

Les crises sont de plus en plus fréquentes et de plus en plus intenses ; de cinq en cinq minutes, souvent moins, le malade n'est pas reconnaissable au point de vue intellectuel. Tantôt il analyse parfaitement ses sensations ; un moment après, il ressemble à un maniaque furieux. Avec l'aide de trois hommes, je le maintiens dans son fauteuil, mains, jambes et torse attachés. J'emploie jusqu'à *quinze* grammes de chloroforme pour amener une sédation, sans aucun résultat. Crachottements incessants, il envoie partout des quantités de salive ; j'en reçois sur les lèvres et dans les yeux.

15 juillet, au matin, huit heures :

Nuit horrible. Délire de plus en plus furieux et incessant. Salivation de plus en plus abondante. Son idée fixe est de tuer les autres, lui après, et de mordre ; mais, du reste, il n'a jamais cherché à le faire. L'œil, hagard, est toujours dirigé en haut ; la pupille est très-contractée. Le pouls n'a pas cessé d'être à 80 ou 84. Agitation si grande que toute tentative de traitement devient impossible.

Mort subite à dix heures et demie du matin, après une courte crise.

Réflexions. — Cette observation ne présente rien de bien saillant par elle-même ; cependant il y a trois points sur lesquels nous désirons appeler l'attention :

1° Cet homme a été mordu vers la mi-février et l'hydrophobie n'a été confirmée que le 14 juillet ; il y a donc 5 mois d'intervalle, et nos renseignements sont précis : nous les tenons de la femme même du malade. Sans doute, les observations ne sont pas rares dans l'histoire de la rage, où l'on rencontre des incubations autant et même plus prolongées. Que le terme de 40 ou 50 jours soit le plus fréquent, je l'accorde ; néanmoins, je crois qu'il serait prudent vis-à-vis des familles, de réserver son pronostic et de leur laisser entrevoir la nécessité d'arrangements d'affaires, dans le cas où l'on serait appelé à donner des soins à un individu mordu, mais non encore hydrophobe. L'explosion de la rage est toujours subite, et quelque bénins que soient les premiers accès, il n'est pas douteux qu'un acte quelconque, fait au début même de la maladie, ne tombe sous le coup de l'article 489 du code Napoléon.

2° Ainsi que nous l'avons dit, nous avons fait laver les mains et nous avons présenté un miroir au malade : deux crises ; dans la contre-épreuve, deux crises aussi. N'a-t-on pas exagéré un peu l'importance des objets brillants ? D'autant plus que les crises ne sont pas arrivées au moment où le malade se mettait les mains dans l'eau, et non plus quand je lui présentais le miroir ; elles n'ont apparu que quelques instants après. J'ai tenu pendant quelques minutes, devant mon malade, pour examiner sa gorge, une cuiller d'argent bien brillante, et il n'a pas eu de crise à ce moment. Je croirais que les crises arrivent parce que c'est leur instant, et que les prétendus effets des objets brillants ne sont que des coïncidences.

3° Enfin, j'ai été inondé, je puis dire le mot, à la figure et aux mains par la bave du malade ; j'avais même à l'index gauche une écorchure, qui a dû recevoir sa part ; il y a de cela quatre mois, et je n'ai encore éprouvé aucun symptôme qui me fasse croire que je suis inoculé : il est vrai qu'une expérience négative ne prouve rien, mais aussi on n'en a que de pareilles pour nier la possibilité de la transmission de la rage d'homme à homme, et celle dont je suis l'objet, toute négative qu'elle est, peut avoir sa valeur.

HYDROLOGIE

Des eaux de la Dominique *(de Vals) dans le traitement des fièvres intermittentes*

Par M. le docteur Clermont (de Lyon).

Obs. I. — M. A..., âgé de 26 ans, habite momentanément à Livron (Drôme), où il s'occupe d'affaires commerciales. Il avait contracté à Sidi-bel-Abbès, province d'Oran, en Afrique, une fièvre intermittente à type tierce pendant le mois de mars précédent. On lui a fait prendre à cette occasion, dit-il, beaucoup de quinine, et sa fièvre avait été coupée à deux reprises différentes. Elle revint encore, il y a deux mois, et offre des accès irréguliers, tous les 4, 3 ou 2 jours, avec les trois stades de frisson, de chaleur et de sueur.

Quoique le foie et la rate soient plus volumineux que dans l'état normal, ce malade est encore actif et vigoureux. S'il n'est pas encore atteint d'anémie, il éprouve des troubles dyspeptiques ; il sent que ses forces vont diminuer, que son courage commence à s'abattre, et il vient à Vals le 20 du mois d'août avec le vif désir de s'y guérir. Aussi ne recule-t-il pas devant six verrées par jour de l'eau de la source *Dominique* jusqu'au 30, et ensuite huit verrées jusqu'au 10 septembre. Notons ici que les personnes atteintes de fièvres intermittentes éprouvent, pour l'eau acide de Vals, la même tolérance que les goutteux ou les graveleux possèdent pour les eaux alcalines.

En trois semaines, le malade fut complétement débarrassé de ses accès fébriles, et les engorgements hépatiques et spléniques disparurent presque entièrement. Les nouvelles que nous en avons reçues 4 mois plus tard ont confirmé la permanence de son bon état de santé.

Obs. II. — Henri L..., âgé de 36 ans, ancien soldat de l'armée d'Afrique, d'où il est revenu depuis 3 mois seulement, a eu, à trois ou quatre reprises différentes, la fièvre tierce bien caractérisée par les stades de frisson, de chaleur et de sueur, avec complication de vomissements, de vertiges, etc.

Chaque fois qu'il était à nouveau atteint de la fièvre, il devenait plus difficile à guérir, et même, la dernière fois (il y a 7 ou 8 mois), à Boghard, sur le chemin de Laghouat, étant entré à l'hôpital, il y a pris, dit-il, en 40 jours, 30 fois du sulfate de quinine sans aucun succès. Aujourd'hui les accès sont de forme irrégulière et reviennent tous les jours. Ainsi, le dimanche précédent il a éprouvé des frissons et des vomissements à 2 heures ; le lundi, vomissements et transpiration à midi ; le mardi, frissons, grande chaleur sèche, non suivie de sueur ; aujourd'hui, mercredi 1er août, le malade se présente à notre examen.

Cet homme, qui paraît doué d'un tempérament sanguin et d'une constitution vigoureuse, commence à devenir anémique. Les vomissements pénibles et réitérés de matières liquides qui accompagnent les accès de fièvre, la fatigue des camps, ses séjours prolongés dans les hôpitaux, ont brisé son énergie native ; la rate et le foie sont gonflés, la langue est blanche ; le pouls est à 75 ; enfin l'appétit est nul et la digestion mauvaise.

Nous commençons le traitement par six demi-verrées chaque jour de l'eau de la source *Dominique*, et nous arrivons graduellement jusqu'à quatre verrées matin et soir. Au bout de la première semaine

---

a suivi une clinique pendant un an, et pratiqué la médecine pendant trois années ; ou qu'il a, pendant cinq ans, été engagé dans la pratique. Le candidat doit produire un certificat de moralité.

L'examen qui comprend, sauf quelques exceptions, une interrogation sur la logique et la philosophie morale, porte sur la médecine et l'examen des malades.

Le candidat qui s'est le plus distingué à la session des examens reçoit une médaille d'or de la valeur de 500 fr.

Le Collége royal des médecins, celui des chirurgiens de Londres, et la Société des apothicaires, ont, avec l'Université, le privilége de conférer, sous le titre de *licences*, le droit à la pratique. Les conditions varient peu. La durée de la scolarité exigée est de quatre ans. La plupart des praticiens de Londres, les élèves qui aspirent à des emplois dans la médecine navale ou militaire et dans le service médical des Indes, ont subi leurs examens devant le jury du Collége des médecins ou des chirurgiens. Ces deux grandes corporations, nous ne parlons que de Londres, et non du reste de l'Angleterre, ont modifié, depuis l'année dernière, leurs programmes d'examen conformément aux désirs du *Medical council*. Ainsi, les Colléges des chirurgiens et des médecins exigent, de chaque candidat à la licence, qu'il ait rempli les fonctions de chef ou assistant de clinique pendant cinq mois.

En dehors des épreuves que nous appelons probatoires, il est dans l'usage d'un certain nombre de corps enseignants de procéder à des examens sur chaque matière de l'enseignement. Ces examens, désignés sous le nom de *class examinations*, sont faits habituellement par le professeur lui-même ou par un des suppléants, etc. L'interrogatoire ne porte que sur les objets du cours. Nos examens dits *de passage* devaient satisfaire aux mêmes besoins, leur but étant de constater successivement les connaissances acquises par les élèves. Le résultat n'a pas répondu à l'intention : on avait oublié que l'assistance aux cours n'étant pas obligatoire en France, il était impossible de limiter le questionnaire. Ces examens de classes, identiques à ceux que les élèves de nos écoles spéciales appellent, dans leur langage de convention, des *colles*, deviendront probablement obligatoires en Angleterre, et les aspirants aux grades devront produire des certificats indiquant qu'ils ont subi avec succès les épreuves préliminaires.

La scolarité, comme on le voit, est strictement imposée aux étudiants anglais, qui ne peuvent se dispenser ni d'assister aux cours réglementaires, ni de les suivre dans l'ordre assigné. Cette réglementation a évidemment des avantages qui contre-balancent, et au delà, les inconvénients.

L'indépendance dont jouissent nos étudiants en médecine touche à l'abus, et appellerait quelques correctifs.

Toute cette organisation est d'ailleurs provisoire. Au lieu de viser, comme le voudraient ici certains novateurs, à la multiplicité des jurys d'examen, la tendance du conseil médical, son vœu incessamment exprimé est de réduire à trois, au lieu de dix-neuf, les jurys d'examen, et de donner ainsi aux épreuves une unité qui leur manque.

Personne ne se dissimule qu'il existe une façon de concurrence entre les corporations munies du privilége de conférer les grades, et que les institutions peu fréquentées ont tout intérêt à allécher les élèves par des conditions plus douces. La sévérité n'est que sur le papier, et il est avec la justice de fâcheux accommodements. On sait qu'il faut, chez nos voisins, des années de discussion, d'enquête, de contre-enquête, pour que la novation la mieux justifiée entre dans la pratique ; aussi s'écoulera-t-il probablement un long temps avant que la réforme se réalise.

(*Archives de médecine.*)

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments ou autres objets).

Des troubles trophiques consécutifs aux lésions traumatiques de la moelle et des nerfs, par le docteur L. Couyba. In-8°. — Prix : 2 francs.

Étude sur le cancer primitif des organes biliaires, par Villard, interne des hôpitaux de Paris. In-8°. — Prix : 1 fr. 50.

de l'usage de cette eau, les accès avaient déjà disparu; le traitement est suivi pendant vingt-cinq jours, et il amène heureusement chez le malade, avec la guérison des accès fébriles, non-seulement la cessation des troubles dyspeptiques, mais aussi une diminution notable dans le volume des organes engorgés, le foie et la rate.

TABLETTES
DU MÉDECIN-LÉGISTE

XLV

Aliéné, administration provisoire : 1° transaction; 2° et 3° office, cession, vente aux enchères. — Le pouvoir de transiger n'appartient ni à l'administrateur provisoire des biens d'un individu non interdit, placé dans un établissement d'aliénés, ni au mandataire spécial chargé de représenter cet individu en justice (L. 30 juin 1838, art. 32 et 33).

L'administrateur provisoire des biens d'un officier ministériel placé dans un établissement d'aliénés, mais non interdit, n'a pas le droit de céder l'office de ce dernier, alors même qu'il y serait autorisé en vertu d'une délibération du conseil de famille, homologuée par le tribunal de première instance (L. 30 juin 1838, art. 32; l. 28 avril 1816, art. 91).

Un office ministériel conférant au titulaire le droit d'exercer des fonctions publiques ne peut d'ailleurs être vendu aux enchères par l'administration provisoire, comme le mobilier de l'aliéné (C. Nap., 1128; l. 28 avril 1811, art. 91).

(Cf. Dalloz, 1867, 2e cahier, 2e partie, Cours impériales, p. 40.)

XLVII

Art de guérir : 1° et 2° médecin étranger, autorisation, retrait; 3° contraventions multiples, permis, cumul. — L'autorisation d'exercer la médecine en France, accordée par le ministre de l'instruction publique à un médecin ou chirurgien étranger gradué dans une université étrangère, peut être révoquée par le gouvernement (L. 19 vent. an 11, art. 4);

Et le fait de ce médecin étranger, d'avoir continué à exercer la médecine après la notification du retrait de l'autorisation, le rend passible des peines prononcées contre l'exercice illégal de la médecine (L. 19 vent. an 11, art. 35).

L'individu qui pratique illégalement l'art de guérir encourt une amende distincte pour chaque fait d'exercice illégal de la médecine ou de la pharmacie (C. instr. crim., 365; rés. imp.

(Cf. Dalloz, 1869, 3e cahier, 2e partie, Cours impériales, p. 62.)

XLVIII

Acte de l'état civil, naissance, assistance à l'accouchement, caractère. — Il y a lieu de considérer comme ayant assisté à l'accouchement et comme étant tenu, par suite, de déclarer la naissance, le maître de maison qui, connaissant la grossesse de sa servante et l'éventualité d'une délivrance prochaine, est entré dans la chambre de celle-ci peu de temps après l'accouchement (deux ou trois heures au plus, par exemple) et avant que le fait fût connu du public, si la naissance a été portée immédiatement à sa connaissance par la mère, qui lui a montré le nouveau-né (C. Nap., 56).

En pareil cas, la circonstance d'une absence momentanée de la chambre de la mère, au moment où l'accouchement a eu lieu, n'est pas de nature à faire excuser le défaut de déclaration de la naissance (C. pén., 346).

(Cf. Dalloz, 1869, 3e cahier, 2e partie, Cours impériales, p. 62.)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 8 novembre 1871. — Présidence de M. Blot.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE IMPRIMÉE

La correspondance imprimée comprend :

— La *Gazette des Hôpitaux*; — *L'Union médicale*; — La *Gazette hebdomadaire*; — Les *Archives générales de médecine*; — *Bulletin général de thérapeutique*; — *Montpellier médical*; — *Marseille médical*; — *Bulletin médical du Nord de la France*; — *Journal de médecine de l'Ouest* (août 1871).

CORRESPONDANCE MANUSCRITE

La correspondance manuscrite comprend :

— Une lettre dans laquelle M. le docteur Augé (de Pithiviers) indique le résultat des opérations qu'il a pratiquées dans sa clientèle particulière. Cette lettre fournit le complément d'une première note envoyée antérieurement à la Société par le docteur Augé. (Renvoi à la commission de statistique.)

— Mémoires adressés pour le prix Édouard Laborie :

1° De M. T. Terrier. *De l'œsophagotomie externe.*

2° Du docteur F. Christot (de Lyon), deux mémoires : *Du drainage dans les plaies par armes de guerre*; — *Contribution à l'histoire des tumeurs plexiformes.*

3° Du docteur Girard, chirurgien-adjoint des hôpitaux civils de Bordeaux : *De l'orchite blennorrhagique* (manuscrit).

4° De M. X..., un mémoire manuscrit intitulé : *Du traitement des accidents syphilitiques à la période dite secondaire et tertiaire, par une nouvelle formule de pilules au bi-chlorure de mercure et à l'iodure de potassium.* (Un pli cacheté qui accompagne ce mémoire contient le nom de l'auteur.)

5° De M. X..., un mémoire manuscrit intitulé : *De la contracture uréthrale dans les rétrécissements périnéens.* (Un pli cacheté qui accompagne ce mémoire contient le nom de l'auteur.)

— M. GIRALDÈS offre à la Société un livre intitulé : *Calendar of the royal college of surgeons of england*, 1871.

— M. LEFORT offre à la Société un volume intitulé : *Mémoires et bulletins de la Société de médecine de Bordeaux.*

— M. TARNIER dépose sur le bureau de la Société, de la part du docteur Guibert (de Saint-Brieuc), un mémoire manuscrit intitulé : *De l'analgésie obtenue par l'association de la morphine et du chloroforme, et de ses applications chirurgicales, médicales et surtout obstétricales.*

(Ce mémoire est renvoyé à une commission composée de MM. Guéniot, de Saint-Germain, Tarnier.)

RAPPORT

M. LEGOUEST fait un rapport verbal sur un travail de M. le docteur Vesien, relatif à un *nouveau mode de suture intestinale à points séparés.*

La partie capitale de ce travail, dit le rapporteur, est le mode de placement des fils, car c'est toujours le procédé de suture par adossement des séreuses qui conserve une légitime vogue. M. Vesien prend une anse de fil, enfilée de deux aiguilles; il traverse les bords de la plaie intestinale avec chaque aiguille de dehors en dedans à 2 millimètres des bords de la plaie; à travers la plaie il forme un nœud avec les deux fils passés dans l'intestin sans enlever les aiguilles qui servent à repasser chacun des deux fils du dedans au dehors à travers la paroi de l'intestin; les deux fils sont serrés et coupés au ras de l'intestin, de la sorte le nœud se trouve en dedans de l'intestin et finit par entraîner le point de suture, qui est alors éliminé par les selles.

Le rapporteur conclut au renvoi du mémoire au comité de publication.

COMMUNICATION

M. PERRIN communique un nouveau *Procédé de destruction de la capsule du cristallin dans l'opération de la cataracte.*

La généralisation de la méthode linéaire a rendu très-rares les principaux dangers immédiats de l'extraction. Mais s'il y a progrès incontestable sur ce point, il n'en est pas de même en ce qui concerne les cataractes secondaires. Ceux-ci sont même le plus souvent inévitables, à moins que le cristallin n'ait été déplacé ou extrait avec la capsule. Il suffit, pour s'en convaincre, d'examiner à l'éclairage latéral les suites de l'extraction de cataracte la mieux réussie. On constatera presque toujours, surtout si l'on a pris le soin d'instiller de l'atropine, que la pupille est encombrée par un réseau grisâtre délicat, dans lequel se voit une ouverture souvent très-étroite qui correspond à la brèche faite par le kystitome au moment de l'opération.

Souvent les opacités pupillaires sont tellement ténues qu'elles troublent peu la vision. L'acuité reste encore assez élevée pour que l'opéré puisse lire et écrire; d'autres fois, bien que les suites de l'opération soient exemptes de complications, elles représentent un voile assez épais pour motiver une discision secondaire. Dans certains cas, enfin, plus rares heureusement, elles compromettent gravement le résultat, tant par elles-mêmes que par les accidents qu'elles provoquent. Sous cette dernière forme, elles sont la source la plus fréquente des insuccès.

Ces opacités ont le plus souvent pour point de départ, la rétention dans l'œil de nappes corticales. Cette rétention est due à la nature même de la cataracte, et c'est à ce titre que la cataracte molle régressive, la cataracte zonulaire, la cataracte morganienne, etc., inspirent moins de sécurité que les autres; mais elle nous paraît singulièrement favorisée par la façon dont on ouvre le sac capsulaire. L'incision de la capsule s'écarte peu, malgré toutes les prévisions théoriques, d'une incision linéaire ou cruciale, insuffisante pour livrer passage à la lentille. Pour sortir du sac capsulaire, celle-ci, mise *à tergo* par la pression intra-oculaire, doit faire effort contre la brèche, et écarter les lèvres de la plaie ou les déchirer latéralement.

N'y a-t-il pas dans ce travail toutes les conditions pour que la cataracte abandonne dans la cavité du sac ses parties les moins consistantes? Et cet abandon sera d'autant plus probable que ces mêmes parties auront une consistance plus visqueuse, qu'elles seront plus adhérentes à la face interne de la capsule.

Lorsque le cristallin a accompli son évolution, les lambeaux plus ou moins irréguliers de la cristalloïde, fixes du côté de la zonule, mobiles dans le champ pupillaire, restent en place comme les débris d'une poche membraneuse dont on vient d'évacuer le contenu. Il est vrai qu'en vertu d'une propriété de tissu, ils ont une certaine tendance à s'enrouler sur eux-mêmes et par conséquent à arrondir la brèche; c'est ce que l'on obtient sur une cristalloïde saine et isolée. Mais cet enroulement est de peu d'effet sur le malade, en raison sans doute de la présence de ces débris visqueux qui tapissent la face externe des lambeaux, et ce qui le prouve, c'est que ces derniers se succèdent souvent entre eux par l'intermédiaire d'une substance vitreuse de nouvelle formation de façon à ne laisser à la capsule qu'une ouverture plus étroite que la brèche primitive.

Il résulte de cet état de choses que les éléments du cristallin restés dans l'œil et représentés soit par la couche cellulaire épithéliale sous-capsulaire, soit par les fibres cristalliennes frappées ou non de dégénérescence catarateuse, ne sont qu'incomplétement ou pendant trop peu de temps baignés par l'humeur aqueuse qui est l'élément indispensable de leur résorption. Ils restent couverts par les débris de la capsule, enveloppés par eux plus ou moins, et finalement complétement isolés dès que la soudure des lambeaux est opérée. Si à cette période de l'évolution de la cicatrice, variable suivant beaucoup de circonstances, mais dont le terme moyen peut être fixé à huit jours, les débris de la cataracte ne sont pas entièrement résorbés, il sont placés dans des conditions qui se rapprochent de celles d'un cristallin normal ou cataracté enveloppé par sa capsule. Ils peuvent se transformer sous l'influence des courants endo-exosmotiques, mais ils ne peuvent plus disparaître.

Dans d'autres cas, la cataracte secondaire est le résultat d'un travail de prolifération des cellules sous-capsulaires. Cette hypergénèse peut être assez active pour donner à la face interne de la capsule l'aspect d'une surface hérissée de papilles. Nous avons indiqué précédemment qu'elle peut accompagner la dégénérescence catarateuse et par conséquent exister avant l'opération; mais elle est aussi fréquemment consécutive, ce que l'on attribue au contact temporaire de l'humeur aqueuse; c'est à ce liquide aussi qu'il faudrait attribuer, selon l'opinion de M. Testelin, l'encroûtement de la cristalloïde par des cristaux de cholestérine, de carbonate et de phosphate de chaux. Pour cet observateur, les matières salines de l'humeur aqueuse tendent à se précipiter dès qu'elles se trouvent en contact soit avec un produit inflammatoire, soit avec des surfaces accidentelles.

Enfin la cataracte secondaire peut être aussi la conséquence de dépôts, sur la cristalloïde, antérieurs à l'opération : dépôt de lymphe coagulable ou de fibrine (cataracte capsulaire pseudo-membraneuse de M. Charles Robin), dépôt de sels calcaires occasionné habituellement par la présence de produits inflammatoires (cataracte capsulaire phosphatique du même auteur); dépôts d'urée, de graisse, épaississements verruqueux, etc. La rétention de ces divers éléments dans l'œil est une cause permanente d'irritation qui trop souvent porte ses fruits. A un moment donné, vers le 6e, 8e et même 12e jour, l'iris se fluxionne, résiste à l'atropine. Il survient du larmoiement; le bord pupillaire se soude aux débris de la cristalloïde, et des douleurs ciliaires sont signalées dans les régions du sourcil, de la tempe, de la nuque, etc.

Pendant ce temps, après une certaine durée, les adhérences de l'iris augmentent en nombre et en solidité, les dépôts vitreux prennent de l'épaisseur, et une mince couche exsudative s'ajoute aux éléments anciens pour couvrir la pupille. Peu à peu celle-ci se resserre, se déplace, et n'est plus représentée, après quelques semaines, que par une petite surface occupée par une fausse membrane blanche et résistante.

L'examen anatomo-pathologique de ces fausses membranes a été fait avec le plus grand soin par M. Robin, puis par M. Testelin. Il résulte de l'examen au microscope d'un grand nombre de ces productions, que la cristalloïde antérieure était leur siége à peu près exclusif. Une seule fois seulement, M. Testelin dit avoir constaté, sur la cristalloïde postérieure, des dépôts calcaires visibles surtout à la loupe.

En 1773, c'est-à-dire vingt-deux ans seulement après les premières opérations d'extractions pratiquées à Rheims par Daviel, Heister conseillait déjà l'extraction du cristallin et de sa capsule, et recommandait pour y parvenir d'exercer sur l'œil de douces pressions après la section de la cornée, mais en prenant le soin de cesser ces manœuvres dès que la résistance des parties réclame un effort énergique (Heister, *Tractata de cataracta, glaucomate et amorosi*, Altorf, 1713 (à voir).

Beer, en 1799, conseilla de nouveau d'extraire le cristallin avec la capsule en l'ébranlant sur place avec l'aiguille, de façon à la faire ensuite sortir facilement sans efforts.

Le même fait fut poursuivi par Christiœn en 1845 (De l'extraction spontanée du cristallin et de sa capsule, *Annales d'oculistique*, t. XIII, p. 181.)

Il recommande dans ce but d'exercer sur le globe les pressions nécessaires avant que la section du lambeau ne soit complète. Les mêmes tentatives ont été renouvelées depuis par Moyne (de Naples), et Sperino (de Turin), puis tout récemment par MM. Pagenstecher, de Viechabe et Weelher. Malgré les succès obtenus dans ces hardies tentatives, je ne crains pas d'être démenti en annonçant que les procédés conseillés ou employés pour extraire le cristallin et sa capsule soient dangereux. Mais ils sont appelés à rendre de grands services dans certains cas déterminés, quoiqu'ils représentent une mauvaise méthode générale.

Nous avons rappelé tout à l'heure que l'anatomie pathologique aurait démontré que la cristalloïde antérieure concourait à peu près exclusivement à la formation et au développement de la cataracte secondaire; il en résulte qu'en supprimant la partie antérieure de la capsule, on doit obtenir les mêmes résultats qu'en l'enlevant tout entière: tel est le principe du procédé sur lequel j'appelle votre attention.

Il diffère des trois autres par le mode suivant lequel est attaquée la capsule. Les divers kystitomes y pratiquent une plaie en boutonnière, et, dans les cas les plus heureux, un petit lambeau triangulaire. J'espère avoir trouvé le moyen de la récliner sinon en totalité, du moins dans ses parties nuisibles et dans une étendue telle que le sac capsulaire ne puisse se reformer sur les débris de la cataracte. Ce moyen consiste à substituer au kystitome un instrument nouveau auquel j'ai donné le nom de *griffe capsulaire.*

La griffe capsulaire se compose d'un petit disque ovalaire en acier, dont la forme et les dimensions rappellent beaucoup celles du crochet à traction de Græfe; son bord terminal est armé de petites dents enclavées à 45° environ et de la forme de pyramides aplaties. Ces dents juxtaposées par leur base sont bien acérées et tranchantes sur leurs bords. Le petit disque est supporté par une tige adaptée à un manche du modèle ordinaire adopté pour les instruments d'oculistique.

La disposition des dents est telle que leur pénétration simultanée à travers une membrane tendue produit une section nette, dont l'étendue est égale à la largeur de l'instrument. Si, à ce moment, on exerce une légère traction suivant une direction perpendiculaire au sens de l'incision, celle-ci s'allonge par des déchirures latérales qui se prolongent plus ou moins obliquement jusqu'aux points de fixation de la membrane et la détachent en grande partie. On peut répéter cette expérience sur une membrane souple quelconque, sans faire varier les résultats.

Nous l'avons appliquée à l'œil, soit sur le cadavre, soit sur des animaux; le résultat a toujours été le même, c'est-à-dire que l'application de la griffe capsulaire a eu constamment pour effet de détacher largement la cristalloïde et de la récliner.

L'emploi de cet instrument n'expose à aucun danger, n'exige aucune manœuvre nouvelle; son maniement est simple et inoffensif comme celui du kystitome. La section linéaire de la cornée et l'excision de l'iris étant terminées, on introduit la griffe entre les lèvres de la plaie, en ayant le soin d'appliquer le dos de l'instrument contre la lèvre antérieure, de façon à éviter plus sûrement toute contusion; puis on la conduit jusqu'au point le plus reculé de la pupille, comme on le fait d'ailleurs avec le kystitome. L'instrument est alors appliqué sur la cristalloïde, sans qu'il soit besoin d'exercer plus de pression qu'avec le kystitome. Celle-ci étant sectionnée aux points voulus, on ramène à soi l'instrument en abaissant un peu le manche, de façon à suivre à peu près la courbe représentée par la convexité du cristallin.

Lorsque la griffe est ramenée au niveau de la plaie, il faut, pour dégager les dents et les empêcher d'accrocher la lèvre postérieure,

la faire basculer un peu, puis l'appuyer contre la lèvre cornéenne, comme au moment de l'introduction.

Après avoir suffisamment fait d'essais chez les animaux, j'ai employé la griffe chez l'homme. Le résultat a été conforme aux prévisions. Sur huit malades opérés pendant ces derniers mois, j'ai pu m'assurer que la cristalloïde avait été réclinée par le degré de netteté, de pureté de la pupille. Afin que vous puissiez en juger par vous-mêmes, j'ai fait venir ici le dernier de ces huit opérés; il est à son douzième jour. La pupille a été maintenue largement ouverte, pour permettre de voir dans quelle étendue la cristalloïde a été réclinée : on voit nettement, sur un point, le bord de la déchirure. Chez un autre, auquel j'avais antérieurement pratiqué l'extraction d'un côté avec le kystitome, il m'a été permis de constater que l'acuité visuelle, égale à 1/4 après la première opération, s'était élevée à 1/2 après la seconde. Ce procédé peut être appliqué à l'extraction de toutes les cataractes.

Toutefois il est des cas dans lesquels la griffe aura peu d'avantages. Au lieu de faire une section nette, les dents divisent la capsule en petites fibrilles, le long desquelles perlent de petites masses corticales, et qui restent fixées, malgré tous les efforts, dans le champ pupillaire.

Ces cas appartiennent à cette classe de cataractes que l'on pourrait appeler malignes, dans l'évolution desquelles l'élément inflammatoire intervient.

En résumé, le nouveau mode opératoire que j'ai l'honneur de soumettre à votre appréciation me paraît offrir les avantages suivants, qu'une expérience plus longue et plus générale pourra seule infirmer ou confirmer :

1° Il permet, sans compliquer l'opération de l'extraction, de récliner la partie nuisible de la cristalloïde antérieure et de détruire ainsi le sac capsulaire ;

2° Il supprime de la sorte la cause presque unique des cataractes secondaires ;

3° Il facilite la sortie de la cataracte, l'expulsion des masses corticales et la résorption des débris laissés dans l'œil ;

4° La griffe capsulaire peut être substituée avec avantage à la pince capsulaire dans les cas où l'on juge à propos de tenter l'extraction des opacités pupillaires.

A 4 heures et demie, la Société se forme en comité secret pour entendre la lecture du rapport sur le concours du prix Duval.

Le vice-secrétaire : ARMAND DESPRÉS.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 6 novembre 1871, ont été promus ou nommés dans les corps de santé de la marine, et pour les destinations suivantes :

Au grade de médecin professeur : MM. Léon et Mahé (Rochefort).

Au grade de médecin de 1re classe : MM. Guès, Rouvier et Illy (Toulon) ; — Bonnafi (Brest) ; — Cornibert (Rochefort) ; — Rochas, Méry, Bouvier et Roussel (Brest) ; — Trouvé et Audry (Sénégal) ; — Lequerré et Danguy-des-Déserts (Cochinchine) ; — Aurillac (Nossi-Bé) ; — Ardoin (Cochinchine).

Au grade de médecin de 2e classe : MM. Dollieule et Féris (Toulon) ; Goutant et Maillard (Brest) ; — Pascalis (Lorient) ; — Gloaguen (Brest) ; — Mesguen (Cherbourg) ; — Néis, Périnel et Jouveau-Dubreuil (Brest) ; — Barré (Cherbourg) ; — Chevrier, Schmutz, Thomasset et Pichon (Brest) ; — Lecoat Saint-Haouen et Chédan (Cochinchine).

Au grade d'aide-médecin : MM. Guyot, Dutoya et Duchateau (Brest) ; — Dalmas, Gueit, Ambiel et Prat (Toulon) ; — Guillaud (Rochefort) ; Dealis de Saujean (Brest) ; — Fontorbe (Rochefort) ; — Fontan et Raccord (Toulon) ; — Bréhier et Symonnaux (Brest) ; — Miquel (Toulon) ; — Banguillecourt (Brest) ; — De Faucher de la Ligerie (Rochefort) ; — Pouliquen (Brest) ; — Senès (Toulon) ; — Blanchet (Rochefort).

Ledrain (Toulon) ; Jeannet (Rochefort) ; — Chabeaud, Ortal, Aymé (Toulon) ; — Briand (Rochefort) ; — Cognes (Toulon) ; — Dhoste (Rochefort) ; — Cival (Toulon) ; — Dubois et Dunan (Rochefort) ; — Queste (Brest) ; — Vantalon Toulon) ; — Nicodème (Rochefort) ; — Vigouroux, Jugelet et Gentilhomme (Brest) ; — Giraud-Balthazar (Toulon) ; — Delétang (Brest) ; — Alix et Monferran (Toulon).

Au grade de pharmacien de 1re classe : M. Richard (Rochefort).

Au grade de pharmacien de 2e classe : M. Campana (Cherbourg).

Au grade d'aide-pharmacien : MM. Brousmiche et Piriou (Brest) ; — Desprez-Bourdon et Perrin (Toulon) ; — Pelletier (Rochefort) ; — Amouroux (Toulon) ; — Roubaud et Le Gac (Brest).

— M. Sichel commencera son cours d'ophthalmologie le mardi 21 novembre, à sept heures et demie du soir, à sa clinique, rue Servandoni, n° 12, et le continuera les vendredis et mardis suivants à la même heure.

PETITE CORRESPONDANCE

M. le Dr A..., à Savignac-les-Églises. — Le prix des deux volumes qui vous ont été expédiés est de 27 fr.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

N° 137. — MARDI 21 NOVEMBRE 1871. 44e ANNÉE. MARDI 21 NOVEMBRE 1871. — N° 137.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois. . . 8 fr 50 c.
Six mois. . . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

SOMMAIRE. — De la thoracentèse par succion dans la pleurésie purulente et dans l'hydropneumothorax (M. Bouchut). — Un mot sur le traitement de l'hydrocéphalie (M. Fort). — SOCIÉTÉ DE MÉDECINE. — Correspondance. — Feuilleton. — Nouvelles. — Bulletin bibliographique.

Paris, le 20 novembre 1871.

DE LA THORACENTÈSE

PAR SUCCION DANS LA PLEURÉSIE PURULENTE ET DANS L'HYDROPNEUMO-THORAX (1).

Par M. E. BOUCHUT.

OBS. II. — *Pleurésie simple devenue purulente, terminée par hydropneumo-thorax. — Empyème par succion. — Dix-huit ponctions. — Observation non terminée.*

Un garçon nommé V..., âgé de 7 ans, me fut adressé par le docteur Gaillard, de Montrouge, pour un épanchement pleurétique considérable à gauche, dont le début remontait à trois mois.

L'enfant était extrêmement pâle, amaigri et d'une grande faiblesse, avec fièvre continue intense. Il était fort étouffé, toussait à peine et ne crachait pas.

Le côté gauche de la poitrine était fort dilaté, un peu œdématié, et les espaces intercostaux effacés. Le cœur, refoulé à droite, battait visiblement sous le mamelon droit.

Matité absolue de la fosse sus-claviculaire à la base, en avant comme en arrière; absence complète de vibrations thoraciques; disparition entière de tout bruit respiratoire et de retentissement vocal, si ce n'est en arrière, à la racine des bronches.

Je reconnus un épanchement considérable, et, à la partie moyenne du 5e et 6e espace intercostal, je fis, par succion avec la seringue aspirante de Dieulafoy, la soustraction de 450 grammes de sérosité claire jaunâtre, qui se coagula au bout de quelques heures.

Après l'opération, le cœur ne revint que faiblement vers sa place; on le voyait toujours battre à droite du sternum, mais la résonnance de la poitrine reparut partout, ainsi que la respiration vésiculaire normale.

L'enfant fut très-soulagé, mais l'épanchement se reproduisit rapidement. Je fis au même endroit une seconde ponction aspiratrice au bout de quatre jours, mais cette fois je *retirai du pus* blanc-jaunâtre crémeux. Il en fut enlevé 300 grammes environ. On cessa tout médicament pour ne faire usage que de bon vin et de viande rôtie.

Huit jours après, dans le même espace intercostal, troisième ponction, par laquelle il sortit encore environ 300 grammes de pus.

L'enfant reprenait à vue d'œil, et il augmenta de poids, car il acquit 1 kilogramme. Il était toujours gêné à respirer, mais il avait assez de force pour se promener dans le jardin. L'amélioration était évidente.

Même régime alimentaire.

Huit jours après, aux environs du même point de la 5e côte, quatrième succion par la seringue aspirante ou *pyulque* de Dieulafoy, et je retirai 350 grammes de pus.

La semaine suivante, je fis la cinquième succion en retirant toujours à peu près la même quantité de pus. Après l'opération revenait la résonnance du thorax et le murmure vésiculaire en haut de la poitrine, en avant et en arrière, puis cela disparaissait au bout de deux jours, plus ou moins complétement, jusqu'à la pratique d'une nouvelle ponction.

Entre la 5e et la 6e évacuation du pus, l'enfant se mit à tousser d'une façon incessante, comme il ne l'avait jamais fait. La toux l'empêchait de dormir, et elle s'accompagnait d'une expectoration purulente assez considérable.

Je pensai qu'il s'était formé une *fistule plevro-bronchique*, et que le pus de la plèvre passait en partie dans les bronches, pour être rejeté par la bouche.

Je fis néanmoins la sixième ponction, et je retirai encore 250 grammes de pus environ.

Quand on me ramena l'enfant, la toux était la même, toujours accompagnée d'expectoration purulente, et il y avait un peu plus de dyspnée que de coutume. Toute la partie postérieure du thorax, depuis la crête de l'omoplate jusqu'en bas, offrait une grande matité, mais le sommet était très sonore. Par la *succussion* on produisait le *bruit de fluctuation thoracique*, indice de l'hydro-pneumothorax, mais il n'y avait pas de tintement métallique. A la base du poumon, en arrière, point de bruit respiratoire; à la partie supérieure, souffle bronchique et bronco-égophonie prononcée. En avant, absence de bruit respiratoire.

Je fis une septième succion avec la seringue aspirante, et chaque fois que le vide était fait dans le corps de pompe, j'ouvrais le robinet de l'aiguille creuse, il sortait de la plèvre du pus et de l'air. Quelquefois même il ne montait dans la seringue que de l'air, qui pénétrait avec bruit. Cette fois, je ne retirai que 100 grammes de pus.

A la semaine suivante, huitième ponction, par laquelle je retirai encore de l'air et du pus en petite quantité, 80 à 100 grammes environ. Même état d'auscultation, de percussion et de fluctuation thoracique.

Entre la quatrième et la cinquième côte, à une petite distance des piqûres faites par l'aiguille de la seringue, il se fait un empâtement rouge, douloureux, indice d'un phlegmon intercostal qui va suppurer et produire une fistule cutanée pleurale.

L'état général est toujours très-bon, et l'enfant a notablement engraissé. Il se promène un peu dans le jardin, mange avec appétit et n'a point de diarrhée. Le cœur est en partie revenu à sa place.

Quinze jours plus tard, on me ramène l'enfant, dont l'abcès intercostal s'est ouvert en produisant un écoulement continu purulent, d'origine pleurale. En même temps, il y a toujours de l'expectoration purulente avec fluctuation thoracique très-prononcée.

Comme la matité de la plèvre remonte en arrière jusqu'à la crête de l'omoplate, je pratique une neuvième ponction, qui me permet de retirer de l'air et environ 120 grammes de pus. Aussitôt, le niveau de la matité s'abaisse et on entend le murmure vésiculaire jusque au-dessous de l'angle inférieur de l'omoplate.

Par les mêmes motifs et sous l'indication des mêmes signes, je fis encore, la semaine suivante, une dixième ponction, qui me fournit les mêmes résultats, mais la quantité de pus fut peu considérable. La seringue semblait ne plus fonctionner aisément; son aiguille à succion semblait s'obstruer et faire obstacle à la sortie du pus.

Au bout de quinze jours, l'enfant ayant encore de la matité en arrière de la poitrine et en bas, je fis, entre la cinquième et la sixième côte, une nouvelle ponction, qui ne fut suivie d'aucun effet. Aussitôt je retirai l'aiguille, pour l'introduire dans l'espace intercostal situé au-dessus, même résultat infructueux; je tirais quelques gouttes de pus, puis la canule s'embarrassait, et je fus obligé de cesser. Il est probable que l'extrémité de l'aiguille plongeait au milieu de fausses membranes ou de coagulums purulents. En effet, le cœur était presque à sa place; la respiration vésiculaire s'entendait sous la clavicule et, en arrière, du sommet à la partie moyenne de l'omoplate. En ce point, elle était un peu soufflante. La matité n'existait plus qu'à la base de la cavité pleurale, là où il y avait toujours absence de bruit respiratoire.

Je laissai l'enfant se reposer pendant quelques semaines, et quand je le revis, après neuf mois de maladie et six mois de traitement par neuf opérations d'empyème par succion, l'enfant avait repris beaucoup de force et d'embonpoint. L'ouverture de la peau ne jette plus, mais tous les trois ou quatre jours il crache du pus, qui s'est amassé dans la plèvre jusqu'au niveau de la fistule bronchique. Quand le liquide est arrivé au niveau de l'ouverture, il pénètre dans les bronches pour être expectoré. Quand il ne crache pas de pus, il n'y a pas de fluctuation thoracique; on entend le murmure vésiculaire au sommet du poumon en avant et en arrière, tandis qu'en bas il y a matité et absence de bruit respiratoire. Lorsqu'il va expectorer, le bruit de flot existe, et disparaît quand l'expectoration est terminée. C'est un hydro-pneumothorax intermittent amenant de temps à autre une vomique pleurale, c'est-à-dire une vomique de pus provenant de la plèvre.

Comme l'épanchement persistait, je recommençai les ponctions avec aspiration pneumatique. On me conduit l'enfant deux fois par semaine, le mardi et le samedi. Chaque fois je lui retire 3 ou 400 grammes de pus infect. De temps à autre, j'injecte de la teinture d'iode, à la dose de 30 grammes, ce qui enlève l'odeur. J'en suis à la dix-huitième ponction, et, comme l'état général est satisfaisant, j'espère obtenir un résultat favorable.

Réflexions particulières à l'observation deuxième. — Dans cette seconde observation, on voit une pleurésie simple avec épanchement excessif à gauche se tranformer en pleurésie purulente dans l'intervalle qui sépare la première de la seconde ponction aspiratrice.

A ce moment, la question thérapeutique changea de face et il fallut décider si le traitement par ponctions capillaires devait être continué, ou remplacé par un procédé quelconque d'ouverture de la plèvre avec fistule. J'essayai de continuer les ponctions qui laissent close la cavité pleurale. Mais, à ce moment, l'enfant rejeta par la bouche du pus, qui provenait d'une fistule pleuro-bronchique, qui venait de s'établir et qui entraîna un hydropneumothorax.

On n'en continua pas moins les ponctions par lesquelles la seringue aspirante tira de l'air et du pus. Puis, au-dessus des piqûres faites à la peau et à la plèvre, il se fit un phlegmon qui s'ouvrit en dehors en créant une fistule pleuro-bronchique, donnant passage à un suintement continuel et peu abondant, et la respiration devint plus facile.

(1) Suite. — Voir les numéros des 26, 31 octobre, 9 et 14 novembre 1871.

FEUILLETON

VICTOR STŒBER

PROFESSEUR DE PATHOLOGIE GÉNÉRALE ET DE CLINIQUE OPHTHALMOLOGIQUE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG (1).

Messieurs,

C'est à une circonstance bien douloureuse que je dois l'honneur d'ouvrir cette séance; notre président, notre excellent et regretté Stœber, a été enlevé à l'affection de ses confrères, le 5 juin 1871, un mois avant le jour où cette solennité devait nous réunir. Aux calamités publiques, à la douleur patriotique, se joignent les malheurs privés; la mort a frappé à coups redoublés parmi nous; Küss, Jacobi, Stœber, les plus aimés, les plus regrettés, ont été atteints presque en même temps; de dures émotions ont abrégé ces existences si précieuses! Je réponds à vos vœux en ouvrant cette séance par un hommage rendu à celui qui devait la présider et qui avait si vivement à cœur les intérêts et la dignité de notre association. Collègue et ami de cet homme excellent, je tenais à remplir envers lui ce dernier devoir.

Victor Stœber est né à Strasbourg, le 16 février 1803, d'une famille honorable appartenant à la bourgeoisie de la ville, et dont il suivait les origines jusque dans le seizième siècle; il était le dernier de sept fils. Son père, receveur général du Bas-Rhin depuis 1797, homme aimé et respecté, mourut des suites d'un accident le 5 septembre 1807; ce fut un grand changement dans la situation de la famille; le plus lointain souvenir que Stœber ait conservé est la vue de son père mourant. Un de ses frères a été frappé sur le champ de bataille de Waterloo; un de ses cousins-germains a disparu pendant la campagne de Russie; un autre de ses cousins était le poëte Ehrenfreid Stœber, connu par ses écrits dans le dialecte alsacien. Privé de la direction d'un père, Stœber reçoit, par les soins d'une mère dévouée et avec le concours d'un frère, une éducation vigoureuse et complète. Sa vocation médicale se décide, dès son enfance, par une circonstance singulière : c'est la vue du professeur Thomas Lauth, vétéran de l'ancienne université, avec son costume antique et sa dignité imposante (1), qui lui inspire un profond respect pour la profession médicale et lui donne l'ambition d'y appartenir un jour. Stœber prend sa première inscription en 1820. Notre Faculté de médecine n'offrait pas alors les importantes ressources qui, depuis, ont rendu son enseignement si fructueux. Quelques salles obscures au fond de l'hospice constituaient tous les services cliniques. Les places d'internes et d'externes n'existaient pas; les élèves n'avaient pas l'émulation des concours, ni ces précieuses occasions de s'instruire. L'anatomie était cultivée avec succès. Stœber a suivi les leçons de l'ancienne école de Strasbourg, qu'il a vue tout entière disparaître. Il se rappelait avec reconnaissance ses anciens maîtres : Lauth, Bérot, Masuyer, Cailliot, Meunier, Tourdes, Nestler, Gerboin, Coze, Flamant, Lobstein, Fodéré, génération survenue après la Révolution française et qui avait fondé la Faculté de médecine qui succéda à l'Université strasbourgeoise.

Stœber passe inaperçu à l'école; sa thèse seule attire l'attention. Le 15 novembre 1824, il soutint sa dissertation inaugurale sur le *Delirium tremens*, sujet neuf, peu connu en France et en dehors des doctrines qui régnaient alors. Ce travail, très-approfondi, annonçait toutes les qualités qui devaient se développer plus tard; il est resté dans la bibliographie de cette affection, où il est encore cité avec honneur (1).

Stœber, qui avait foi dans l'avenir, comprend qu'il doit compléter son éducation médicale et l'établir sur des bases larges et solides; il veut voir, comparer, s'instruire, connaître les choses et les hommes. Quelques jours après sa thèse, il part pour Paris, où il reste dix-huit mois, et il consacre trois ans à des voyages, coutume excellente qui, à toutes les époques, a fait partie de l'éducation scientifique des jeunes Strasbourgeois, et qui a tant contribué au

(1) Notice biographique lue à la séance annuelle de la Société de médecine de Strasbourg et de l'Association de prévoyance des médecins du Bas-Rhin.

(1) « Dès l'âge de 10 ans, j'avais déclaré que je serais docteur et professeur. Ce n'était certes pas le goût de l'étude de la médecine qui, à cet âge, avait pu déterminer mon choix; il est probable que mes motifs étaient d'un ordre bien moins relevé. Le professeur Thomas Lauth, le célèbre anatomiste de l'ancienne université de Strasbourg, était le médecin de notre famille; il arrivait en voiture traînée par deux chevaux blancs; au printemps et en automne, il portait une douillette en soie violette, et par le grand froid il était enveloppé dans un manteau rouge garni de fourrure noire. Il m'imposait beaucoup; je suppose que cet aspect du bien-être qui entourait le grave professeur et du respect qu'on lui témoignait m'attira vers la médecine bien plus que le désir d'étudier Hippocrate et Galien. » (*Notes autobiographiques.*)

(1) Foville, *Archives générales de médecine*, octobre 1867, p. 419.

Le bruit de succussion cessa, le cœur reprit sa place, la respiration vésiculaire se fit entendre au sommet du poumon gauche et il ne resta d'obscurité qu'à la partie postéro-inférieure de la plèvre.

Soumis à un régime exclusif de purée de viande crue, de beurre salé sur du pain et de vin du Midi, l'enfant reprit du teint, des forces et de l'embonpoint; il put marcher, sortir et faire de grandes courses; mais il ne cessa pas de tousser et d'expectorer. Sa fistule pleurale s'est refermée; mais il lui reste une fistule bronchique et un épanchement de gaz et de pus contre lequel il me fallut encore faire de nouvelles ponctions dans la plèvre afin de faciliter la cicatrisation.

J'en suis à la dix-huitième ponction, décidé à poursuivre de cette manière inoffensive cet hydropneumothorax, qui me paraît devoir guérir; mais c'est là une opération inachevée et il serait inopportun de discuter sur un résultat qui n'est pas encore certain.

Obs. III. — *Pleurésie purulente suivie d'hydropneumothorax. Empyème par succion. — Mort.*

M. M..., âgé de 54 ans, colosse de 1 mètre 85 centimètres, et lourd de 120 kilogrammes, fut pris de pleuropneumonie aiguë, à gauche.

Au mois de février 1849, et à la fin de la maladie, il se fit une perforation de la plèvre qui fut le point de départ d'un hydropneumothorax. — Le malade fut examiné par Rostan, que j'avais appelé en consultation.

A ce moment le mal datait de trois mois, le corps avait beaucoup maigri; une fièvre lente, continue, abattait les forces, et il y avait une dyspnée considérable. — La succussion produisait le bruit de fluctuation thoracique, il y avait du tintement métallique, et la matité remontait en arrière jusqu'à la partie supérieure de l'omoplate.

Nous conseillâmes l'empyème par ponction sous-cutanée, avec le trocart aspirateur de Jules Guérin, pour éviter l'incision de la plèvre. C'était le seul instrument de ce genre alors connu. D'abord repoussée par le malade, l'opération fut pratiquée par moi quelques jours plus tard.

Après avoir fait un pli à la peau avec le trocart aplati et courbe, dont le tube est percé de trous à l'extrémité, je fis la ponction entre le quatrième et cinquième espace intercostal et la seringue aspiratrice, fonctionnant comme il fallait, permit de retirer environ quatre cents grammes de pus.

Le malade fut très-soulagé, car la dyspnée cessa; mais la faiblesse ne fit qu'aumenter les jours suivants. La fièvre persista; il survint de la diarrhée et le malade succomba vingt jours après.

Obs. IV. — *Pleurésie purulente. — Thoracentèse par succion. — Mort.*

Un garçon nommé P..., âgé de 7 ans, pour lequel je fus appelé à Montreuil par le docteur Gandil, eut, dans le cours d'une fièvre typhoïde légère, un point de côté à droite, qui fut suivi de symptômes d'épanchement pleurétique très-abondant.

Quand je le vis, la respiration était très-gênée; l'enfant ne pouvait se coucher que sur le côté gauche. Tout le côté droit, au contraire, faisait une saillie considérable; les espaces intercostaux étaient complétement effacés, et la paroi un peu œdématiée. — Matité absolue en avant et en arrière, du haut en bas de toute la cavité thoracique. — Absence de respiration en avant et sur les côtés, mais, en arrière, faible bruit de souffle à la partie moyenne, sans égophonie. — Absence de vibrations thoraciques lors de l'émission de la voix. — Le cœur est refoulé à gauche.

L'enfant a de la fièvre, 120 pulsations, et il a considérablement maigri.

Je conseillai immédiatement l'opération de la thoracentèse. Il y eut quelques hésitations, mais on s'y décida le lendemain, et je fis entre le quatrième et cinquième espace intercostal, au-dessous de l'aisselle, une ponction aspiratrice avec la seringue Dieulafoy. Je retirai 300 grammes de pus.

L'enfant fut très-soulagé pendant deux jours, puis la dyspnée devint de nouveau très-forte; je fis une nouvelle ponction entre le cinquième et le sixième espace intercostal. La succion n'amena aucun liquide; je supposai que l'aiguille creuse avait la pointe au milieu de fausses membranes, et je la retirai pour l'implanter dans l'espace intercostal supérieur. La succion put s'exercer, et je retirai environ 200 grammes de pus. Alors la canule se boucha de nouveau; avec le stylet, j'essayai de la désobstruer, mais il ne sortit plus de liquide.

Je retirai de nouveau l'aiguille et l'implantai dans le même espace intercostal, un peu plus loin. Là je retirai environ 200 grammes de pus, puis l'aspiration par le vide de la seringue cessa de s'exercer, bien qu'il y eût encore du pus dans la plèvre.

Craignant que l'aiguille creuse employée ne fût trop petite, j'en pris une autre plus forte et plus longue de 12 centimètres. Avec elle, je fis une quatrième ponction dans le même espace intercostal; je retirai environ 50 grammes de pus, et la succion par le vide de l'appareil n'amena plus rien.

Cependant la canule se mouvait librement dans la plèvre, où elle pénétrait à une profondeur de 10 centimètres. On la remuait en tout sens. De temps à autre, si on enfonçait un peu plus, on sentait le poumon collé le long de la colonne vertébrale, qui ne s'était pas dilaté pour revenir près des parois thoraciques. L'aiguille ne se remuait pas dans la cavité pleurale remplie de gaz, puisqu'il n'y avait pas de son tympanique ni de bruit de succussion. Elle était encore dans une immense cavité de pus liquide qui ne pouvait sortir, même par la force de la succion exercée par le vide de l'appareil.

J'en conclus que le poumon était fortement enveloppé de fausses membranes résistantes, qui le collaient sur le rachis et l'empêchaient de se dilater pour revenir sur les côtes prendre la place du liquide enlevé. Comme l'air qui pénétrait par les bronches ne pouvait dilater le poumon, et que d'autre part il ne pouvait entrer dans la plèvre prendre la place du liquide que l'on voulait extraire avec la pompe, il en résultait que l'on avait beau faire le vide et aspirer, il ne sortait rien. C'est comme lorsqu'on veut boire un œuf par un petit trou fait à la coquille : si on ne fait une piqûre d'aiguille du côté opposé, il ne sortira rien. De même, d'une bouteille pleine, par le goulot de laquelle on veut boire en emprisonnant le goulot dans la bouche, il ne sort rien.

Dans cet état, je pensai qu'il faudrait revenir à l'empyème par incision, et, après avoir injecté *cinquante* grammes de teinture d'iode étendue, je retirai la canule, ajournant au lendemain pour l'adoption de la marche à suivre.

Le lendemain, la gène de la respiration augmenta de nouveau, et l'enfant succomba.

Réflexions. — Ce cas présente une des contre-indications que l'on pourra trouver quelquefois dans la pleurésie purulente. C'est l'enveloppement si complet du poumon sur la colonne vertébrale au moyen de fausses membranes, qu'il n'y ait pas possibilité pour lui de se remplir d'air afin de se rapprocher des côtes. — C'est la *carnification du poumon.* Dans ces cas où la ponction par le trocart ordinaire échoue toujours, puisqu'elle ne donne pas d'issue au liquide, on pouvait croire que l'aspiration pneumatique ou succion réussirait mieux. — Il paraît que ce sera la même chose. En pareille occurrence, il est évident que la ponction avec lavage continuel au moyen du siphon de Potin, ou que l'empyème par incision et la ponction au trocart suivis de l'application permanente d'une sonde dans la plèvre sont les seules médications à employer.

Obs. V. — *Pleurésie simple, commençant à devenir purulente, guérie par deux succions avec l'aspirateur.*

D..., âgée de 4 ans, fille d'un négociant du quartier Saint-Germain, fut prise, au mois de janvier 1871, d'accidents fébriles intenses, accompagnés de toux sèche et de gêne respiratoire, suivis d'un épanchement liquide considérable dans le côté gauche de la poitrine. C'est alors que je fus appelé.

Au bout de huit jours le niveau du liquide avait atteint la fosse sus-épineuse et sous-claviculaire, refoulant le cœur un peu à droite.

Matité absolue en avant et en arrière de la base au sommet, presque jusqu'en haut de la plèvre. — Absence complète de bruit respiratoire à la base en arrière; souffle à l'angle inférieur de l'omoplate jusqu'à la crête de cet os sans égophonie, mais avec un faible retentissement de la voix. Dans la fosse sus-épineuse il n'y avait qu'un bruissement affaibli sans expansion vésiculaire franche. Sous la clavicule, même bruissement et pas de murmure vésiculaire. Matité assez considérable.

Les côtes se soulevaient peu dans cette partie de la poitrine; les espaces intercostaux étaient effacés et tendus; il n'y avait pas de vibration des parois au moment du cri.

Avec cet état local de la plèvre, il y avait un état général symptomatique assez grave : fièvre très-vive; inappétence; soif fréquente; toux pénible; respiration courte, fréquente, saccadée, sans douleur appréciable; décubitus latéral gauche permanent, impossible à changer; agitation et insomnie, tels étaient les symptômes caractéristiques de cette pleurésie grave ayant produit un épanchement séreux considérable.

Je conseillai la thoracentèse, sans vouloir attendre l'effet d'aucune autre médication interne, et sans vouloir employer les révulsifs habituels.

La famille accepta, et je fis la thoracentèse avec l'aiguille la plus fine de l'aspirateur pneumatique. Je retirai environ 500 grammes de sérosité citrine très-claire, qui se coagula par le refroidissement. Le niveau de la matité s'abaissa jusqu'au-dessous de l'angle inférieur de l'omoplate, et le poumon étant revenu près des côtes je pus constater la disparition du souffle et le retour du bruit respiratoire.

Je donnai *l'alcoolature de Bryone*, à deux grammes par jour, et l'enfant fut mise au régime du lait coupé et du bouillon de poulet lacté.

Trois jours après, l'épanchement s'était reproduit, et il était presque aussi considérable qu'avant l'opération. Sans attendre son augmentation, je fis une nouvelle aspiration avec la seringue, et j'épuisai le liquide de la plèvre, dont il sortit environ 600 grammes. Cette fois le liquide citrin, verdâtre, était plus trouble, légèrement purulent, et dans les dernières parties extraites il était tout à fait louche et mélangé d'un peu de pus.

On continua la potion avec *l'alcoolature de Bryone* et le *régime.*

La composition demi-purulente du liquide extrait de la plèvre, dans cette seconde thoracentèse par succion, pouvait faire craindre qu'il ne se fît une véritable pleurésie purulente. Il n'en a rien été. L'épanchement se reproduisit bien un peu, en faible quantité, jusqu'au-dessous du niveau de l'angle de l'omoplate, sans exiger une nouvelle ponction; mais au bout de quelques jours, ce qui s'était sécrété de nouveau se résorba, la fièvre perdit de son intensité, et l'enfant entra en convalescence.

Elle fut longtemps à se remettre; mais enfin, au bout de quelques semaines, les forces lui revinrent, elle put se lever, et maintenant elle est guérie sans avoir de retrécissement de la poitrine.

Réflexions. — Cette observation de pleurésie purulente à ses débuts complète l'exposé des faits qui sont l'objet de ce travail. — Ce n'est pas encore une pleurésie purulente avec épanchement de pus phlegmoneux, mais quelques jours de retard dans la seconde ponction eussent conduit à ce résultat fâcheux. Sous ce rapport, c'est un cas qui offre le plus grand intérêt.

(*A suivre.*)

UN MOT SUR LE TRAITEMENT DE L'HYDROCÉPHALIE

Par le docteur Fort.

On lisait dernièrement dans la *Gazette des Hôpitaux* que M. Monod venait d'instituer un traitement, *très-rationnel*, des épanchements séreux : hydrocèle, kystes séreux du corps thyroïde. Dans les observations concluantes qui accompagnaient la lecture de son travail devant la Société de chirurgie, on voyait que M. Monod extrayait une cuillerée environ de sérosité épanchée au moyen de la *canule capillaire* de la seringue de Pravaz, et qu'il injectait immédiatement une vingtaine de gouttes d'alcool. Les épanchements séreux ont été résorbés dès que la composition du liquide a été modifiée par l'injection de l'alcool. En faisant cette communication, M. Monod a dit incidemment qu'on pourrait appliquer cette méthode de traitement à tous les épanchements séreux, à *l'hydrocéphalie* entre autres.

Il me paraît opportun, vu le peu de chance de curabilité de cette terrible maladie, d'étudier cette question en attendant que quelque fait, ce dont je ne doute pas, vienne donner de l'autorité à cette méthode employée dans le traitement de l'hydrocéphalie.

Je ne rappellerai pas la compression employée par Engelman (*Gazette médicale*, 1838, 1843), et qui n'a donné aucun résultat. La

---

développement intellectuel de notre cité. D'un caractère communicatif, malgré sa froideur apparente, cherchant les occasions, Stœber est bientôt en rapport avec les sommités de la science. Plusieurs hommes distingués s'intéressent au jeune médecin. Assidu aux séances des académies, il voit encore l'ancien Institut, Portal, Pinel, Chaussier, Lamarck, Jussieu, très-avancés en âge; il suit Dupuytren, Laennec, Broussais, Esquirol, Larrey, et dans une intéressante notice il retrace les portraits de ces anciens maîtres (1). La littérature l'attire; c'était l'époque brillante des Villemain, des Cousin, des Guizot; très-attaché aux idées libérales, appartenant à une famille dont le sang avait coulé sur nos champs de bataille, il est accueilli avec bienveillance par Benjamin Constant, par le général Foy, dont il admire surtout le talent et le caractère. Le temps a dissipé les illusions de la jeunesse, il a mûri les convictions sans les ébranler; Stœber est toujours resté partisan des institutions libres, mais fondées sur le respect de la religion et des mœurs.

A Paris, il s'est livré à un travail incessant, menant la vie de l'étudiant laborieux aux modestes ressources. Présenté à Férussac et admis à ses réunions, où se rencontraient les illustrations scientifiques de tous les pays, Stœber fut attaché, pour la partie médicale, à la bibliographie du *bulletin* si connu, publié par ce savant. Cette collaboration lui fut agréable et avantageuse, elle l'exerça à l'étude des langues étrangères et lui ouvrit une source d'instruction. Il y eut alors un moment décisif dans la vie de notre collègue; il faillit être perdu pour Strasbourg et se fixer définitivement à Paris. Le célèbre Gall avait accueilli avec bienveillance le jeune médecin alsacien; Gall avait alors une clientèle considérable dans la colonie étrangère, si nombreuse à Paris; sentant déjà le poids des années, il cherchait un jeune médecin connaissant parfaitement la langue allemande, qui pût l'aider d'abord, lui succéder ensuite dans cette clientèle, qui comprenait les sommités de tous les pays; il offrit cette position à Stœber, dont il avait apprécié le caractère discret et sûr et le talent médical. Le jeune homme fut un instant ébranlé; nul doute qu'il ne fût arrivé ainsi à une haute position sur ce grand théâtre; Gall mourut deux ans après. Le plan de Stœber était fait; il aimait sa ville natale, il avait encore bien des voyages en perspective, et il refusa ces offres séduisantes. Il quitte Paris, fait son tour de France, en grande partie à pied, avec quelques amis, descend la Loire, visite Nantes, Bordeaux, Marseille, revient passer un hiver à Paris, où il se prépare, par une sérieuse étude de l'anglais, à un voyage dans les trois royaumes.

Cette époque de sa vie a laissé chez lui de profonds souvenirs; position, fortune, tout lui a souri plus tard, et sa carrière, certes, a été heureuse, mais il parlait toujours avec prédilection de ces années de travail et de jeunesse, de ces libres voyages, prélude de sa vie sérieuse.

(*A suivre.*) Professeur Tourdes.

(1) « Dupuytren est resté pour moi le modèle des professeurs de clinique chirurgicale. Calme, impassible pendant les opérations qu'il faisait, avec une sûreté et une élégance extraordinaires, il exposait les faits lentement et avec une clarté telle, que chaque mot se gravait dans la mémoire des élèves. D'une exactitude scrupuleuse, il ne marchandait pas son temps, et bien des fois je l'ai vu, arrivé à six heures, ne quitter l'hôpital qu'après onze heures. Il tirait alors de sa poche un petit pain, qu'il mangeait en allant à pied chez lui, près du Louvre. Pour suivre sa clinique, il fallait une carte, qu'il délivrait lui-même. Assis à une petite table dans une salle de l'Hôtel-Dieu, il recevait les demandes. Les élèves lui présentaient leur inscription; les docteurs, leur diplôme; il donnait la carte aux élèves sans bouger, mais il saluait les docteurs. Lorsque je me présentai, je n'avais pas encore mon diplôme, mais on m'avait délivré, à la Faculté, un certificat constatant que j'avais soutenu une thèse sur le *Delirium tremens.* Je lui remis ce certificat; il me demanda alors si l'on connaissait à Strasbourg ses recherches sur le délire nerveux, et si l'on se servait de son traitement par l'opium. Je ne m'étais pas encore, à cette époque, débarrassé d'une timidité extrême qui m'a longtemps poursuivi; je répondis cependant avec plus d'assurance que je ne m'en croyais capable, au milieu de cette foule d'étudiants, que l'on employait quelquefois son traitement, mais pas toujours. Là-dessus, il me salua et me donna ma carte d'entrée. »

« Laennec était un petit homme grêle qui avait l'air aussi malade que les individus couchés dans son service, et qui étaient tous affectés de maladies des poumons et du cœur. Sa clinique n'était fréquentée que par de jeunes docteurs, la plupart anglais. On n'y allait que pour se familiariser avec l'auscultation et la percussion. Je ne m'exerçai cependant pas beaucoup dans ce service, les malades me faisaient pitié; les Anglais se jetaient sur eux comme sur une proie, les percutaient, les retournaient, les secouaient avec une inhumanité qui me révoltait; je ne voulais pas augmenter les souffrances de ces pauvres victimes, je préférais me borner au rôle d'auditeur et m'exercer au moyen d'exploration dans des services moins encombrés, comme, entre autres, à la clinique de Fournier et de Lherminier. »

« Pendant quelque temps, je suivis la clinique de Broussais, au Val-de-Grâce; j'étais curieux de voir si la pratique du célèbre réformateur était conforme à sa théorie. Je fus surpris de le voir employer assez souvent l'opium et même la quinine, remèdes incendiaires suivant sa doctrine ... Broussais était alors à l'apogée de sa gloire; il n'était pas encore entré à la Faculté. Il faisait son cours rue des Grès, dans un amphithéâtre dont le plafond s'effondrait; la foule était immense. Je crois voir encore le fougueux réformateur, avec sa grosse tête enfoncée entre les épaules, lancer les éclairs de ses petits yeux par-dessus des lunettes dorées, et fulminer l'anathème contre ce qu'il appelait les ontologistes. Peu d'années après, il prêchait dans le désert, dans le grand amphithéâtre de l'École. »

ponction fut pratiquée autrefois par Tulpius, Le Cat, Breschet; plus tard par Dupuytren, et plus récemment encore par Conquest (*Gazette médicale*, 1838), par Malgaigne (*Bulletin thérapeutique*, 1840), et par West (*London medicol Gazette*, 1842). Après de nombreux insuccès, les chirurgiens ont renoncé à cette opération. Et pourtant combien peu de chances a le malade de sortir de cet état de compression du cerveau!

On cite plusieurs cas de guérison par la ponction simple, mais aucun n'est authentique; ni celui de Graefe (*Journal de chirurgie de Graefe et Walther*, 1841), ni les 10 observations de Conquest, pas plus que les 16 guérisons citées par West.

Cependant la ponction ne tue pas par elle-même, du moins par méningite: 1° Malgaigne a extrait 620 grammes de liquide, et douze jours après, 890 grammes de la tête d'un hydrocéphale de sept mois. L'enfant n'est mort que vingt-six jours après la première ponction;

2° Vose a fait quatre ou cinq ponctions accessoires (*Méd.-chir.*, Review, t. II) chez un enfant qui n'en est pas mort;

3° Graefe a pratiqué onze ponctions chez un hydrocèle, du 8 janvier au 23 juin.

Les auteurs du *Compendium* croient que le *trocart explorateur* de Boyer est l'instrument le plus avantageux pour cette opération.

La ponction ne guérit pas les malades, parce que lors de la soustraction du liquide séreux, *les parois crâniennes ne reviennent pas sur elles-mêmes* avec autant de facilité que les parois abdominales, éminemment rétractiles et élastiques, et *parce que le cerveau ne peut se dilater* comme le poumon pour remplir le vide opéré par la soustraction du liquide. Il doit donc se passer l'une des deux choses suivantes, attendu que la cavité crânienne est un espace clos: *ou bien l'air pénètre* par la canule du trocart dans la cavité ventriculaire dilatée, *ou bien la paroi cérébrale s'affaisse*, et le vide qui se fait autour du cerveau est rempli par une *exhalation séreuse* produite rapidement au niveau des vaisseaux de la pie-mère. Les parois ventriculaires, refoulées et amincies, étant souvent un peu adhérentes aux parois crâniennes, notamment dans les points où les sinus veineux reçoivent les veines, on peut également admettre que les vaisseaux dilatés de la membrane ventriculaire fournissent cette exhalation séreuse.

Quoi qu'il en soit, il me paraît hors de doute que le *défaut de guérison tient au retrait trop lent des parois crâniennes* après l'évacuation d'une portion du liquide.

Je crois donc qu'on pourrait suivre dans cette opération le précepte de M. Monod. En pratiquant une *ponction capillaire*, par exemple avec la petite canule de l'aspirateur de M. Dieulafoy, on éviterait l'accès de l'air et l'on ferait à la paroi de l'épanchement une plaie certainement insignifiante. En *aspirant cinq ou six grammes* de liquide, on ne diminuerait que fort peu le degré de compression que l'épanchement exerce sur la substance cérébrale, et celle-ci ne subirait aucun déplacement. En injectant séance tenante, sans retirer la canule, *une douzaine de gouttes d'alcool*, on modifierait la composition du liquide séreux sans courir le risque d'enflammer le cerveau par le contact de cette petite quantité d'alcool. Il serait possible que la résorption de l'épanchement se fît graduellement, résorption qu'on pourrait aider d'une légère *compression continue* de la tête et de l'administration de quelques médicaments dits *hydragogues*, qui agissent si bien chez les enfants. Enfin, je crois qu'en opérant chez les enfants très-jeunes, on aurait plus de chance de succès, parce que les parois crâniennes, plus souples, reviendraient plus aisément sur elles-mêmes. Attendons les faits.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Séance du 19 août 1870. — Présidence de M. Simonot.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

M. le préfet de la Seine soumet à l'examen de la Société cinq employés, pour savoir s'ils sont capables ou non de continuer leurs emplois.

A propos du procès-verbal.

M. Lagneau. Il n'y a pas que les cagots qui aient l'adhérence du lobule de l'oreille. Cette adhérence n'est pas pour moi une preuve de crétinisme héréditaire, ainsi que semble le dire M. Lunier, c'est trop absolu. Ainsi certaines races ont cette conformation. M. Guyon l'a rencontrée chez les Chaouia de l'Aurès, ou Kabyles blonds. Gaudron (de Nancy) l'a signalée chez certains Lorrains, qui n'étaient pas assurément des crétins.

L'adhérence du lobule n'est pas le caractère unique du cagot, ne coïncide pas toujours avec le crétinisme.

COMMUNICATION

M. Giraldès. Puisque la Société l'exige, je lui communiquerai quelques faits que j'ai eu à observer dans mon service du Val-de-Grâce, où je remplace M. Maurice Perrin.

Je présente une balle Minié que j'ai extraite de l'avant-bras d'un turco, d'un nègre du plus beau noir, à l'aide d'un tire-balle, long et très-délié, à pointes qui se croisent et à crémaillère. La balle, entrée vers le milieu de l'avant-bras, avait pénétré au-dessous des plans musculaires, jusqu'à l'apophyse coronoïde. Le gonflement était considérable, je dus débrider, et fis sortir la balle par la partie inférieure. Elle est aplatie à son sommet et a dû être tirée de loin. On sait comment marchent les balles cylindro-coniques, elles ont un mouvement de vrille, une trajectoire tendue, elles vont droit et ne dévient pas. Le général Délion a démontré que ces balles pouvaient se retourner et frapper par la partie postérieure; elles peuvent aussi se présenter de côté et, continuant à marcher en roulant sur elles-mêmes, elles déterminent des plaies très-graves et des clapiers énormes. Chez mon nègre, la balle a touché la partie osseuse; il pourra y avoir une nécrose et l'articulation peut être atteinte.

On est toujours étonné de l'intelligence des balles, qui ménagent souvent les artères.

Un autre soldat a reçu un éclat d'obus à la région sourcilière externe. La peau présente très-peu d'altération, et cependant la commotion a été assez grande pour rompre la capsule cristalline et produire une cataracte. J'ai enlevé le cristallin par la méthode linéaire. Je n'ai pas observé d'accident jusqu'à présent; mais je crains qu'il n'y ait quelque altération du côté de la rétine.

M. Durozier. M. Giraldès a-t-il eu l'occasion d'employer l'appareil de M. Trouvé?

M. Giraldès. C'est un appareil scientifique qui pourra rendre des services, mais exceptionnellement.

M. Durozier. N'y a-t-il pas toujours intérêt à retirer les corps étrangers?

M. Giraldès. On sait qu'on peut porter une balle pendant très-longtemps sans grand inconvénient.

En 1848, aux affaires de juin, j'étais à l'hôpital des Cliniques. Un mobile avait reçu une balle dans le grand trochanter; elle y resta longtemps; mais des accidents se manifestèrent dans l'articulation coxo-fémorale. Il fallut se mettre à la recherche de la balle; à l'aide d'une gouge je l'enlevai. Il se forma une arthrite purulente, la gaîne du psoas fut ouverte et le pus fila dans l'abdomen. Je dus penser à la désarticulation. Blandin inclina vers l'abstention, et eut raison. La guérison se fit, avec une ankylose complète il est vrai.

Un employé du ministère de l'Intérieur eut la cuisse cassée par un lingot; la consolidation se fit; mais plus tard des accidents apparurent, et de temps en temps il sortait un morceau de plomb.

Je me rappelle avoir lu dans l'ancien *Journal d'Édimbourg* l'histoire d'un soldat des Indes qui avait reçu dans les fosses nasales une culasse de fusil; elle y resta longtemps.

Enfin, en faisant des recherches pour les maladies des sinus maxillaires, j'en ai rencontré deux qui contenaient des morceaux de plomb, bien que tout fût parfaitement cicatrisé.

M. Durozier. Puisque chez ce mobile des accidents graves ont apparu plus tard, n'y avait-il pas lieu à chercher dès le début à extraire la balle, et l'appareil de M. Trouvé ne pourrait-il pas aujourd'hui servir à ces recherches?

M. Forget. Tout le monde sait que les corps étrangers peuvent rester enclavés indéfiniment dans les tissus sans produire d'accidents. Mais au niveau des articulations, le séjour d'une balle peut produire des accidents de contiguïté; j'en ai vu des exemples. En principe, ne doit-on pas dans ces cas chercher à extraire la balle? J'ai été élevé par mes maîtres dans ces idées.

Pourtant, dans deux circonstances, j'ai agi autrement. En juin 1848, M. Thayer avait reçu une balle de petit calibre dans le tarse. Au bout de douze ou quinze jours, l'inflammation survint; le trou d'entrée s'agrandit, on extraya la balle, et la guérison eut lieu.

Nous connaissons tous le fait de Garibaldi. La balle n'a pas été extraite, elle est tombée d'elle-même et il a guéri.

Il y a avantage, quand on le peut, à ne pas faire de grands délabrements.

Un soldat avait reçu à Waterloo une balle dans le trochanter, qui fut fracturé; la balle ne put être retirée, et, pendant 27 ans, j'observai chez lui la sortie de fragments d'os. La guérison finit par avoir lieu.

M. Giraldès. Il faut distinguer entre les plaies récentes et les plaies anciennes. Je crois que, pour les plaies récentes, l'appareil de Trouvé ne sert à rien.

Quant aux plaies anciennes, lorsqu'il y a des dépôts osseux autour des projectiles, cet instrument pourra rendre des services. Mais le chloroforme simplifie beaucoup la recherche des corps étrangers; on peut dilater les trajets avec la laminaria et faire des incisions.

Je suis d'avis qu'il faut enlever les balles quand on le peut.

L'ablation est forcée quand il y a des accidents, aux pieds, aux genoux, au niveau de la mortaise tibiale; et je remarque que les blessures des membres inférieurs sont plus graves que pour les membres supérieurs. Pourquoi? Je ne saurais le dire.

Mais il n'y a pas d'accidents inflammatoires, on peut attendre. Des balles ont pu rester longtemps dans le tissu osseux, mais exceptionnellement.

Autrefois, les balles rondes broyaient le tissu osseux; on réséquait et le malade guérissait; mais avec les balles cylindro-coniques, il n'en est plus de même; l'os est fendu du haut en bas comme un roseau et les accidents consécutifs sont très-graves; on est obligé de faire beaucoup plus de désarticulations. Tous les auteurs qui se sont occupés des plaies par armes à feu, dernièrement, ont signalé ce fait.

M. Gallard. L'appareil de Trouvé est très-ingénieux et peut rendre des services, sinon sur le champ de bataille, au moins un peu plus tard. Il eut été utile pour trancher la difficulté qui s'est élevée au sujet de la présence d'une balle. Lorsque l'appareil de Trouvé indique la présence du plomb, on peut pousser le tire-balle avec plus de confiance. Mais ce n'est que dans certains cas qu'on pourra se servir de cet appareil, au niveau de l'articulation par exemple.

M. Giraldès. Je le répète, cet appareil ne servira qu'exceptionnellement. Les balles sont en général assez volumineuses pour qu'on les sente facilement, le chloroforme aidant. Le diagnostic entre le plomb et le fer me paraît peu important, en ce que c'est presque toujours le plomb qui sert de projectile. Les balles à pointe d'acier sont rares, les éclats d'obus sont en général assez gros pour être retrouvés assez facilement. Enfin les débris contenus dans les boîtes à mitrailles pénètrent peu profondément.

M. Durozier. Je poserai de nouveau la question. Doit-on chercher la balle immédiatement? Ambroise Paré a posé ce principe, qu'il ne fallait pas attendre que les tissus fussent enflammés pour se livrer à la recherche des projectiles, qu'il fallait les extraire le plus promptement possible.

M. Giraldès. Il faut que la balle soit facilement accessible. Aujourd'hui, Ambroise Paré n'est plus une autorité.

M. Guibout. Je crois qu'il faut toujours sonder une plaie. Il y a huit jours, je suis appelé près d'un négociant qu'on supposait foudroyé par une attaque d'apoplexie. Du sang s'écoulait de la tempe. Le malade était dans les lieux d'aisances; on supposait qu'il avait pu se blesser en tombant. J'introduisis un stylet et je pénétrai dans le cerveau. Le pourtour de la plaie était noirci par la poudre; on trouva un revolver dans la cuvette.

M. Giraldès. Il ne faut pas sonder quand même une plaie: une hémorrhagie foudroyante serait possible. Nous ne parlions avec M. Forget que des régions osseuses; jamais je n'irai chercher un projectile dans la poitrine. Un mobile, en 1848, avait une plaie pénétrante de la poitrine: il se plaignait de sentir toujours sa balle. Je le chloroformai, je pris une balle et je la lui montrai; dès lors il ne souffrit plus. Il est mort un mois après; la balle était logée dans un repli du péricarde.

Un chiffonnier reçoit un coup de pistolet au cou. Au bout de quelque temps, nous trouvons les signes d'un anévrysme artérioso-veineux. La plaie est guérie. Le malade s'en va. Plus tard, il succomba à un anthrax malin. Nous trouvons une plaque de plomb logée entre la veine et l'artère. Dans ce cas, des explorations eussent été évidemment dangereuses.

M. Forget. Il n'y a pas de règles absolues, mais il faut s'abstenir dans la plupart des cas. Dans certaines circonstances seulement où il y a des accidents locaux, des phlegmons profonds, il faut débrider; mais il y aurait peut-être lieu de se servir de l'appareil Trouvé avant d'opérer le débridement.

M. Giraldès. Avec cet appareil on eût trouvé de suite la balle que portait Garibaldi.

La séance est levée à 5 heures 1/2.

Le secrétaire annuel : Duroziez.

CORRESPONDANCE

Ambert, le 12 novembre 1871.

Monsieur le rédacteur,

J'ai lu avec beaucoup d'intérêt, dans le numéro du 21 octobre dernier de votre estimable journal, un rapport de M. le docteur Daudirac à l'Association médicale de Cauterets, et je reconnais avec lui que la nomination de certains médecins à certains postes médicaux est une atteinte portée aux intérêts de leurs confrères, mais je ne puis laisser passer sans observation les lignes suivantes:

« Chaque médecin libre d'attaches officielles peut bien, s'il le juge convenable, envoyer à son gré des mémoires à l'Académie de médecine; l'égalité professionnelle paraît ne pas en être froissée; mais quand donc un médecin particulier a-t-il eu une médaille quelconque? Sont-ils admis à concourir? »

Je répondrai à mon confrère: oui, un médecin particulier peut envoyer des mémoires à l'Académie, il peut concourir avec les médecins officiels et obtenir des médailles.

Pour ma part je connais un docteur qui, après vingt ans de pratique médicale, sachant que le médecin des épidémies de son arrondissement n'envoyait jamais aucun rapport à l'Académie, a eu le courage de rédiger et d'envoyer à l'Académie un travail sur les épidémies de son arrondissement, et a obtenu, pour ce travail, une médaille de bronze. Deux ans après, un deuxième travail, du même docteur, lui a valu la 1re médaille d'argent, que le ministre lui a adressée, sur la proposition de l'Académie. Ce travail lui a valu de plus une lettre très-flatteuse du rapporteur de la commission. Il est vrai qu'il a pu y avoir erreur soit de la part de l'Académie, soit de la part du ministre, et qu'on a cru récompenser, non pas un médecin libre, mais le médecin des épidémies, parce que le rapport de la commission a été adressé, non pas nominativement au médecin récompensé, mais au médecin des épidémies, qui s'est bien gardé de le communiquer à son confrère, l'auteur du travail récompensé.

Mais voici en quoi M. Daudirac pourrait bien avoir raison, c'est que les médailles ne servent pas à grand'chose.

L'Académie des sciences de Clermont-Ferrand mit au concours la question suivante:

« Topographie médicale, statistique médicale et hygiène de l'un des cantons du département du Puy-de-Dôme. »

Le docteur libre de tout lien administratif, qui avait obtenu de l'Académie de médecine de Paris des médailles de bronze et d'argent, envoya un travail qui eut la médaille d'or.

A la même époque, la place de médecin des épidémies de l'arrondissement devint vacante par le départ du titulaire; en bonne justice, le médecin qui avait obtenu des médailles de bronze, d'argent et d'or, aurait dû lui succéder. Il n'en fut pourtant rien. On lui préféra un jeune médecin militaire démissionnaire (démissionnaire malgré le serment d'honneur qu'il avait prêté de servir pendant dix ans), qui, à défaut d'autre titre, avait ceux d'être propre parent du dernier médecin des épidémies, le neveu de M. le maire et le gendre du conseil général; et voilà pourquoi, depuis huit ans que ces faits se sont passés, il n'a pas été envoyé à l'Académie un seul travail sur les épidémies de l'arrondissement que j'habite.

L'on nous dit bien que le règne des parleurs est passé, mais nous nous apercevons, dans notre arrondissement, que *plus ça change et plus c'est la même chose.*

Si vous pensez que ma lettre puisse servir d'édification à vos lecteurs, je vous prie de lui donner une place dans un de vos prochains numéros.

Agréez, Monsieur le rédacteur, l'assurance de ma considération distinguée.

Mavel,
Docteur médecin.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 16 novembre 1871, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur:

Au grade de commandeur: M. Demortain, pharmacien principal de 1re classe.

Au grade d'officier: M. le docteur Gevrey, attaché aux ambulances de Vesoul.

Au grade de chevalier: M. Delbousquet, médecin-major de 2e classe; M. Barthélemy, médecin aide-major de 1re classe, et M. le docteur Guerber, à Neufbrisach.

— L'École supérieure de pharmacie de Paris a fait sa rentrée, en séance solennelle, le mercredi 15 novembre, sous la présidence de

M. Bussy, directeur de cette école, et en présence de M. Privat-Deschanel, inspecteur d'académie délégué.

M. Buignet, professeur de physique et secrétaire général de la Société de pharmacie de Paris, a prononcé l'éloge de M. le professeur Guibourt.

M. Jungfleisch, professeur agrégé, a lu un rapport sur le prix des hèses de la Société de pharmacie (concours de 1870).

M. Bourgoing, professeur agrégé, a lu un rapport sur le prix des thèses de la Société de pharmacie (concours de 1871).

M. Planchon, professeur de matière médicale, a terminé la séance par la lecture du rapport sur les prix de l'École et sur le prix Ménier.

PRIX DE L'ÉCOLE DE PHARMACIE.

1re année. — 1er prix, M. Gay; 2e prix, M. Lajoux; mention honorable, M. Bagros.

2e année. — 1er prix, M. Yvon.

3e année. — 1er prix, M. Paré; 2e prix, M. Rietsch.

Prix Ménier : M. Ch. Ménier.

PRIX DE LA SOCIÉTÉ DE PHARMACIE.

Thèses de 1870. — Prix, M. Forterre; mention honorable, M. Vigier.

Thèses de 1871. — Prix, M. Carles; mention honorable, M. Collin.

La question proposée pour le prix Ménier de 1872 est ainsi conçue : *Histoire des insectes qui peuvent être employés comme vésicants.*

— Au mois de janvier 1872, un concours s'ouvrira, à Paris, pour l'admission dans le cadre des médecins militaires de cinquante médecins aides-majors de 2e classe, destinés à être employés dans les régiments de l'armée.

Les candidats qui désirent prendre part à ce concours devront adresser leurs demandes sous pli cacheté au ministre de la guerre, avant le 15 décembre 1871.

Les épreuves auxquelles les concurrents doivent satisfaire sont les suivantes :

1re épreuve. Clinique médicale : vingt minutes seront accordées à chaque candidat pour l'examen de deux malades et l'exposé oral.

2e épreuve. Clinique chirurgicale : vingt minutes seront accordées à chaque candidat pour l'examen de deux malades et l'exposé oral.

3e épreuve. Interrogations sur l'anatomie descriptive et topographique. Ces trois premières épreuves sont éliminatoires.

4e épreuve. Composition écrite : 1° sur une question de diagnostic médical, et 2° sur une question de diagnostic chirurgical, plus spécialement sur les blessures par armes de guerre. Il sera accordé trois heures pour rédiger la composition écrite, sans livres, ni notes, sous la surveillance d'un membre du jury. Les questions à traiter seront les mêmes pour tous les candidats.

5e épreuve. Opérations et appareils : la durée de cette épreuve sera de vingt à vingt-cinq minutes.

Les conditions pour être admis à ce concours sont les suivantes :

1° Être Français ou naturalisé Français ;

2° N'avoir pas plus de 30 ans révolus à la date du 31 décembre 1871 ;

3° Être en possession du diplôme de docteur en médecine.

Les candidats devront joindre à l'appui de la demande qu'ils adresseront au ministre de la guerre :

1° Leur acte de naissance ;

2° Leur diplôme de docteur en médecine;

3° S'ils résident à Paris, un certificat délivré par le maire de leur arrondissement et visé par le commissaire de police de leur quartier, attestant leurs principes et leur parfaite honorabilité. S'ils habitent les départements, un certificat identique délivré par le maire de leur commune.

Les candidats devront, en outre, fournir une attestation établissant qu'ils ne sont atteints d'aucune infirmité qui puisse les rendre impropres au service militaire.

Enfin, ils devront faire connaître, dans leur demande, leur domicile exact, afin de pouvoir être convoqués pour le jour des épreuves.

— Dans sa séance du 7 novembre, le Conseil général des Hautes-Pyrénées a voté à l'unanimité la suppression de l'inspectorat médical des eaux thermales.

Nos lecteurs apprécieront l'importance de ce vote, en se rappelant que Baréges, Cauterets, Bagnères-de-Bigorre, Saint-Sauveur et Capbern, se trouvent dans le département des Hautes-Pyrénées, et que ce même département exporte les sources de Labassère, Gazost, Nabias, César, la Raillère.

— M. le docteur Galezowski commencera un cours public sur les maladies des yeux, mardi prochain 21 novembre 1871, à sept heures et demie du soir, dans l'amphithéâtre n° 3 de l'École pratique de la Faculté, et le continuera les mardis et les jeudis suivants à la même heure.

Ce cours comprendra :

1° Études sur les affections externes et internes de l'œil se rattachant aux maladies syphilitiques, scrofuleuses, arthritiques, l'albuminurie, la glycosurie, etc.

2° Étude sur les altérations de la rétine et du nerf optique dans les affections cérébrales.

— A céder, à Paris, clientèle médicale d'un produit de 18 à 20,000 francs. — S'adresser, par lettre, à M. F. L..., aux bureaux du journal.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

N° 138 — JEUDI 23 NOVEMBRE 1871. 44e ANNÉE. JEUDI 23 NOVEMBRE 1871 — N° 138.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois. . . 8 fr 50 c.
Six mois. . . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 22 novembre 1871.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance de lectures et de présentations. Après une « leçon de plessimétrie » faite par M. Piorry, en manière de complément de sa lecture sur la ponction dans la tympanite, l'Académie a entendu successivement des lectures de M. Panas sur la cause réelle de la paralysie réputée rhumatismale du nerf radial, de M. Magnan en son nom et au nom de M. Bouchereau sur l'alcoolisme, et de M. Lefort sur la répartition de l'atropine dans la feuille et la racine de la belladone. On trouvera dans le compte rendu les conclusions des mémoires de M. Panas et de M. Lefort.

Le travail fait en commun par M. Magnan et M. Bouchereau a pour objet la statistique des malades alcooliques entrés au bureau d'admission à Sainte-Anne, pendant les mois de mars, avril, mai, juin 1870 et les mois correspondants de 1871. Il résulte, en gros, de ces recherches dont nous pourrons donner plus tard quelques-uns des détails les plus intéressants, que ce n'est pas seulement par leur nombre plus élevé que les alcooliques de 1871 se sont distingués de ceux de 1870, mais encore par le caractère plus aigu généralement de leur intoxication. Le fait le plus remarquable qui ressort de ces recherches, c'est l'énorme proportion de sujets atteints de paralysie générale avec complication d'alcoolisme qui ont été admis à l'asile pendant le mois de mai 1871. Elle est de plus de 55 p. 100 sur le nombre des entrées des malades de toute catégorie. L'alcool, dans ce fatal mois de mai, a fourni aux asiles plus de la moitié du contingent total des aliénés.

M. Péan a clos la séance par une série de présentations d'opérés, tous plus intéressants les uns que les autres. On trouvera dans le compte rendu la relation des deux premières opérations dont il a entretenu l'Académie. Les autres se rattachant à un ensemble ou groupe spécial d'affections, qui a été de sa part l'objet de considérations étendues, nous en entretiendrons nos lecteurs dans l'un de nos prochains numéros.

Ne laissons pas échapper l'occasion de signaler, à propos des nombreuses présentations d'ouvrages qui ont été faites au début de cette séance, une œuvre qui joint à son utilité pratique le caractère d'une légitime et patriotique revendication. On a beaucoup trop et trop longtemps exalté ou laissé exalter en France les richesses hydro-minérales de l'Allemagne au détriment des nôtres. M. le docteur Rotureau, à qui nous sommes déjà redevables de l'ouvrage le plus complet et le plus exact qui existe sur les eaux minérales d'Europe, a fait présenter à l'Académie, par M. Barth, une brochure intitulée : *Examen comparatif des principales eaux de l'Allemagne et de la France*, et dans laquelle il a résumé succinctement les propriétés des eaux minérales de la France comparées à celles des eaux de l'Allemagne, de manière à diriger les praticiens dans le choix d'une station minérale française, pour répondre aux indications qu'on se proposait de remplir en adressant les malades aux diverses sources du nord de l'Allemagne. Cette œuvre sommaire peut être utilement complétée plus tard par une étude comparative approfondie des effets thérapeutiques des sources similaires. Mais, telle qu'elle est, elle a déjà, à nos yeux, un incontestable mérite.

Dr BROCHIN.

DE LA THORACENTÈSE

PAR SUCCION DANS LA PLEURÉSIE PURULENTE
ET DANS L'HYDROPNEUMO-THORAX (1).

Par M. E. BOUCHUT.

Indications de la thoracentèse par succion.

Après cette minutieuse exposition des progrès successivement apportés à l'opération de l'empyème depuis les temps les plus reculés de la science jusqu'à notre époque, il ne me reste qu'à comparer l'importance des procédés opératoires et à donner les motifs de ma préférence.

(1) Fin. — Voir les numéros des 26, 31 octobre, 9, 14 et 21 novembre 1871.

On a vu l'*empyème par incision* être d'abord adopté dans tous les cas d'épanchements traumatiques ou non traumatiques de la plèvre, dans les épanchements de sang, de pus, d'air et de sérosité. Il s'est partagé un instant l'empire de l'opinion avec l'empyème par ustion et avec l'*ouverture du thorax par térébration des côtes*, mais il a plus tard repris toute son importance, et si l'emploi du trocart proposé par Dronin est venu encore lui disputer la place dans quelques cas particuliers, surtout pour les épanchements séreux, malgré cela, l'*empyème par incision est resté le traitement de la pleurésie purulente* jusqu'à Récamier et Laennec.

Il n'a été graduellement délaissé que par suite des succès fréquents de *l'empyème par ponction avec le trocart* ou *thoracentèse* dans la pleurésie simple et l'hydrothorax, et des essais du même genre dans la pleurésie purulente.

Il n'a plus de raison d'être que si le poumon comprimé est trop adhérent pour reprendre son volume et que s'il y a des escharres de poumon gangrené ou des corps étrangers à faire sortir de la plèvre. En effet, dans les épanchements séreux ou purulents de la plèvre sans mélange des corps étrangers, la thoracentèse par ponction peut être employée de préférence à l'empyème. Des faits nombreux semblent établir la supériorité de cette modification opératoire; cependant si l'on réfléchit que dans tous les cas de pleurésie purulente et d'hydro-pneumothorax ainsi traités, la ponction par trocart a été suivie de fistule thoracique, ou qu'elle a servi à établir volontairement une fistule destinée à recevoir une canule ou un drain pour l'écoulement continuel du pus, on se demande quelle différence il y a au fond entre les deux procédés. Si la pleurésie purulente ne peut guérir que par l'établissement naturel ou provoqué d'une fistule temporaire qui permette les lavages et les injections de la plèvre, peu importe qu'on crée la fistule avec la lancette, avec le trocart ou par le passage d'un drain. Sauf la sécurité que donne l'incision intercostale en cas d'une erreur de diagnostic, les deux procédés sont à peu de chose près les mêmes.

La guérison de l'épanchement séreux pleurétique modéré ou abondant par la ponction du trocart sans incision est un très-grand progrès thérapeutique. Il eût été très-heureux qu'il en pût être de même dans la pleurésie purulente et dans l'hydropneumothorax, et qu'ici, comme dans les épanchements séreux, on pût vider le liquide en laissant toujours close la cavité de la plèvre. Cela n'a pu avoir lieu de cette manière.

Pourrait-on arriver à ce résultat avec l'appareil à succion de M. Dieulafoy? Je le pense et l'observation que j'ai rapportée plus haut, dans laquelle trente-trois ponctions successives, aidées d'un régime puissamment réparateur, ont amené la guérison, en est la preuve. Aucune des ponctions n'a suppuré; il n'y a pas eu de fistule ni d'entrée possible de l'air dans la plèvre. Par l'aiguille creuse, si fine de l'instrument, le pus très-épais de l'épanchement a pu sortir sans difficulté, on a pu faire des injections iodées dans la plèvre et retirer aussitôt une partie du liquide. Avec ce nouveau *pyulque*, j'ai pu traiter l'empyème comme on le traite avec le trocart ordinaire, et cet appareil a l'avantage d'éviter la formation des fistules thoraciques. Le traitement exige de très-nombreuses piqûres intercostales, mais ces piqûres sont inoffensives et on peut les répéter à l'infini. Il n'y a donc pas d'inconvénient à les essayer. Les seuls inconvénients qui puissent se présenter dans l'opération, ce sont : l'obstruction de l'aiguille creuse par laquelle sort le pus, et l'impossibilité de retirer plus d'une certaine quantité de liquide, lorsque le poumon adhérent est carnifié et enveloppé de fausses membranes dures qui l'empêchent de se dilater ou de reprendre son volume et de se rapprocher des côtes.

Dans le premier cas, il faut désobstruer l'aiguille creuse avec le petit stylet préparé dans cette intention, et cela se fait sans que l'air entre dans la plèvre. Dans l'autre, l'accident est plus grave, et si le poumon est carnifié, trop adhérent à la colonne vertébrale pour se dilater par les efforts de l'inspiration, il faut faire une seconde ouverture, mettre un drain, ainsi que le conseille Chassaignac, ou le siphon de Potain et laver la plèvre avec l'eau chlorurée et iodée. Ces cas sont presque au-dessus de toute ressource.

Maintenant, ce mode de traitement vaut-il mieux que celui dans lequel on a recours à la ponction avec le trocart ordinaire et à l'usage des drains de Chassaignac et du siphon de Potain? Je le crois, et les diverses tentatives que j'ai faites sont de nature à l'établir, mais je ne puis l'affirmer sans faire d'hypothèse. Toutefois, je n'hésite pas à dire que, s'il s'agissait de ma personne, je préférerais, pour commencer, cet empyème par succion à tout autre procédé opératoire. C'est dire que je ne ferai plus autrement pour mes semblables.

Traitement médical de la pleurésie purulente.

C'est beaucoup assurément que de savoir enlever une collection purulente de la plèvre qui déplace le cœur, aplatit un des poumons, conduit à l'asphyxie et à des thromboses veineuses qui déterminent des embolies subitement mortelles : car tel est le but de l'empyème ; mais ce n'est pas tout. L'opération par succion, drainage, incision, etc., n'est que le traitement local de la lésion. Il reste, pour le médecin, à entreprendre celui de la maladie, et le traitement local n'empêcherait pas la mort s'il n'était secondé par le traitement médical.

Dans ce cas, comme dans toutes les maladies chroniques, le médecin qui confond la lésion et la maladie commet une faute et se montre plus anatomo-pathologiste que clinicien. Quand on ne s'occupe que de la lésion, on croit avoir agi pour le mieux lorsqu'on l'a fait disparaître, si elle est de nature à être enlevée par une opération, et on est bien près d'abandonner le malade à lui-même si on croit que cette lésion est incurable.

Le traitement des maladies chroniques repose sur une idée toute contraire. Sans doute la lésion organique est chose importante; mais, en matière de thérapeutique, le succès n'appartient qu'à ceux qui s'occupent beaucoup plus de la maladie, c'est-à-dire de l'état général, que de l'altération matérielle.

La chirurgie ne peut rien contre la phthisie pulmonaire, contre certains états scrofuleux graves, contre la plupart des névralgies ou des névroses cérébrales, et contre certaines tumeurs des viscères qui ont un retentissement considérable sur la nutrition, sur l'hématose et sur l'innervation. Au point de vue de la lésion et de l'anatomo-pathologisme, il n'y a rien à entreprendre, mais au point de vue de la maladie et de l'ensemble du sujet, c'est-à-dire du malade, le médecin peut encore beaucoup pour le salut de l'organisme. Non-seulement il peut soulager, mais il peut guérir, témoin ces phthisies par pneumonie chronique ulcéreuse, appelées caséeuses par nos plagiaires de l'Allemagne, et que l'on guérit par les chlorures alcalins, l'alcool, le cruor et la musculine; témoin encore ces nervosismes cérébraux, cardiaques, gastriques et autres que l'on guérit par une hydrothérapie méthodique, et tant d'autres groupes morbides que je pourrais citer si cette digression ne devait me conduire un peu trop loin. Je voudrais rappeler aux médecins que lors même qu'ils ne croient pas pouvoir guérir une lésion, ils ne doivent pas moins en combattre les symptômes et tâcher de la ramener au mutisme, c'est-à-dire à l'état latent. Que de gens ont des lésions latentes pendant des années, et qui éclatent tout à coup ou ne se manifestent que par des troubles insignifiants et supportables! Que d'autres se sont vus sous l'empire d'une lésion grave accompagnée de symptômes extrêmement pénibles ou alarmants et dont l'état général s'est amélioré sans que la lésion, redevenue latente, ait disparu !

Obtenir le mutisme ou le silence symptomatique d'une lésion quand on ne peut mieux faire, tel est le vrai but de la médecine, et il vaut bien celui de Pitcairn et de Pinel, dont l'ambition était surtout de bien placer les maladies dans le cadre nosologique (1).

Combien est juste et profonde cette exclamation de Baglivi, remise en la mémoire de notre époque par Récamier : « *Il n'y a pas de pneumonie, il n'y a que des pneumoniques.* » Dans cet aphorisme se trouve la consécration éclatante de l'impérissable doctrine hippocratique sur la maladie. On s'en éloigne quelquefois, mais on y revient toujours. Beaucoup d'anatomie pathologique la fait oublier, mais la clinique en rappelle inévitablement le souvenir.

C'est par les soins donnés à l'état général que se distinguent surtout les cliniciens, et il est certain que, sans le traitement médical, les opérations de thoracentèse par n'importe quel procédé n'auraient aucune chance de guérir la pleurésie purulente et l'hydropneumothorax.

J'ai soigné il y a quelques années, avec le docteur Besson, une enfant de 7 ans, qui eut une phthisie, par pleurésie chronique purulente gauche, et à laquelle je fis la thoracenthèse trois fois avec un petit trocart. Chaque fois je retirai une demi-cuvette de pus, puis au bout d'un mois une des ponctions se rouvrit et devint fistuleuse. Dès le mois d'avril, par un temps encore très-froid, j'envoyai l'enfant à la campagne, car elle était dans un état de dépérissement tel qu'on pouvait, à bref délai, craindre pour sa vie.

Elle partit dans les conditions les plus fâcheuses; mais le

(1) Une maladie étant donnée, déterminer sa place dans un cadre nosologique. *Nosographie* de Pinel, préface, p. 1.

changement d'air et un régime très-substantiel suffirent pour ramener les forces et l'embonpoint, sans la guérir.

A quelques mois de là, je l'envoyai, avec sa fistule thoracique, aux eaux de Saint-Honoré. Là, il se fit une fistule pleuro-bronchique avec expectoration subite d'une grande quantité de pus sans pneumothorax, et l'enfant revint assez forte pour se promener seule, et pouvait être considérée comme guérie.

Elle a passé l'hiver suivant à Nice, pour revenir pendant la saison chaude à Saint-Honoré, et depuis sept ans elle n'a cessé de faire de même.

Aujourd'hui c'est une grande demoiselle, dont la taille est fortement déviée, malgré tous les appareils orthopédiques que je lui ai fait porter, et elle est complétement guérie. A Paris, et sans ce traitement général par le changement d'air ou de régime, et sans l'usage des sulfures alcalins, elle eût succombé.

Il en eût été de même pour les deux enfants dont les observations se trouvent publiées plus haut, si l'action tonique excitante du régime ne fût venue en aide à la thoracentèse par succion. Nos deux malades eussent été emportés par l'abondance de la suppuration intérieure qui les jetait dans le marasme et qui les empoisonnait par résorption, car il est difficile de croire qu'un pareil foyer suppurant de la plèvre ne soit pas cause d'absorption pour certains éléments du pus.

La preuve, d'ailleurs, que les parois de ce foyer pouvaient absorber les éléments liquides du pus, c'est qu'elles ont absorbé les corpuscules métalliques de la teinture d'iode injectée dans la plèvre et précipitée par son mélange avec l'épanchement. En effet, pendant plusieurs jours l'enfant a rendu des urines chargées d'iode qui sortait par l'émonctoire rénal. Donc, si la plèvre peut absorber l'iode, elle peut absorber le pus.

C'est pour compenser le mal fait à l'introduction lente du pus dans le sang et par suite dans l'organisme, qu'il faut recourir à un régime très-substantiel et à l'emploi des toniques à haute dose unis aux chlorures alcalins. De tous les moyens conseillés habituellement pour combattre la fièvre hectique, née de la pleurésie purulente, ceux-là sont les meilleurs et méritent d'être employés d'une façon exclusive.

Quand cela sera possible, il faudra ordonner le changement d'air par le séjour à la campagne ou aux eaux sulfureuses alcalines de Saint-Honoré, de Cauterets, d'Eaux-Bonnes, de Bagnères de Luchon, d'Enghien, de Pierrefonds, etc.

Si la nécessité des ponctions successives fréquentes oblige les malades à rester à Paris, je conseille de les placer dans les environs, à proximité du médecin; et, à côté de cette disposition hygiénique, il faut prescrire, comme régime exclusif, l'alimentation par la musculine, 200 à 250 grammes par jour, le sirop cruorique, 100 grammes, du bouillon gras, du pain et du beurre avec du sel; enfin, après chaque repas, un petit verre d'élixir de Garus, de vin de Rivesaltes, de Madère doux, de Malaga, ou de l'eau sucrée avec 30 ou 60 grammes d'eau-de-vie et de rhum.

En résumé :

La *thoracentèse par incision* et *par ustion*, ou l'*empyème*, ne doivent être pratiqués que dans les épanchements de pus consécutifs aux plaies de poitrine, et dans certains cas particuliers de pleurésie purulente, lorsque le poumon comprimé est trop adhérent à la colonne vertébrale pour se dilater.

La *thoracentèse par ponction* avec le trocart doit être pratiquée dans la pleurésie séreuse et dans l'hydrothorax dès que l'épanchement a atteint la crête de l'omoplate et semble rester stationnaire.

Mieux vaut, dans les pleurésies purulentes, pratiquer la *thoracentèse par succion* avec le trocart capillaire, adapté avec une pompe aspirante (aspirateur pneumatique), qu'avec le trocart ordinaire, qui laisse librement couler le pus par son ouverture.

Si l'on emploie les trocarts ordinaires pour la thoracentèse dans les cas d'épanchement séreux, ces instruments doivent être garnis à leur extrémité, selon le précepte de Reybard, d'un petit cylindre de baudruche mouillé, afin d'empêcher l'air d'entrer dans la poitrine.

La thoracentèse doit être faite au milieu de l'espace intercostal situé au-dessous de la cinquième ou de la sixième côte, en comptant du haut de la poitrine.

Dans la pleurésie purulente, la ponction avec le trocart ordinaire garni d'une baudruche est insuffisante pour guérir les malades, car le pus se reproduit dans la plèvre, et il faut recommencer bien des fois, ce qui est impossible à cause du volume de l'instrument et ce qui amène toujours une fistule thoracique.

Lorsque dans la pleurésie purulente le pus se reproduit après une première ponction faite avec le trocart, il faut recommencer autant de fois que cela est nécessaire, puis il faut créer une fistule thoracique ou utiliser celle qui s'est formée pour y mettre une sonde de gomme et faire des injections iodées ou chlorurées dans la plèvre.

Le *drainage* et les *injections iodées* de la plèvre à travers un espace intercostal sont de bons moyens à employer dans la pleurésie purulente.

La ponction de la poitrine avec un trocart ordinaire permettant l'introduction d'une canule, destinée à recevoir l'ajutage du *siphon* imaginé par Potain pour laver la plèvre avec la teinture d'iode, est très-utile aux malades affectés de pleurésie purulente ou d'hydro-pneumothorax.

Il y a lieu de préférer à tous ces moyens la *thoracentèse par succion* avec la pompe aspirante Dieulafoy, qui est garnie d'un trocart extrêmement petit, et dont la piqûre ne laisse pas de trace dans les tissus de l'espace intercostal.

Comme on peut avec l'aspirateur pneumatique répéter deux ou trois fois par semaine la thoracentèse par succion, sans amener de phlegmon, sans faire de fistule, et en pouvant injecter de l'iode dans la plèvre malade, cet instrument doit être employé pour l'aspiration du pus des pleurésies purulentes.

La thoracentèse seule ne pourrait guérir une pleurésie purulente, si, en même temps, on ne donnait aux malades des chlorures alcalins, de la purée de viande crue bien passée, du beurre ou des corps gras salés et une certaine quantité d'eau-de-vie ou de vin généreux.

EFFETS PHYSIOLOGIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

DES ALIMENTS D'ÉPARGNE OU ANTIDÉPERDITEURS

Par le docteur ANGEL MARVAUD.

Conclusions. — L'alcool, le café, le thé, le maté et la coca jouissent de propriétés physiologiques et thérapeutiques incontestables :

I. Leurs propriétés physiologiques consistent :

1° Dans une excitation générale du système cérébro-spinal, et, par suite, des fonctions de la vie de relation.

2° Dans un ralentissement de la désassimilation et dans un abaissement de la chaleur organique.

On peut donc envisager leur influence sur la nutrition à deux points de vue :

(a) Comme stimulants du système nerveux ou dynamophores.

(b) Comme antidéperditeurs ou antidésassimilateurs.

(a) L'alcool agit directement sur l'appareil sensitif de la moelle et indirectement sur l'appareil moteur.

La coca agit directement sur l'appareil moteur, qu'elle excite à la façon des strychnées.

Le café, le thé et le maté agissent principalement sur le cerveau.

L'alcool et la coca doivent être envisagés comme des boissons musculaires, contrairement au café, au thé et au maté, qui sont des boissons intellectuelles.

Les premiers excitent au travail des muscles; les seconds au travail de la pensée.

(b) De plus, ralentissant l'usure des tissus, enrayant les oxydations organiques et diminuant les déperditions par les sécrétions, ils agissent tous comme *aliments d'épargne*.

(c) On s'explique ainsi comment ils excitent au travail et à la veille, comment ils suppléent en partie aux aliments et comment ils modèrent la combustion vitale: de là leur consommation croissante et leur extension progressive dans le régime journalier, de là leur utilité dans l'alimentation et leur rôle important en hygiène.

(d) L'abus de ces aliments a, il est vrai, deux principaux inconvénients :

1° Par l'excitation qu'ils déterminent sur le système nerveux, ils peuvent produire la fatigue, l'affaiblissement et même l'inertie de ce système.

2° Par l'obstacle qu'ils opposent à la désassimilation, et par le ralentissement qu'ils produisent dans les phénomènes de combinaison, de transmutation et de décomposition, indispensables à la vie, ils peuvent causer l'arrêt, la suspension ou même la suppression complète des actes nutritifs, qui se passent au sein des éléments cellulaires, et produire consécutivement l'engourdissement, la torpeur, l'atonie, la dégénérescence graisseuse et la nécrobiose de ces éléments.

Ainsi s'expliquent l'alcoolisme, le caféisme, le théisme, le cocaïsme.

II. Leurs propriétés thérapeutiques découlent de leurs effets physiologiques.

(a) La médecine peut tirer un grand parti de ces agents :

1° Comme excitants du système nerveux;

2° Comme anticalorifiques;

3° Comme antidéperditeurs.

(b) Ils doivent trouver place dans le cadre de la matière médicale, parmi les médicaments excitateurs des fonctions de la vie de relation, et dépresseurs des fonctions de la vie organique.

La seconde de ces propriétés peut être envisagée comme une conséquence de la première, si l'on tient compte du mode de fonctionnement du système nerveux, dont les centres qui président à la nutrition et à ses principaux actes (assimilation, désassimilation, prolifération et échanges, combinaisons et décompositions organiques) agissent d'autant moins que les centres qui commandent aux fonctions intellectuelles, sensitives et motrices, développent un surcroît d'énergie et d'activité plus considérable, et éprouvent une stimulation plus vive et plus durable.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 21 novembre 1871. — Présidence de M. WURTZ.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet : 1° le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné dans le département de la Loire-Inférieure pendant l'année 1870 (Comm. des épidémies); 2° un rapport de M. le docteur Nogaret, médecin inspecteur des eaux minérales de Salies (Basses-Pyrénées), sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1871 (Comm. des eaux minérales).

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

Elle comprend : 1° deux lettres, l'une de M. Marey, professeur au collége de France, l'autre de M. le docteur Philippeaux, qui se portent candidats à la place déclarée vacante dans la section d'anatomie et de physiologie (renvoi à la section); 2° une lettre de M. le docteur Mahier, par laquelle, rappelant à l'Académie qu'il est inscrit sur la liste des candidats au titre de membre correspondant, il a l'honneur d'adresser une demande pour obtenir définitivement ce titre (Comm. des correspondants nationaux); 3° une note, en langue anglaise, relative aux travaux de la société de tempérance de Londres.

PRÉSENTATIONS

M. GUBLER offre en hommage à l'Académie : 1° au nom de MM. Vanlair et Masius, professeurs à l'Université de Liége, une brochure intitulée : *De la microcythémie*; 2° au nom de M. Vanlair, un opuscule sur un cas d'herpès tonsurant, et une brochure ayant pour titre : *Recherches anatomiques sur l'eléphantiasis des Arabes.*

M. BARTH, de la part de M. le docteur Rotureau, dépose sur le bureau une brochure intitulée : *Examen comparatif des principales eaux de l'Allemagne et de la France.*

M. DEPAUL présente, au nom de M. Tholozan, médecin du shah de Perse, une note sur le développement de la peste bubonique dans le Kurdistan.

M. WURTZ dépose sur le bureau un opuscule ayant pour titre : *Principes de biologie*, par M. Girard.

M. BERGERON présente, au nom de M. le docteur Magnan, un travail sur les effets comparés de l'alcool et de l'extrait d'absinthe.

LECTURE

M. PIORRY complète la communication qu'il a faite dans les deux précédentes séances, par quelques considérations pratiques sur la plessimétrie, et en particulier sur son application aux cas de tympanite qui ont fait le sujet de sa lecture.

Paralysie rhumatismale du nerf radial. — M. PANAS donne lecture d'un travail ayant pour titre : *De la cause réelle de la paralysie réputée rhumatismale du nerf radial.*

Voici les conclusions de ce travail :

1° Le plus *habituellement*, pour ne pas dire toujours, la paralysie radiale reconnaît comme cause une *compression temporaire* du nerf.

2° L'étude des causes aussi bien que celle des signes de cette paralysie, s'accordent parfaitement avec ce que nous savons sur les paralysies dites traumatiques légères des nerfs mixtes.

3° La compression, qui a presque toujours lieu pendant le sommeil, intéresse invariablement la même portion du tronc nerveux, ce que l'anatomie et l'expérimentation cadavérique expliquent parfaitement.

4° Sans nier la paralysie *à frigore*, puisqu'on pourrait en citer à la rigueur deux ou trois exemples assez probants, nous pensons qu'elle ne saurait être admise qu'à titre d'exception, et, pour notre compte, nous ne l'avons jamais rencontrée jusqu'ici. (Comm. : MM. Sée, Verneuil et Sappey.)

M. MAGNAN lit en son nom et au nom de M. Bouchereau un travail qu'ils ont fait en commun et qui a pour objet et pour titre : *Statistique des malades alcooliques entrés au bureau d'admission à Sainte-Anne, pendant les mois de mars, avril, mai, juin* 1870, *et les mois correspondants de* 1871 (Voir le Premier-Paris). (Comm. de l'alcoolisme.)

Atropine. — M. JULES LEFORT lit un mémoire sur la répartition de l'atropine dans la feuille et la racine de la belladone, dont voici les conclusions :

1° La feuille de belladone est un peu moins riche en atropine avant qu'après la floraison de la plante;

2° La récolte de cette feuille doit toujours se faire entre la floraison et la fructification;

3° La feuille de belladone cultivée et la feuille de belladone sauvage, récoltées au même moment et sur des plans qui ont le même âge, contiennent des quantités identiques d'atropine;

4° On ne peut pas établir de comparaison entre la feuille et la racine de belladone sous le rapport de leur richesse en atropine, parce que la composition de la racine varie beaucoup suivant l'âge de la plante;

5° Les jeunes racines de belladone sont plus riches en atropine que les racinés âgées de plus de deux à trois ans, parce que les premières contiennent, sous le même poids, plus d'écorce que les secondes. (Renvoyé à la section de pharmacie.)

PRÉSENTATIONS

M. PÉAN présente cinq malades. L'un est un soldat dont l'os frontal et une partie des hémisphères antérieurs du cerveau ont été enlevés par un éclat d'obus pendant la dernière guerre, et qu'il fut assez heureux pour guérir; le second est un enfant chez lequel il a pratiqué avec succès, il y a trois ans et demi, l'œsophagotomie externe pour extraire un noyau de pêche; enfin, les trois autres sont des femmes âgées de trente à cinquante-cinq ans chez lesquelles il a extirpé, pendant l'année qui vient de s'écouler : chez l'une un kyste sanguin de l'ovaire; chez l'autre, une énorme tumeur fibreuse de l'abdomen et du bassin située en dehors de l'utérus; enfin, chez la troisième, une tumeur fibro-cystique et deux tumeurs fibreuses de l'utérus.

Le premier malade est un homme âgé de vingt-quatre ans, qui fut blessé, sous les murs de Paris, par un éclat d'obus, lequel réduisit en éclats la plus grande partie du frontal, détacha la dure-mère et une portion des lobes antérieurs du cerveau jusqu'à la profondeur de deux centimètres et rejeta les téguments sur la région temporale du côté droit. Dans cet état, il fut conduit dans le service que M. Péan faisait alors par intérim à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce. Il convenait tout d'abord d'extraire les nombreuses esquilles, d'aplanir les bords tranchants de l'ouverture osseuse, d'ôter avec soin les débris de la substance encéphalique. Toutes ces précautions furent prises avec le plus grand soin. Ceci fait, le lambeau flottant de parties molles, doublé de périoste qui avait été conservé par places, fut appliqué au-devant des parties détruites de façon à recouvrir le mieux possible la substance cérébrale et à favoriser son adhésion avec cette substance tout en permettant à la suppuration,

au cas où elle serait un peu abondante, de trouver au dehors une libre issue.

Les jours suivants, le malade fut examiné par nos éminents confrères, MM. Mounier, Larrey et Mœures qui voulurent bien aider le chirurgien de leurs savants conseils et la guérison ne se fit pas longtemps attendre.

Parmi les symptômes fonctionnels qui apparurent à cette époque, aucun n'offrit assez de gravité pour être digne d'être mentionné. Disons toutefois que des esquilles secondaires durent être extraites en assez grand nombre et que, à plusieurs reprises, leur élimination donna lieu à une suppuration assez abondante. Aujourd'hui, comme on a pu le constater, la guérison est des plus satisfaisantes. Toutefois le malade conserve, outre une perte légère de la mémoire, une cicatrice résistante, déprimée au fond de laquelle existe l'orifice d'une petite fistule aérienne par laquelle l'extrémité d'un stylet parvient à s'engager, à la hauteur des sinus frontaux, jusque dans les cavités nasales.

Nous publierons plus tard avec détails cette intéressante observation.

Au sujet de ce malade, M. Péan est entré dans quelques considérations, dont l'une surtout nous a paru présenter une assez grande valeur au point de vue pratique. Il pense que la guérison de ce malade est due surtout à la conservation du lambeau tégumentaire, dont les dimensions étaient assez grandes pour recouvrir toute la cavité creusée accidentellement dans la boîte crânienne et le cerveau.

L'expérience, dit-il, lui a démontré que si le lambeau de téguments avait été lui-même détruit, le malade aurait infailliblement succombé, et il pose en principe que, dans le cas où un corps vulnérant à large surface viendrait à produire, dans l'une des régions extérieures du crâne, une large perte de substance intéressant à la fois les os et les téguments qui les recouvrent, le chirurgien ne devrait pas hésiter à détacher dans le voisinage un lambeau, en quelque sorte anaplastique, comprenant toutes les couches tégumentaires y compris le périoste, assez grand pour recouvrir la plaie encéphalique et pour la mettre à l'abri des souillures et de l'irritation qui ne manqueraient de se produire au contact des agents extérieurs.

Le second malade est un enfant qui, à l'âge de cinq ans, avait avalé par mégarde un gros noyau de pêche, qui s'était arrêté dans l'œsophage, un peu plus bas que la fourchette sternale.

Diverses tentatives faites pendant plusieurs jours soit par les parents, soit par les personnes qui avaient été appelées à soigner le petit malade, n'avaient servi qu'à refouler profondément le corps étranger. En présence de ce résultat fâcheux, la famille se décida à le ramener à Paris et à le confier à M. Péan.

Lorsque ce chirurgien le vit pour la première fois, la douleur était des plus intenses, l'amaigrissement et l'émaciation étaient extrêmes, la dyspnée surtout était menaçante. Nulle part le toucher ne parvenait à découvrir la place occupée par le noyau au milieu des tissus enflammés par sa présence. Toutefois, à l'aide de sondes conduites par la bouche, il fut aisé de constater que l'œsophage était obstrué et que le corps étranger ne pouvait être extrait par aucune méthode autre que l'œsophagotomie externe. Celle-ci fut faite sans nouveau délai avec le concours de MM. les docteurs Dumolin et Lécart, médecins ordinaires de la famille.

Pour la pratiquer, l'enfant fut couché, le cou étendu et soulevé, la tête fortement renversée en arrière. Une incision, longue de 5 centimètres, fut faite sur la peau, au niveau du bord antérieur du muscle sterno-mastoïdien gauche, jusqu'à ses attaches sternales. Les couches sous-jacentes furent ensuite divisées successivement, en prenant soin d'éviter la veine jugulaire externe, très-apparente à ce niveau, le muscle omo-hyoïdien et les nombreuses artères qui se présentèrent dans le champ de l'opération. Toutes ces précautions réussirent si bien, que quelques gouttes de sang s'étaient à peine écoulées lorsque l'œsophage fut mis à découvert. Toutefois, l'extrémité du petit doigt engagée à cette hauteur au fond de la plaie ne parvenant pas à constater la présence du noyau, l'opérateur écarta doucement le tissu cellulaire qui sépare la trachée de l'œsophage jusque dans le médiastin, et, à 3 centimètres plus bas, le doigt fut arrêté par la pointe du noyau, qui le piqua douloureusement.

On reconnut alors que cette pointe avait fait à l'œsophage une ulcération de 1 centimètre de diamètre environ. Toutefois, à cette profondeur, il devenait difficile et même dangereux de porter un instrument tranchant dans l'épaisseur du canal œsophagien, pour agrandir la surface ulcérée et pour extraire le noyau par cette voie.

Ce fut alors que le chirurgien imagina que le petit doigt engagé par la plaie pourrait être utilisé à faire basculer le noyau dans l'intérieur même du conduit œsophagien, et à en diriger l'extrémité pointue de façon à la tourner en bas, puis à prendre sur elle un point d'appui suffisant pour faire remonter le noyau en totalité vers l'orifice pharyngien de l'œsophage.

C'est ce qui fut fait, malgré la pointe aiguë du corps étranger qui se présentait au dehors et qui, à plusieurs reprises, blessa jusqu'au sang le doigt de l'opérateur. Grâce à ce procédé, la pointe du noyau, dirigée en bas, rentra dans l'œsophage, qu'elle ne put piquer, en même temps que le doigt le repoussa jusque dans le pharynx. Aussitôt après, il fut rejeté par la bouche à l'aide d'un léger effort de vomissement.

Cette expulsion fut suivie d'un soulagement tel, que l'indicible angoisse qui était peinte sur la figure de l'enfant fit soudain place à un sourire plein de reconnaissance.

Les jours suivants, l'enfant reçut les soins intelligents non moins que dévoués des confrères qui avaient prêté leur précieux concours à l'opérateur. La plaie faite à l'œsophage par le noyau, bien que très-étroite, était trop contuse pour que l'on ait pu songer à la fermer. Pour éviter le passage, par cette plaie, des aliments destinés à nourrir l'enfant, on eut recours aux sondes œsophagiennes introduites plusieurs fois par jour jusque dans l'estomac, et l'on vit bientôt l'enfant sortir du marasme pour retrouver toutes les apparences de la santé.

Au bout de quinze jours, on ne voyait plus aucune mucosité sortir par la plaie, et l'enfant pouvait prendre seul les aliments et les boissons. Comme on le voit aujourd'hui, la guérison ne s'est pas démentie depuis lors, et, à part une cicatrice peu apparente sur les téguments, il ne reste aucun symptôme physique ou fonctionnel de l'accident qui avait mis ses jours dans le plus grand danger.

En résumé, cette observation offre un grand intérêt à plusieurs points de vue. En premier lieu, l'âge de l'enfant mérite d'être noté, car on ne trouve pas dans la science de guérison obtenue pour des cas semblables, dans un âge aussi peu avancé ; en outre, la profondeur à laquelle le noyau était placé, non moins que le procédé nouveau qui fut employé méritent d'être signalés ; enfin les suites heureuses et promptes de la guérison, qui depuis lors n'a été suivie d'aucun trouble fonctionnel, seront d'un exemple rassurant pour les chirurgiens qui seront appelés à pratiquer l'œsophagotomie externe chez les enfants.

Nous nous proposons également de publier plus tard cette observation dans tous ses détails.

Les trois autres malades étaient affectés de tumeurs abdominales et pelviennes qui ont nécessité la gastrotomie.

M. Péan a rapporté succinctement ces trois observations. Toutefois, en raison de l'importance du sujet, il a commencé par énumérer brièvement les opérations analogues qu'il a pratiquées dans ces deux dernières années, depuis le commencement d'octobre 1869 jusqu'à la fin d'octobre dernier.

Nous publierons ces faits et les considérations dont M. Péan les a fait suivre dans l'un de nos prochains numéros.

La séance est levée à 5 heures.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Séance du 4 août 1871. — Présidence de M. Gros, vice-président.

Le procès-verbal de la dernière séance (19 août 1870) est lu et adopté.

M. LE PRÉSIDENT. La Société est heureuse de se retrouver au complet, après les événements douloureux que nous venons de traverser. Plusieurs de ses membres ont été honorés d'une distinction bien méritée : M. Lunier a été promu officier de la Légion d'honneur, MM. Blachez, Aimé Martin et Guibout, chevaliers; je les félicite au nom de la Société.

M. le président annonce à la Société que M. le docteur Charvot, membre correspondant, assiste à la séance.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

1° Une lettre par laquelle M. Briquet demande à échanger son titre de membre titulaire contre celui de membre honoraire.

La demande de M. Briquet sera soumise à l'examen d'une commission composée de MM. Lunier, Delasiauve et Aimé Martin, rapporteur.

2° Une lettre de M. le docteur Bourgogne fils, annonçant la mort de son père, membre correspondant, ainsi que deux exemplaires de son dernier travail : *Étude sur les hémorrhagies pulmonaires.*

M. LE PRÉSIDENT. La Commission pour l'examen des employés de la préfecture de la Seine sera composée de MM. Durosiez, Blachey et Foville.

A propos du procès-verbal, M. Gros fait observer que l'appareil Trouvé ne rend pas, dans les plaies récentes, tous les services qu'on pourrait en attendre. Dans deux cas récents, l'appareil a répondu mal, bien que les balles fussent assez superficielles.

Au sujet des balles explosibles, M. Gros fait observer que la balle Minié, sans être une balle explosible, peut néanmoins, dans certains cas, faire explosion. En effet, cette balle représente un dé creusé dont la cavité contient de l'air et des gaz résultant de l'explosion de la poudre, qui font éclater parfois la balle en deux morceaux, si celle-ci, par exemple, vient frapper sur un corps dur.

J'ai, dit-il, observé ce fait singulier chez un jeune homme de 20 ans, blessé à l'omoplate, au-dessous de l'apophyse coracoïde. Le malade ayant succombé, au bout de dix-huit jours, à une hémorrhagie de la circonflexe, on retrouva entre les côtes et l'omoplate la deuxième portion de la balle, qui avait fait explosion. M. Gros a observé un sec nd cas de la même nature. Le fait de l'explosion des balles Minié lui a été confirmé par l'armurier Devismes. Les Bavarois, principalement, étaient armés de carabines Minié.

M. MOTTET. J'ai observé un fait analogue chez un militaire mort d'infection purulente à l'ambulance de Reuilly : la balle s'était partagée en quatre fragments, dont deux seulement avaient pu être extraits; les deux autres s'étaient logés entre l'omoplate et les côtes.

J'ai observé chez un soldat de l'armée de Versailles un fait assez rare, dû peut-être à l'explosion d'une balle. Le projectile avait fracturé le tibia, à son tiers inférieur, en esquilles tellement volumineuses, que cette portion de l'os fut extraite en totalité; néanmoins le malade a guéri : il s'est formé, le péroné restant intact, un tissu fibreux cicatriciel qui lui permet de poser le pied à terre, sans faire peser de ce côté le poids du corps.

M. CHARRIER, secrétaire général, communique à la Société une lettre de M. le préfet de la Seine, qui accorde, dans la Préfecture, une salle pour les séances de la Société.

M. LE PRÉSIDENT Deux places ayant été déclarées vacantes, et MM. Gillebert Dhercourt et Onimus ayant fait acte de candidature, le vote aura lieu dans la prochaine séance.

M. LUNIER offre à la Société : 1° une étude médico-légale sur l'état mental de M. Du P....

2° Un Mémoire sur l'isolement des aliénés comme moyen de traitement et comme mesure d'ordre public.

M. VOISIN communique à la Société divers documents concernant l'état mental d'une demoiselle R.... De ces documents, confirmés par MM. Lunier et Foville, il demeure bien évident que la demoiselle R..., qui a pu parfois en imposer à des personnes étrangères à notre profession, est atteinte de manie des grandeurs suffisamment révélée par ses actes et ses paroles.

Depuis 1856, époque de son admission à la Salpêtrière, elle a été traitée dans différents établissements, notamment à Maréville, Fains et Auxerre.

M. le président met à l'ordre du jour de la prochaine séance les questions financières de la Société.

La séance est levée à 5 heures 1/2.

Le secrétaire annuel : ANTONIN MARTIN.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Les cours d'hiver de la Faculté auront lieu dans l'ordre suivant :

Physique médicale. — M. Gavarret : Physique générale; électricité, lumière. — Mercredi, vendredi, à midi.

Physique biologique; phénomènes physiques de la vision et de l'audition. — Lundi, à 5 heures (Petit amphithéâtre).

Pathologie chirurgicale. — M. Verneuil : Les lésions traumatiques. — Lundi, mercredi, vendredi, à 3 heures.

Anatomie. — M. Sappey : Les appareils de la digestion, de la respiration et de la génération. — Lundi, mercredi, vendredi, à 4 heures.

Pathologie et thérapeutique générales. — M. Chauffard : De la maladie en général; classification des maladies; de l'étiologie morbide. — Lundi, mercredi, vendredi, à 5 heures.

Pathologie comparée et expérimentale. — M. Brown-Séquard, chargé du cours : Pathologie comparée et expérimentale des principaux systèmes organiques. — Lundi, à midi; mercredi, vendredi, à 5 heures (Petit amphithéâtre).

Chimie médicale. — M. Wurtz : Chimie générale. — Jeudi, samedi, à midi.

Chimie biologique (phénomènes chimiques de la digestion; étude chimique du sang). — Mardi, à 4 heures (Petit amphithéâtre).

Pathologie médicale. — M. Axenfeld : Maladies du système nerveux (états morbides, convulsifs et paralytiques). — Mardi, jeudi, samedi, à 3 heures.

Opérations et appareils. — M. Denonvilliers : Traitement des plaies par armes de guerre; ligatures et amputations. — Mardi, jeudi, samedi à 4 heures.

Histologie. — M. Robin : Histologie proprement dite (2e partie du programme). — Mardi, jeudi, samedi, à 5 heures.

Histoire de la médecine et de la chirurgie. — M. Daremberg : Histoire de la médecine. — Mardi, à 5 heures (Petit amphithéâtre).

Histoire des maladies, principalement au point de vue du diagnostic. — Jeudi, samedi, à 4 heures (Petit amphithéâtre).

Clinique médicale. — M. Bouillaud, suppléé par M. Isambert, agrégé, à la Charité ; — M. G. Sée, à la Charité; — M. Béhier, à l'Hôtel-Dieu; — M. Lasègue, à la Pitié. (Ces cours auront lieu tous les jours, le matin, de 8 à 10 heures).

Clinique chirurgicale. — M. Laugier, à l'Hôtel-Dieu; — M. Gosselin, à la Charité; — M. Broca, à la Pitié; — M. Richet, à l'hôpital des Cliniques de la Faculté. (Ces cours auront lieu tous les jours, le matin, de 8 à 10 heures.)

M. Broca fera ses leçons à l'amphithéâtre, les lundis, mercredis et vendredis.

Clinique d'accouchements. — M. Depaul, à l'hôpital des Cliniques de la Faculté.

Cours cliniques complémentaires.

Maladies des enfants. — M. H. Roger, à l'hôpital des Enfants. — Samedi, à 8 heures 1/2.

MINISTÈRE DE L'AGRICULTURE ET DU COMMERCE

ÉCOLE VÉTÉRINAIRE D'ALFORT

Diplômes de vétérinaire délivrés en août 1870.

1. MM. Sarradet, mention honorable 1870; Comény; Delamotte, 2e accessit en 1869; Tintelin, 1er accessit en 1867, 1er accessit en 1869; Blanc, 2e accessit en 1867 et 2e prix en 1869; Besse; Lenoir; Graindorge; Lamassé; Mollereau.

11. Demarly, Rivière, Fournier, Le Berre, Texier, Roy, Burch, Augère, Fittee, Lecohier.

21. Dechery, Bourgeot, Guérin, Matriou, Rabache, Grenot, Ollier, Primault, Godon, Levacque.

31. Bidault, Deloffre, Chiens, Puech, Heuret, Bourson, Desliens, Péan, Sève, Sarrazin.

41. Hervieu, Cordier, Finet, Billard, Raucillia, Lucotte, Piou, Tartois, Godillon, Gloux.

Anciens élèves qui ont concouru à titre de praticiens :

MM. Aubriot, Geffroy, Wedier, Barbe.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

— L'Administration des hospices civils de Saint-Étienne (Loire) rappelle que le lundi 18 octobre 1871, à 8 heures du matin, il sera ouvert, à l'Hôtel-Dieu de Lyon, un concours public pour deux places de chirurgiens.

Le concours aura lieu devant le Conseil d'administration, assisté d'un jury médical, et se composera de cinq épreuves.

S'adresser, pour les conditions du concours (plus amplement détaillées dans les affiches qui ont déjà été apposées), aux secrétariats des hospices de Lyon et de Saint-Étienne.

— *L'enseignement primaire aux États-Unis.* — Un des côtés les plus originaux de l'enseignement primaire aux États-Unis, ce sont à coup sûr les *leçons de choses* (lessons ou objects) que des maîtres éminents y ont partout popularisées. Ces leçons sont établies d'après le principe que l'observation de la nature visible est la plus utile, la plus féconde et la plus facile des gymnastiques intellectuelles; qu'elle permet d'éveiller et de cultiver les facultés dans l'ordre vrai de leur développement, de ne rien dire à l'enfant de ce qu'il peut découvrir

lui-même, de marcher pas à pas avec lui, de procéder du connu à l'inconnu, du particulier au général, du concret à l'abstrait, du simple au composé.

Voici, par exemple, une orange : chaque enfant appelé à son tour en nomme et en montre les différentes parties, la peau, le jus, la pulpe, les graines, les divisions, le dedans, le dehors, la surface, etc.; puis les qualités : elle est d'un jaune rouge, ronde en forme de boule, la pulpe en est douce, rafraîchissante, d'une odeur agréable, etc. Voici un livre : l'élève en fait remarquer l'intérieur, l'extérieur, les bords, les coins, la reliure, le papier, le dos, les côtés, le haut, le bas, le titre, la préface, l'introduction, les parties, la fin, les feuilles, les pages, la marche, les lettres, les chiffres, les mots, les phrases, les syllabes, les lignes, les paragraphes; tous ces mots, qu'ailleurs on lui ferait apprendre dans les arides colonnes d'un lexique, sont désormais pour lui autant de faits acquis par sa mémoire, de matériaux, de connaissances sur lesquelles pourra s'exercer son jugement. On peut affirmer d'avance qu'en de telles leçons il ne s'ennuiera jamais. (*Journal de Genève.*)

PETITE CORRESPONDANCE

— M. le docteur B... à Clermont-Ferrand. — N'ayant pas eu connaissance de votre changement d'adresse, *la Gazette* vous était toujours adressée au Mont-Dore, où vous pouvez la réclamer. — Désormais vous la recevrez à Clermont.

M. le docteur D..., à Estaires. — Reçu votre envoi de 27 fr., qui a été employé selon vos instructions.

M. le docteur L..., à Marquise. — Nous avons consulté, sans succès, les tables de la *Gazette* depuis 1857. — Prière de nous donner des renseignements plus précis.

Bulletin hebdomadaire des décès d'après les déclarations à l'état civil, du 11 au 17 novembre 1871.

CAUSES DE DÉCÈS.	Domicile.	Hôpitaux.	Totaux.	Total des décès de la semaine précédente.
Variole	3	»	3	2
Rougeole	»	2	2	4
Scarlatine	»	»	»	2
Fièvre typhoïde	18	5	23	19
Typhus	»	»	»	»
Érysipèle	3	2	5	5
Bronchite aiguë	40	1	41	21
Pneumonie	35	6	41	34
Dysentérie	3	»	3	8
Diarrhée cholériforme des jeunes enfants	»	»	»	4
Choléra nostras	»	»	»	»
Choléra asiatique	»	»	»	»
Angine couenneuse	4	3	7	3
Croup	4	3	7	10
Affections puerpérales	2	5	7	3
Autres affections aiguës	171	44	215	179
Affections chroniques	214	63	277 *	387
Affections chirurgicales	21	23	44	34
Causes accidentelles	12	»	12	21
Totaux	530	157	687	736

LONDRES. — Population, 3,263,872 h. — Décès du 5 au 11 novembre 1871 1,365
Variole, 54. — Diarrhée, 21. — Fièvre typhoïde, 32. — Choléra, 2. — Scarlatine, 32.

FLORENCE. — Population, 196,606 h. — Décès du 5 au 11 novembre 1871 127
Variole, 6. — Diphthérie, 20.

* Sur ce chiffre de 277 décès, 144 ont été causés par la phthisie pulmonaire.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments ou autres objets).

L'étudiant micrographe, traité pratique du microscope et des préparations, par Arthur CHEVALIER, O. ✵, 1 vol. de 600 pages, 600 figures : 7 fr. 50 c. — Delahaye, place de l'École-de-Médecine. — Catalogue illustré des microscopes, gratis, chez Arthur Chevalier, Palais-Royal.

Le délire des persécutions, par le docteur LEGRAND DU SAULLE, médecin de l'hospice de Bicêtre (service des aliénés). Un bel in-8° de 524 pages. Paris, 1871. — Prix : 6 francs.

De l'arsenic, considéré comme antidote des maladies infectieuses, choléra, variole noire, fièvre typhoïde, typhus des bêtes à cornes, etc., etc. Son emploi curatif et préservatif, par le docteur C. DESPINEY. Paris, 1871. In-8° de 64 pages. — Prix : 3 francs.

Du drainage dans les plaies par armes de guerre, par le docteur F. CHRISTOT, ex-chirurgien en chef de la 3e ambulance lyonnaise, ex-interne des hôpitaux de Lyon, ex-prosecteur de l'École de médecine de cette ville, ex-chef de clinique chirurgicale à l'Hôtel-Dieu. Paris, 1871. Grand in-8° de 64 pages. — Prix : 2 francs.

Du spina bifida cranien, par le docteur ÉMILE LEMOINE. In 8° avec figures. — Prix : 2 francs.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. PARENT, quai Voltaire, 18.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois. . . 8 fr 50 c.
Six mois. . . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 24 novembre 1871.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Gastrotomie appliquée aux cas de kystes de l'ovaire, de tumeurs fibreuses et fibro-plastiques.

Au nombre des opérations dont M. Péan a exposé de vive voix les résultats à l'Académie de médecine, dans la séance de mardi dernier, nous avons mentionné trois cas de gastrotomie sur lesquels nous avons pris l'engagement de revenir. Mais ces trois cas se rattachant à tout un groupe d'opérations du même genre, pratiquées pour des affections analogues, et qu'il a embrassées dans un ensemble de considérations communes, nous demandons à nos lecteurs la permission de mettre sous leurs yeux la statistique de ces opérations, ainsi que les réflexions dont elles ont été l'objet.

Malgré les graves événements des deux dernières années, M. Péan a eu l'occasion de pratiquer, durant cette période, trente-deux fois la gastrotomie chez des malades âgées de 16 à 68 ans, et qui, pour les deux tiers au moins d'entre elles, n'avaient plus que quelques mois et même quelques semaines à vivre au moment où elles furent opérées.

Vingt-six fois l'opération fut heureusement supportée et ne donna lieu à aucun accident qui pût lui être rattaché.

Cependant, parmi ces vingt-six malades, il a eu depuis lors la douleur d'en perdre quatre, deux par suite de la dysentérie épidémique, qui a fait dernièrement en France de si cruels ravages; une, d'accidents convulsifs, probablement tétaniques, qui survinrent six semaines après l'opération et qui, en huit jours, enlevèrent la malade (âgée de 16 ans), alors que depuis un mois elle avait récupéré une santé parfaite; enfin une dernière, d'épuisement sénile : elle avait 68 ans lorsqu'elle fut opérée.

Toutes les autres jouissent actuellement encore d'une bonne santé. Il est même à remarquer que dix-huit ont guéri sans avoir éprouvé, même pendant la convalescence, aucune complication, et que les quatre autres, dont la santé ne laisse également rien à désirer, ont eu, sans en ressentir aujourd'hui de conséquences fâcheuses, l'une un abcès de la fosse iliaque droite, l'autre une fistule urineuse ouverte à l'hypogastre, à la suite d'un abcès pelvien; enfin les deux autres, une dysentérie aiguë qui, chez l'une, fut suivie d'une péritonite pelvienne. Cette péritonite circonscrite fut guérie elle-même en douze jours, au moyen d'une incision pratiquée au fond du cul-de-sac postérieur du vagin et à l'aide d'un tube placé à demeure dans la plaie. Ce tube fut maintenu lui-même au moyen d'un petit mécanisme qui avait réussi à l'opérateur dans des cas analogues et qu'il se réserve de faire connaître ultérieurement.

Quant aux six malades qui ont succombé aux suites de l'opération, deux moururent en quelques jours d'une péritonite pelvienne produite par la chute dans le péritoine d'une certaine quantité de pus fétide contenue dans les nombreuses loges de la tumeur; une autre mourut quelques jours après l'opération, de la peur qu'elle ressentit en entendant pour la première fois le canon prussien tonner près de ses oreilles à l'attaque du fort de Bicêtre; une, de cachexie sénile (elle avait été privée de nourriture pendant le blocus de Paris et avait plus de 61 ans); enfin une dernière, d'hémophilie scorbutique, produite par les privations physiques et par les peines morales de toutes sortes qu'elle avait éprouvées pendant le siége de Paris.

Toutes ces opérations ont été faites à Paris soit dans l'intérieur des fortifications, soit à Levallois-Perret, dans une maison de santé, et l'on peut voir, d'après les résultats de cette statistique, que l'air de la capitale n'est point aussi meurtrier qu'on le pense. Toutefois, si le lieu où l'on opère est pour peu de chose dans la guérison des malades, il n'en est pas de même des soins consécutifs à l'opération. Ils sont d'une importance capitale : c'est aux soins dont ses malades ont été entourées dans cette maison que M. Péan attribue, en grande partie, le résultat inattendu auquel il est arrivé, de quatorze guérisons sur seize opérées.

Voici, pour chacun des groupes de tumeurs, les cas qui ont offert des particularités remarquables, insolites, surtout au point de vue du diagnostic et du manuel opératoire.

1er Groupe. — Kystes de l'ovaire.

Comme les années précédentes, M. Péan a rencontré toutes les variétés de kystes, depuis l'uniloculaire plus ou moins volumineux, plus ou moins adhérent, offrant des parois résistantes et un pédicule normal, jusqu'à ces variétés, moins rares que l'on ne pense, qui font de l'ovariotomie une des opérations à la fois des plus graves et des plus difficiles de la chirurgie. Dans cette catégorie, viennent se ranger les kystes à loges multiples, souvent innombrables, à contenu sanguin, purulent ou gélatineux; ceux-ci à parois minces, friables, soudés dans la totalité de leur étendue, avec les parois de l'abdomen et les organes viscéraux, par des adhérences fibro-vasculaires très-difficiles et parfois même impossibles à rompre.

Or, parmi les 28 nouvelles malades auxquelles M. Péan vient de pratiquer l'ovariotomie, 3 d'entre elles seulement avaient des kystes peu ou point adhérents; trois avaient des adhérences nombreuses et qui cédèrent assez facilement à la dissection; 18 avaient des adhérences générales qui ne furent détachées qu'à l'aide de manœuvres aussi dangereuses que laborieuses; 2 avaient sur certains points des adhérences tellement graves qu'il fallut conserver à ce niveau des lambeaux de kyste; enfin, chez 2 autres, les adhérences étaient tellement vasculaires, épaisses et générales, les parois du kyste étaient tellement friables, qu'il fallut, après avoir largement incisé le kyste et les parois de l'abdomen, détruire toutes les cloisons kystiques, faire communiquer les loges entre elles et favoriser leur guérison par suppuration et par atrophie.

M. Péan, sans insister sur toutes ces variétés de kystes et sur les diverses méthodes opératoires qu'elles réclament, s'est contenté d'appeler l'attention sur un nouveau procédé qu'il a mis en usage et qui lui a permis de sauver les trois malades chez lesquelles il eut l'occasion de l'appliquer.

Ce procédé s'applique exclusivement à ces kystes qui, plus ou moins adhérents sur toute leur surface, présentent en certains points des connexions tellement intimes avec les parois ou les viscères de l'abdomen, que le chirurgien doit renoncer à les rompre sous peine de voir la mort survenir dans un bref délai.

L'opérateur avait remarqué, chez quelques malades placées dans ces conditions, qu'il était possible d'obtenir la guérison par atrophie de ces kystes en les incisant largement de façon à permettre à la poche principale, comme aux poches secondaires, de verser librement leur contenu au dehors pendant toute la durée de la suppuration. La connaissance de ces faits le porta à imaginer le procédé suivant :

Lorsque, après avoir excisé la presque totalité d'un kyste adhérent, le chirurgien se trouve tout à coup placé en face de portions de kyste tellement adhérentes à des viscères délicats ou importants qu'il ne pourrait les détacher sans exposer la malade aux plus grands dangers, il peut s'abstenir de retrancher ces portions de kyste, à la condition toutefois de les disposer de façon qu'elles puissent verser au dehors les liquides qu'elles continueront à sécréter. Pour cela, il importe d'attirer ces portions du kyste entre les lèvres de la plaie faite aux parois de l'abdomen, et de les y fixer au moyen de quelques points de suture. On aura ainsi formé une espèce de sac, dont la capacité sera en raison directe de la surface que l'on n'aura pu détacher.

Pour que ce mode opératoire donne des résultats avantageux, deux conditions sont nécessaires : la première est que les parois de ce sac soient assez solides pour résister à de légères tractions, à plus forte raison qu'elles ne soient le siége d'aucune solution de continuité capable de permettre aux liquides fournis par sa surface interne de tomber dans la cavité péritonéale; la deuxième, c'est qu'il ne soit formé que par une seule loge, ou bien, ce qui est la même chose, que les kystes secondaires qu'il pourrait contenir soient mis aussi largement que possible en communication l'un avec l'autre.

Maintenant, que vont devenir ces portions de kyste laissées en contact sous une de leurs faces avec le péritoine, et sur l'autre avec l'air extérieur? Il paraîtrait au premier abord qu'elles dussent se sphacéler et amener, par suite de leur contact avec le péritoine, une inflammation rapidement mortelle. Cette terminaison funeste semble surtout à craindre pour les cas où ces tissus kystiques, n'étant plus en communication avec le pédicule du kyste primitif, ne seraient nourris que par les vaisseaux contenus dans les adhérences. D'un autre côté, dans les cas où le sac en connexion avec le pédicule continuerait à être alimenté par les principaux vaisseaux qui se rendaient dans la tumeur, ne serait-il pas à craindre qu'il ne finît pas par être suffisamment transformé, détruit par la suppuration établie à son intérieur, pour que l'idée d'une récidive fût éloignée à tout jamais?

Aucun de ces modes de terminaison n'a eu lieu jusqu'ici chez les trois malades qui ont été traitées par ce procédé. Voici, au contraire, comment chez elles les choses se sont passées : si la portion de kyste ainsi abandonnée n'était plus suffisamment nourrie pour pouvoir vivre longtemps, elle se détachait d'elle-même au bout de peu de jours, en laissant à sa place une cavité plus ou moins étroite et parfaitement circonscrite par des adhé-

FEUILLETON

VICTOR STŒBER

PROFESSEUR DE PATHOLOGIE GÉNÉRALE ET DE CLINIQUE OPHTHALMOLOGIQUE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG (1).

En 1826, Stœber arrive à Londres, familiarisé avec la langue anglaise; il est introduit par le docteur Blum, de Gœttingue, son ami, chez Wardrop et chez Lawrence (2); ces relations décident de sa direction scientifique. Suivant avec assiduité l'hôpital et le dispensaire ophthalmologique de ces brillants chirurgiens, il prend goût à cette spécialité de l'art médical. Il n'avait jamais assisté, comme il le dit lui-même, qu'à deux leçons sur la cataracte et l'amaurose à Strasbourg, et à quelques opérations de cataracte, vues de loin, dans un des amphithéâtres de Paris. Ici, on lui ouvre un horizon nouveau; il est étonné de la multiplicité des cas, de la variété des opérations; il prend alors la résolution, si profitable plus tard à la science et à l'humanité, de s'occuper spécialement des maladies des yeux. Il quitte Londres, où il a eu des relations avec Brodie, Elliostón et Travers; il visite Dublin, Glascow et Édimbourg, et se rend en Allemagne.

Stœber parcourt d'abord la Hollande et la Belgique; il profite de son séjour à Berlin pour se perfectionner dans l'ophthalmologie, sous la direction du professeur Jüncken, dont il conserve un souvenir reconnaissant; il suit en même temps les cliniques de Hufeland, Græfe, Rust, et les cours de Horn et de Rudolphi. Mais attiré bientôt par la réputation des cliniques spéciales de Vienne, il se rend dans cette ville. Il fait là un long séjour et fréquente avec assiduité les services ophthalmologiques de Rosas et Jæger (1); c'est

(1) Suite. — Voir le dernier numéro.

(2) « J'avais des lettres de recommandation pour le docteur South, professeur d'anatomie, et pour le docteur Clift, conservateur du musée de Hunter, qui m'accueillirent très-bien et dont la connaissance me fut aussi agréable qu'utile; mais toutes ces recommandations me servirent moins que la présence de mon ami Blum, professeur de chirurgie à Gœttingue, qui m'avait précédé à Londres et se trouvait très-lié avec Wardrop et Lawrence. Il me présenta à ces deux chirurgiens, qui m'accueillirent avec une grande affabilité. C'étaient des hommes d'une quarantaine d'années et qui occupaient à Londres une position éminente. Wardrop avait établi à Ponton-Square un petit hôpital, où il recevait des malades atteints d'affections oculaires, cataractes et autres, et surtout ceux qu'il voulait opérer. Lawrence, qui vient de mourir à l'âge de 80 ans, était un des hommes les plus agréables que j'aie connus. Chirurgien du grand hôpital Bartholomé et du dispensaire ophthalmologique de Moorfield, il jouissait d'une grande considération. Jeune homme, je ne pouvais être que flatté d'être reçu chez Wardrop et Lawrence, où j'ai dîné plusieurs fois; mais ce qui me charmait davantage, c'est qu'ils me firent voir leurs malades, quelquefois en ville, lorsqu'il s'agissait d'opérations, mais le plus souvent à l'hôpital Panton-Square ou au dispensaire ophthalmologique. Jusqu'alors je n'avais aucune idée des maladies des yeux; notre professeur de pathologie externe nous avait fait une leçon sur l'ophthalmie, une sur la cataracte, une sur l'amaurose. A la clinique, il n'entrait jamais d'affection oculaire, et, en fait d'opération, je n'avais vu avec ma lorgnette, du haut de l'amphithéâtre, que des opérations de cataracte et de fistule lacrymale pratiquées par Dupuytren et Roux. Je fus donc bien surpris de voir le nombre considérable de maladies des yeux qui, tous les jours, se présentaient à l'*Ophthalmic Infirmary Moorfield's*. A force d'en voir, je me familiarisai avec le diagnostic et le traitement de ces affections, et je pris goût à cette partie de la science. C'est à Wardrop et surtout à Lawrence que je dois de m'être occupé avec prédilection des maladies des yeux. »

(1) « Pendant les deux mois que j'ai passés à Vienne, je ne me suis occupé, pour ainsi dire, que d'ophthalmologie. Je suivais le matin, de bonne heure, le service médical de Schiffner et les cliniques médicales de Raimann et de Bischoff; j'allais quelquefois à la clinique chirurgicale de Wattmann. Mais la majeure partie de la journée était consacrée aux maladies des yeux. Il y avait, à cette époque, deux cliniques d'ophthalmologie : l'une, au grand hôpital civil, dirigée par le professeur Rosas; l'autre, au Josephinum, hôpital militaire et école de santé militaire, à laquelle était préposé le professeur Frédéric Jæger, gendre du célèbre Beer et père de M. Édouard Jæger, actuellement professeur. J'avais des lettres pour Rosas et Jæger, mais je m'attachai à ce dernier.

« Jæger était l'homme sympathique par excellence. Aimable comme Lawrence, accueillant avec bonté extrême les jeunes gens qui voulaient s'instruire auprès de lui, les admettant à ses consultations privées. C'est peut-être de tous mes maîtres celui auquel j'ai voué la plus grande affection. Jæger vit encore. Il est remarquable que mes trois principaux mai-

rences péritonéales, qui, en se rapprochant, ne tardaient pas à combler le vide formé par la chute de ces débris kystiques.

Si, au contraire, ces mêmes débris de sac recevaient assez de sang pour que cette élimination rapide ne pût avoir lieu, il s'établissait dans leur cavité une suppuration plus ou moins abondante, amenant à la longue soit l'atrophie, soit la transformation fibreuse. Chez une des malades, la suppuration a duré plus d'une année; toutefois il faut ajouter qu'au bout de quelques semaines, cette malade pouvait se lever et vaquer comme par le passé à ses occupations de chaque jour; du reste, l'autre mode de terminaison avait été également observé chez elle, et on avait vu s'opérer l'élimination rapide de plusieurs portions du kyste sans que pour elles la suppuration ait duré au delà de quelques semaines.

Il vient d'être question d'atrophie et de transformation fibreuse, mais cette atrophie et cette transformation seront-elles définitives pour tous les cas où ce procédé sera mis en pratique? N'y a-t-il pas à craindre qu'exceptionnellement quelques kystes secondaires ne viennent à se former dans l'épaisseur des débris du kyste, surtout lorsque ceux-ci siégeront au voisinage du pédicule?

Bien que ses observations soient contraires à cette hypothèse, M. Péan trouve, dans l'étude attentive de faits offrant quelque analogie, des éléments qui serviront, sinon à la résoudre définitivement, du moins à prévoir jusqu'à un certain point ce qui arriverait si des cas semblables venaient à se présenter. Et, tout d'abord, il est évident, dit-il, que le noyau kystique, lors même qu'il tendrait à s'accroître, ne pourrait acquérir un certain volume qu'au bout d'un temps relativement fort long, temps pendant lequel le malade pourrait revenir à la santé. D'autre part, le kyste nouveau, au cas même où il acquerrait un volume capable de compromettre la vie une seconde fois, pourrait encore être opéré avant qu'il n'eût contracté des adhérences avec les parties voisines, et, par conséquent, une opération nouvelle pourrait être faite dans d'excellentes conditions de succès. Pour mieux être compris, nous allons décrire en deux mots ce qui s'est passé chez une demoiselle, âgée de 21 ans, que M. Péan a opérée il y a trois mois, avec l'aide de deux éminents confrères, MM. les docteurs Barth et Huguier :

A la suite d'une ponction faite il y a cinq ans, et suivie d'injection iodée, une abondante suppuration s'était développée dans une loge kystique qui remplissait la totalité de l'abdomen. La fièvre hectique et le marasme n'avaient pas tardé à survenir, et une péritonite menaçante s'était déclarée. M. Huguier, qui traitait la malade, dut recourir alors à une méthode énergique, et qui consista à inciser largement la paroi abdominale et le kyste sur deux points, l'un correspondant à la ligne blanche, l'autre situé à quatre travers de doigt à droite de la ligne médiane. Les adhérences qui existaient au niveau de ces incisions permirent au pus de s'écouler librement au dehors, et, à l'aide de mèches et d'injections, tous les accidents disparurent; si bien que, au bout de quelques mois, le kyste parut s'être complétement atrophié. Sur ces entrefaites, ayant perdu la malade de vue, M. Huguier et M. Péan crurent à une guérison définitive. Mais, au mois de juin de cette année, la malade vint à nouveau consulter ces chirurgiens. Elle portait alors un kyste ovarique non moins volumineux que l'ancien. Ils estimèrent aussitôt que le point de départ de cette récidive était dans l'un des kystes secondaires dont ils avaient constaté la présence autrefois, et que ces derniers, n'ayant pu être atteints par les incisions évacuatrices, avaient continué à s'accroître. D'un commun accord, ils pensèrent que l'ovariotomie était pour la malade l'unique moyen de salut. M. Péan fut chargé de la pratiquer. Or, pendant le cours de l'opération, il reconnut que l'ancienne loge était presque complétement oblitérée, que ses parois, extrêmement épaisses et fibreuses, se soudaient intimement à l'abdomen dans les points primitivement incisés. Il put, sans trop de difficultés, venir à bout de ces adhérences, qui n'étaient pas très-étendues, mais plutôt semblables à de véritables cordons fibreux. L'opération s'acheva sans autre accident. Au bout d'un mois, la malade retournait dans son pays, et on a appris depuis qu'elle jouissait d'une santé parfaite.

RECHERCHES SUR LES INJECTIONS UTÉRINES

EN DEHORS DE L'ÉTAT PUERPÉRAL (1)

Par M. le docteur A. GUICHARD.

Nos recherches sur les injections intra-utérines, au point de vue thérapeutique, nous ont amené aux conclusions suivantes :

I. Le procédé, employé par M. Gallard, est le plus simple et le plus précis; il remplit toutes les indications.

II. Les injections intra-utérines peuvent être limitées à la cavité cervicale de la matrice.

Pratiquées avec les précautions ordinaires, elles ne pénétreront jamais dans la cavité du corps.

III. Les injections intra-utérines, faites dans la cavité du corps de la matrice, d'après le procédé de M. Gallard, ne peuvent pénétrer dans les trompes de Fallope; de nombreuses raisons anatomiques, physiologiques et pathologiques s'y opposent.

Leur passage dans la cavité péritonéale n'a jamais été démontré, et est chimérique.

IV. Les effets immédiats des injections intra-utérines sont des troubles passagers de nature réflexe.

V. Des accidents inflammatoires graves ont pu se produire à la suite des injections intra-utérines, comme après toute autre opération, pratiquée sur l'utérus.

Ils sont, dans l'immense majorité des cas, sous la dépendance d'un état morbide antérieur des organes génitaux internes de la femme, et des parties circonvoisines.

Ils peuvent être, mais plus rarement, une simple coïncidence.

VI. Les injections intra-utérines, faites dans un but thérapeutique non obstétrical, sont formellement contre-indiquées, si la matrice renferme un produit de conception, — et s'il existe des symptômes d'inflammation aiguë ou chronique, soit du côté de l'utérus et du tissu cellulaire péri-utérin, soit du côté du péritoine et des ovaires.

VII. Les injections intra-utérines sont un moyen de traitement énergique; — elles doivent être réservées pour des cas pathologiques bien déterminés, et après un examen minutieux de l'état des organes génitaux internes de la femme.

Leur indication capitale réside dans la métrite interne chronique, à forme hémorrhagique.

Dans ce cas, le liquide qui a paru offrir le plus d'avantages a été le perchlorure de fer à 30 degrés.

VIII. Les injections intra-utérines ont été suivies d'heureux résultats dans les cas de métrite interne avec occlusion des orifices chez les vieilles femmes, — dans les cas de rétention du flux menstruel, — d'hémorrhagies, dues à des tumeurs fibreuses, — et dans le cancer de la matrice.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 15 novembre 1871. — Présidence de M. BLOT.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

La correspondance comprend les journaux de la semaine :

La *Gazette des hôpitaux*; — l'*Union médicale*; — *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*; — l'*Art dentaire*;

— Une notice intitulée : *Notice biographique* sur Victor Stœber, professeur à la Faculté de Strasbourg, par le professeur G. Tourdes, professeur à la même Faculté.

M. LARREY présente quatre brochures intitulées :

Traité des opérations des voies urinaires, par le docteur Reliquet (seconde partie); — *Deux nouvelles observations d'anatomie*, par le docteur Isnard, de Marseille; — *Ligature de l'iliaque primitive dans un cas d'anévrysme spontané de l'iliaque externe*, par le docteur M. Ladureau, médecin principal de deuxième classe; — *Projet de création d'une ambulance sur la Seine*, par le docteur Félix Bochard.

M. DOLBEAU présente de la part de M. le docteur Chipault d'Orléans, à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant : 1° Un mémoire imprimé intitulé : *De la résection sous-périostée dans les fractures de l'omoplate par armes à feu*; 2° une observation de *résection sous-périostée d'une partie du tibia* (renvoi à une commission composée de MM. Tarnier, Guéniot, Després, rapporteur); — de la part de M. Duplouy, professeur à l'école de médecine navale de Rochefort, à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant : 1° Une observation intitulée : *Ectropion étendu à toute la paupière inférieure; autoplastie par glissement; combinaison de la dissection d'un large lambeau cutané avec la résection à ciel ouvert des fibres orbiculaires*; 2° Opération d'un bec de lièvre double (renvoi à la commission composée de MM. Tillaux, Perrin, Guérin, rapporteur); 3° Un relevé intégral des opérations de M. Duplouy (renvoi à la commission de statistique).

MOTION D'ORDRE

M. GUÉNIOT prie la Société d'inscrire dans son bulletin la mention suivante : Les réclamations des bulletins de la Société doivent être adressées à M. V. Masson, place de l'École-de-Médecine, éditeur des bulletins de la Société. Les demandes adressées au trésorier, M. Guéniot, n'arriveraient pas directement au but que veulent atteindre nos membres correspondants.

Lorsqu'il est fait mention au procès-verbal du dépôt des exemplaires des bulletins, les membres correspondants peuvent écrire aussitôt à M. V. Masson de leur envoyer leur exemplaire.

COMMUNICATION

Suture du maxillaire inférieur. — M. POLLAILLON communique sur ce sujet l'observation suivante et présente le malade.

Fracture médiane du maxillaire inférieur, traitée et guérie par la suture osseuse. — Un homme âgé de 29 ans tomba le 6 octobre sous un haquet qu'il conduisait. Une fracture située entre la première et la seconde incisive gauche du maxillaire inférieur fut le résultat de cet accident. La direction de cette fracture était sensiblement verticale. Les gencives ainsi que la muqueuse buccale étaient largement déchirées. Les fragments étaient écartés d'au moins un centimètre, et étaient si mobiles, qu'ils se déplaçaient en divers sens quand le malade parlait ou faisait des mouvements de mastication.

La ligature des dents, la gouttière de gutta-percha moulée sur le rebord alvéolaire, l'appareil d'Houzelot, furent successivement essayés, et rejetés comme des moyens impuissants à maintenir cette fracture. La suture du maxillaire inférieur nous sembla être le seul moyen efficace. Cette opération fut pratiquée de la manière suivante, le 11 octobre :

A un centimètre en dehors de la fracture, le fragment gauche fut transpercé par un perforateur dont l'extrémité portait un trou dans lequel un fil d'argent d'un demi-millimètre de diamètre pouvait facilement passer. Lorsque la perforation eut pénétré en arrière du maxillaire, le fil d'argent fut introduit dans le chas du perforateur; en retirant celui-ci, le fil d'argent fut entraîné en avant du maxillaire. De telle sorte que, après ce premier temps de l'opération, le fil d'argent traversait le fragment gauche, ayant son bout postérieur en arrière du maxillaire, et son bout antérieur en avant.

Le fragment droit fut perforé de la même manière que le fragment gauche l'avait été. Lorsque le perforateur fut arrivé en arrière de ce fragment, le bout postérieur du fil d'argent fut introduit dans son chas et retiré en avant du maxillaire. Après ce second temps, les deux fragments pouvaient être exactement coaptés à l'aide du fil d'argent qui formait une anse en arrière d'eux. Une petite plaque de gutta-percha fut placée sur la gencive antérieure, et les deux chefs antérieurs du fil d'argent furent tordus sur elle.

Après cette opération, la fracture était maintenue parfaitement réduite.

Les perforations du maxillaire furent faites, aussi bien que possible, près du sommet de la racine des dents et dans l'intervalle de celles-ci.

Aucun accident ne suivit cette opération.

Au bout de vingt-sept jours, la fracture était consolidée. Le fil fut retiré, le 7 octobre, de la manière la plus simple. Il fut coupé à côté du nœud de torsion, repoussé en arrière du côté de la section, puis tiré dans sa totalité par le chef qui portait le nœud de torsion. Quelques gouttes de sang s'écoulèrent à la suite de l'ablation de la suture.

Huit jours après, le malade était complétement guéri et sortait de l'hôpital de la Pitié.

(1) In-8. Prix : 3 fr. 50.

à ce dernier maître, homme sympathique qui accueillait les jeunes gens avec une bonté extrême, qu'il voue sa plus grande affection. C'est là qu'il fit la connaissance de Sichel, de Dietz, d'Œttinger. Les relations qu'il noue sont presque toutes durables, et se continuent par l'échange de travaux auxquels il fournit plus tard un riche contingent. Trois de ses maîtres ont poursuivi bien plus longtemps que lui leur carrière; Lawrence, Jüncken, Jæger sont devenus octogénaires. Stœber visite ensuite la Suisse, puis l'Italie, Rome, Pavie, Turin. Avide de connaissances, il veut étendre, autant que possible, le champ de ses observations; il sait que les longs voyages ne seront plus compatibles avec la vie sédentaire du médecin.

Après trois ans d'absence, Stœber revient, presque étranger, dans sa ville natale; son but est d'être médecin praticien et d'aborder en même temps la carrière de l'enseignement; il veut aussi se livrer à la spécialité du traitement des maladies des yeux. Il se trouve alors en face de toutes les difficultés du début, il est sans protecteur, sans appui; les malades ne se présentent pas; aux heures si remplies des voyages succèdent les journées inoccupées de l'attente, où le jeune médecin est seul, supputant les chances de l'avenir. Il est bon de rappeler que, à l'entrée des carrières les plus brillantes, ces moments de doute, cette période d'isolement, se rencontrent presque toujours. Le courage et la persévérance font leur œuvre; Stœber a son plan. Une première déception tourne à son avantage : Reisseissen était mort; Stœber sollicite sa succession à la place de médecin cantonal; elle est donnée à Théodore Bœckel, qui en remplit les fonctions avec un zèle au-dessus de tout éloge. Stœber, suppléant parfois son ami, reconnaît plus tard que ces devoirs trop assidus l'auraient détourné de la voie de l'enseignement. La clientèle ne vient pas, mais le travail est là pour remplir les heures inoccupées. Un premier concours pour l'agrégation est annoncé; Stœber s'y prépare et, en même temps, il rédige un mémoire sur l'organisation médicale, qu'il envoie au concours ouvert par la Société de médecine de Marseille.

Un double succès vient appeler tout à coup l'attention sur le jeune médecin, et récompense ses efforts.

L'agrégation, institution nouvelle, devait activer la vie des Facultés et grouper autour d'elles des éléments d'avenir. On avait essayé, à Strasbourg, d'ouvrir à l'enseignement de la Faculté les portes toujours fermées des hospices, en donnant le titre d'agrégé aux médecins en chef de cet établissement; cette tentative échoua. Le concours, largement appliqué, appela autour de notre école les jeunes gens qui devaient en être le soutien. Le premier concours pour l'agrégation s'ouvre, à Strasbourg, au mois de novembre 1829. Scoutetten, de Metz, Stœber et Malle y prirent part. La lutte fut brillante; Stœber s'y distingua par l'étendue de ses connaissances et par la logique de son argumentation. Sa thèse latine, *De hydrope ventriculorum cerebri* (Argent., 1829), était un bon résumé de l'état de la science, et, grâce aux connaissances littéraires du jeune candidat, elle présentait une évidente supériorité de forme. Scoutetten et lui furent nommés (1830), et, dès ce moment, Stœber avait posé les bases de sa réputation et marqué sa place dans l'enseignement.

Son mémoire sur l'organisation médicale, basé sur des notions exactes acquises en France et à l'étranger, et sur la comparaison des systèmes adoptés dans les différents pays, obtenait presque en même temps le prix proposé par la Société de médecine de Marseille, et donnait une haute idée des connaissances et du jugement du jeune lauréat.

Maintenant l'horizon devenait moins sombre; l'heure du succès pouvait s'entrevoir; mais que d'efforts et de travaux nécessaires encore pour atteindre le but! Stœber remarque, à dater de ce concours, un progrès notable dans sa clientèle, indice de l'estime dans laquelle notre population si cultivée tient ce qui touche à la science.

Agrégé stagiaire, restant quatre ans sans fonctions, Stœber ouvre en 1830 son enseignement ophthalmologique, qui n'a pas cessé jusqu'à sa mort. En 1834, après quatre ans de cours, il publie son *Manuel d'ophthalmologie*, traité des maladies des yeux le plus complet que l'on possédât alors en France, fruit de l'expérience acquise dans la pratique et dans les voyages, et d'une sérieuse érudition. Après ce

tres en oculistique sont arrivés à un âge très-avancé. Lawrence vient de mourir à 84 ans; Jüncken et Jæger sont octogénaires.

« Tous les jours, je suivais la clinique d'ophthalmologie de Jæger au Josephinum et la clinique particulière qu'il nous faisait dans sa maison, où affluaient les malades. Nous étions là un petit nombre de jeunes docteurs avec lesquels je me liai intimement : d'abord Sichel, depuis 1830 à Paris, qui recueillait les observations pour Jæger; puis Dietz, plus tard professeur à Erlangen; Œttinger, qui s'est fait remarquer à Munich par ses travaux sur le choléra et sur l'hygiène publique; Baumgæder, un aliéniste; Kentz, médecin de l'hôpital de Stuttgart. »

Sur la kératite cachectique appelée kératite hérédo-syphilitique. — M. Panas. C'est en 1857 (1) qu'Hutchinson chercha à rattacher cette forme de kératite interstitielle à la syphilis héréditaire.

En 1859 et 1860 (2), l'auteur fournit de nouvelles preuves, et en 1863 (3) il publia un Mémoire où la maladie se trouve décrite dans tous ses détails.

Voici quels sont, d'après Hutchinson, les caractères principaux de la kératite en question : « Trouble interstitiel finement moucheté de la cornée, qui marche du centre à la circonférence, et finit par donner à la totalité de la cornée l'aspect d'un verre dépoli.

« Vascularité très-fine et radiée de la périphérie de cette membrane, surtout prononcée au moment de l'acuité de l'attaque.

« Les deux yeux en sont successivement attaqués.

« Marche chronique ; la maladie pouvant durer de trois mois à un an et plus. »

Les preuves que fournit l'auteur pour en faire une manifestation de la syphilis héréditaire sont :

« Une physionomie particulière des individus consistant en : peau rude et flasque; des cicatrices sur le front et la face; des cicatrices de vieilles fissures aux angles de la bouche ; enfoncement de la racine du nez ; une rangée de dents permanentes remarquables par leur petitesse et leur mauvaise couleur, avec les deux dents incisives supérieures majeures souvent échancrées à leur bord libre. »

L'auteur accorde même une importance décisive à cette *échancrure* spéciale de la couronne des incisives supérieures.

« La grande mortalité parmi les enfants de la même famille, dont l'aîné des survivants en est généralement atteint, et de préférence les filles.

« Dix-neuf fois sur trente cas où l'on a pu interroger les parents, on a obtenu l'aveu que l'un d'entre eux ou tous les deux avaient eu la syphilis constitutionnelle avant la naissance du malade.

« Trente-deux fois sur trente-huit cas, en remontant à la première enfance des sujets malades, on a pu recueillir des renseignements éclairés, qui témoignaient qu'ils avaient eu la syphilis infantile.

« Onze fois des symptômes de syphilis infantile avaient été clairement observés sur des frères ou sœurs du malade.

« Tandis que les engorgements des ganglions lymphatiques sont rares, les nodus, l'ulcération du voile du palais et le lupus ne sont pas rares comme complication de cette forme de kératite. »

Hutchinson n'est pas, du reste, le seul qui se soit occupé de cette kératite ; Stanley en a publié deux cas (4).

Galligo s'en est occupé dans la même année (5), ainsi que Pridgin Teal qui, dans un cas de ce genre, fit l'iridectomie avec succès (6).

L'année suivante, Haller (7) expose de nouveaux cas concernant ce genre de kératite.

Lawrence dit avoir vu des exemples de cornéite interstitielle *intra-utérine* (8).

M. Watson s'est occupé de la kératite interstitielle (9), ainsi que Taylor (10).

Tous les auteurs qui précèdent sont partisans des idées de Hutchinson. Par contre, Mooren (11) nie qu'il y ait un rapport entre la conformation particulière des dents décrite par Hutchinson, et cette forme de kératite.

Tel est l'état actuel de la question. Avant de dire ce que nous en pensons, qu'il nous soit permis d'exposer les faits de kératite interstitielle que nous avons été à même d'observer.

Obs. I. — B..., Joseph, âgé de 28 ans, balayeur de profession, petit de taille et chétif, entre à Saint-Louis le 13 février 1869, pour une affection oculaire.

Voici ce que l'examen direct nous permet de constater chez lui : tête carrée ; front bombé ; mâchoire peu développée, avec des dents petites, rabougries, noires, sans échancrure particulière de leurs couronnes.

Le moule ici présent de la mâchoire supérieure, habilement exécuté par M. Baretta, de Saint-Louis, prouve qu'il s'agit ici purement et simplement d'une altération rachitique des dents, sans trace d'échancrure de la couronne de celles-ci, telle qu'elle a été décrite par Hutchinson.

Au lieu de seize dents, la mâchoire en question n'en porte que *neuf*, à savoir les quatre incisives, deux canines et trois petites molaires, dont deux à gauche et une seule, qui est encore cariée, à droite. Toutes ces dents sont petites, espacées, noires, rabougries, striées en travers et supportées par une mâchoire supérieure en quelque sorte rudimentaire.

La peau du visage offre une coloration mate, ainsi que celle du reste du corps. Nez camus ; yeux petits enfoncés dans l'orbite ; cheveux rares. Nulle part de cicatrices; point d'éruptions à la peau; pas de glandes engorgées; n'a jamais eu jusqu'ici de maladie des yeux. Il n'a rien eu dans son enfance qui puisse rappeler la syphilis, même de loin. Ses parents sont vivants, et la mère, que nous avons pu questionner, n'accuse chez elle aucun antécédent syphilitique éloigné. Le malade n'a qu'un seul frère, qui est plus jeune que lui et qui est tout à fait bien portant.

Voici maintenant l'état de ses yeux :

Il ne peut préciser au juste l'époque à laquelle sa vue a commencé à baisser, mais cela ne dépasse guère un mois.

Ce n'est que depuis six jours que son œil gauche est devenu rouge et douloureux.

De ce côté nous constatons, en effet, une injection conjonctivale modérée, accompagnée d'un cercle vasculaire périkératique, empiétant de 2 ou 3 millimètres sur la cornée, surtout en haut et en bas, aux deux extrémités du diamètre vertical. On dirait deux arcs séniles *rouges*. Examinés à l'aide de la loupe de Brück, ces arcs sont constitués par des vaisseaux rectilignes très-fins, situés dans l'épaisseur même de la cornée, au-dessous de la couche épithéliale, peut-être aussi au-dessous de la membrane de Bowman. Comme d'ordinaire, ils forment à leur extrémité centrale des arcs anastomotiques.

Toute la cornée, particulièrement au centre et en haut, est le siége d'une opacité interstitielle, qui lui donne l'aspect de verre dépoli. Çà et là on aperçoit des points fins, plus raturés que le reste, ce qui s'observe surtout vers les confins du pli antérieur. A l'aide d'un éclairage oblique aussi léger que possible, il est aisé de constater que la cornée a perdu son brillant naturel, par suite d'une exfoliation pointillée de l'épithélium qui tapisse la face antérieure de celle-ci.

En un mot, nous trouvons là tous les signes de la kératite *diffuse* ou *interstitielle*, attribuée par Hutchinson à la syphilis héréditaire.

Le trouble de la cornée est tel qu'il devient impossible d'apercevoir la pupille, et l'examen ophthalmoscopique ne permet de rien voir, sinon l'aspect lactescent de la cornée et l'absence de reflets.

La vision se borne à la simple perception de la lumière, et le malade est incapable de compter ses doigts. Les douleurs circum-orbitaires existent, mais ne sont pas très-vives. Il y a peu de photophobie, peu de larmoiement et pas de sécrétion muqueuse ou purulente. Les paupières sont saines et sans granulations.

L'œil droit ne paraît pas malade. Toutefois, à l'aide de l'éclairage oblique, on arrive à voir que la cornée, de ce côté, est le siége d'un très-léger nuage central et profond qui nous fait craindre que l'œil, de ce côté, ne tarde à être pris à son tour. L'examen de l'œil droit, à l'ophthalmoscope, nous montre la pupille, la rétine et la choroïde saines, quoique un peu congestionnées, probablement à la suite d'un mouvement fluxionnaire sympathique.

Dans la première semaine du traitement, nous administrâmes le calomel à doses fractionnées, qui produisit une salivation abondante sans le moindre profit pour l'œil; aussi avons-nous dû le suspendre, et le malade a passé un mois à l'hôpital en se bornant à l'usage d'un collyre d'atropine qui n'a pas réussi davantage.

Nous prescrivîmes alors l'iodure de potassium à la dose de *deux* grammes, puis de *quatre* grammes par jour.

Dès le quatrième jour du traitement ioduré, la cornée a commencé à s'éclaircir et à se dévasculariser, et les choses sont allées en progressant ainsi jusqu'au second mois, époque à laquelle le malade quittait l'hôpital tout à fait guéri. Le jour de sa sortie, l'œil gauche était comme il suit :

Plus trace de vascularité.

Cornée lisse, transparente, sauf un léger nuage, imperceptible, au centre, qui n'empêche pas le malade de lire le nº VII de l'échelle Giraud-Teulon.

Pupille visible comme à l'état normal et parfaitement régulière.

L'ophthalmoscope permet de voir la pupille optique, la rétine et la choroïde, qui sont saines.

Obs. II. — L... (Eugénie), domestique, âgée de 18 ans, entre à Saint-Louis le 15 mai 1869. Elle a mal aux yeux pour la première fois. Son tempérament est lymphatique, sans aucun des attributs des scrofuleux.

Six semaines auparavant, l'œil droit se troubla rapidement et cessa de pouvoir discerner les objets, le tout sans douleurs; et la même chose est arrivée pour l'œil gauche trois semaines plus tard.

État actuel. *Œil droit.* Cornée nuageuse opalescente avec moucheté blanc dans son épaisseur. Injections très-fines, radiées à la limite de la cornée. Autant qu'on peut en juger en regardant par la périphérie de la cornée, plus transparente que le reste, la chambre antérieure et l'iris sont sains. Le malade peut encore distinguer, bien qu'avec peine, le nº VI de l'échelle Giraud-Teulon, à un pied de distance.

Œil gauche. Même état nuageux de la cornée qu'à droite ; plus de vascularité; un peu de photophobie. La malade ne peut lire de cet œil que le nº C de l'échelle.

Le traitement consiste en l'administration de *deux* grammes d'iodure de potassium par jour, sans faire usage d'aucun collyre.

Le 23 mai, amélioration sensible. Avec l'œil droit, lit le nº II; et, avec le gauche, le nº L.

Le 18 juin, lit le nº I à droite et le nº XV à gauche.

Le 24 juin, lit le nº V.

Le 3 juillet, le nº II.

Sort le 9 juillet entièrement guérie.

Obs. III. — Alexandre D..., garçon de 12 ans, pâle et faible de constitution, se présente à la consultation des yeux, au bureau central. Sauf quelques ganglions légèrement tuméfiés au cou et aux aines et des taches d'ecthyma cachecticum guéri aux jambes, il n'y a absolument rien chez lui qui puisse donner l'idée d'une syphilis ou même de la scrofule déclarée. Les dents incisives n'offrent point la configuration écrite par Hutchinson; au contraire, elles sont longues, blanches, et tout à fait régulières.

Il est le troisième enfant de la famille, et sa mère en a eu un autre après lui. Aucun de ses trois frères n'a rien eu de syphilitique, ni aucune affection oculaire.

Ce garçon est affecté d'une double kératite diffuse : celle de l'œil gauche remonte à six semaines, et celle du droit à deux semaines seulement.

Le centre et la moitié inférieure des deux cornées sont le siége principal de l'altération, qui est tout à fait caractéristique. Un double arc vasculaire entoure le bas des deux cornées, et des vaisseaux extrêmement fins empiètent même de 1 à 2 millimètres sur cette membrane.

La vision est tout à fait compromise, l'individu ne pouvant discerner que le nº CC de l'échelle.

On prescrit *deux* grammes d'iodure de potassium par jour, sans collyre aucun, et, au bout de six semaines, les cornées étaient presque entièrement éclaircies, et le jeune malade pouvait lire couramment le nº IV de l'échelle.

Obs. IV. — La nommée Bauer, âgée de 25 ans, brodeuse de profession, se présente à la consultation du Parvis avec une double kératite diffuse, surtout prononcée au bas des deux cornées.

Réglée à l'âge de 11 ans, elle eut une première fois mal aux yeux à 18 ans, et une autre fois à 24 ans. La dernière attaque remonte à quinze jours; elle souffre peu et n'a pas de photophobie, ne peut lire ni travailler.

Ses dents incisives sont absolument normales. Elle a eu deux frères et une sœur, qui sont morts en bas âge; elle est la dernière de la famille, et ses parents jouissent d'une excellente santé.

Les observations qui précèdent sont, on le voit, en contradiction flagrante avec les idées professées par Hutchinson, l'habile chirurgien de Londres.

C'est ainsi que, trois fois, les dents étaient entièrement saines, et que, dans le seul cas où elles s'écartaient de leur conformation normale, il s'agissait de dents petites, rabougries, privées d'une partie de leur couronne, comme celles qu'on observe souvent chez les rachitiques.

En réfléchissant, d'autre part, aux caractères assignés par Hutchinson aux dents des malades atteints de kératite diffuse, il est aisé de se convaincre qu'il ne s'agit là que de dents rachitiques, comme on en voit tant, et que, dès lors, rien ne prouve l'origine syphilitique de cette espèce d'atrophie des dents.

Aucun de nos malades n'a eu dans son enfance, pas plus qu'il ne

(1) J. Hutchinson. *On the different forms of inflammation of the Eye, consequent of inherited syphilis.* Ophth. Hosp. Rep. Vol. 1, p. 191 et 226.
(2) Id. vol. II, p. 54-258.
(3) *Clinical memoir on certain Deseases of the Eye and Ear consequent of inherited syphilis*, by J. Hutchinson. London 1863.
(4) Stanley, *Med. Times and Gazette*, 1860, juin.
(5) Galligo, *Annales d'oculist.*, t. XLIII, p. 185. 1860.
(6) Teal, *Med. Times and Gazette.* p. 529. 1860.
(7) *Falle von angeborner syphilis mit gleichzeitiger diformital der oberen Scheidezahne in Boyer Arzte intelligenzblatt*, nº 7, 1861.
(8) Z. Lawrence, *Klin. monatsblatter*, t. I, p. 204, 1863, et *Ann. d'ocul.* 1864, p. 111.
(9) W. Watson, *On the interst. keratitis of inherited syphilis. Oph. hosp. Reports.* 1864.
(10) Taylor, *Ophthalmic Review*, avril 1866.
(11) Mooren, *Ophthal. Beobachtungen*, p. 94. 1867.

---

travail, sa clientèle spéciale augmente; les confrères commencent à l'appeler pour les cas de ce genre.

La Faculté venait de perdre Lobstein; c'est un des noms les plus illustres de notre école. Cette mort laissait un grand vide; Lobstein enseignait à la fois l'anatomie pathologique et la clinique médicale. C'est cette dernière chaire qui est déclarée vacante; un concours est annoncé pour l'année 1836.

Les Facultés se recrutaient alors par le concours; ce mode de nomination entretenait une vive émulation dans les écoles. Stœber se prépare consciencieusement; il retourne à Paris, en 1835, pour s'y livrer à des études cliniques. Il fit alors, à l'hôpital de la Pitié, connaissance du célèbre Louis, avec lequel, comme l'auteur de cette notice, il resta lié d'une sincère amitié.

Le concours de 1836 a marqué dans les fastes de la Faculté de médecine; cinq candidats s'y présentent : les uns avaient déjà une notoriété dans la science, les autres étaient au début de leur carrière ; le temps a montré pour tous quels hommes éminents ont pris part à cette lutte. Les candidats étaient : Forget, Ristelhueber, Aronssohn, Stœber, Schützenberger. Je n'ai pas à parler des mérites divers qui se sont signalés dans ce concours mémorable; Stœber y fit preuve d'une érudition profonde, d'une grande clarté d'exposition, d'un sens droit et de beaucoup de vigueur dans la discussion des thèses. Un nombreux auditoire assistait à ces séances, qui, même en dehors du concours médical, étaient pour la ville une espèce d'événement. Forget, par sa brillante éloquence, enleva les suffrages, mais Stœber balança le succès; il eut deux voix dans le scrutin, et, à dater de ce moment, il était clair que son arrivée au professorat n'était plus qu'une question d'occasion et de temps. Dans les notes bien précieuses qu'il a laissées, sous le nom d'autobiographies, Stœber apprécie, avec une grande modestie et un sens bien droit, les résultats de cet échec. « Après tout, dit-il, il vaut mieux que je n'aie pas réussi; si j'avais été nommé, la Faculté eût été privée d'un professeur éminent qui a été longtemps une de ses gloires, et moi-même, absorbé par la clinique interne, je n'aurais pas créé la clinique ophthalmologique, la première qui ait existé en France et qui a contribué aussi au succès de notre école. » La position de Stœber se fortifia encore par suite de ce concours; il devint alors un des praticiens les plus occupés de notre ville.

Neuf ans doivent s'écouler encore jusqu'au moment où Stœber verra s'ouvrir pour lui les portes de la Faculté. Que de services il a rendus pendant cette longue période! Chargé de la clinique interne en 1834 et 1835, il la reprend en 1843 et 1844; il fait la suppléance du cours d'hygiène en 1838 et 1839, celle de la pathologie générale en 1844 et 1845. Le 1er novembre 1837, par un arrêté ministériel, il est chargé de la clinique des maladies des enfants, création nouvelle due à l'initiative de M. Coze, et ici l'éminent praticien rend encore les plus grands services. Stœber étudie avec le plus vif intérêt les maladies de l'enfance; bon et dévoué, il apprend aux familles indigentes à recourir avec confiance aux soins hospitaliers. Il publie les résultats de cette pratique spéciale dans un opuscule consulté avec fruit par ceux qui s'occupent des maladies de l'enfance. Stœber est chargé de cette clinique jusqu'en 1845, et ces occupations multipliées ne l'empêchent pas de faire chaque année, avec le même zèle, son cours pratique des maladies des yeux.

Professeur Tourdes.

(*A suivre.*)

M. le docteur Lancereaux commencera son cours de pathologie interne le mardi 28 novembre, à 5 heures du soir, amphithéâtre nº 3 de l'École pratique. — Il traitera des fièvres.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité clinique des maladies aiguës des organes respiratoires, par le docteur Woillez, médecin de l'hôpital Lariboisière. 1 vol. in-8º accompagné de 93 figures dans le texte et 8 planches gravées. — Prix : 12 francs.

Traité des opérations des voies urinaires, par le docteur Reliquet. Seconde partie, 2e fascicule in-8º avec figures. Prix : 2 francs. — L'ouvrage complet, 1 vol. in-8º de 820 pages avec 191 figures intercalées dans le texte; prix : 10 francs. — Ouvrage couronné par l'Académie (prix d'Argenteuil).

Étude sur les plaies par armes à feu, par le docteur Varlin. 1 vol. in-8º avec 22 planches lithographiées. — Prix : 6 francs.

nous en a offert au moment de l'examen, des accidents syphilitiques, de sorte que rien ne nous autorise non plus à attribuer leur affection cornéale à la syphilis.

Pour notre compte, nous avons trop vu de syphilitiques à Lourcine et à l'hôpital du Midi pour admettre un seul instant que la syphilis héréditaire puisse se manifester tardivement à l'âge de 12, 25 et 30 ans, alors que rien n'a transpiré dans la première enfance. Presque toujours, la syphilis infantile éclate dans les six premières semaines après la naissance, et, si l'art n'intervient pas, les enfants succombent; dans le cas contraire, ils guérissent d'une façon presque toujours définitive.

Nous avons vu parfois, il est vrai, dans les hôpitaux, des lésions réputées syphilitiques héréditaires survenues chez des adolescents et des adultes, telles que des perforations du voile du palais, des ulcérations du palais ou de la langue; mais à mesure que la nosologie fait des progrès, on reconnaît que ces états n'ont rien à faire avec la syphilis. C'est ainsi qu'on connaît bien aujourd'hui les perforations et les ulcérations par abcès glandulaires du palais et de son voile, les ulcérations tuberculeuses de la langue, dont nous avons vu un bel exemple à l'hôpital Saint-Louis; enfin, les diverses éruptions eczémateuses, psoriasiques et autres, de la muqueuse bucco-pharyngienne.

N'est-il pas, d'ailleurs, insolite que la syphilis héréditaire tardive s'attaque à la cornée, alors que la syphilis acquise, aussi bien secondaire que tertiaire, ne se manifeste jamais du côté de la cornée? Des iritis, des choroïdites et des rétinites syphilitiques, nous en avons beaucoup vu et soigné; mais des kératites syphilitiques, jamais. Il va sans dire qu'il n'est point question ici de l'aquo-capsulite blennorrhagique qui, bien qu'affection vénérienne, n'a aucun rapport avec la syphilis proprement dite.

Si des considérations cliniques nous passons à la thérapeutique, nous trouvons que le mercure n'a aucune action favorable sur la kératite diffuse (notre Observation Ire le prouve jusqu'à l'évidence), tandis que l'iodure de potassium, administré par la bouche, fait véritablement merveille. Les résultats que nous en avons obtenus sont tellement frappants, que nous ne saurions trop recommander ce moyen thérapeutique, aidé au besoin par le fer, le quinquina et l'huile de foie de morue, contre le genre de kératite qui nous occupe.

De tout ce qui précède, nous sommes conduits à penser que Mackensie a été dans le vrai lorsqu'il a décrit ce genre de maladie sous le nom de kératite scrofuleuse chronique. Le meilleur nom serait toutefois de l'appeler *kératite cachectique*, attendu que la plupart des individus qui en sont atteints n'offrent pas les signes apparents de la scrofule, mais ceux de la maladie cachectique par excellence, le rachitisme, la conformation spéciale des dents indiquée par Hutchinson, qui, sans être constante, est pourtant assez commune.

Des considérations qui précèdent il résulte :

1° Que l'origine syphilitique de la kératite diffuse décrite par Hutchinson, sous le nom de kératite héredo-syphilitique, peut être mise en doute;

2° Que la configuration anormale des dents est loin d'être constante, et que lorsqu'elle existe, elle rappelle tout à fait ce que chacun sait des dents rachitiques;

3° Qu'en définitive le nom de kératite *cachectique diffuse* est ce qui lui convient le mieux;

4° Qu'enfin le médicament qui semble exercer une action thérapeutique élective sur elle serait, d'après nos recherches, l'iodure de potassium, à l'exclusion du mercure, qui nous paraît d'autant plus contre-indiqué qu'il s'agit ici d'un état cachectique.

Nous ne parlons point de l'iridectomie, proposée en pareil cas, attendu que nous ne l'avons pratiquée qu'une seule fois, avec un résultat définitif médiocre; d'ailleurs, nous comptons y revenir plus longuement dans un travail spécial concernant le traitement des opacités cornéales, en général, par l'iridectomie.

(A suivre.)

CORRESPONDANCE

A M. le docteur Le Sourd, directeur de la GAZETTE DES HÔPITAUX.

Monsieur,

Il y a quinze ans que j'ai subi les épreuves de l'examen *de matriculation*, à Londres.

Alors, l'examen se composait de neuf compositions écrites, occupant neuf séances de trois heures chacune, c'est-à-dire d'une séance par jour, et portant sur les sujets suivants, *tous obligatoires* :

Une version latine, une version grecque, une version française ou allemande; mathématiques et algèbre; histoire d'Angleterre; premier livre d'Euclide; chimie; physique, avec des problèmes; étymologie et syntaxe de la langue anglaise.

Les ouvrages classiques d'où sont tirées les versions latine et grecque sont désignés par la Faculté une année à l'avance, et, pendant l'examen, on ne peut point se servir de dictionnaire.

Les candidats ont, en outre, à répondre à des questions de grammaire, d'histoire ancienne et de géographie ancienne, qui sont attachées aux versions.

Aujourd'hui, l'examen est plus étendu qu'autrefois.

Le baccalauréat ès-sciences, qui est également exigé, tient le milieu entre le baccalauréat français et la licence. C'est un examen *très-difficile*.

Vu les difficultés qui entourent les examens préliminaires aux études médicales, la plupart des élèves anglais s'abstiennent de prendre le diplôme du doctorat de Londres, puisque les autres corporations médicales qui accordent des diplômes n'exigent que des épreuves littéraires et scientifiques élémentaires, à peu près semblables à l'examen de grammaire française.

OSBORNE C. POWELL.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 8,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois. . . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 26 novembre 1871.

Les agrégés de la Faculté de médecine de Paris viennent de demander à l'Assemblée des professeurs l'exercice du droit — écrit dans la loi — de faire des cours dans l'enceinte de la Faculté.

La Faculté, qui — dans ses cours — demande l'enseignement libre et la concurrence, a refusé.

Les agrégés réunis et tous d'accord s'adressent aujourd'hui au ministre de l'Instruction publique, pour obtenir l'exercice de leur droit. Nous leur souhaitons de réussir, car nous pensons que la concurrence dans l'enseignement de la Faculté est le seul moyen de préparer de bons professeurs.

Quand un professeur est payé 120 francs par leçon et qu'il n'arrive plus qu'à réunir vingt élèves et même moins, au lieu de trois ou quatre cents qu'il doit avoir, le ministre peut bien lui laisser sa place, mais il a le devoir de veiller à ce que les élèves qui payent leurs inscriptions soient enseignés par des hommes qui sachent parler en public.

L'occasion se présente, sans frais pour le Trésor, de compléter ce qui manque à l'enseignement par l'adjonction des agrégés qui sayent professer; espérons qu'on ne la laissera pas échapper.

— Nous sommes heureux d'apprendre à nos lecteurs que le scandale Daubrée a pris fin!

Après une assemblée des professeurs du muséum, convoquée par ordre du ministre, M. Daubrée a annoncé à son aide-naturaliste, M. Stanislas Meunier, qu'il pouvait donner suite à des travaux si brillamment commencés.

— La circulaire annoncée par l'Association générale vient d'être adressée à tous les médecins de France.

Sa lecture nous confirme plus que jamais dans la pensée que l'action de cette association ne répond pas à son programme, et qu'elle est loin de rendre les services qu'on en pouvait attendre. Nous comprenons donc et nous partageons entièrement l'opinion de ceux qui ne veulent pas quitter d'honorables associations pour entrer dans l'Association générale, ou qui, après avoir fait quelque temps partie de cette Association générale, s'empressent de retirer leur adhésion.

Dr E. Le Soud.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. CHARCOT.

De la contracture hystérique.

Leçon recueillie par le docteur BOURNEVILLE (juin 1870).

Messieurs, dans son traité fondamental sur l'hystérie, M. Briquet, bien qu'il n'accorde pas à l'histoire de la *contracture permanente* dont un ou plusieurs membres, chez les hystériques, peuvent être atteints, tout le développement qu'à mon sens elle comporte, trace cependant avec une grande sûreté de main les traits les plus saillants de ce symptôme. C'est là, écrit-il, une complication rare. Il ne l'avait, en effet, rencontrée que six fois à l'époque où il a publié son ouvrage. Dans un cas, la contracture occupait un seul membre ; dans deux autres elle se présentait sous forme hémiplégique, et dans les trois derniers elle revêtait la forme paraplégique. Il est parfaitement exact que la contracture hystérique peut offrir tous ces aspects. Vous allez, du reste, vérifier le fait par vous-même, car je suis assez heureux pour pouvoir faire passer sous vos yeux deux malades qui présentent l'une la forme hémiplégique, l'autre la forme paraplégique de la contracture hystérique. Nous sommes ainsi mis à même de vous faire toucher du doigt les particularités les plus intéressantes relatives à cette manifestation singulière de l'hystérie.

A. E..., aujourd'hui âgée de 42 ans, est atteinte depuis vingt mois d'hémiplégie gauche. Vous voyez le *membre supérieur* de ce côté dans la demi-flexion ; il est le siége d'une rigidité considérable, ainsi qu'en témoignent la difficulté que l'on éprouve à exagérer la flexion et l'impossibilité d'obtenir l'extension complète.

Le *membre inférieur* gauche est dans l'extension ; ses diverses parties sont, pour ainsi dire, dans une attitude forcée. Ainsi la cuisse est fortement étendue sur le bassin, la jambe sur la cuisse. Le pied offre la déformation de l'équin varus le plus prononcé. En outre, les muscles adducteurs de la cuisse sont, eux aussi, fortement contracturés. En somme, toutes les jointures sont également rigides, et le membre, dans son ensemble, forme comme une barre inflexible, car, en le saisissant par le pied, vous pourriez soulever tout d'une pièce la partie inférieure du corps de la malade. J'insiste sur cette attitude du membre inférieur, parce qu'elle est très-rare dans l'hémiplégie liée à l'existence d'une lésion cérébrale en foyer, et qu'elle est, au contraire, pour ainsi dire, la règle dans la contracture hystérique. Dans ce dernier cas, la flexion permanente de la cuisse et de la jambe, si j'en juge d'après mes observations, est un fait réellement exceptionnel.

Il s'agit là d'une contracture *permanente* dans l'acception rigoureuse du mot ; je me suis assuré qu'elle ne se modifie en rien pendant le sommeil le plus profond ; elle ne subit pas, dans la journée, d'alternatives d'aggravation et de rémission. Seul le sommeil provoqué par le chloroforme la fait disparaître instantanément.

Bien que chez notre malade la contracture hémiplégique date, je le repète, de près de deux ans, vous voyez que la nutrition des muscles n'a pas souffert sensiblement. J'ajouterai encore que la contractilité électrique est à peu près normale.

Je vous ferai remarquer, en passant, qu'en redressant fortement la pointe du pied, on détermine dans le membre inférieur contracturé une trémulation convulsive qui persiste quelquefois pendant longtemps, alors que le pied, abandonné à lui-même, a repris son attitude primitive. Vous savez que cette même trémulation se rencontre très-habituellement dans la paralysie avec contracture, liée à une lésion organique spinale, lorsque les cordons latéraux sont sclérosés ; mais je l'ai observée également dans nombre de cas où la contracture hystérique s'est terminée par la guérison. Vous voyez par là que ce phénomène n'a pas, au point de vue du diagnostic anatomique, l'importance que quelques personnes lui ont accordée bien à tort.

A part la différence que nous avons signalée à propos de l'attitude du membre inférieur, toutes les particularités que nous venons de rappeler pourraient, à la rigueur, s'appliquer à un cas d'hémiplégie organique, résultant d'une lésion profonde de l'encéphale, hémorrhagie ou ramollissement, par exemple.

Un nouveau trait de ressemblance est celui-ci : l'hémiplégie chez Etch... a débuté tout à coup, pendant une attaque. La malade, à la suite de cette attaque, est restée sans connaissance durant plusieurs jours.

Après avoir indiqué les analogies, il faut faire ressortir les différences. Elles sont nombreuses, péremptoires et de fait, le plus souvent, rien n'est plus simple, en s'aidant de ces caractères presque toujours présents, que de rapporter la contracture hystérique à sa véritable origine.

1° Remarquez en premier lieu, messieurs, l'absence de paralysie faciale et de déviation de la langue, tirée hors de la bouche. Vous savez que ces phénomènes existent au contraire toujours à un certain degré dans l'hémiplégie, par lésion en foyer du cerveau (1).

2° Notez ensuite l'existence d'une analgésie et même d'une anesthésie pour ainsi dire absolue, étendue à toute la moitié du corps répondant au côté paralysé, occupant par suite la face, le tronc, etc. Cette altération de la sensibilité intéresse non-seulement la peau, mais encore les muscles et peut-être les os, elle s'arrête exactement à la ligne médiane.

Cette sorte de généralisation de l'anesthésie à tout un côté du corps, tête, tronc et membres, cette limitation, pour ainsi dire géométrique, des parties anesthésiées par un plan vertical qui divise le corps en deux moitiés égales, appartiennent pour ainsi dire en propre à l'hystérie. Quoi qu'il en soit, ce symptôme ne s'observe jamais dans l'*hémiplégie* de cause *cérébrale*, et s'il s'agissait de *l'hémiplégie spinale*, c'est-à-dire résultant de la lésion d'une moitié unilatérale de la moelle épinière, l'anesthésie, ainsi que l'a montré Brown-Séquard, occuperait le côté du corps opposé à la paralysie motrice.

3° Nous avons à relever encore bien d'autres caractères distinctifs. La malade est intelligente et rien n'autorise à suspecter sa sincérité ; elle peut donc nous renseigner d'une façon véridique sur le mode d'évolution de son affection. Voici, en quelques mots, son histoire.

Il n'y aurait pas eu chez elle, semble-t-il, d'antécédents hystériques. La maladie a débuté à 34 ans, après une violente secousse morale, par une attaque avec perte de connaissance. Cette attaque, selon toute vraisemblance, a pris la forme épileptique de l'hystérie : Etch... pendant l'accès est tombée dans le feu, et elle porte sur la figure des traces de la brûlure qu'elle s'est faite dans cette circonstance. De nouvelles attaques, tantôt franchement hystériques, tantôt prenant quelques-uns des aspects de l'épilepsie, sont survenues, à plusieurs reprises, durant les années suivantes ; mais c'est à 40 ans que sont apparus les symptômes permanents de l'hystérie que nous avons à étudier aujourd'hui. Nous devons indiquer au milieu de quel concours de circonstances ils se sont développés, car nous trouverons là quelques traits caractéristiques.

a. Les règles, jusque-là régulières, se dérangent ; la malade a de temps en temps des vomissements de sang ; son ventre est le siége d'un ballonnement considérable avec douleur vive à la pression de la région ovarienne gauche ; douleur d'un caractère spécial, s'accompagnant de sensations particulières qui irradiaient vers la région épigastrique et que la malade reconnaissait comme précédant la plupart de ses attaques. Ces douleurs, comme d'ailleurs le ballonnement et la rétention d'urine, existent encore aujourd'hui.

b. Presque en même temps, Etch... est affectée d'une *rétention d'urine* persistante, qui nécessite habituellement le cathétérisme.

c. Les choses en étaient là lorsque, en octobre 1868, survient une attaque très-intense, accompagnée de convulsions et suivie d'un état apoplectiforme avec respiration stertoreuse ; c'est alors que débuta tout à coup l'*hémiplégie*....

Eh bien, messieurs, *ce ballonnement considérable du ventre*, ces *douleurs de la région ovarienne*, cette *rétention des urines*, constituent un ensemble de symptômes dont l'importance, au point de vue du diagnostic, est à peu près décisive. Rien de semblable ne s'observe dans les prodromes des hémiplégies de cause cérébrale, et il est au contraire très-habituel de voir ces symptômes précéder l'apparition des phénomènes permanents de l'hystérie : hémiplégie ou paraplégie. C'est un point que M. Briquet n'a pas manqué de faire ressortir; on le trouve également relevé comme il convient, du moins en ce qui concerne la paraplégie hystérique, par M. Laycock, dans les termes suivants : « La paralysie plus ou moins prononcée des extrémités inférieures, dans l'hystérie, est toujours accompagnée — il aurait pu ajouter : « et précédée » — par un degré correspondant de perturbation dans les fonctions des organes pelviens ; cette perturbation se traduit par la constipation, la tympanite, la paralysie vésicale, l'accroissement ou la diminution de la sécrétion urinaire, l'irritation ovarienne ou utérine, etc. » (*a Treatise on the nervous Diseases of Women.* London, 1840, p. 288.)

d. Lorsque Etch... est entrée à la Salpêtrière il y a un an (juin 1869), l'hémiplégie datait déjà de sept ou huit mois. Indépendamment de toutes les particularités, si caractéristiques, qui viennent d'être rappelées, l'état des membres paralysés pouvait, lui aussi, être invoqué en faveur de l'origine hystérique de la paralysie. Ainsi, tandis que le membre supérieur était dans un état de flaccidité complète, absolue, le membre inférieur présentait au genou une rigidité très-marquée. Ce serait là une anomalie considérable dans un cas d'hémiplégie consécutive à une lésion cérébrale, car en pareil cas la rigidité tardive se manifeste toujours de préférence dans le membre supérieur.

e. La contracture qui, aujourd'hui, occupe le membre supérieur date de quelques mois seulement, et elle s'est développée tout à coup sans transition à la suite d'une attaque. Ce n'est pas de la sorte, vous le savez, que procède la contracture tardive dans l'hémiplégie due à l'hémorrhagie ou au ramollissement du cerveau ; constamment dans ce dernier cas, la contraction s'établit lentement, d'une manière progressive.

Ainsi, messieurs, en tenant compte de toutes les circonstances qui viennent d'être énumérées, rien n'est plus facile que de reconnaître chez Etch... la véritable cause du mal. Il en sera de même encore dans le fait suivant, qui est relatif à un cas de paraplégie hystérique.

B. Alb..., âgée de 21 ans, enfant trouvé, est atteinte depuis deux ans environ d'une contracture permanente des membres inférieurs, qui sont, comme vous pouvez le constater, dans l'extension et tout à fait rigides. De même que chez Etch..., la contractilité musculaire n'est pas amoindrie. Les membres sont

(1) Suivant M. Hasse (*Handb. der Pathol.*, etc., 2 Auflag. Erlangen, 1869), on devrait à M. Althaus d'avoir signalé l'absence de la paralysie faciale et de la déviation de la bouche et de la langue, dans l'hémiplégie hystérique. Il n'en est rien ; ce caractère se trouve déjà mis en relief dans les *Leçons sur le système nerveux*, de R. B. Todd.

amaigris, mais d'une façon générale, et cet amaigrissement tient à ce que la malade est affectée de vomissements presque incoercibles qui l'empêchent de s'alimenter suffisamment. On note, en outre, une analgésie à peu près complète des membres paralysés.

Voici maintenant des circonstances vraiment décisives qui permettent d'établir le diagnostic.

1° Alb... a des attaques hystériques depuis l'âge de 16 ans; — 2° elle est atteinte, depuis quatre ans, d'une rétention d'urine réclamant ordinairement le cathétérisme; — 3° elle présente un ballonnement énorme de l'abdomen; — 4° les régions ovariennes sont douloureuses à la pression. Et en insistant un peu dans l'exploration, on ne tarderait pas à provoquer une attaque hystérique; — 5° la contracture des membres inférieurs est survenue tout d'un coup, sans transition, et c'est là un point que nous avons fait ressortir déjà dans l'observation précédente. Or, de semblables symptômes ne s'observent pas dans la progression de la sclérose des cordons latéraux...

(*Sera continué.*)

DU TRAITEMENT DES PLAIES DE LA FACE

par M. A. Le Dentu

Professeur agrégé à la Faculté de médecine (1).

En présence d'une plaie de la face, le chirurgien doit avant tout songer aux complications. Les unes sont trop apparentes pour échapper à un examen superficiel, les autres demandent une recherche attentive.

En règle générale, il faut d'abord s'occuper de l'hémorrhagie, puis des corps étrangers; enfin le traitement ainsi simplifié a pour objet la cicatrisation dans le délai le plus bref possible.

Les règles relatives à l'hémorrhagie peuvent se formuler en quelques propositions très-nettes. Toutes les fois que l'on voit une artère fournir du sang par petits jets saccadés, il faut la lier, et même lier les deux bouts, si elle est d'un calibre assez important ou que les deux bouts fournissent à l'hémorrhagie. La torsion pourrait à la rigueur être appliquée aux très-petites artères, mais c'est un moyen infidèle auquel il faut généralement préférer la ligature. Une fois celle-ci faite, on coupe un des chefs du fil, ou même les deux; mais il vaut mieux se réserver le moyen d'exercer quelques tractions sur le fil, dès qu'on suppose que la section du vaisseau est complète, que de compter sur la chute spontanée de la ligature.

Toute section de la faciale, de la temporale ou de leurs principales branches, doit être traitée de cette manière. Si la plaie des téguments est étroite et inaccessible aux instruments, plutôt que de la débrider, ce qui aurait l'inconvénient d'augmenter la cicatrice, il faudrait avoir recours à une compression bien appliquée sur un plan résistant (tempe, corps de la mâchoire, front), ou, si la région ne s'y prêtait pas, à un moyen indiqué depuis longtemps par Velpeau. Cette méthode consiste à traverser les téguments au moyen d'une aiguille ou d'une épingle, à une petite distance de la plaie et près du vaisseau ouvert, à diriger l'instrument au-dessous du vaisseau et perpendiculairement à sa direction, et à le faire sortir à travers les téguments de l'autre côté de l'artère.

La compression exercée par l'épingle de dedans en dehors sur le vaisseau pourrait suffire pour arrêter l'hémorrhagie; mais il est plus prudent d'enrouler un fil autour des deux extrémités, comme dans la suture entortillée. Au bout de deux ou trois jours, on peut retirer l'épingle.

En cas d'hémorrhagie en nappe, le premier moyen à employer est l'eau fraîche en lotions sur la plaie. Si l'hémorrhagie, une fois arrêtée, ne reprend pas au bout de quelques minutes, on doit s'en tenir là; mais en cas d'insuccès, *il faut éviter autant que possible* les styptiques, et surtout *le perchlorure de fer*. Il est vraiment fâcheux qu'en général le bon prête autant à l'abus. Ceci n'est que trop vrai pour le perchlorure de fer. Toute plaie de la face ou de la tête que les hasards d'un accident amènent entre les mains d'un pharmacien, est condamnée à l'avance au perchlorure de fer. Le moyen est radical, mais il a des inconvénients sérieux. Le perchlorure de fer est un puissant coagulant, mais il est en même temps un caustique. Toute plaie qu'il a touchée est recouverte d'une eschare; celle-ci n'est pas épaisse, mais sa présence suffit pour empêcher absolument la réunion immédiate, et pour priver ainsi les blessés d'un avantage sérieux.

Donc, pas de perchlorure de fer, à moins que tous les autres moyens n'aient échoué, ce qui est bien rare. Après l'eau fraîche ou glacée, nous recommandons la compression directe avec de la charpie, ou mieux, avec de l'amadou sous forme de rondelles empilées. Si cela ne suffisait pas, on se servirait d'eau vinaigrée, d'une solution un peu forte d'alun (1/100 à 1/50), ou, à la rigueur, d'une des nombreuses eaux hémostatiques dont la renommée tend chaque jour à s'affaiblir (eau de Léchelle, de Bochieri, de Chapelain, de Pagliari, etc.). N'oublions pas le sulfate de fer en solution faible. Enfin si l'hémorrhagie devenait réellement inquiétante, comme cela peut se présenter chez les enfants ou chez les personnes hémophiliques, on serait autorisé à employer une solution de perchlorure de fer plus ou moins concentrée, suivant les besoins du moment.

En résumé, contre l'hémorrhagie, nous recommandons : 1° la ligature toutes les fois qu'on peut saisir un vaisseau, ou l'acupressure; 2° la compression au moyen d'un point de suture entortillée, ou simplement avec de la charpie et surtout de l'amadou. Il est bien rare qu'une hémorrhagie de la face résiste à ces moyens employés isolément ou combinés.

Nous pourrions ajouter la suture qui, en cas d'hémorrhagie de peu d'importance, et surtout en cas de suintement, agit comme une sorte de compression en rapprochant fortement les lèvres de la plaie.

(1) Nous devons à l'obligeance de MM. J. B. Baillière et fils, éditeurs du *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, communication de l'article FACE qui va paraître très-prochainement dans le tome XIV.

Une fois l'hémorrhagie arrêtée, il faut songer aux corps étrangers. Que la pointe d'un instrument se brise dans une plaie, cela se comprend, lorsque les parties molles reposent sur un plan osseux, résistant, dans lequel cette pointe peut se fixer. Ici l'exploration directe est difficile, à cause de l'étroitesse de la plaie, et un débridement pourrait devenir nécessaire si l'on avait de bonnes raisons de croire à la présence de corps étrangers; mais, à moins que la pointe métallique ne se fût brisée juste au ras de l'os, on pourrait généralement la sentir par le toucher médiat. Le moyen le plus simple d'être fixé serait l'examen de l'arme; mais il s'en faut qu'il puisse toujours se faire. Nous avons signalé plus haut la présence d'un fer de lance dans les sinus frontaux, comme ayant été observée une fois. Un fait de ce genre est de nature à prouver que le diagnostic d'un corps étranger, même volumineux, est loin d'être toujours aisé.

Les instruments tranchants ne se brisent généralement pas dans la plaie; il n'en est pas de même des corps contondants ou susceptibles, bien que tranchants, de se diviser en plusieurs fragments. C'est ce qui survient souvent dans les blessures par des morceaux de verre. Dans les plaies contuses, ce peut être l'extrémité d'un morceau de bois, par exemple, ou tout autre corps capable de se rompre à la rencontre des surfaces osseuses.

Dans les blessures par armes à feu, cette complication, sans être très-fréquente, peut s'observer quelquefois. Ce fait est devenu bien plus rare depuis la réforme introduite dans le fusil de combat. J'ai vu bon nombre de plaies de la face par des balles, et je ne me rappelle pas un seul cas dans lequel la balle soit restée fixée dans le squelette.

Ce sont encore des fragments d'objets, dont les balles détachent des éclats et qui, à partir de ce moment, jouent le rôle de véritables projectiles (éclats de bois, de fer, etc.).

Enfin on considère encore comme corps étrangers les fragments d'os entièrement détachés (esquille primitive), dont l'extraction est urgente.

Nous renvoyons à l'étude générale des *Plaies par armes à feu* pour l'examen de toutes les indications thérapeutiques que fait naître l'extraction de ces corps étrangers, suivant qu'ils sont logés dans les parties molles ou dans les os. Ici nous nous contenterons de dire que l'extraction doit toujours être tentée, une fois le diagnostic suffisamment établi, et que cependant il faut savoir s'arrêter lorsque des explorations et des tentatives réitérées n'ont amené aucun résultat. Telle fut la conduite tenue par Bégin, par Baudens entre autres. Plusieurs faits montrent que des balles, ainsi abandonnées dans des os de la face, ont fini par se frayer insensiblement une voie vers l'extérieur et par tomber soit dans la bouche, soit dans les fosses nasales, soit dans le pharynx.

L'apparition de phénomènes inflammatoires secondaires (abcès, fistules, douleurs vives) justifierait de nouvelles tentatives; mais celles-ci étant souvent inutiles, puisque la suppuration ébranle généralement le corps étranger, il sera parfois plus sage de s'en fier aux efforts de la nature.

Les corps étrangers arrêtés dans les sinus frontaux donnent lieu à des indications spéciales. Leur extraction est en général facilitée par le défaut d'enclavement; si les pinces ne suffisaient pas, avec l'élévatoire ou même le trépan, on arriverait toujours à les enlever. Dans le cas de blessure ancienne, l'intervention du chirurgien ne serait justifiée que par des accidents pénibles (suppuration, abcès, fistules, douleurs céphaliques, coryza purulent). Le trépan ouvrirait alors une voie facile aux explorations.

Maintenant, que faut-il faire quand l'hémorrhagie est arrêtée et que les corps étrangers ont été enlevés? Ici, comme partout, nous devons établir en principe qu'il y a des plaies qu'il faut réunir et d'autres qu'il faut abandonner à elles-mêmes. Mais, disons-le tout de suite, la réunion immédiate est indiquée à la face dans bien des cas où les plaies des autres régions ne la comporteraient pas. Ici l'application rigoureuse des principes sur lesquels s'appuie la réunion immédiate et des conditions qu'elle implique serait une grosse erreur. Aussi pouvons-nous poser comme règle générale que les plaies de la face doivent être presque toujours réunies, parce que aucune région du corps n'est aussi vasculaire et ne se prête mieux à l'agglutination immédiate, *même quand la plaie n'est pas très-régulière*. Il y a pourtant des contre-indications à établir.

Les plaies faites par les instruments piquants d'une certaine largeur doivent être rapprochées. Les autres n'ont besoin d'aucune intervention. De même, toute plaie par instrument tranchant doit être immédiatement réunie; mais en est-il de même quand la blessure a été faite par une arme contondante ou par un projectile de guerre, ou encore lorsqu'une plaie par instrument tranchant a causé une perte de substance? (Dans cette dernière catégorie doivent être rangées les plaies chirurgicales succédant à l'ablation des tumeurs. Nous nous en occuperons au chapitre consacré aux opérations qui se pratiquent sur la face.)

Il y a des plaies contuses qui sont très-régulières, celles par exemple qui résultent d'une section de dedans en dehors par un rebord osseux tranchant (arcade orbitaire, bord antérieur de l'os malaire). Pour celles-là, point d'hésitation; il faut non-seulement rapprocher les lèvres, mais les unir intimement par une suture. Certaines plaies contuses, produites de dehors en dedans, offrant les mêmes caractères, sont soumises à la même règle.

Pour les plaies contuses irrégulières, la conduite du chirurgien est plus délicate et doit varier suivant les circonstances de lieu et de temps où il se trouve. Ici, comme toutes les fois qu'il s'agit de plaies, il est urgent de rappeler la très-grande différence tant de fois constatée entre les grandes villes et la campagne, au point de vue des conséquences des traumatismes. Aussi croyons-nous pouvoir avancer que, hors de Paris et des très-grands centres d'agglomération de la population, la réunion immédiate doit être tentée toutes les fois qu'il n'y a pas attrition des parties molles avec mortification partielle, ni fracture comminutive des os sous-jacents; que même les fractures ne sont pas un obstacle à la réunion lorsque les parties molles ne sont que déchirées, sans être trop contuses, et qu'une plaie de la muqueuse buccale ou gingivale établit une communication entre le foyer de la fracture et la bouche. (Voyez *Maxillaire*.) Au contraire, dans la région malaire, toute fracture comminutive serait une contre-indication à la réunion; mais les fractures simples n'en seraient pas une suffisante.

Quand la plaie est déchiquetée dans un point et régulière dans un autre, il faut réunir cette dernière portion et abandonner à elle-même la guérison de l'autre, ou en tenter la réunion après en avoir régularisé les lèvres. Si la plaie, sans être très-contuse, est irrégulière dans toute son étendue et composée de lignes brisées, il ne faut pas hésiter un instant à en faire la suture avec le plus grand soin, de manière à bien ajuster les parties opposées. Enfin, un décollement d'une certaine étendue ne devrait pas arrêter le chirurgien, à condition, toutefois, de réserver le coin le plus déclive de la plaie pour l'écoulement des liquides, et de se tenir prêt à faire une contre-ouverture à la moindre menace de suppuration. (Ceci s'applique principalement aux plaies du front.)

Dans les grands centres de population, le traitement doit être plus sérieux, surtout en ce qui concerne les blessures du front, et l'on comprend Velpeau proscrivant pour ces dernières la réunion par la suture. Pourtant, à Paris même, une plaie régulière du front sans décollement, ni attrition des parties molles, ni fracture, peut être traitée par ce moyen. Si l'une de ces complications existe, même à un faible degré, il faut se contenter de rapprocher un peu les lèvres sans les amener au contact parfait. On facilite ainsi la réunion secondaire qu'on devra tenter plus tard, sans provoquer les complications inflammatoires.

Pour les plaies de la région faciale inférieure, la suture est encore la règle, du moment qu'on trouve en présence l'une de l'autre deux portions de téguments à peu près régulières et se correspondant convenablement. La nécessité de s'opposer à tout prix aux difformités et la facilité de la réunion priment toute autre considération. Cependant quand on juge la suppuration inévitable, par suite d'une contusion un peu violente ou d'une fracture grave concomitante, il faut absolument s'abstenir de toute tentative.

L'existence d'une épidémie d'érysipèle doit rendre le chirurgien encore plus circonspect et augmenter le cercle des contre-indications. Alors, du moment qu'il y a contusion bien avérée, même quand la plaie est assez régulière, il faut se contenter de rapprocher sans suturer, à moins que la face ne soit tailladée en grand et que des lambeaux soient exposés à se cicatriser isolément.

Les plaies simples par armes à feu doivent-elles être réunies par la suture? Larrey conseillait l'avivement de ces plaies et leur réunion immédiate. Mais si l'on songe qu'une plaie de cette nature est exposée plus que toute autre à la mortification de ses bords et au gonflement inflammatoire, on renoncera à cette pratique (Legouest). A plus forte raison faudra-t-il en agir ainsi lorsque, au lieu d'une perforation, il y aura une plaie déchirée et dilacérée. Il y a pourtant une exception à faire pour le cas où un coup de feu, tiré dans la bouche aura pour ainsi dire fait éclater celle-ci. Il est de toute nécessité de réparer de suite les désordres dans la limite du possible, et le seul moyen consiste à retrancher les parties mortifiées ou menacées de mort et à rapprocher intimement ce qui reste des lambeaux. On a même employé, dans ce cas, l'autoplastie, ainsi que nous le verrons plus loin. (Dupuytren.)

Quand on n'a pas recours à la réunion immédiate, on attend l'apparition des bourgeons charnus et l'on opère une réunion secondaire.

Les indications de la suture étant ainsi posées, il nous reste à dire quelques mots de la manière de l'appliquer et du choix du procédé.

Il n'y a vraiment que deux procédés possibles à la face : la suture à points séparés et la suture entortillée. Chacune a ses partisans. Il faut avouer que le choix est à peu près indifférent, et que c'est un point sur lequel le chirurgien est autorisé à suivre son inclination. Pourtant la suture entortillée est plutôt indiquée là où une grande épaisseur de parties molles est divisée (joues, lèvres). Quant à ce qui est du choix des fils, en cas de suture à points séparés, nous recommanderions volontiers l'emploi des fils métalliques, tout en reconnaissant que, dans bien des cas, les fils de soie donnent de très-bons résultats. Ceux-ci trouvent surtout leur application là où la peau est très-fine (paupières).

A côté de la suture proprement dite, nous devons placer les procédés au moyen desquels on amène les lèvres de la plaie au contact, sans fil, ni aiguilles, ni épingles. Tous ces procédés pèchent par un point capital, c'est qu'ils n'agissent que sur les parties superficielles de la plaie et n'accolent pas les parties profondes. Ils ne peuvent donc pas supporter la comparaison avec la suture proprement dite. Mais quand le fond de la plaie est déjà comblé en partie par des bourgeons charnus, ils peuvent être employés avec certains avantages incontestables. Ils sont donc le moyen par excellence de la réunion secondaire, comme la suture est celui de la réunion immédiate.

On a préconisé successivement le sparadrap, le taffetas d'Angleterre, le collodion. Le sparadrap étant incontestablement un peu irritant, le taffetas d'Angleterre se décollant au contact de l'eau, le collodion nous paraît mériter la préférence. Goyrand (d'Aix) a fait valoir ses avantages. On peut l'employer de diverses façons, tantôt en l'appliquant directement sur la plaie, tantôt en en imbibant des bandelettes de toile, qu'on colle parallèlement à la plaie et qui servent de points d'attache à des fils transversaux. Une troisième manière consiste à tremper dans le collodion de petites bandelettes de toile, qu'on colle sur les téguments perpendiculairement à la direction de la plaie. (Voy. art. *Collodion*, par Ch. Sarrazin.)

Le procédé qui met le mieux à l'abri de toute irritation de la plaie consiste à n'imbiber de collodion que les extrémités des bandelettes de toile, de sorte qu'elles gardent toute leur souplesse au milieu; on évite ainsi de placer aucune substance étrangère en contact avec la plaie.

Le collodion ainsi appliqué résiste à l'eau et aux topiques humides (cataplasmes), à condition, toutefois, d'être très-chargé de fulmi-coton.

Les procédés de suture sèche et, en général, les agglutinatifs conviennent très-bien aux cas où la réunion immédiate n'est pas avantageuse ou serait nuisible. Ils s'opposent à un trop grand écartement des bords, abrègent ainsi la cicatrisation et en assurent la régularité.

Une fois le pansement fait, il est bon d'appliquer sur la blessure des compresses d'eau fraîche, qu'on renouvellera souvent. C'est la meilleure manière de modérer la réaction inflammatoire.

Enfin, le malade sera soumis à un régime d'une sévérité plus ou

moins grande, suivant l'étendue de la plaie et la présence ou l'absence des complications signalées plus haut. (Voyez *Plaies* en général.)

La blessure des sinus frontaux renferme quelques indications spéciales. Une compression légère faite à temps peut s'opposer à la production de l'emphysème. Si celui-ci avait déjà eu le temps d'apparaître, le mieux serait d'attendre la résorption de l'air et de s'opposer à l'issue d'une quantité plus grande de gaz, en comprimant l'orifice de la plaie osseuse. La nécessité de petites ponctions ne se fait nullement sentir dans ce cas.

En cas d'enfoncement de la paroi antérieure avec perte de substance et plaie des téguments, on doit essayer d'en relever les bords au moyen de l'élévatoire ou d'une spatule; mais, s'il y a enfoncement sans perte de substance, mieux vaut peut-être laisser persister la difformité que de s'exposer à causer des accidents inflammatoires.

Une fistule consécutive, accident possible après les plaies du sinus, devrait être traitée par la compression et, en cas d'insuccès, par l'autoplastie.

Il n'y a point de traitement particulier à opposer aux blessures des nerfs de la face. Ils ne sont pas assez volumineux pour qu'on puisse songer à en faire la suture; pareille tentative serait à peine justifiable pour les grosses branches de division du facial dans la région massétérine. Pour les autres, il n'y a qu'à attendre patiemment le retour de la sensibilité et du mouvement.

Les blessures du canal de Sténon sont beaucoup plus dignes d'intérêt. Nous avons vu plus haut que la guérison spontanée était possible, suivant plusieurs auteurs; aussi faut-il faire tous ses efforts pour s'opposer à la formation d'une fistule. Si la plaie du canal est incomplète, la guérison a bien des chances de se faire rapidement; mais elle rencontre de bien plus grandes difficultés lorsque le canal est sectionné complétement.

Si la blessure portait sur la portion épaisse du canal voisin du muscle buccinateur, il serait possible, à la rigueur, de rapprocher les deux bouts de la manière suivante : on percerait la paroi d'un des bouts, à une petite distance de la plaie, avec une aiguille munie d'un fil fin, on engagerait l'aiguille et le fil dans le canal lui-même, et l'on percerait de dedans en dehors la paroi de l'autre portion du canal, à une petite distance de la plaie. Un nœud peu serré mettrait facilement en contact les deux lèvres de la solution de continuité.

Ce procédé, qui n'a jamais, que je sache, été appliqué sur le vivant, ne pourrait convenir aux blessures de la portion mince du canal. Alors une suture bien faite des téguments divisés et une compression légère au niveau de la blessure seraient les moyens les plus propres à éviter la formation de la fistule. On trouvera à l'article *Salivaire* (Appareil) ce qui est relatif au traitement de ces fistules.

Enfin, en cas de fracture des os malaires ou de l'arcade zygomatique, il n'y a à intervenir activement que si la fracture est comminutive et s'il y a des esquilles à extraire. Si l'arcade zygomatique était enfoncée vers la région temporale, on devrait essayer de la replacer dans sa position normale, soit au moyen de l'élévatoire lorsqu'il y a solution de continuité des téguments, soit, en cas de fracture sans plaie extérieure, en engageant le blessé à contracter violemment les temporaux. On a vu plus haut que cette pratique a réussi une fois à Desault.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 16 novembre 1871 (1). — Présidence de M. Blot.

DISCUSSION

M. DEMARQUAY. J'ai vu M. Hutchinson à Londres, dans son service, et j'ai pu constater là plusieurs faits de nature à appuyer les opinions du chirurgien anglais sur la kératite syphilitique héréditaire avec lésion spéciale des dents. J'ai vu à Paris des cas de ce genre. En voici un entre autres : les antécédents syphilitiques des parents étaient indiscutables, la mère avait des gommes, le père avait des syphilides palmaires. J'ai vu leur enfant plus tard, il avait une kérato-conjonctivite chronique, et j'ai constaté que ses dents étaient crénelées. J'ai donné du proto-iodure de mercure et la kérato-conjonctivite a très-bien guéri.

M. GIRAUD-TEULON. La question me paraît des plus importantes. J'ai déjà vu un nombre assez considérable de faits analogues à ceux observés par M. Panas et semblables aux faits signalés par M. Hutchinson. La kératite dont il est question forme une espèce morbide à part. Il y a un ensemble de signes locaux et généraux caractéristiques. La syphilis héréditaire n'est point manifeste dans tous les cas, je n'ai trouvé que 14 fois environ sur 30 la syphilis chez les ascendants. Je pense que sur ce point d'étiologie il faut faire appel à ceux de nos collègues qui ont de grands hôpitaux où ils voient beaucoup de syphilitiques. Les enfants ou les sujets jeunes encore, qui présentent cette variété de kératite, ne sont point scrofuleux, ils sont maigres, étiolés, vieillots; leurs dents offrent une échancrure de l'émail à la couronne où l'ivoire est à nu.

Du côté de l'œil, on voit un nuage sur la partie centrale de la cornée, nuage qui va en s'agrandissant vers le limbe de la cornée; il y a une injection périkératique. Ce n'est pas le pannus, il y a une injection de vaisseaux fins, en rayons, autour de l'opacité.

J'ai vu 7 ou 8 cas dont 5 surtout sont très-probants. J'ai donné aux malades du sirop de Gibert, et ils ont très-rapidement guéri. En somme, je pense que M. Panas penche peut-être trop en sens opposé à M. Hutchinson.

M. GIRALDÈS. J'ai présenté à la société le mémoire de M. Hutchinson, et j'ai pu consulter les dessins annexés au mémoire. A Londres, j'ai visité M. Hutchinson à l'hôpital de Morefield, et j'ai pu voir les modèles de dentition qui avaient inspiré l'auteur anglais. Dans mon service, à l'hôpital des enfants, nombre de fois j'ai montré aux élèves des dentitions semblables à celles qui ont été décrites comme appartenant à la syphilis héréditaire, et pour lesquelles il était impossible de trouver de traces de syphilis chez les parents des enfants à dents ainsi crénelées.

Les kératites parenchymateuses ne coïncidaient point avec des dents crénelées, et je suis arrivé à penser que ces lésions n'avaient point la cause syphilitique qu'on leur a prêtée. Si j'ai bonne mémoire, la kératite, décrite et représentée par M. Hutchinson, n'était point accompagnée de pannus, la vascularisation était à peine marquée chez les sujets que j'ai observés. Quant à l'action des médications anti syphilitiques, elle ne signifie rien. Græfe, qui est venu voir mon service à l'hôpital des enfants, me disait qu'il laissait tranquilles les enfants atteints de cette kératite. J'étais du même avis que lui. Mes malades n'en n'ont pas moins guéri.

Maintenant peut-on dire que la syphilis ne touche pas à la cornée? Je crois qu'il faut tenir compte de l'opinion de M. Hutchinson, qui est à la tête du plus grand hôpital ophthalmologique de Londres. Mais pour ce qui est de la forme des dents elle n'a, à mon sens, aucune signification.

M. GIRAUD-TEULON. M. Hutchinson a signalé l'absence de vascularisation comme un symptôme; les Allemands eux-mêmes la reconnaissent, et c'est pour la provoquer qu'ils préconisent les fomentations chaudes, croyant que la vascularisation est une phase nécessaire de la guérison des kératites.

M. GIRALDÈS. Dans la kératite de Hutchinson il n'y a pas de pannus.

M. DOLBEAU. J'ai observé des kératites avec altération concomitante des dents de la seconde dentition, sans que l'on trouvât des traces de syphilis chez les ascendants des enfants. J'ai observé des dents malades sans kératites et des kératites parenchymateuses sans lésions dentaires, et cela chez toutes sortes de sujets. C'est principalement chez des sujets débilités, mal nourris, misérables, que cette maladie se rencontre.

Pourquoi conclure de quelques faits où l'on trouve des antécédents syphilitiques chez les parents, lorsque tant d'autres faits contredisent la théorie? Je n'admets pas davantage la valeur de l'argument tiré de l'efficacité du mercure et de l'iodure de potassium; car l'on voit guérir, grâce à cette médication, une foule de lésions qui ne sont pas syphilitiques. Telles sont certaines scrofulides et les ulcérations de glandes du voile du palais, que l'on appelle improprement des gommes, qu'on observe chez de jeunes sujets et que l'on attribue à une syphilis héréditaire à longue échéance. M. Panas vous a signalé ces faits, on en pourrait citer d'autres encore, par exemple les maladies d'yeux banales qu'on guérit par le calomel, et qui pour cela ne sont pas syphilitiques.

M. DESPRÉS. Les Allemands ont déjà pris assez de choses pour qu'on ne leur en donne pas davantage. L'oculiste anglais W. Lawrence est le promoteur des fomentations d'eau chaude dans les kératites.

M. PERRIN. Les observations de M. Giraud-Teulon diffèrent des observations de M. Panas. Il y a des kératites panniformes et des kératites centrales, avec un limbe transparent. Il faut isoler les cas, et restreindre la discussion aux kératites parenchymateuses avec opacités centrales diffuses. Ces faits sont communs. Nous les voyons chez les jeunes soldats, et ils ne paraissent en relation ni avec la syphilis héréditaire, ni avec la syphilis acquise. En effet, il me semblait que si la syphilis héréditaire existait réellement, il aurait fallu qu'il y eût eu dans la jeunesse des malades quelques accidents qu'on pût rattacher à la syphilis; je partage, à cet égard, l'avis de la majorité de nos collègues.

L'hygiène et les fortifiants guérissent les malades aussi bien que l'iodure de potassium, mais moins vite que le dit M. Panas, qui, je crois, est tombé sur des cas exceptionnels. Et ce n'est pas seulement au égard à la rapidité de la guérison, c'est encore par rapport aux suites du mal. Il est rare, en effet, qu'après des kératites parenchymateuses, il n'y ait pas des phénomènes gênants de diffraction de la lumière, et, même un astigmatisme, le rétablissement complet de la vision, après ces kératites, me paraît une rareté.

M. GIRAUD-TEULON. M. Dolbeau a été très-affirmatif; mais je fais appel à de nouvelles expériences; je ne voudrais pas rejeter toute relation entre la kératite diffuse et la syphilis héréditaire. Je crois aussi que les opacités de la cornée sont aussi parfois très-étendues. J'ai même vu un malade de M. Nélaton où elle était si forte, qu'il était impossible de voir le fond de l'œil à l'ophthalmoscope. Je répète que, dans la kératite de Hutchinson, il y a une vascularisation du pourtour de la cornée en même temps que l'opacité centrale de cette membrane, et qu'il n'y a point de raison pour faire deux sous-genres de kératite parenchymateuse. Enfin, je dois dire que l'on peut attribuer à des auteurs français l'usage des fomentations chaudes dans le traitement des maladies des yeux. Janin, dont beaucoup de bons préceptes ont été oubliés, traitait les hypopyons par les fomentations chaudes.

M. DEMARQUAY. J'ai vu des enfants de riches, non cachectiques par misère, et qui avaient des kératites parenchymateuses. Ces enfants n'étaient point scrofuleux, mais les antécédents syphilitiques chez les ascendants étaient prouvés ou probables. Il y avait eu des frères et des sœurs maladifs, et la mère avait fait des fausses couches. D'autre part, l'efficacité du mercure a été telle que j'argue de l'épreuve du traitement en faveur de l'origine syphilitique incontestable de la lésion.

M. LARREY demande à M. Panas s'il ne vaudrait pas mieux appeler cette kératite une kératite pseudo-syphilitique, plutôt qu'une kératite cachectique, car ce dernier mot appelle une désignation plus caractérisée.

M. MARJOLIN. Je désirerais savoir de notre honorable collègue M. Demarquay, combien il a observé de faits de kératite parenchymateuse avec des antécédents syphilitiques chez les ascendants. M. Giraud-Teulon nous dit qu'il a huit faits confirmatifs sur trente. Cela est une statistique peu probante. Mais encore ce n'est pas chose facile de chercher les antécédents syphilitiques chez les parents; ils se prêtent peu aux interrogations.

J'entends parler de syphilis héréditaire se révélant à la vingtième année; cela me paraît bien singulier, d'après ce que nous voyons journellement. Les enfants de syphilitiques ont des accidents dans le premier âge; ils ne sont point ce qu'on appelle de beaux enfants, et même dans les classes aisées ces choses se présentent. On néglige aussi, à mon avis, les antécédents de scrofule chez les parents. Chez les pauvres, les enfants chétifs, la cachexie arrive vite; mais pour survenir moins tôt chez les enfants des riches, elle n'en est pas moins menaçante, et c'est au moment où elle s'accuse que l'on voit les kératites parenchymateuses apparaître; c'est à elle, bien plutôt qu'à la syphilis congénitale, qu'on doit attribuer la maladie des yeux.

Pour moi, autant la syphilis héréditaire dans les premiers mois de la vie est fréquente, autant la syphilis héréditaire, dite tardive, est rare.

M. DEMARQUAY. Je n'ai point compté les faits. Ce que je puis dire, c'est que mon attention a été portée sur ce point depuis quelque temps. J'interroge les syphilitiques que je vois sur l'état des enfants qu'ils ont. J'ai soigné, pour citer un exemple, un maraîcher qui avait des gommes, et qui m'a raconté que son enfant, âgé de 4 ans, ne marchait pas et n'avait pas de dents. Peut-être cet enfant aura des dents crénelées. J'ai vu des gens qui ont accusé des phénomènes maladifs, du côté des yeux et des dents, chez leurs enfants.

Pour moi, c'est l'efficacité du traitement par l'iodure de potassium et par le mercure qui fait connaître la véritable nature du mal.

M. PANAS. J'ai vu mes idées partagées par la majorité de mes collègues. J'ai peu de chose à ajouter à ma communication. La vascularisation radiée, contestée, ne saurait cependant être discutée; elle existe dans la membrane de Bowman, sous l'épithélium. La réparation de l'opacité s'effectue sans travail cicatriciel. C'est ce qui fait qu'il ne reste point de trouble de la vision après la guérison du mal; ceci est ma réponse à M. Perrin.

Je répète, avec plusieurs de nos collègues, qu'il est douteux que la syphilis héréditaire puisse être invoquée comme origine de la kératite parenchymateuse. Il n'y a pas de syphilis chez les ascendants dans beaucoup de cas. La syphilis héréditaire, quand l'enfant vient au monde vivant, se développe dans les trois mois qui suivent l'accouchement, et la syphilis tertiaire qu'on dit avoir observée à la vingtième année n'est pas de la syphilis, au moins dans un cas que j'ai observé pendant que j'étais externe dans le service de M. Ricord. On prend beaucoup d'accidents pour des accidents syphilitiques, et nous avons déjà eu plusieurs fois en France l'occasion de voir des erreurs de diagnostic faites à l'étranger à cet égard.

Je suis très-heureux de voir que mes collègues n'attachent pas d'importance à l'état de dentition dont l'observation Ire de mon travail montre le peu de valeur.

Le mercure a échoué contre les kératites que j'ai observées. L'iodure de potassium a produit un bon effet, comme il en produit dans les autres espèces d'opacités de la cornée; il réussit contre la scrofule, comme vous l'a dit M. Dolbeau. L'action du médicament ne peut donc juger la nature du mal.

Il me paraît difficile de trouver un complément significatif au terme *kératite cachectique*. On ne peut pas dire que cette kératite est pseudo-syphilitique. Le terme *cachectique* est plus juste, puisque l'état des individus n'est ni syphilitique, ni scrofuleux, et que pourtant il y a quelque chose de la scrofule.

M. DEMARQUAY insiste sur le fait que les malades de M. Panas ont guéri par l'iodure de potassium, pour affirmer que leur kératite était d'origine syphilitique.

La séance est levée à 5 heures et demie.

Le vice-secrétaire : Armand Després.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Séance du 18 août 1871. — Présidence de M. Gros, vice-président.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

M. CHARRIER, *secrétaire général*, lit : 1° une lettre par laquelle M. Géry père, se retirant à Melun, demande à échanger son titre de membre titulaire contre celui de membre honoraire. Cette demande sera soumise à l'examen d'une commission composée de MM. Duroziez, Chaussit et Charrier, rapporteur.

2° Une lettre de M. le docteur Bourgogne fils qui adresse à la Société un mémoire sur l'épidémie de choléra observée en 1866 dans les communes de Vieux-Condé, de Fresnes et d'Escaut-Pont.

Ce mémoire est renvoyé à une commission composée de MM. Lagneau, Antonin Martin et Voisin, rapporteur.

La lettre du docteur Bourgogne fils finit par prier d'accepter cet ouvrage à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant.

Il est procédé ensuite au vote sur les candidatures de MM. Gillebert-d'Hercourt et Onimus au titre de membre titulaire.

MM. Gillebert-d'Hercourt et Onimus, ayant obtenu la majorité des suffrages, sont nommés membres titulaires de la Société.

La Société, prenant vacances pendant le mois de septembre, décide que la prochaine séance aura lieu le premier vendredi d'octobre.

Le secrétaire annuel : Dr Antonin Martin.

Séance du 6 octobre 1871. — Présidence de M. Forget, *président honoraire.*

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

M. LE PRÉSIDENT fait part de la mort de son président titulaire, M. Simonnot. Les éminentes qualités de notre regretté confrère, son exquise affabilité, son savoir et sa modestie, son caractère digne et élevé lui avaient, depuis longtemps, acquis l'estime et l'affection de tous. Cette mort prématurée est la conséquence du trop long séjour qu'il a fait dans nos colonies du Sénégal et des Antilles, et des fatigues qu'il a supportées pendant douze ans.

M. CHARRIER, *secrétaire général*, lit à la Société une lettre par

(1) Fin. — Voir le dernier numéro.

laquelle M. Edme Simonnot fait part, en son nom et en celui de Mme veuve Simonnot, de la mort de son frère.

Il sera répondu au nom de la Société.

M. Charrier lit ensuite un rapport sur la demande de M. Géry père à l'effet d'échanger le titre de membre titulaire en celui de membre honoraire, et conclut pour l'affirmative.

M. LE PRÉSIDENT met aux voix les conclusions du rapport.

Ces conclusions sont adoptées à l'unanimité; M. Géry père est proclamé membre honoraire. La Société lui transmettra, par la voie de son secrétaire général, l'expression de ses regrets de le voir s'éloigner d'elle, et d'être désormais privée de son utile et précieux concours.

L'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire annuel : ANTONIN MARTIN.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 19 novembre 1871, ont été promus chevaliers de la Légion d'honneur :

MM. Guériteau, pharmacien de 2e classe à l'hôpital militaire de Rennes; Delacour, médecin à l'Hôtel-Dieu de Rennes; Fisson et Le Bèle, médecin et chirurgien en chef de l'hospice du Mans.

— La Société de médecine de Paris tiendra sa prochaine séance le vendredi 1er décembre 1871, à trois heures et demie très-précises, à la préfecture de la Seine (Palais du Luxembourg, cabinet de M. l'administrateur du Palais).

Ordre du jour : 1° Élection des membres du Bureau pour l'année 1872; 2° Continuation de la lecture de M. Duroziez.

Bulletin hebdomadaire des décès d'après les déclarations à l'état civil, du 18 au 24 novembre 1871.

CAUSES DE DÉCÈS.	Domicile.	Hôpitaux.	Totaux.	Total des décès de la semaine précédente.
Variole	2	»	2	3
Rougeole	4	1	5	2
Scarlatine	2	1	3	»
Fièvre typhoïde	11	14	25	23
Typhus	»	»	»	»
Érysipèle	2	3	5	5
Bronchite aiguë	14	2	16	41
Pneumonie	41	9	50	41
Dysentérie	4	»	4	3
Diarrhée cholériforme des jeunes enfants	2	»	2	»
Choléra nostras	»	»	»	»
Choléra asiatique	»	»	»	»
Angine couenneuse	4	1	5	7
Croup	6	7	13	7
Affections puerpérales	1	»	1	7
Autres affections aiguës	161	62	223	215
Affections chroniques	224	62	286 *	277
Affections chirurgicales	32	23	55	44
Causes accidentelles	12	1	13	12
Totaux	522	186	**708**	687

LONDRES. — Population, 3,263,872 h. — Décès du 12 au 18 novembre 1871 1,626
Variole, 76. — Diarrhée, 17. — Fièvre typhoïde, 27. — Choléra, » — Scarlatine, 40.

FLORENCE. — Population, 196,606 h. — Décès du 12 au 18 novembre 1871 114
Variole, 3. — Diphthérie, 18.

LILLE. — Population, 154,749 h. — Décès du 1er au 15 novembre 1871 201
Variole, 9. — Rougeole, 18. — Fièvre typhoïde, 9.

* Sur ce chiffre de 286 décès, 141 ont été causés par la phthisie pulmonaire.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments ou autres objets).

L'étudiant micrographe, traité pratique du microscope et des préparations, par Arthur CHEVALIER, O. ❊, 1 vol. de 600 pages, 600 figures : 7 fr. 50 c. — Delahaye, place de l'École-de-Médecine. — Catalogue illustré des microscopes, gratis, chez Arthur Chevalier, Palais-Royal.

Nouveau Carême de pénitence et Purgatoire d'expiation à l'usage des malades affectés du mal français, ou mal vénérien, ouvrage suivi d'un dialogue où le mercure et le gaïac exposent leurs vertus et leurs prétentions rivales à la guérison de ladite maladie — 1527 — par JACQUES DE BETHENCOURT. — Traduction et commentaires par ALFRED FOURNIER, professeur agrégé de la Faculté de Paris, médecin des hôpitaux. 1 vol. in-18. — Prix : 3 francs.

Fragments médico-psychologiques ; les hommes et les actes de l'insurrection de Paris devant la psychologie morbide, par le docteur LABORDE. 1 vol. in-18. — Prix : 2 fr. 50.

Leçons cliniques sur la perniciosité, par le chevalier GUIDO BACELLI, professeur de clinique médicale à l'Université de Rome, précédées d'une Lettre du professeur Teissier (de Lyon); traduites de l'italien par E. JULLIEN, interne des hôpitaux de Lyon. In-8° et 1 planche. — Prix : 2 francs.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois. . . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 29 novembre 1871.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Cette séance a été occupée tout entière par la lecture de deux rapports importants : l'un de M. Devilliers, au nom de la commission d'hygiène de l'enfance, sur les améliorations à apporter dans le développement physique, intellectuel et moral des enfants; le deuxième, de M. Barth, sur le concours du prix Portal. Ces deux rapports n'ayant pas été déposés au Secrétariat après la séance, il ne nous a pas été possible d'en prendre connaissance. Nous y reviendrons lorsqu'ils auront été publiés.

Dr B...

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. CHARCOT.

De la contracture hystérique (1).

Leçon recueillie par le docteur BOURNEVILLE (juin 1870).

Messieurs, ainsi, rien de plus simple, je le répète, que l'interprétation clinique de ces deux cas, en ce qui concerne le diagnostic. Mais voici le point où, dans ces cas mêmes et dans les cas analogues, des difficultés sérieuses peuvent surgir.

Qu'adviendra-t-il de ces malades ? Depuis deux ou trois ans, la paralysie avec contracture a persisté, chez elles, sans amendement. Cette contracture pourra-t-elle se résoudre quelque jour, ou, au contraire, doit-elle persister indéfiniment et constituer de la sorte une infirmité incurable ? voilà des questions que nous devons poser sans nous engager, toutefois, à y répondre d'une façon catégorique.

A. Il est possible que, malgré sa longue durée, cette contracture disparaisse sans laisser de traces; demain peut-être, dans quelques jours, dans un an; on ne peut rien préjuger à cet égard. *En tout cas, si la guérison a lieu, elle pourra être soudaine* (2). Du jour au lendemain, tout peut rentrer dans l'ordre, et s'il se trouve qu'à cette époque la diathèse hystérique soit épuisée, ces malades reprendront la vie commune.

A ce propos, messieurs, je ne puis pas ne point m'arrêter un instant devant ces guérisons rapides, inespérées souvent, d'un mal qui pendant si longtemps se sera fait remarquer par sa ténanité et par sa résistance à tous les agents thérapeutiques. Une émotion morale vive, un ensemble d'événements qui frappent fortement l'imagination, la réapparition des règles depuis longtemps supprimées, etc., sont fréquemment l'occasion de ces promptes guérisons.

J'ai vu dans cet hospice trois cas de ce genre, que je vous demande la permission de résumer brièvement.

1° Dans le premier cas, il s'agissait d'une contracture d'un membre inférieur datant de quatre ans au moins. En raison de l'inconduite de la malade, je fus obligé de lui adresser une vigoureuse semonce et de lui déclarer que je la renvoyais. Dès le lendemain, la contracture avait entièrement cessé. Ce fait est d'autant plus important que l'hystérie convulsive n'existait plus que dans les souvenirs de cette femme. Depuis deux ou trois ans, la contracture était la seule manifestation de la grande névrose.

2° Le second cas concerne une femme également atteinte d'une contracture limitée à un seul membre. Les crises hystériques proprement dites avaient depuis longtemps disparu. Cette femme fut accusée de vol : la contracture qui avait duré plus de deux ans se dissipa tout à coup à l'occasion de l'ébranlement moral que produisit cette accusation.

3° Dans le troisième cas, la contracture avait pris la forme hémiplégique; elle affectait le côté droit et était surtout prononcée au membre supérieur. La guérison survint presque tout à coup, dix-huit mois après le début, à la suite d'une vive contrariété. Il n'y avait pas alors d'anesthésie. La malade, tout en avouant avoir éprouvé des troubles nerveux bizarres, niait l'existence passée de véritables attaques hystériques.

Il faut bien connaître, messieurs, la possibilité de ces guérisons qui, aujourd'hui encore, font crier au miracle, mais dont les charlatans seuls se font gloire. Avant notre siècle, ces faits-là étaient souvent invoqués lorsqu'il s'agissait d'établir devant les plus incrédules, l'influence du surnaturel en thérapeutique. A ce point de vue, vous lirez avec intérêt un article publié dans la *Revue de philosophie positive* (1er avril 1869) par le vénérable M. Littré. Je fais allusion à un écrit intitulé : *Un fragment de médecine rétrospective* (*Miracles de Saint-Louis*) et dans lequel on trouve l'histoire de plusieurs cas de *paralysie* guérie après des pèlerinages faits à Saint-Denis au tombeau où les restes du roi Louis IX venaient d'être déposés. Trois de ces cas surtout sont intéressants pour nous à cause de la précision des détails. Ils se rapportent à des femmes jeunes encore frappées subitement de contracture de l'un des membres inférieurs ou des deux membres du même côté du corps, lesquels présentaient en outre une anesthésie considérable. Chez ces femmes, la guérison était survenue tout d'un coup, au milieu de circonstances bien propres à émouvoir l'imagination. Vous voyez, messieurs, que les choses ont peu changé depuis la fin du XIIIe siècle.

B. Mais si la guérison de ces malades est possible, vraisemblable même, elle n'est pas nécessaire, et il peut se faire que la contracture persiste à titre d'infirmité incurable. Voilà une assertion qu'il ne me sera pas difficile de justifier. Mais, permettez-moi de vous faire remarquer tout d'abord que vous ne trouverez dans la plupart des auteurs sur ce sujet que des assertions vagues, incertaines, vraiment peu satisfaisantes (3).

a. Je vous présente une femme, âgée maintenant de 55 ans et qui, il y a dix-huit ans, fut prise à la suite d'une attaque hystérique de la paraplégie avec contracture, dont vous pouvez encore aujourd'hui reconnaître les principaux caractères. La contracture à l'origine s'amendait de temps à autre temporairement. Mais depuis plus de 16 ans, elle n'a jamais subi la moindre modification; il s'agit ici, encore actuellement, d'une véritable rigidité des muscles avec prédominance de l'action des extenseurs et des adducteurs; même après seize ans d'immobilité des membres inférieurs, les parties ligamenteuses n'y sont pour rien, du moins aux genoux, ainsi qu'une exploration faite alors que la malade avait été soumise à l'anesthésie du chloroforme nous a permis de le vérifier. Seule, la déformation des pieds, qui rappelle celle du varus-équin, ne s'est point modifiée pendant le sommeil chloroformique, les muscles des jambes et des cuisses sont notablement atrophiés, la contractilité faradique y est amoindrie. Depuis plusieurs années, l'hystérie paraît complétement épuisée chez cette femme, et il est devenu fort peu probable qu'aucun événement puisse, chez elle, rien changer désormais à l'état des membres inférieurs.

b. Quelle condition est donc survenue et a entretenu ainsi l'existence de cette paraplégie avec rigidité des membres? Evidemment, dans les cas récents de contracture hystérique, la modification organique, quelle qu'elle soit, quelque siége qu'elle occupe, qui produit la rigidité permanente, est très-légère, très-fugace, puisque les symptômes qui lui correspondent peuvent disparaître tout à coup, sans transition. Il est certain qu'avec les moyens d'investigation dont nous disposons aujourd'hui, la nécroscopie la plus minutieuse ne serait pas en état de retrouver, en pareil cas, les traces de cette altération. Mais en est-il de même dans les cas invétérés? Non, messieurs; je crois pouvoir avancer, en me fondant sur la connaissance d'un fait analogue, que, chez cette femme, il s'est produit, à une certaine époque, une lésion scléreuse des cordons latéraux, lésion que la nécroscopie permettrait actuellement de reconnaître.

Il m'est arrivé en effet d'observer une fois, chez une femme hystérique, atteinte, depuis une dizaine d'années, de contracture des quatre membres, et dont le début avait été subit, une sclérose qui occupait symétriquement, et à peu près dans toute la hauteur de la moelle, les cordons latéraux. A diverses reprises, cette femme avait vu la contracture céder temporairement, mais après un dernier accès, celle-ci était devenue définitive (4).

(1) Fin. — Voir le dernier numéro.

(2) « Une femme sera restée confinée au lit pendant plusieurs mois, tout à fait incapable de se servir de ses membres inférieurs; le médecin aura abandonné tout espoir de lui être secourable, lorsque, tout à coup, sous l'influence d'une cause morale puissante, on la verra sortir de son lit « *no longer the victim of nerves but the vanquisher*, » comme dit Thomas Carlyle, et se mettre à marcher tout aussi bien que si elle n'eut jamais été atteinte de paraplégie. C'est là une des terminaisons de la paraplégie hystérique que le médecin ne doit pas perdre de vue et qui montre bien le danger qu'il y aurait pour lui à décréter l'incurabilité dans les cas de ce genre. » Th. Laycock, *A Treatise on the nervous Diseases of Women*, London, 1840, p. 289.)

(3) *La Philosophie positive*, Revue, etc., t. V, 1869, p. 103.

(4) *Société médicale des Hôpitaux*. Séance du 25 janvier 1865.

FEUILLETON

VICTOR STŒBER

PROFESSEUR DE PATHOLOGIE GÉNÉRALE ET DE CLINIQUE OPHTHALMOLOGIQUE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG (1).

En 1845, un changement considérable s'opère dans le système d'enseignement de la Faculté de Strasbourg. M. Coze, doyen, réalise enfin la pensée féconde de rendre cet enseignement pratique; chaque professeur des sciences médicales proprement dites aura deux cours : l'un de théorie, l'autre d'application. La pathologie générale, inaugurée à Strasbourg, en 1801, par le professeur Tourdes, formera une chaire spéciale; la pathologie interne sera réunie à la clinique médicale; il en sera de même de la pathologie externe et de la clinique chirurgicale; chaque professeur alternera, éclairant tour à tour la doctrine par l'observation des faits, la pratique par la théorie, échappant ainsi au danger de rester dans les nuages de l'abstraction ou de tomber dans l'empirisme sans idée générale.

Les portes de l'hôpital s'ouvrent enfin largement à la Faculté, grâce à la sagesse et à l'esprit de progrès d'une administration qui comprend que les propositions du doyen sont dans l'intérêt des malades aussi bien que dans l'intérêt de la science. Les cliniques spéciales sont établies. La Faculté de Strasbourg est la première qui ajoute dans son programme, aux cliniques principales de médecine, de chirurgie, d'obstétricie, celles des maladies des enfants, des maladies des yeux, des maladies des vieillards, des maladies cutanées et syphilitiques.

Des consultations avec la gratuité des médicaments, un laboratoire de chimie pathologique dirigé par notre regretté M. Hepp, un préparateur centralisant les autopsies et les recherches micrographiques, les autopsies médico-légales pratiquées devant les élèves, viennent compléter cet ensemble d'études pratiques qui ont fait l'utilité et le succès de la Faculté de Strasbourg, et qui ont constitué le caractère particulier de l'auteur.

La chaire de pathologie générale est déclarée vacante; il fallut encore un concours pour que Stœber arrivât enfin au but si légitime de son ambition. Ce concours, il l'entreprend dans les conditions morales les plus pénibles, frappé d'un deuil récent qui avait brisé son bonheur domestique. Ce n'était pas une vaine formalité, c'était une lutte : Stœber trouve un concurrent qui, plus tard, est devenu son collègue (M. Hirtz). Dans cette dernière épreuve, Stœber montre les mêmes qualités mûries par le temps. Sa thèse, *De l'influence que l'analyse chimique et la micrographie ont exercée sur la pathologie et la thérapeutique* (Strasb., 1845), est un tableau de la direction nouvelle imprimée à la science. Le 9 août 1845, Stœber est enfin proclamé professeur de la Faculté de médecine, et sa nomination est confirmée par l'arrêté ministériel du 30 décembre 1845.

Ce n'est pas une sinécure que notre collègue a obtenue après tant de luttes et de travaux. Son titre est celui de professeur de pathologie et de thérapeutique générales; il est chargé de cet enseignement élevé et difficile, et en même temps une large part lui est faite dans les cours pratiques. A son cours théorique et à l'ophthalmologie, il veut bien ajouter encore la clinique des maladies cutanées et syphilitiques. Il signale ce passage dans son service, alors bien négligé, par de notables améliorations; il obtient qu'on y introduise des sœurs, il y fait organiser le travail, et l'administration lui accorde les modifications réclamées par sa sollicitude pour les malades. Il reste chargé de ce service depuis 1845 jusqu'en 1853; il publie d'intéressants comptes rendus qui font ressortir les formes de ces maladies en Alsace, et un mémoire sur le traitement de la syphilis par l'iodure de potassium.

Enfin, Stœber n'a plus dans ce partage des attributions médicales que les deux enseignements qui conviennent plus spécialement à ses aptitudes et à ses goûts; à dater de 1853, il reste exclusivement chargé de la pathologie générale et de la clinique ophthalmologique.

Les qualités qu'exige l'enseignement de la pathologie générale, on les trouvait à un haut degré chez le nouveau professeur ; l'érudition, la sûreté du jugement, la profondeur des vues, l'impartialité, ne sont-ce pas là les conditions nécessaires pour exposer dignement la philosophie de la science? Les doctrines étaient appréciées sans passion; les faits étaient recueillis avec soin, renouvelés, alimentés par des lectures assidues et contrôlés par la pratique. Une critique judicieuse recueillait les faits qui composent le domaine certain de la médecine, et une classification méthodique gravait dans la mémoire les données générales de la science. C'est beaucoup de trouver un guide sûr à l'entrée de cette étude difficile; Stœber s'attachait à instruire, et il y réussissait. Nous avons à cet égard le témoignage des nombreuses générations d'élèves qui

(1) Suite. — Voir les numéros des 21 et 25 novembre 1871.

Des faits qui précèdent, il est sans doute légitime de tirer quelques inductions relatives à la physiologie pathologique de la contracture hystérique. D'après les considérations que nous avons émises, les cordons latéraux, ou tout au moins leur partie postérieure — celle qui tient sous sa dépendance la contracture permanente dans les cas de scléroses en plaques ou fasciculées — ces cordons, dis-je, sont désignés comme étant le siége de modifications organiques, d'abord temporaires, et qui donneraient lieu aux contractures hystériques. A la longue, ces modifications quelles qu'elles soient font place à des altérations matérielles plus profondes : une sclérose véritable s'établit. Peut-être n'est-elle pas au-dessus des ressources de l'art ; mais, dans tous les cas, elle ne permet certainement plus d'espérer cette brusque disparition des contractures, qui constitue un des caractères les plus frappants de la maladie lorsqu'elle n'est pas parvenue encore aux phases les plus avancées de son évolution.

Existe-t-il quelque signe qui permette d'indiquer, à coup sûr, le caractère du cas, de savoir par exemple si la sclérose a définitivement ou non élu domicile dans les cordons latéraux? Je ne crois pas, messieurs, que l'on puisse, dans l'état actuel de la science, signaler un seul symptôme qui présente à cet égard une valeur pronostique absolue.

La *trémulation convulsive* des membres contracturés, provoquée ou survenant spontanément (*épilepsie spinale tonique*), — un certain degré d'émaciation des masses musculaires, — un peu d'amoindrissement dans l'énergie de la contractilité électrique, ne devraient pas, si j'en juge d'après les observations qui me sont propres, faire désespérer complétement de voir la contracture disparaître sans laisser de traces. Au contraire l'atrophie limitée plus particulièrement à certains groupes de muscles, surtout s'il s'y joignait des contractions fibrillaires analogues à celles qu'on observe dans l'atrophie musculaire progressive, et un affaiblissement très-notable de la contractilité faradique devrait faire supposer que, non-seulement les cordons latéraux sont profondément lésés, mais que, en outre, les *cornes antérieures de la substance grise* ont été envahies. Je n'ai observé, jusqu'à présent, ces derniers symptômes que dans des cas de contracture hystérique de date ancienne et qui ne laissaient plus guère d'espoir de voir les membres affectés reprendre jamais leurs fonctions normales.

J'ajouterai enfin que l'existence d'une lésion organique spinale plus ou moins profonde serait mise à peu près hors de doute si, sous l'influence du sommeil déterminé par le chloroforme, la rigidité des membres ne s'effaçait que lentement ou persistait même à un degré prononcé.

A mon avis, tant que ces symptômes ne sont pas nettement accusés, il ne faut désespérer de rien. Il importe, d'ailleurs, de ne pas oublier que la *sclérose latérale*, alors même qu'elle est parfaitement établie, n'est pas, tant s'en faut, j'espère vous en donner bientôt la preuve, une affection incurable.

Chez les malades sur lesquels je viens d'appeler votre attention, la contracture occupait soit la totalité d'un membre, soit même deux membres, ou plus encore. Mais il est des cas où la rigidité spasmodique reste limitée à quelque partie d'un membre, au pied par exemple et produit une sorte de *pied bot hystérique* (*Talipedal Distorsions* de T. Laycock). Tout récemment, le docteur R. Boddaert a communiqué à la *Société de médecine de Gand* (1) un cas de ce genre fort intéressant. La contracture avait donné lieu à la déformation connue sous le nom de pied de bot varus. Des faits analogues ont été recueillis et publiés par le docteur Little (2), par C. Bell (3), par M. F. C. Skey (4) et par quelques autres auteurs.

Si je ne me trouvais retenu par certaines convenances, je pourrais, messieurs, rapporter à mon tour dans tous ses détails l'histoire d'un cas qui rappelle celui qu'à publié M. Boddaert. Qu'il me suffise de vous dire qu'une jeune fille, actuellement âgée de 22 ans, très-nerveuse et appartenant à une famille où les affections nerveuses prédominent, fut prise, il y a trois ans, tout à coup, sans cause connue et sans avoir offert jusque là de symptômes caractérisés d'hystérie, d'une contracture douloureuse des muscles de la jambe gauche. Cette contracture, qui imprime au pied l'attitude du varus équin le plus accentué, avait cédé d'abord, pendant la première année, à plusieurs reprises ; mais, depuis près de deux ans, elle paraît définitive (juin 1870). Plusieurs des muscles de la jambe ont subi une atrophie profonde ; ils présentent en outre des contractions fibrillaires très-accusées et répondent mal aux excitations électriques. Je crois, par conséquent, qu'il y a peu de chances de voir la contracture se résoudre, d'autant plus qu'elle ne s'amende que très-imparfaitement durant le sommeil produit par le chloroforme. Je signalerai encore une particularité fort intéressante, au point de vue clinique : chez cette jeune malade, les attaques hystériques se sont manifestées seulement dans le courant des derniers mois...

(1) *Annales de la société de médecine de Gand*, 1869, p. 93.
(2) *A Treatise on the nature and Treatement of club foot and analog. Distorsions*. London, 1839. Case, 25.
(3) *The nevous Systèm of the Hman-Buody*, 3e édition. 1836. Aff. case 177.
(4) *Hysteria*, etc. *Six lectures delivered to the studenls of Saint-Bartholomer's Hospitat*. 1866, 3e édition. London, 1870, p. 102.

POURRITURE D'HOPITAL

Discussion dans la SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE LYON.

Cette discussion, amenée à l'occasion d'un travail lu par par M. Icard, a été fort intéressante, ayant spécialement porté sur la thérapeutique.

M. Icard fait d'abord connaître un premier fait très-grave dans lequel *échouèrent* et le perchlorure de fer et l'acide phénique, et la cautérisation avec le fer rouge, avec traitement tonique et réparateur. Cependant la cautérisation avec le fer rouge avait été pratiquée à deux reprises ; la seconde, profonde, ayant nécessité préalablement la chloroformisation. Les choses allaient de mal en pis ; le sujet, profondément découragé, avait beaucoup de fièvre, s'affaiblissant de jour en jour, et une bronchite vint encore aggraver une situation déjà bien périlleuse. Alors, sur l'avis de M. Marmy, M. Icard eut recours au traitement suivant : lavages *détersifs* à l'aide de jets successifs d'eau tiède et d'alcool camphré, emploi *largâ manu* de poudre de quina et de charbon, cautérisation ponctuée de tout le pourtour de la plaie. Ces injections détersives furent pratiquées matin et soir avec beaucoup de soin, et non sans provoquer des douleurs bien vives. Au bout de quelques jours, la marche de la gangrène fut enrayée, et l'amélioration ne tarda pas à progresser en guérison.

Dans deux autres cas, ce traitement réussit semblablement. Ici nous ferons remarquer que cette pratique est très-rationnelle, du moins dans l'opinion de maladie primitivement locale et de résorption putride consécutive. Seringuer les plaies avec persistance, diluer ainsi tous les liquides nuisibles, absorber ces liquides avec une poudre abondante, après en avoir précipité sans doute l'albumine au moyen de la cautérisation ponctuée sur tout le pourtour de la plaie, oui, ce traitement est rationnel, mais il est fort compliqué, et, comme le fait remarquer M. Icard, « il détermine chez le patient des douleurs très-vives et exige, de la part du chirurgien, beaucoup de temps et de patience. »

Dans la discussion qui s'ensuivit, nous avons seulement à signaler la relation des faits rapportés par M. Christot. L'invasion s'est presque toujours révélée par des douleurs insupportables qui, pour ce chirurgien, ont été prémonitoires. Plusieurs des cas étaient d'une gravité extrême, à cause de l'extension des plaies (24 centimètres sur 12 dans l'un d'eux), à cause aussi de la rapidité de la marche et de l'intensité des douleurs. Un des blessés passait les jours et les nuits dans une insomnie complète, malgré l'administration des préparations opiacées.

Laissons maintenant la parole à M. Christot :

« La thérapeutique suivie dans ces différents cas a varié. A Nuits, chez notre réséqué du calcanéum, nous avons employé avant tout les pansements répétés et les irrigations phéniquées. Ces moyens reconnus insuffisants, j'employai la solution alcoolique concentrée d'acide phénique, et enfin l'acide phénique cristallisé. Le mal n'en fut pas enrayé. Peut-être me blâmera-t-on de ne point avoir employé le fer rouge. Je répondrai que je l'avais employé pendant l'opération, et qu'un moyen qui n'agit pas comme préventif a bien peu de chance de réussir comme curatif.

« Dans le cas où la complication prit la forme ulcéro-hémorrhagique, les applications de perchlorure de fer pur nous donnèrent un succès inespéré.

« Enfin, chez le réséqué du genou, qui n'avait pas été préservé par une cautérisation au fer rouge, l'acide phénique employé comme précédemment et le perchlorure de fer ne nous donnèrent pas de résultat. L'apparition du tétanos ne nous donna pas le temps d'essayer d'autres agents thérapeutiques.

« A Lyon, je fus conduit à expérimenter une autre médication. Chez le premier blessé de l'ambulance Saint-François, la seconde apparition du mal n'avait pu être combattue par l'eau phagédénique, par le citron, si recommandé autrefois, et par la liqueur de Villate. Cette dernière cependant semblait modifier avantageusement la surface traumatique ; mais les applications en étaient si douloureuses que nous dûmes y renoncer.

« A ce moment, M. Netter (de Rennes) communiquait à l'Académie une note sur l'emploi du camphre contre la pourriture d'hôpital. Non-seulement M. Netter avait personnellement retiré les meilleurs effets de cet agent thérapeutique, mais ses confrères l'employèrent avec le même succès. Je n'hésitai pas à m'en servir, sans trop compter toutefois sur un résultat avantageux. Je lavai soigneusement la plaie, et deux fois je la recouvris en dépassant les bords d'une couche épaisse de camphre finement pulvérisé. Un cataplasme de farine de lin fut appliqué par dessus, autant pour faciliter l'action du médicament que pour calmer les douleurs. Le premier résultat fut la cessation de ces dernières, le second la désinfection de la plaie, le troisième l'arrêt définitif du mal. Au bout de trois jours seulement les caractères anatomiques de la plaie furent modifiés. La couche gangréneuse semblait dissoute par le camphre, qui formait avec elle un enduit grisâtre que l'eau d'une injection charriait sans difficulté.

« Le camphre nous donna les mêmes résultats chez les deux autres blessés de cette même ambulance.

« Je tiens donc le camphre comme un excellent moyen pour combattre la pourriture d'hôpital, et j'ai vu avec plaisir, dans la dernière séance, M. Perroud rapporter un fait à l'appui de ceux que j'analyse en ce moment. »

M. Perroud s'était exprimé ainsi : « Le traitement par la poudre de camphre réussit admirablement. »

Nous terminerons ce compte rendu par deux remarques :

1° Les quatre succès signalés au moyen de la poudre de camphre par MM. Perroud et Christot s'ajoutent à deux obtenus par M. Laugier, à l'Hôtel-Dieu, et trois à la Charité, par M. Gosselin, dans autant de sujets traités.

2° Ce traitement ayant été présenté comme devant avoir la même efficacité dans le phagédénisme des chancres, accident analogue, sinon identique, l'occasion de la vérification ne manque point.

DES BLESSURES DE L'ABDOMEN

Par M. le docteur BÉRENGER-FÉRAUD,

Médecin principal de la marine.

Le *Montpellier médical*, dans son numéro de novembre, publie un intéressant mémoire de notre savant confrère et ami,

ont suivi ses cours. Jamais il ne négligeait la préparation d'une leçon; il distribuait aux élèves des feuillets autographiés présentant le plan du cours; la collection de ces feuillets est un excellent résumé de pathologie générale; plusieurs de ses collègues ont imité cette méthode si utile à l'enseignement.

M. Stœber a laissé un exposé de ses doctrines dans un article intéressant sur le vitalisme et l'organicisme, en présence devant l'Académie; il dégage d'abord la question scientifique de tout autre point de vue; il montre avec quelle injustice, avec quelle passion on s'est mutuellement rejeté les reproches de matérialisme et de mysticisme. « Commençons, dit-il, par éliminer de la discussion l'âme immatérielle et immortelle, dont l'existence est admise par la plupart des organiciens ainsi que des vitalistes. Le point fondamental de la doctrine des vitalistes, c'est l'admission d'une force vitale qui coordonne les mouvements organiques normaux dans le but de conserver la santé, qui est conservatrice et médiatrice, et qui peut être altérée sans que la matière organique le soit. Les organiciens n'admettent point l'existence d'une force vitale; ils disent que la vie est un état particulier inconnu dans son essence, mais propre aux êtres organisés. Cet état implique un jeu particulier, une coordination des fonctions. Ces mouvements organiques sont régis par des lois fixes et immuables qui sont généralement favorables à la conservation de l'organisme, mais qui parfois aussi sont défavorables, ce qui dépend du siége et de la nature du mal, et de la cause déterminante. Mais comme un corps vivant est autre chose qu'un corps mort, il faut qu'il ait des propriétés qui n'existent pas dans ce dernier, et sans lesquelles il n'y aurait pas de différences entre eux. On est donc obligé d'admettre l'existence de propriétés vitales, de propriétés qui n'existent que dans l'organicisme vivant. Pour l'organicien, les propriétés sont inhérentes à la matière et ne peuvent être altérées sans que la matière le soit. »

L'organicisme physiologique est celui qu'admet Stœber, et il le résume dans les propositions suivantes : 1° La vie est un état propre aux corps organisés; elle émane directement du Créateur et n'est pas le résultat d'une force particulière. 2° L'organisation est régie par des lois fixes et immuables qui, en général, sont favorables au rétablissement de la santé, mais qui, dans des circonstances données, peuvent aussi être défavorables. 3° On est conduit par là à admettre que, toutes les fois qu'une fonction est troublée, l'organe qui en est chargé est altéré. Cette altération peut être moléculaire, elle peut ne pas être appréciable à nos moyens actuels d'investigation, mais elle doit exister, et nos efforts doivent tendre à la découvrir. 4° La physiologie doit nous guider dans la recherche du siége et de la nature du mal, car les lésions anatomiques les plus apparentes ne sont pas toujours les plus essentielles. Cet organicisme physiologique a sur le vitalisme des avantages marqués; il recule le but à atteindre, il favorise les recherches; car là où le vitaliste admet une lésion de la force vitale qui ne peut être découverte, l'organicien voit un trouble fonctionnel qui dépend d'une lésion matérielle que la science reconnaîtra un jour. Si les moyens actuels ne suffisent pas, il faut les perfectionner ou en inventer de nouveaux. « C'est sans doute la position de la Faculté de Strasbourg qui l'a conduite à l'éclectisme qui fait le fond de son enseignement; elle s'est préservée de la doctrine physiologique, des élucubrations nébuleuses des philosophes de la nature, de la théorie des infiniment petits; elle ne se laissera pas entraîner davantage vers un vitalisme mystique, ni vers un anatomisme exclusif. » Voilà l'éclectisme raisonnable qui faisait le fond des doctrines de notre sage et judicieux collègue; c'est le compromis qui succède à la lutte et qui permet d'utiliser les résultats acquis, sans abdiquer l'esprit philosophique.

Le second enseignement de notre collègue, celui qui a le plus contribué à sa réputation et qui a certainement rendu le plus de services, c'est sa clinique ophthalmologique. En 1830, Stœber ouvre son cours des maladies des yeux; c'était le seul que l'on fit en France, c'était le premier. L'étude des maladies des yeux, qui avait été poussée si loin pendant le dix-huitième siècle, était alors bien abandonnée; elle était aux mains des oculistes de profession, même dans les plus grandes villes. Aussi Forlenze venait à Strasbourg pratiquer les opérations de cataracte, à l'hôpital même, où l'on réunissait les malades pauvres pour les confier à ses soins. L'ophthalmologie n'était plus une partie de la science médicale; elle appartenait trop souvent à des spécialistes sans titre; le charlatanisme s'en était emparé. C'est cette situation de la médecine vis-à-vis d'une de ses branches importantes que Stœber a complétement changée en Alsace, et qu'il a contribué à modifier dans le reste de la France. Comme il était modeste au début, cet enseignement qui a eu tant d'éclat! Le cours était théorique; quelques malades pauvres amenés par des élèves et d'autres, venant spontanément, servaient aux démonstrations du professeur. Plus tard, grâce à l'influence de M. Coze, une petite chambre de deux lits est accordée à l'hôpital pour les opérés de cataracte; puis ce sont deux chambres; en 1845, on obtient dix lits, et la consultation prend plus de développement. La commission administrative des hospices accorde la gratuité des médicaments aux pauvres qui s'y présentent; l'hôpital croyait ne s'imposer qu'une charge minime; bientôt les prescriptions s'élèvent de deux à trois mille par année, mais on ne retire

M. le docteur Bérenger-Féraud, sur les blessures de l'abdomen, qu'il lui a été donné d'observer pendant le siége de Paris. Nous reproduisons les conclusions de cette étude :

« Arrivé à la fin de cette étude sur les plaies abdominales que j'ai observées dans mon service du Val-de-Grâce pendant le siége de Paris, je vais condenser en quelques propositions les considérations qui en ressortent.

« Les *contusions* ne présentent comme particularité intéressante que cette rentrée des testicules dont le mécanisme est facilement compréhensible, et dont les conséquences thérapeutiques sont l'intervention chirurgicale en temps opportun pour le testicule rentré dans l'anneau.

« Les *plaies non pénétrantes* ne présentent rien de bien intéressant, rentrant absolument dans les cas indiqués par les livres classiques comme simples et ordinaires.

« Les *plaies pénétrantes* doivent nous arrêter un peu plus longtemps. D'abord, parce que les plaies pénétrantes sans lésion de viscères nous paraissent admissibles, car, dans les observations de Durand et de You que nous rapportions précédemment, se rejeter sur l'existence possible d'une simple contusion de l'intestin pour rejeter l'existence de ces plaies simples, me semble une subtilité aussi inutile que puérile.

« Nous n'avons pas de documents suffisants dans les faits qui nous servent de base pour établir que les plaies pénétrantes simples sont moins graves, toutes choses égales d'ailleurs, que celles où l'intestin est atteint, et dans cette occurrence nous n'avons rien de mieux à faire que d'accepter les conclusions classiques qui prêtent à ces plaies pénétrantes simples moins de léthalité.

« Les faits qui sont cités dans ce travail sont d'accord avec ce que l'on nous a appris de l'extrême gravité des plaies de l'intestin grêle.

« De toutes les plaies pénétrantes de l'intestin, celles du gros intestin sont les moins graves, toutes choses égales d'ailleurs, d'après ce que nous montrent les faits et les raisonnements sur la matière, — et les plaies du cœcum sont les moins dangereuses de toutes, quoique d'une gravité extrême néanmoins.

« Dans les coups de feu du cœcum, l'expectation est la ligne de conduite à suivre dans les premiers jours, la péritonite étant trop à craindre à cette époque; ce n'est que lorsque le trajet est assez organisé pour faire penser que l'épanchement stercoral n'est plus à craindre, qu'il faut procéder à l'obturation de la plus petite des plaies; lorsque la première plaie est cicatrisée, on procède à l'obturation de la seconde, en employant une mèche à calibre décroissant pour produire une cicatrisation de dedans en dehors, préférable en ce qu'elle est plus solide et plus facile à obtenir que la plaie de dehors en dedans.

COMTE RENDU

MÉDICO-CHIRURGICAL DE L'AMBULANCE DES SOEURS DE SAINT-JOSEPH DE CLUNY

SUCCURSALE DU VAL-DE-GRACE (1)

Par M. le Dr BENOIST DE LA GRANDIÈRE.

Conclusions.— De grandes réformes doivent succéder à nos grands malheurs, et nous devons utiliser, nous médecins, l'enseignement terrible que vient de nous donner le siége de Paris. Les grands hôpitaux, scientifiquement condamnés, le sont encore par l'expérience douloureuse qui vient d'en être faite. Le talent des chirurgiens distingués et des maîtres illustres qui s'y consacraient au traitement des victimes de la guerre a été neutralisé par les complications nosocomiales de toutes sortes, résultat infaillible de l'encombrement, qui ont enlevé la plupart des blessés. Puisqu'on ne peut supprimer les ambulances, il faut chercher à les établir dans les meilleures conditions, et ne pas oublier ce poison des plaies si insaisissable et si contagieux, qui se communique par l'air même que respirent les blessés. Voyons donc ce que l'on pourrait faire.

On a beaucoup vanté, et c'est avec raison, le système dit américain, qui consiste à placer les blessés sous des tentes installées autant que possible dans des endroits élevés, au milieu des bois et des jardins. On oublie que c'est un des représentants les plus illustres de notre médecine militaire, qui a eu bien avant eux l'idée de placer les blessés sous des tentes ou dans des baraques. C'est en Crimée que M. le docteur Michel Lévy y a songé pour la première fois, et les résultats qu'il a obtenus ont été remarquables. Ce n'est que pendant la guerre de la sécession que les Américains ons perfectionné le système et qu'il a pris leur nom.

Bien avant la guerre, M. le docteur Lefort a essayé d'introduire à Paris, le système des tentes pour les blessés, et en a fait établir à l'hôpital Cochin. Il a conclu dans son mémoire qu'il fallait préférer la tente à la baraque, et a établi que quelque soit celui des deux systèmes que l'on adopte, il faut que ces abris soient constitués par de doubles parois, et percés de larges ouvertures à leur sommet.

D'après les plans du savant directeur du Val-de-Grâce un hôpital en bois, composé de baraques isolées, pouvant contenir 200 blessés et pourvus de tous les services accessoires a été installé sur les vastes terrains retranchés du Luxembourg. A peine les baraques étaient-elles occupées, que les obus prussiens sont venus en déloger les blessés. Elles ont servi depuis aux fédérés pendant l'insurrection, et ont été brûlées par l'explosion de la poudrière du Luxembourg.

Les ambulances de la presse ont été conçues d'après les mêmes idées, et c'est à des constructions pareilles, faciles à édifier et à détruire au besoin, que l'on devra dorénavant recourir.

Mais il peut arriver que ces établissements soient insuffisants, ou qu'on n'ait pas le temps de les installer assez vite. C'est dans ce cas qu'il conviendra de s'adresser aux couvents, aux écoles, aux maisons d'éducation, en un mot, à tous les établissements publics ou privés, composés de bâtiments isolés et situés au milieu de jardins ou de cours spacieuses. On rejetterait d'une façon absolue les théâtres, les hôtels somptueux, où l'air ne circule pas, et les églises. Je crois qu'il y aurait avantage à ne pas dépasser dans chaque ambulance le nombre de 40 blessés, qu'un chirurgien actif, assisté de deux aides, pourrait soigner. Les blessés, répartis par petites chambrées de 8 ou 10 lits, échapperaient ainsi à tous les dangers de l'encombrement, et on pourrait isoler facilement ceux atteints de phlébite, d'érysipèle, de pourriture d'hôpital et d'infection purulente.

Si l'on m'objectait que les blessés placés dans ces établissements ne recevraient peut-être pas des soins aussi éclairés que ceux qui leur sont donnés dans les grands hôpitaux, sous la direction de leurs savants chefs de service, je répondrais que ces maîtres de la science ne refuseraient pas leur concours à leurs confrères moins expérimentés. En général, les grandes opérations sont contre-indiquées dans les premières heures qui suivent une blessure par arme à feu. Ce n'est que lorsque la stupeur qui accompagne les plaies de ce genre a disparu, et que la réaction s'établit, qu'on doit les pratiquer. Enfin ce n'est pas l'opération qui d'ordinaire est difficile, et un chirurgien doit pouvoir y suffire; c'est de bien saisir les indications, de choisir la méthode et le procédé le plus convenable, et c'est alors que les conseils et le concours de médecins d'une expérience consommée seraient profitables et acceptés avec déférence. Les blessés auraient alors le bénéfice d'une opération bien faite, et à propos, recevraient dans un local bien disposé les soins assidus qui leur permettraient d'en profiter et de guérir.

Ce n'est pas tout : les combats peuvent se succéder, le nombre des blessés s'augmenter, et comme il serait important d'avoir dans les ambulances un certain nombre de places, pour y pratiquer les opérations urgentes et donner les premiers soins, on pourrait utiliser le concours des particuliers et placer dans les familles un certain nombre de blessés. On a vu combien la population de Paris s'est associée à l'effort tenté par les médecins militaires, par la Société internationale de secours aux blessés, et par les ambulances de la Presse. C'est à ce point que tout le monde voulait recueillir des blessés, et dans certains quartiers le pavillon de la convention de Genève flottait pour ainsi dire à toutes les portes. Il y a même eu à ce sujet des abus que je n'ai pas à signaler. Il conviendrait cependant d'utiliser cette charitable sympathie qui s'est si grandement manifestée, et on pourrait imiter ce qui s'est fait dans le 14e arrondissement. Les offres de lits faites par les particuliers avaient été classées par quartier, et à chaque ambulance municipale étaient annexées des ambulances plus petites. Les médecins allaient, à tour de rôle, y visiter les blessés, s'assurer de leur état, et donner les indications nécessaires à leur traitement. Ces ambulances, ainsi surveillées, seraient bonnes pour les blessés légèrement atteints, pour ceux en voie de guérison, et à l'abri d'accidents immédiats, et pour les convalescents. Ils trouveraient dans les familles qui les auraient recueillis ces mille attentions délicates auxquelles ils sont si sensibles, n'encombreraient pas inutilement les ambulances plus importantes, et guériraient plus vite dans un milieu plus agréable. L'État serait moins longtemps privé de leurs services, ou bien, si la gravité de leurs blessures les mettait dans l'impossibilité de combattre, ils pourraient y attendre plus patiemment la liquidation de leur pension, et leur retour dans leurs familles.

J'arrive enfin au service intérieur des ambulances. En temps de guerre, tout citoyen se doit au pays : on choisira de préférence, pour le service d'infirmiers, des hommes d'un certain âge, laborieux et encore actifs. On pourra également utiliser quelques blessés ou des hommes atteints d'infirmités qui les rendent impropres aux fatigues de la vie militaire active.

Ils seront dirigés par les sœurs de charité, et je reste convaincu que c'est seulement aux ordres religieux que le service hospitalier doit être confié. Ils sont seuls assez détachés des obligations du monde pour pouvoir consacrer tout leur temps aux blessés, et leur courage et leur dévouement ont toujours été à la hauteur de la tâche qu'ils ont eue à remplir. Enfin, l'habitude que les sœurs ont de vivre au milieu des malheureux et des malades les rend des auxiliaires fort utiles pour les médecins, et ceux de mes confrères qui ont partagé avec moi le service de l'ambulance ont pu apprécier particulièrement la bienveillance et la charité des sœurs de Saint-Joseph de Cluny.

(1) In-8°. — Prix : 2 francs.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 28 novembre 1871. — Présidence de M. WURTZ.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet : 1° les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné, en 1870, dans le département du Morbihan et de l'Ille-et-Vilaine; — 2° un rapport de M. Davalis sur une épidémie de variole qui a régné, en 1870 et 1871, dans la commune de Grandville (Manche) [Comm. des épidémies]; — 3° une demande en autorisation d'exploitation, pour l'usage médical, d'une nouvelle source située sur le territoire du Mans. (Comm. des eaux minérales.)

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

Elle comprend : 1° une lettre de M. le docteur Emile Bégin, accompagnant l'envoi de plusieurs exemplaires d'un appel aux bibliophiles dans le but de concourir à la reconstitution de la Bibliothèque du Louvre; — 2° la première partie d'un mémoire sur le col de l'utérus et l'hystérie, par M. le docteur Dechaux (de Montluçon) (Comm. MM. Depaul, Devilliers, Jacquemier); — 3° une note de M. le docteur Cousin, sur un mode d'emploi de la gutta-percha laminée comme agent d'occlusion (Comm. MM. Denonvilliers, Gosselin et Richet); — 4° le modèle et la description d'un instrument appelé *extracteur dentaire*, inventé par M. Derivaux, dentiste.

PRÉSENTATIONS

M. TARDIEU offre en hommage, de la part de M. le docteur Alfred Fournier, un volume intitulé : *Nouveau carême de pénitence et Purgatoire d'expiation à l'usage des malades affectés du mal vénérien*, par Jacques de Bethencourt (1527). Traduction et commentaires, par M. A. Fournier.

M. BOUDET présente, au nom de l'auteur M. Duquesnel, une brochure sur l'aconitine cristallisée.

M. LARREY : 1° de la part de M. le docteur William Mac Cormac, chirurgien à l'hôpital Saint-Thomas de Londres, un ouvrage ayant pour titre : *Notes et observations d'un chirurgien d'ambulance*;

2° Un exemplaire des bulletins de la Société de secours aux blessés, contenant un rapport de M. le docteur Chenu, directeur général des ambulances.

M. BÉCLARD présente de la part de M. le docteur Burq une brochure intitulée : *Du cuivre dans le choléra*. Cette brochure se compose du Rapport officiel de M. Vernois sur l'immunité cholérique des ouvriers en cuivre, et d'une instruction pour le traitement préservatif et curatif, par M. Burq.

---

pas la mesure en présence des services qu'elle rend. La clinique, si longtemps volontaire, devient officielle en 1853, et figure sur les programmes universitaires. D'accroissement en accroissement, c'est une petite maison avec vingt-quatre lits, un étage pour les hommes, l'autre pour les femmes, avec les dépendances, salle de cours, chambre d'observation, qui est concédée à notre confrère. Les malades payants arrivent en même temps que les pauvres, les lits sont disputés et retenus à l'avance. La mesure si utile par laquelle le département et la ville accordent une subvention aux cliniques profite surtout à l'ophthalmologie. Que de malades de l'Alsace et des départements voisins ont pu trouver à Strasbourg les soins habiles qui leur rendaient la vue! Cette clinique durait toute l'année, et l'affluence des consultants était considérable. Un millier de malades, ce sont les chiffres de 1869 et de 1870, étaient examinés chaque année. Quel vaste champ d'observation! quelle expérience nos élèves, dirigés par un chef habile, avaient bientôt acquise!

Stœber, méthodique et calme, suivait dans les leçons un ordre à peu près invariable; il commençait par une conférence sur les maladies des yeux, dont il exposait l'histoire; il voyait les malades du service, puis il examinait les consultants auxquels il consacrait plus particulièrement deux jours de la semaine. L'examen était méthodique et complet; l'ophthalmoscope a été appliqué dès l'origine de cette découverte; la clinique présentait toutes les ressources nécessaires en planches et en instruments. L'hôpital accordait largement tous les médicaments nécessaires; les plus nouveaux étaient expérimentés; des recettes imprimées, formant un véritable formulaire, étaient mises à la disposition des élèves. Les malades étaient inscrits avec leurs observations, de manière à fournir les bases d'une statistique dont il reste encore à tirer bien des déductions utiles. Les opérations les plus délicates étaient pratiquées devant les élèves; l'anesthésie était largement appliquée et, grâce à la prudence du maître, n'a occasionné aucun accident. Stœber tenait à suivre les progrès de la science et à apprécier par lui-même les procédés nouveaux; mais avec quelle sage réserve il s'en tenait à ceux dont il avait reconnu l'efficacité!

Nous ne mentionnerons pas les opérations si nombreuses de cataracte, de pupille artificielle, couronnées de tant de succès. Que d'opérations difficiles exécutées avec une habileté et une patience à toute épreuve! Ici, rien n'est plus évident que le succès, c'est le bienfait immense de la lumière rendue. Qu'il me soit permis de rappeler avec reconnaissance que mon père, à l'âge de 80 ans, opéré par Stœber de la cataracte, a dû à son habileté et à son dévouement la guérison complète de la plus cruelle des infirmités.

On sait comment les pauvres étaient accueillis par notre excellent collègue; les personnes aisées trouvaient dans son cabinet, où l'indigent pénétrait aussi, et dans l'établissement de la Toussaint, les mêmes soins assidus. La réputation de Stœber s'étendait au loin; on arrivait à lui de l'étranger et des départements voisins. Quelle source d'instruction pour nos élèves, quels excellents internes il a formés, et nos jeunes élèves militaires, suivant assidûment cette clinique, y ont puisé l'instruction spéciale si nécessaire au médecin d'armée.

Rappelons la bienveillance constante avec laquelle Stœber accueillait les étudiants; dans cette assemblée où se trouve un si grand nombre de ses anciens élèves, je ne serai démenti par personne, en constatant avec quelle complaisance il les exerçait au diagnostic des maladies et les aidait dans leurs travaux. Il leur donnait des sujets de thèse et des observations, il indiquait des points de vue nouveaux; il corrigeait consciencieusement ces dissertations, dont il acceptait la présidence. Aussi, chaque année, notre collection s'enrichissait-elle de thèses sur des sujets d'ophthalmologie, et à côté des travaux du maître, il faut compter ceux qu'il inspirait à ses élèves. Il leur donnait encore l'exemple si utile de l'exactitude, du dévouement, du respect scrupuleux pour les devoirs de son état.

La parole de Stœber était claire, méthodique, sans éclat, mais elle se distinguait par la netteté des idées, la propriété des termes, la fermeté et la concision : elle acquérait bientôt une autorité singulière. Stœber excellait dans l'argumentation, et il possédait l'art si difficile d'interroger. Dans l'examen, il faut la spécialité des connaissances et l'habitude de poser et de suivre les questions; sans ces conditions, l'épreuve est incertaine et son niveau baisse; c'est une idée bien peu pratique que celle de prendre les examinateurs en dehors du corps enseignant.

Comment s'étonner, avec des services de ce genre, de la place que M. Stœber occupait dans l'estime de ses collègues! Assidu aux séances de la Faculté, il y jouissait de la juste autorité que donnent un sens droit, un esprit impartial qui ne veut que le bien; Stœber était aimé et estimé de tous; il n'avait pas d'ennemis. La confiance de la Faculté l'appelait dans toutes les commissions où se discutaient des questions importantes. Il fut chargé de la présidence des jurys médicaux dans les dernières années de cette institution (1849 à 1853), et, dans toutes les villes où l'appelèrent ses fonctions, il se créa des relations amicales et il fit apprécier l'esprit de notre école.

Professeur TOURDES.

(*A suivre.*)

RAPPORTS

M. DEVILLIERS lit, au nom de la commission d'hygiène de l'enfance, un rapport officiel relatif aux améliorations à apporter dans le développement physique, intellectuel et moral des enfants.

M. BARTH lit le rapport sur le concours du prix Portal.

La séance est levée à 5 heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 26 novembre 1871, ont été nommés ou promus dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier : M. de Beauvais, médecin adjoint à la prison de Mazas; services exceptionnels rendus pendant l'insurrection : s'est notamment appliqué à adoucir par tous les moyens en son pouvoir la position des malheureux otages renfermés à Mazas.

M. Lasègue, professeur à la Faculté de médecine de Paris, chargé du service des aliénés à la préfecture de police; soins gratuits donnés pendant toute la durée du siége aux nombreux détenus atteints du scorbut dans les prisons de Paris.

M. le docteur Vallet, chirurgien en chef honoraire à l'hôpital d'Orléans; 46 ans de services militaires et civils. Malgré son grand âge, a bravé toutes les fatigues pour soigner les blessés dans les ambulances pendant toute la durée de la guerre. Chevalier depuis 1834.

Au grade de chevalier : M. le docteur Falret, membre du conseil municipal de Vanves, ancien médecin de la Salpêtrière ; a soutenu énergiquement le maire de Vanves dans sa lutte contre les partisans de la Commune; services distingués dans le service des ambulances.

M. le docteur Bréchemier, médecin de l'hôpital d'Orléans; dévouement éprouvé dans le service des ambulances.

M. le docteur Vaussin, médecin de l'hôpital d'Orléans; s'est distingué dans les mêmes circonstances.

M. Dauphinot (Adolphe), médecin à Reims (Marne); services distingués rendus dans les ambulances.

— La Société de médecine pratique tiendra sa première séance le jeudi 7 décembre, à 3 heures 1/2 très-précises, à la mairie du 6e arrondissement, place Saint-Sulpicee.

Ordre du jour. — M. le docteur Dupuy : Accouchement par le forceps-scie du docteur Van Huevel. — M. le docteur Bouland : De l'emploi de l'électricité dans le traitement de la scoliose commune. — M. le docteur Duchesne : Communication au sujet d'une question de déontologie médicale. — M. le docteur Caron : De l'origine du virus.

— M. le docteur Jules Falret, médecin de Bicêtre, commencera un cours public sur les maladies mentales, dans l'amphithéâtre n° 2 de l'École pratique, le 2 décembre, à 4 heures, et le continuera les mardis et samedis suivants, à la même heure.

Au moment de mettre sous presse, nous recevons deux lettres qui mettent en doute la *complète* exactitude de notre dernière note sur les agrégés. Aussitôt que nous aurons pu constater l'inexactitude d'un fait que nous tenions d'une source *très-honorable*, nous nous empresserons de le rectifier. La bonne foi peut être surprise, mais une rectification ne coûte jamais à qui ne recherche que la vérité.

Dr E. Le Sourd.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments ou autres objets).

Le délire des persécutions, par le docteur Legrand du Saulle, médecin de l'hospice de Bicêtre (service des aliénés). Un bel in-8° de 524 pages. Paris, 1871. — Prix : 6 francs.

De l'arsenic, considéré comme antidote des maladies infectieuses, choléra, variole noire, fièvre typhoïde, typhus des bêtes à cornes, etc., etc. Son emploi curatif et préservatif, par le docteur C. Despiney. Paris, 1871. In-8° de 64 pages. — Prix : 3 francs.

Du drainage dans les plaies par armes de guerre, par le docteur F. Christot, ex-chirurgien en chef de la 3e ambulance lyonnaise, ex-interne des hôpitaux de Lyon, ex-prosecteur de l'École de médecine de cette ville, ex-chef de clinique chirurgicale à l'Hôtel-Dieu. Paris, 1871. Grand in-8° de 64 pages. — Prix : 2 francs.

Du spina bifida crânien, par le docteur Émile Leriche. In-8° avec figures. — Prix : 2 francs.

Rapport sur les travaux de la septième ambulance à l'armée du Rhin et à l'armée de la Loire, par le docteur Armand Després, chirurgien des hôpitaux de Paris, professeur à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien en chef de la 7e ambulance. In-8° de 90 pages. — Prix : 2 fr.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois. . . 8 fr 50 c.
Six mois. . . . 16 —
Un an. . . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 1er décembre 1871.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Scrofulide ulcéreuse maligne des fosses nasales et de l'arrière-gorge.

On peut voir en ce moment, dans le service de M. Constantin Paul, suppléant de M. Vigla, à l'Hôtel-Dieu, au n° 21 de la salle Sainte-Anne, une femme qui offre un exemple d'une maladie restée longtemps ignorée : nous voulons parler de l'angine ulcéreuse maligne de nature scrofuleuse. Une thèse sur ce sujet a été soutenue récemment (au mois de juillet dernier) à la Faculté par M. Fougère. On lit dans cette thèse, où 16 observations d'angine scrofuleuse ont été réunies, que la première description authentique de cette maladie a été donnée, en 1845, par M. Tardieu. Jusqu'à cette époque, on n'en trouve point de traces. Pendant onze ans, personne ne s'en occupa. Ce fut M. Bazin qui, dans les leçons cliniques de l'hôpital Saint-Louis, en 1856, fit entrer dans le cadre nosologique l'angine scrofuleuse.

Le fait que nous allons placer sous les yeux de nos lecteurs, et qui a été recueilli par M. Laloy, externe du service, est un nouveau spécimen de cette affection à ajouter à ceux qui sont rappelés dans le travail de M. Fougère.

Il s'agit d'une femme de 36 ans, entrée à l'hôpital le 16 octobre. En examinant la gorge de cette malade, on constate, en effet, que la luette est complétement détruite, ainsi que les deux amygdales. Les piliers antérieurs et postérieurs sont intacts, et l'on ne trouve aucune cicatrice, ni sur le voile du palais, ni sur la muqueuse pharyngienne.

Si d'après la vue seule de ces lésions il fallait diagnostiquer la nature de la maladie qui leur a donné naissance, on se prononcerait évidemment pour la syphilis : car l'angine syphilitique se présente le plus souvent sur les amygdales et sur la luette, et M. Fougère a signalé dans sa thèse les amygdales comme étant les parties de la gorge les plus rarement atteintes dans l'angine scrofuleuse.

Mais ici les renseignements donnés par la malade vont nous aider puissamment.

D'abord, on ne trouve sur le corps de cette femme aucune trace de syphilis; elle nie avoir eu, à aucun moment, des taches sur la peau ou avoir vu tomber ses cheveux ; son mari, mort phthisique il y a quelques années, en était complétement indemne.

Cette femme porte sur la figure les attributs de la scrofule, bien qu'elle n'ait jamais eu, dans son enfance, ni gourmes, ni ophthalmies, ni engorgements ganglionnaires. Les règles parurent seulement à 19 ans; irrégulières et difficiles pendant un an, elles devinrent ensuite abondantes et régulières. Mariée à 21 ans, elle a eu trois grossesses : le premier enfant, venu à terme, est mort à 21 jours, d'une inflammation des intestins, dit notre malade; bientôt après, fausse couche de deux mois à la suite d'une chute; enfin un troisième enfant est venu mort à neuf mois.

Elle a deux frères et une sœur, tous trois d'une bonne santé; pas d'antécédents scrofuleux, ni chez son père, ni chez sa mère.

Sur la lèvre supérieure, surtout sur la moitié gauche, nous trouvons des cicatrices blanches, arrondies, brillantes, rayonnées; nous voyons que l'aile gauche du nez a disparu, ainsi que la moitié environ de l'aile droite et la cloison des fosses nasales.

Cette femme nous raconte qu'il y a cinq ans, à l'angle de réunion de l'aile gauche du nez avec la joue, apparut une petite rougeur accompagnée de démangeaison; que cette rougeur, ayant été excoriée, s'ulcéra, et que cette ulcération, allant toujours en augmentant, sans jamais causer de douleur, seulement quelques démangeaisons, s'étendit sur le nez, pénétra dans les fosses nasales, gagna la gorge, et que dans l'espace de trois mois elle causa les lésions que nous venons de constater.

Pendant ces trois mois, pas d'engorgement des ganglions cervicaux ni sous-maxillaires, pas de réaction inflammatoire, pas de suppuration, enfin pas de troubles fonctionnels. Cette angine fut seulement accompagnée de douleurs vives dans l'oreille droite, sans écoulement purulent; cependant, depuis, la malade entend difficilement de cette oreille.

Il est facile, d'après cela, de voir que cette femme a eu un lupus de la face qui a gagné la gorge, en passant par les fosses nasales, lupus qui a eu une marche plus rapide qu'on ne l'observe d'ordinaire.

L'opinion que nous nous trouvons en face des lésions d'une angine scrofuleuse est confirmée par la cause qui amène cette femme à l'hôpital.

Depuis huit mois, en effet, elle tousse ; depuis cinq mois elle garde presque constamment le lit, et nous constatons qu'elle est atteinte d'une phthisie pulmonaire à marche rapide. Nous trouvons, au sommet du poumon gauche et en avant, une caverne assez étendue, avec bruit de pot fêlé et gargouillement. En arrière et dans toute la hauteur du poumon gauche, on entend des râles sous-crépitants humides, annonçant une phthisie à la période de ramollissement.

Expectoration muco-purulente très-abondante ; voix enrouée, presque éteinte.

Depuis huit mois, amaigrissement très-notable et diminution de l'appétit.

Enfin, depuis trois semaines, otite suppurée de l'oreille droite.

D'après l'aspect de cette femme, la marche de la maladie commençant à l'extérieur pour se propager à l'intérieur par les fosses nasales, la destruction de la cloison, la concomitance d'une phthisie pulmonaire à marche rapide avec expectoration très-abondante, hésiter entre l'angine syphilitique et l'angine ulcéreuse maligne de nature scrofuleuse nous paraît impossible.

— Nous reviendrons, à propos de ces faits, dans une prochaine revue, sur la thèse de M. Fougère, qui est jusqu'à présent, à notre connaissance, la seule monographie qui existe sur cette affection.

Gastrotomie appliquée aux cas de kystes de l'ovaire, des tumeurs fibreuses et fibro-plastiques.

Nous avons exposé, dans la revue précédente (1), le procédé opératoire que M. Péan applique aux kystes ovariques adhérents et les conditions nécessaires pour que ce procédé donne des résultats avantageux. Nous allons décrire aujourd'hui, avec quelques détails, les deux observations qu'il a citées à l'appui dans sa communication à l'Académie de médecine.

La première, Mme A..., âgée de 35 ans environ, lui fut présentée, il y a trois ans, par un de nos physiologistes les plus habiles, M. le docteur P. Bert. A cette époque, la malade était pâle, amaigrie et respirait avec peine. Du côté du ventre, elle portait une tumeur qui plongeait dans le bassin et remontait jusques au-dessous des hypochondres. Les symptômes physiques et fonctionnels permirent d'affirmer que la tumeur était constituée par un kyste de l'ovaire, et que ce kyste était, depuis plusieurs mois, le siége d'une inflammation interne qui s'était propagée au péritoine voisin. La malade était, en apparence, dans les conditions les plus fâcheuses pour l'opération. Toutefois, il était surtout urgent de faire disparaître la dyspnée, et, pour y parvenir, on pratiqua immédiatement une ponction à l'aide d'un gros trocart. Celle-ci donna issue à 10 litres environ d'un liquide sanguin très-épais et mélangé d'une assez grande quantité de globules de pus.

Cette ponction permit également de constater que le kyste était constitué par une grande loge et par d'autres plus petites situées vers quelques points de la périphérie. M. Bert, qui s'intéressait beaucoup à la malade, eut soin de mettre à profit le soulagement temporaire produit par l'évacuation du liquide pour relever les forces et pour combattre l'anémie par tous les moyens possibles. Après plusieurs mois d'un traitement médical habilement dirigé, un mieux notable s'était produit dans la santé; mais, par malheur, le kyste s'était rempli de nouveau et menaçait d'entraîner à sa suite des dangers plus grands encore que les premiers. Aussi l'ovariotomie fut-elle décidée et pratiquée le 29 juin 1870, en présence de MM. les docteurs P. Bert, Gaudin, Cintrat, Desarènes, Malassey, Tilhoy, Grosfillet et plusieurs confrères étrangers.

Une fois le kyste mis à découvert, le chirurgien ne tarda pas à constater qu'il était adhérent dans la totalité de son étendue. Pendant plus d'une heure, il fallut détacher ces adhérences, et, pour faciliter la manœuvre, la plus plus grande partie de la tumeur dut être extraite par morcellement. Toutefois, au niveau de certains points, il sembla prudent de s'arrêter. En effet, vers la partie supérieure droite de l'abdomen, le kyste avait contracté avec l'intestin grêle des adhérences telles qu'il eût été impossible de les rompre sans s'exposer à ouvrir l'intestin ou à provoquer une hémorrhagie grave ; d'autre part, du côté du bassin, une autre portion du kyste était si intimement liée aux viscères de la région que les détacher eût été téméraire. En conséquence, ces deux portions de kyste furent laissées en place entre les lèvres de la plaie, afin que les liquides continuellement

(1) Voir la Revue clinique de samedi dernier, 25 novembre.

FEUILLETON

VICTOR STŒBER

PROFESSEUR DE PATHOLOGIE GÉNÉRALE ET DE CLINIQUE OPHTHALMOLOGIQUE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG (1).

Stœber savait que l'autorité du professeur se fonde et se consolide par le travail; son goût le portait vers la science, qu'il a enrichie d'importantes recherches; au milieu d'occupations sans nombre, il a trouvé le temps d'écrire. Sa pratique si étendue lui fournissait des matériaux qu'il mettait en œuvre avec la conscience et l'exactitude qui caractérisent toutes ses recherches. Ses publications se rapportent à deux chefs principaux, à l'*ophthalmologie* et à la *médecine générale*. Nous ajoutons à cette notice une bibliographie aussi complète que possible; c'est un hommage à sa mémoire, c'est en même temps un service rendu à ceux qui voudront consulter ses travaux.

Examinons d'abord le premier groupe de ses recherches : 34 mémoires et 16 articles bibliographiques se rapportent à l'*ophthalmologie*. 10 de ces mémoires concernent des questions générales ou sont des comptes rendus cliniques; 15 autres ont pour objet la pathologie oculaire spéciale, 10 la thérapeutique et les opérations.

La série de ces travaux s'ouvre par un traité général, sous le titre de *Manuel d'ophthalmologie*; c'était l'ouvrage le plus complet à l'époque où il parut; ce traité rendait à l'étude des maladies des yeux son rang dans la science; rajeuni par une nouvelle édition, il reprendra sa place entre les mains des praticiens et des élèves.

Trente ans après, des fragments d'oculistique, insérés dans le *Traité de médecine opératoire* de M. Sédillot, qui a voulu donner à cet important ouvrage toutes les garanties d'une science complète, montrent quels progrès se sont réalisés dans l'étude de l'ophthalmologie. Quelques questions générales de diagnostic et de thérapeutique y sont exposées de main de maître; on voit ce qu'eût été un traité général fait par Stœber à cette période de sa vie.

Les comptes rendus cliniques présentent une statistique qui repose sur un nombre considérable de faits. Dans les dix dernières années, 8,378 malades ont passé par les cliniques ou par les consultations.

Parmi les mémoires de *pathologie spéciale*, nous signalerons les observations d'absence congéniale d'iris, de microphthalmie, d'héméralopie, de mélanose de l'œil, de cataracte diabétique, de blessures de la cornée, de kystes de l'iris. Une étude sur l'ophthalmie scrofuleuse, observée particulièrement chez les enfants, est un travail pratique du plus haut intérêt et qui a appelé l'attention.

La *thérapeutique oculaire* nous présente de curieuses recherches sur les dangers des collyres mal formulés et mal préparés, sur l'opération du strabisme, sur l'iridectomie, sur l'occlusion des paupières dans le traitement de l'ophthalmie, sur le glaucôme, sur les inhalations de chloroforme dans le traitement des maladies des yeux. L'auteur recommande ici une sage hardiesse justifiée par son expérience; il ne suffit pas de produire l'insensibilité, il faut aller plus loin, et obtenir la résolution musculaire; cette résolution doit s'étendre à des organes, aux muscles de l'œil, qui sont des derniers atteints par l'influence anesthésique. A cette condition d'être poussée plus loin que dans la chirurgie ordinaire, l'anesthésie rend d'incontestables services, et elle permet de réaliser des progrès dans certaines opérations. Stœber discute les indications et les contre-indications; il précise les cas où l'anesthésie est utile, et donne à cet égard les conseils les plus judicieux.

Dans ses nombreux articles de bibliographie, Stœber s'associe au mouvement de la science et donne son opinion sur d'importantes questions.

Citons encore les *thèses* sur la mydriase, l'iritis chronique, l'ophthalmie diphthéritique, l'iridectomie, le traitement du glaucôme, les ruptures isolées de la choroïde, etc., où les élèves ont heureusement reproduit les idées et les faits que leur fournissait leur maître.

Cette activité si remarquable dans le domaine de l'ophthalmologie s'est étendue aux questions de *médecine générale* : 32 mémoires et 27 articles de bibliographie appartiennent à cette série de travaux. Ils se rattachent à la médecine proprement dite ou à l'hygiène et à la littérature médicale.

(1) Suite. — Voir les numéros des 21, 25 et 30 novembre 1871.

secrétés pussent être aisément évacués. Le reste de la plaie fut fermé suivant le procédé ordinaire.

Grâce à ces précautions, le succès dépassa les espérances. La partie supérieure du kyste qui avait été conservée tomba d'elle-même au bout de quelques jours; quant à la portion pelvienne, qui seule avait conservé avec le pédicule des moyens d'union, elle donna lieu à un écoulement purulent de plus longue durée, et cette partie qui après l'opération était de la largeur des deux mains finit par s'atrophier complétement et par se tarir au bout de trois mois. Depuis cette époque, la guérison est demeurée définitive, et l'état de la malade, non moins que l'état local, est aujourd'hui des plus satisfaisants.

La seconde observation, qui se place naturellement à côté de la précédente, se rapporte à une dame à peu près du même âge, et qui était également affectée d'un kyste multiloculaire de l'ovaire.

Suivant les renseignements fournis par M. Malassez, interne des hôpitaux, Mme Ch..., porteur de ce kyste, avait vu, à diverses reprises, quelques-unes de ses loges se rompre spontanément dans l'abdomen, ce qui avait donné lieu chaque fois à des symptômes de péritonite. D'après d'autres renseignements communiqués par M. le docteur J. Worms, il paraît que la malade avait été examinée, sur la demande de ce dernier, par MM. les docteurs Spencer Wells et Kœberlé, qui se montrèrent peu partisans de l'ovariotomie en raison des dangers qu'elle devait présenter par suite des adhérences dont ils soupçonnaient l'existence.

D'autres chirurgiens, qui avaient aussi vu la malade, avaient également émis des doutes sur la nature kystique de la tumeur; seul, M. Nélaton avait affirmé l'existence d'un kyste et conseillé l'extirpation de la tumeur. L'opinion de cet illustre maître fut pour M. Péan, comme on le comprend, d'un poids suffisant pour le décider à pratiquer l'opération.

Disons tout d'abord que chez cette malade on rencontra les mêmes difficultés que chez la précédente, et qu'il fut nécessaire, encore une fois, d'abandonner dans la cavité abdominale plusieurs portions du kyste; quelques-uns de ces débris étaient également nourris par le pédicule.

Conformément aux règles tracées plus haut, l'opérateur prit le soin de faire communiquer ensemble toutes les poches, et les abandonna ainsi volontairement, de façon que le contenu de chacune d'elles pût être librement expulsé au dehors. Toutefois, les manœuvres furent extrêmement difficiles, en raison de la minceur et de la fragilité que les parois du kyste offraient sur certains points. La plaie fut également fermée, en ayant soin, comme dans l'opération précédente, de favoriser l'écoulement du pus au dehors à l'aide de sondes convenablement disposées. Ces sondes furent ensuite utilisées pour faire pénétrer dans les portions de kyste abandonnées des injections d'abord émollientes, ensuite excitantes et antiseptiques.

Grâce à toutes ces précautions, les accidents inflammatoires, qui menacèrent d'éclater pendant les jours qui suivirent l'opération, disparurent promptement, et la malade, au bout de quelques semaines, était revenue à la santé. Cependant on eut soin de laisser à demeure, à l'angle inférieur de la plaie, un petit tube en caoutchouc, dont la longueur fut diminuée peu à peu. Aujourd'hui, ce petit tube est long tout au plus de 4 centimètres et plonge au milieu des débris du kyste atrophié, dans le point qui correspondait sans doute, autrefois, au pédicule de la tumeur. C'est à peine s'il reste autour de lui quelques bourgeons charnus, que l'on a soin de réprimer, lorsqu'il y a lieu, à l'aide du crayon de nitrate d'argent.

2e Groupe. — *Tumeurs fibreuses.*

Tous les chirurgiens ont insisté avec raison sur la lenteur avec laquelle se développent la plupart des tumeurs fibreuses qui prennent naissance dans l'utérus; tous ont également reconnu que bon nombre d'entre elles ne donnaient lieu qu'à des symptômes de peu de gravité, étant ainsi, pour la femme qui en est atteinte, une infirmité plutôt qu'une maladie. Dans certains cas même, des malades atteintes de tumeurs qui paraissaient dangereuses par leur volume, ont vu peu à peu, surtout vers l'âge de la ménopause, leur état s'améliorer par suite de la diminution, quelquefois même de la disparition de la masse morbide. A ce sujet, M. Péan cite, en passant, une observation très-intéressante : « Il y a cinq ans, dit-il, je fus consulté par une dame de Châteaudun qui m'avait été adressée par mon excellent confrère et ami M. le docteur Meunier. Je pus constater chez elle la présence d'une tumeur fibreuse remplissant presque toute la cavité abdominale. Comme les accidents qu'elle produisait n'offraient rien d'alarmant, mais se bornaient à une simple incommodité, je fus d'avis de différer l'opération. Or, ayant eu l'occasion de revoir cette dame au mois de juin dernier, j'ai été très-agréablement surpris de la trouver presque entièrement débarrassée de sa tumeur. Le traitement, se bornant à l'usage des arsénicaux et des toniques, avait suffi pour obtenir ce résultat. »

Il est bien évident que, pour ces tumeurs bénignes, le chirurgien ne saurait penser un seul instant à intervenir; mais il n'en est pas de même pour les suivantes, savoir : celles dont le volume énorme amène des phénomènes alarmants de compression du côté du diaphragme et des gros vaisseaux; celles qui donnent lieu à des métrorrhagies répétées, dont la conséquence est de jeter la malade dans un état d'anémie profonde; enfin, celles qui provoquent du côté de l'abdomen et des membres inférieurs des douleurs violentes, souvent même intolérables, au point de ne laisser un seul instant de repos à la malheureuse qui en est victime.

En présence de ces cas, que doit faire le chirurgien? Doit-il, simple spectateur de la lutte engagée entre la vie et la mort, qui devient chaque jour plus menaçante pour la malade, assister sans rien tenter à son horrible agonie? Doit-il, au contraire, par une intervention hardie, essayer d'arracher la victime à un sort inévitable?

M. Péan a été souvent à même d'observer de malheureuses femmes placées dans ces conditions cruelles; il a vu, à son grand désespoir, la mort arriver, sans qu'il ait eu le courage d'intervenir, craignant de se trouver, pendant le cours de l'opération, en présence de difficultés fort graves, peut-être même insurmontables. Mais ayant eu l'occasion de pratiquer avec succès la gastrotomie pour des tumeurs dont l'extraction était accompagnée de difficultés telles, qu'on ne pouvait rien prévoir au delà; il a puisé dans ces cas le courage qui lui manquait, et dans la suite il a pu voir que l'ablation des tumeurs fibreuses elles-mêmes, faite en suivant les règles voulues, n'était pas beaucoup plus dangereuse que celle des autres tumeurs de l'abdomen. C'est ainsi qu'il vient d'opérer avec succès trois malades, placées dans les conditions signalées précédemment.

Deux d'entre elles avaient une tumeur fibreuse intra-utérine, qui le contraignit à enlever une partie de l'utérus, les deux ovaires et les trompes, tandis que, chez la troisième, la tumeur fibreuse était située en dehors de la matrice et n'avait contracté avec cet agent que des rapports de voisinage; en conséquence, dans ce dernier cas, l'utérus put être respecté pendant le cours de l'opération.

Chez ces trois malades, M. Péan avait diagnostiqué des tumeurs fibreuses, mais ce n'était qu'une solution incomplète du problème qu'il s'agissait de résoudre. Car s'il importe, dans des cas semblables, de savoir si l'opérateur va se trouver en présence d'une tumeur plutôt charnue que kystique, il ne l'est pas moins de déterminer par avance dans quels rapports la masse morbide se trouve soit avec l'utérus, soit avec les organes voisins. Or, à ce point de vue, le diagnostic peut offrir les plus grandes difficultés et donner lieu à des causes d'erreurs, contre lesquelles il est difficile de se prémunir.

En effet, chez ces trois malades, les tumeurs étaient volumineuses et remplissaient presque tout l'abdomen; l'une d'elles même remontait assez haut pour que des accidents de suffocation, dus au refoulement du diaphragme, se fussent déjà déclarés.

Au palper, elles étaient immobiles, dures et présentaient seulement sur quelques points une fluctuation obscure. A la percussion, elles donnaient sur tous les points une matité fémorale.

Par le toucher vaginal et le toucher rectal, elles paraissaient être solidement enclavées dans le bassin. En même temps qu'elles avaient fait dévier le col de l'utérus, elles paraissaient se confondre manifestement avec le corps de cet organe, excepté sur l'une d'elles. Chez cette femme, en effet, l'utérus ne paraissait avoir contracté avec la masse fibreuse que des rapports de voisinage.

Comme on le voit, à part ces derniers symptômes, aucun des autres ne pouvait éclairer assez sûrement pour savoir quels rapports l'utérus lui-même avait contractés avec ces tumeurs. La difficulté provenait surtout de ce que celles-ci avaient acquis un très-grand développement et de ce que le chirurgien n'avait pu suivre les diverses phases de leur développement.

Il était non moins difficile de dire si ces tumeurs avaient contracté des adhérences intimes avec les organes contenus dans l'abdomen, excepté au niveau de la paroi abdominale antérieure, là où il est habituellement assez facile de le reconnaître; mais connaît-on aucun signe qui eût permis de dire si, sur les autres points, elles étaient adhérentes? On conçoit, en effet, que, pour établir le diagnostic dans tous ses détails, les moyens d'exploration que possède le chirurgien sont trop restreints dès que la tumeur a acquis un grand volume et perdu toute sa mobilité.

Mais à côté de ces difficultés, qui se rattachent au diagnostic, il en est d'autres relatives au mode d'opération et qui ont également assez d'importance pour obliger le chirurgien à modifier sa ligne de conduite, suivant que la tumeur aura pris naissance dans l'utérus ou dans les régions voisines. C'est ce qui eut lieu sur ces trois malades, comme on le verra par la suite de cet exposé dans la Revue prochaine.

DEUX CAS DE NÉVRALGIE CERVICO-BRACHIALE NOCTURNE

Par le Dr Léon Sorbets, d'Aire (Landes).

Parmi les formes nombreuses que peuvent affecter les névralgies, il en existe une des plus remarquables : c'est la forme *nocturne* que revêt parfois la *névralgie cervico-brachiale.*

Cette affection se montre surtout pendant la nuit, par paroxysmes violents, et sous forme d'accès bien tranchés, au point qu'on croit observer un cas de fièvre intermittente larvée. Mais il n'en est rien; et à moins de complication palustre, le sulfate de quinine à hautes doses est impuissant à enrayer la maladie, malgré la périodicité constatée; circonstance qui se présentant seule est insuffisante, du reste, à faire admettre une intoxication paludéenne.

Il y a sous cette forme périodique siégeant dans le membre supérieur autre chose qu'une affection intermittente simple, maremmatique, car elle résiste à l'antipériodique par excellence; il est vrai qu'on observe souvent dans nos contrées méridionales des névralgies d'origine palustre. La névralgie cervico-brachiale échappe à cette étiologie : elle exige un traitement spécial.

Ce sont deux cas rares de cette nature qui viennent de se présenter dans ma pratique.

1re Observation. — L.... (Marie), âgée de 48 ans, est depuis son enfance sujette aux rhumatismes. Cette diathèse ne s'est pas cependant manifestée, depuis trois ans, par des douleurs articulaires.

Le lundi 3 juillet 1871, L... fait une chute sur la paume de la main droite; il se déclare immédiatement une douleur vive à l'extrémité de l'acromion, et dans la fosse sus-épineuse, irradiant le long du bras jusqu'aux extrémités digitales (contusion aiguë du nerf brachial).

Des points névralgiques ou douloureux sont provoqués par la pression. Les douleurs sont si vives pendant la nuit qu'elles arrachent des cris à la malade. Agitation, absence de sommeil. La malade est obligée de se lever et de passer, dans un fauteuil, une partie de la nuit. Sensation de chaleur extrême, de brûlure le long du bras qui ne peut être maintenu sous la couverture. Sommeil vers le matin.

Pendant le jour, douleur très-diminuée, mais les exacerbations recommencent pendant la nuit.

Le sulfate de quinine à hautes doses ne fait pas disparaître les douleurs névralgiques brachiales.

Il nous est difficile de ne pas dire quelques mots du mémoire qui a signalé les débuts de Stœber; son plan d'organisation médicale a encore un intérêt d'actualité. C'est un ensemble de vues pleines de sagesse, dont plusieurs ont reçu la sanction du temps. Parmi les améliorations qu'il signale, les unes ont été réalisées, les autres sont encore aujourd'hui aussi désirables qu'elles l'étaient alors. Il discute la question du nombre des Facultés qu'il convient d'établir en France; ce nombre est pour lui de cinq; il demandait deux Facultés nouvelles : l'une à Bordeaux, l'autre à Rennes ou à Nantes. Il signale les inconvénients d'un trop petit nombre de Facultés et ceux qui résultent de la multiplication des écoles. Il réclame l'enseignement pratique; c'est le programme de ce qu'on a fait à Strasbourg. Il signale pour l'enseignement l'avantage de la consultation et de la polyclinique. La consultation gratuite a été dans ces dernières années, à Strasbourg, l'auxiliaire puissant de nos cliniques; par un transition naturelle, nous touchions au moment de voir l'institution de la policlinique se réaliser. Stœber s'est toujours occupé des questions d'organisation médicale; il a peu modifié ses premières opinions et les a souvent fait accepter.

Dans l'ordre de la pratique, nous trouvons d'intéressantes recherches sur l'emploi du nitre à haute dose contre les affections rhumatismales, sur l'hémiplégie de la face, sur les maladies des enfants, sur une forme de fièvre éruptive intermédiaire entre la scarlatine et la rougeole, sur divers points de thérapeutique.

Parmi les recherches sur les eaux minérales, signalons une notice sérieuse et approfondie sur Hombourg, publiée en 1844, et qui a contribué à étendre l'usage de ces eaux. C'est une étude médicale très-complète, aussi loin, comme le dit l'auteur, du scepticisme outré qui ne veut croire que ce qu'il voit, que de l'exagération si commune dans ce genre d'écrits. En 1862, nous avons exposé ensemble l'état des sources minérales dans le département du Bas-Rhin.

Membre du conseil de salubrité, Stœber est l'auteur de publications utiles sur la vaccination, sur la statistique des hôpitaux.

Pourquoi ne mentionnerais-je pas les travaux d'hygiène publique, qui ont été pour moi l'occasion d'une intimité si précieuse? Quel souvenir nous avaient laissé ces longues soirées passées dans une étude commune! Les analyses nombreuses faites par notre ami si regretté, M. Hepp, nous avaient permis d'étudier l'*hydrographie du Bas-Rhin*, les cours d'eau, la nappe souterraine, les sources et les puits, et d'examiner les questions relatives aux eaux potables, si importantes pour la ville de Strasbourg. La *topographie* et l'*histoire médicale de Strasbourg et du département du Bas-Rhin* ont ensuite été abordées dans un travail plus étendu, qui a obtenu une citation de l'Institut. Aucun ouvrage d'ensemble n'existait sur la topographie du Bas-Rhin; nous avons réuni des matériaux épars et tâché de suppléer par notre expérience personnelle aux renseignements qui faisaient défaut. Le climat, les localités et les eaux, la physiologie, l'hygiène et la pathologie, la statistique, les institutions médicales et la bibliographie, tel est le cadre de ces recherches. Rappelons les paroles qui terminent cet ouvrage, elles ont aujourd'hui un sens bien douloureux; mais, derrière cette pensée si triste, plaçons la confiance dans l'avenir et dans le triomphe du droit sur la force : « L'impression qui nous reste de cette étude, et que le lecteur partagera sans doute, c'est que le département du Bas-Rhin est un beau et fertile pays, habité par une population saine et vigoureuse, riche en hommes distingués et en institutions utiles. Si cette notice a coûté à ses auteurs du temps et de laborieuses recherches, ils en ont été dédommagés par l'intérêt scientifique et patriotique qui s'attachait à un travail de ce genre. Puissent-ils joindre la pensée d'avoir été utiles au souvenir d'une cordiale collaboration! »

Stœber a laissé quelques pages de littérature médicale; la belle bibliothèque qu'il s'était formée, unique au point de vue de l'ophthalmologie, était une preuve de son goût pour les lettres et pour les sciences. Les élèves y puisaient largement, et enrichissaient leurs thèses d'une érudition de bon aloi. Deux fois Stœber a dû payer un tribut d'hommages à la mémoire de confrères; ses deux notices sur Ruef et sur Aronssohn, marquées au coin de la vérité, font ressortir le mérite de ces médecins distingués. L'éloge d'Aronssohn, prononcé en séance publique de rentrée des Facultés, a obtenu une approbation unanime; c'est une étude intéressante sur le praticien éminent, dont la réputation s'était étendue au delà des limites de notre province. Le dernier écrit de Stœber date du mois de novembre 1870; c'est une notice bien sentie sur les malheurs de notre ville et sur les soins donnés aux blessés pendant la funeste période du siége de Strasbourg.

Tel était le professeur, le savant; voyons maintenant le praticien.

(*A suivre.*) Professeur Tourdes.

Je soumets la malade à l'administration de l'essence de térébenthine (quatre capsules par jour), puis à l'action des frictions répétées par une pommade à l'extrait de belladone (*trois* grammes d'extrait pour *quarante* grammes d'axonge).

Sous l'influence de ce traitement, la névralgie cervico-brachiale nocturne cesse rapidement de faire sentir ses poussées douloureuses.

2e Observation. — Mme X..., 34 ans, d'un tempérament nervoso-lymphatique, a conservé, depuis une fièvre typhoïde qu'elle eut à 20 ans, quelques accidents chroniques spinaux, tels que soubresauts de tendons, douleurs névralgiques erratiques.

Le 23 juin, à la suite d'un refroidissement survenu après une course pénible, elle fut prise de douleurs cervico-brachiales vives du côté gauche.

Les douleurs débutent dans la partie latérale du cou, et irradient le long du bras. Pendant le jour, elles sont supportables; mais dès que la nuit vient, les crises douloureuses se montrent fréquentes, elles arrachent des cris à la malade, il lui est impossible de rester dans le lit.

Cependant, vers le matin, le calme se produit; il continue d'une manière assez marquée jusque vers le soir, et pendant la nuit suivante, la même scène se reproduit.

L'examen attentif du bras et de l'avant-bras, siége de ces atroces douleurs, ne fait découvrir aucune altération matérielle; le toucher est souvent douloureux, les mouvements brusques du membre supérieur amènent des douleurs très-vives; aussi l'immobilité du membre thoracique est-elle, au point de vue thérapeutique, la première des indications.

Le traitement est commencé le troisième jour, après le début des accidents.

Capsules d'essence de térébenthine (trois par jour).

Frictions répétées avec la pommade à l'extrait de belladone.

Ce traitement réussit à amener, six jours après, la guérison de cette douloureuse affection.

DES TROUBLES TROPHIQUES

CONSÉCUTIFS AUX LÉSIONS TRAUMATIQUES DE LA MOELLE ET DES NERFS (1).

Par M. le Dr Couyba, ancien interne des hôpitaux de Paris.

Pendant mon internat à l'hospice de la Salpêtrière, j'eus l'inestimable avantage d'assister aux leçons de M. Charcot sur diverses maladies du système nerveux. Mon esprit fut frappé des nombreux faits relatifs aux troubles de nutrition qui accompagnent les lésions de ce système.

Ces leçons furent interrompues par la malheureuse guerre de 1870. Je résolus, si l'occasion m'était propice, de recueillir les observations qui se présenteraient à mes yeux touchant le traumatisme des nerfs ou de la moelle, d'en suivre attentivement les phases et d'en surveiller le retentissement sur les tissus.

Mon attente ne fut pas trompée, et pendant mon passage à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce, dans le service de mon maître M. Giraldès, il me fut donné de soigner deux soldats blessés, chez lesquels ces perversions nutritives se montrèrent avec netteté et rapidité. Chez l'un d'eux, la moelle était atteinte; chez l'autre, la queue-de-cheval.

Jusqu'ici, l'attention s'était surtout fixée sur les troubles qui sont la conséquence des névrites. J'avais un exemple de leur production après une blessure de la moelle. Encouragé par M. Charcot, je dirigeai mes recherches dans ce sens, et je fus assez heureux pour recueillir des observations assez nombreuses de traumatismes médullaires, où la même perturbation s'était effectuée de la manière la plus concluante. C'est aussi ce point spécial que j'ai essayé d'établir. J'ai voulu montrer que les nerfs ne possèdent pas seuls cette redoutable influence, mais que l'axe spinal, qui la partage avec eux, en était peut-être la véritable origine.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 22 novembre 1871. — Présidence de M. H. Blot.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance comprend :

Les journaux de la semaine : la *Gazette des hôpitaux*, — l'*Union médicale*, — la *Gazette hebdomadaire*, — le *Bulletin général de thérapeutique médicale et chirurgicale*, — la *Gazette médicale de Strasbourg*, — le *Montpellier médical*, — *The Doctor* : A monthly Review of British and foreign médical practice and literature.

M. L. Labbé dépose sur le bureau, pour le concours du prix Duval, deux exemplaires de la thèse de M. Louis Vaslin, intitulée : *Étude sur les plaies par armes à feu.*

M. Cruveilhier dépose sur le bureau, de la part de M. le docteur Vast, de Vitry-le-Français, une observation d'extraction de corps étrangers du rectum. — M. Vast demande le titre de membre correspondant. (Renvoi à la commission.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE

M. Trélat annonce à la Société un cas de mort subite dans son service, dont il doit soumettre ultérieurement les détails à la discussion de la Société; mort subite qui peut être attribuée au chloroforme.

DISCUSSION

Kératite dite syphilitique. — M. Giraldès. J'ai relu le mémoire de M. Hutchinson, et, comme je le pensais dans la dernière séance, nous n'étions pas dans la véritable interprétation de ce travail. J'ai fait plus, j'ai cherché si la doctrine avait gagné du terrain en Angleterre, et j'ai consulté à cet égard les ouvrages de MM. Dickson et Solberg Wells.

Les ophthalmologistes anglais, M. Hutchinson en particulier, sont revenus sur l'idée de la coïncidence de l'altération des dents avec la kératite heredo-syphilitique, et n'ont guère admis cette maladie qu'en se fondant sur les antécédents syphilitiques chez les parents.

Nous nous faisions ici une idée incomplète des opinions anglaises, de MM. Hutchinson et Dickson. La kératite qu'ils décrivent offre une vascularisation fine qui peut gagner toute la cornée. Elle forme d'abord comme une tache de sang, puis elle s'étend. Les vaisseaux n'occupent pas seulement la membrane de Bowman; ils pénètrent à la longue dans les lames de la cornée.

Les Anglais ne croient pas que ce soit le médicament qui juge la maladie; ils n'emploient pas le mercure, mais ils ont recours au traitement anti-scrofuleux et aux reconstituants.

Les symptômes qu'ils décrivent ne sont point très-clairs; il y a quelquefois de la photophobie; parfois il existe une déformation de la cornée, un état chagriné.

Dans quelques cas, on voit la kératite disparaître spontanément. Ici on observe un pointillé de la cornée, et il y a des douleurs préciliaires. C'est de 5 à 18 ans que cette maladie est le plus souvent observée. Ils ajoutent que, dans beaucoup de circonstances, le mal a les caractères des kératites qu'on rencontre dans des états cachectiques autres que la syphilis. Pour moi le fait n'est pas douteux; je l'ai dit dans la dernière séance.

M. Giraud-Teulon. Je ne veux reproduire ici rien de ce qui a été si bien exposé par notre collègue M. Panas. Je demanderai seulement à la Société la permission de lui présenter deux sujets qui lui offriront le type (amélioré, il est vrai) de la physionomie spéciale qui a été décrite dans les discussions précédentes. Ces sujets appartiennent par leur historique à la catégorie dont il a été ici question. Ils présentent en particulier la condition de grande mortalité parmi leurs aînés et dans le bas âge. Ils portent les dents dites caractéristiques d'Hutchinson; enfin leurs yeux ont subi les altérations qui ont été décrites.

A ce propos, je réparerai une omission que je crois, — avec réserve d'un doute cependant, — avoir été commise par notre collègue. Je ne me rappelle point s'il a été question dans son exposition d'une forme particulière de ces altérations chroniques rattachées par l'école anglaise à la teinte héréditaire. Je veux parler d'une certaine forme d'*iritis* que cette école range aussi parmi les symptômes de la syphilis infantile, forme peu connue, assez rare, et qu'on retrouve parallèlement avec la kératite parenchymateuse dans les observations anglaises.

Cette iritis présenterait une forme assez caractéristique; son symptôme le plus prononcé et le plus constant consiste en un épanchement abondant de lymphe, de couleur variant du blanchâtre au jaunâtre, au roussâtre, laquelle remplit l'ouverture papillaire, elle-même assez irrégulière, et se répand même parfois jusque dans la chambre antérieure.

Le cercle périkératique est en général peu marqué; il offre une simple teinte rosée point d'hyperémie conjonctivale concomitante. La membrane elle-même est tuméfiée et a perdu son lustre ou sa couleur propre.

A l'iritis se joignent quelquefois, mais plus rarement, quelques complications du côté de la cornée.

Attaquée à temps par les mercuriaux, l'iritis cède assez vite, la lymphe étant presque constamment résorbée.

Quant à l'époque de l'apparition de la maladie, la moyenne de son début se rencontre vers 5 mois et demi, et, particularité remarquable rapportée par M. Panas, pour la kératite, il se rencontre cinq garçons seulement pour seize filles.

L'iritis fut à peu près également simple ou double.

Les sujets de ces observations, quelquefois cachectiques, présentent pourtant, le plus souvent, une belle apparence.

Simultanément avec cette affection locale, la plupart des sujets présentaient des symptômes syphilitiques secondaires peu contestables, comme : psoriasis général ou palmaire, coryza spécifique, aphthes et ulcérations de la bouche, condylomes mous autour de l'anus, etc.

Les antécédents spécifiques du côté des parents, recherchés avec soin, furent incontestablement notés dans la grande majorité des cas. Parallèlement avec ces données se rencontrait le grand nombre de morts précoces ou d'avortements spontanés chez les frères et sœurs nés antérieurement, comme dans la kératite interstitielle.

L'auteur conclut de ce mémoire que l'iritis doit être inscrite au nombre des symptômes de la syphilis héréditaire, non pas comme la kératite ci-dessus décrite de la seconde, mais de la *première enfance*, concurremment avec les symptômes reconnus de la période *secondaire*. Néanmoins, considérant le grand nombre d'enfants atteints de symptômes en naissant, et le comparant au petit nombre de cas d'iritis relevés à cette époque, on doit ajouter que cette manifestation est l'une des plus rares de la syphilis congéniale.

(Il est vrai que, eu égard au peu d'intensité des symptômes réactionnels qui l'accompagnent, elle doit souvent passer inaperçue; les enfants, d'ailleurs, tenant le plus souvent leurs yeux fermés et n'accusant pas de troubles fonctionnels. A raison de ces deux circonstances, tous les enfants suspects, sous ce rapport, doivent être examinés à l'éclairage artificiel latéral, après dilation par l'atropine.)

Nous avons cru devoir rappeler ces détails, parce que, parmi les observations personnelles que nous désirons consigner ici, plusieurs cas n'offrent point d'altération sensible de la cornée, mais les traces d'iritis anciennes développées sur le fond commun décrit devant vous. Voici les faits :

Obs. I. — Isabelle L..., 16 ans, s'est présentée à notre clinique le 3 mai 1865. Depuis cinq années, elle souffre constamment des yeux. Je trouve sur le registre, de la main de mon chef de clinique de cette époque, une indication inexacte et mal définie : kératites péricornéales.

En rappelant mes souvenirs et en invoquant le témoignage de la malade, il n'y a point de doute qu'il ne s'agit ici de la kératite interstitielle vasculaire. (On ne voyait rien de mon point visuel, dit la malade; il y avait comme de la *chair* dessus.)

Cette jeune fille, que vous verrez aujourd'hui très-améliorée, est un type de pâleur et de faiblesse; elle porte les dents caractéristiques d'Hutchinson : nous avons constaté à cette époque l'existence chez elle de l'exostose médio-palatine de M. Chassaignac, de ganglions cervicaux petits, mais indurés; sur la jambe droite, des exostoses douloureuses ou périostites chroniques; l'engorgement du sac, avec épiphora. Plus tard, elle a été atteinte de paralysie partielle de la troisième paire droite, coïncidant avec des douleurs névralgiques de la cinquième paire du même côté. Elle est le cinquième et dernier enfant de sa famille. Les deux enfants qui la précèdent immédiatement ont aussi, toute leur vie, souffert de la vue. Les deux aînés sont morts tout jeunes. La mère est d'une bonne santé apparente; ses grossesses ont été mauvaises.

Le père, que nous avons vu, et que soignait le regrettable docteur Morpain, est mort d'accidents cérébraux, suite *incontestée* de syphilis tertiaire.

Le traitement employé a été le sirop de Gibert et les toniques.

Obs. II. — L..., Eugène, 18 ans, frère de la précédente.

Synéchies postérieures anciennes des deux côtés; cornées portant encore la trace de nébulosités interstitielles.

Myopie et diminution d'acuité consécutives, ayant rendu nécessaire une iridectomie qui a produit les meilleurs résultats optiques.

Obs. III. — Frère puîné des précédents; ne s'est présenté qu'une fois à notre observation : mais nous pouvons affirmer qu'il présentait, à un degré atténué, le type même des deux sujets qui précèdent, et un état des yeux analogue à celui de son frère.

Obs. IV. — Ch. L..., 27 ans. 1er juillet 1865. Petite taille, l'air vif et intelligent, dessinateur; souffre des yeux depuis huit jours.

Le registre porte seulement : Iritis.

La physionomie du sujet se rapproche plus de la cachexie que de la santé. Il porte les dents caractéristiques d'*Hutchinson*.

Marié, a eu deux enfants : l'un mort à sept mois; le second, une petite fille, très-bien portante.

Mais il est le septième enfant de sa famille; *tous* ceux qui le précédaient sont morts en bas âge.

Il n'a jamais eu la syphilis.

Rétabli entièrement par le sirop de Gibert.

Obs. V. — V... D., 27 ans, Belge. 1865.

Rétinite exsudatrice et iritis; bientôt irido-cyclite.

Cachexie peu accusée. Dents de Hutchinson. Antécédents du père *non douteux*. Rétabli ainsi que sa mère, qui a donné tous les détails, par le sirop de Gibert.

(La mère offrait un commencement de choroïdite non mécanique.)

Obs. VI. — 1867, 29 août. Julie V..., 13 ans, passage Doudeauville (à la Chapelle); blonde, peau fine.

Cette jeune fille, pâle et un peu malingre, mais bien développée, nous est amenée avec une *kératite parenchymateuse interstitielle double*, offrant, à un moindre degré, le tableau de la figure I d'Hutchinson. Les cornées sont revêtues d'un réseau serré de petits vaisseaux, nombreux et superficiels, abondants surtout en bas. Elle n'y voit pas à se conduire; à l'éclairage oblique, on peut apercevoir les pupilles; deux petits ganglions sur les parties latérales du cou. Dents caractéristiques.

La mère a eu cinq enfants; les quatre premiers morts en bas âge.

Soumise au sirop de Gibert et à l'huile de foie de morue, calomel en topique, elle est, en peu de mois, extrêmement améliorée. Au bout de six mois elle peut lire; fort engraissée, en un mot, *métamorphosée*.

Obs. VII. 1863, n° 11. — Eugénie H..., 9 ans et demi. Petite vieillote, comme les a qualifiées notre collègue M. Demarquay.

Synéchies postérieures; dépôt de fausses membranes sur la capsule antérieure; strabisme convergent, hypermétropie.

Les deux incisives supérieures caractéristiques; les inférieures à un moindre degré.

L'examen ophthalmoscopique révèle des exsudats *spécifiques* sur la rétine.

Le père offre des antécédents non douteux. Il présente également du strabisme convergent avec hypermétropie légère.

Il a eu des chancres, qui ont duré trois mois. Pas de symptômes cutanés secondaires; chute des cheveux quelques années plus tard.

L'examen ophthalmoscopique témoigne d'un état anémique.

Obs. VIII. — Le 7 février 1866, je suis appelé par le professeur Nélaton à examiner avec lui un jeune homme de 15 ans 1/2, natif de Rio-Janeiro, envoyé pour faire ses études à Paris. Ce jeune homme nous présente deux cornées grises, offrant l'aspect du verre dépoli sur toute leur surface, moins une zone annulaire périphérique de 1mm environ, qui est demeurée parfaitement transparente. On ne peut apercevoir la pupille, même à l'éclairage latéral, et après instillation d'atropine. Il existe en même temps un peu de photophobie et une injection rosée autour de la cornée (cercle périkératique), (Voir les fig. 3 et 4 d'Hutchinson).

La couche grisâtre qui obstrue le cornée est profonde; cependant l'aspect fruste et finement granuleux de la surface de la membrane nous autorise à conclure à l'existence d'une suffusion comprenant l'épithélium aussi bien que le stroma de la cornée.

Le jeune homme est pâle, la peau est grisâtre, un peu terreuse. Nous ne voyons, au premier abord, dans ces conditions, rien de plus que la marque d'une constitution plus ou moins strumeuse sur un sujet des pays chauds.

Nous appliquons notre traitement habituel des kératites superficielles, le collyre sec de calomel parfaitement pur, l'atropine, et, à l'intérieur, l'huile de foie de morue.

Le 16 février, nul effet observable dans le traitement. Cette circonstance, rare avec la thérapeutique précédente, nous invite à plus de recherches sur les conditions réelles du sujet.

Le jeune homme a eu une enfance délicate, il porte une exostose douloureuse du tibia, de plus, sur vingt-six frères ou sœurs, cinq seulement sont aujourd'hui vivants. Les vingt et un absents sont, à un ou deux près, les aînés. Il sait que son père n'était point d'une bonne santé. Enfin, les dents sont caractéristiques.

Cette analyse nous conduit à considérer le sujet comme fort suspect de teinte héréditaire. J'institue un traitement mixte; sirop de Gibert, application de fomentations chaudes en permanence. Elles sont conservées trois jours pleins. Le 20 février, les parties

(1) In-8°. — Prix : 2 francs.

présentent une injection plus vive, plus aiguë du cercle périkératique; en voyant des ramifications très-fines dans la cornée, je fais supprimer les compresses.

Depuis ce moment, l'état a été en s'améliorant progressivement. Le 14 mai, les cornées, encore nébuleuses au centre, sont manifestement éclaircies à la circonférence. Le malade lit de l'œil droit le 3e caractère de notre échelle, et de l'œil gauche le premier seulement. Le 30 mai, le mieux a continué ses progrès; le malade lit couramment; l'iris jouit de toute sa mobilité; la pupille n'est plus déformée; les cornées n'offrent plus que l'apparence de la *kératite ponctuée*.

Le 3 juillet, les progrès se sont soutenus; nous pouvons procéder à un examen ophthalmoscopique; nous reconnaissons alors les vestiges d'une inflammation chronique de la rétine et du nerf optique : suffusions grisâtres dans les couches vasculaires de la membrane; amincissement des vaisseaux; pupille blanche, et en même temps le siége de l'injection de ses vaisseaux propres. Plusieurs ramifications artérielles ont subi la dégénérescence blanche, c'est-à-dire qu'il y avait ici une lésion de nutrition chronique en même temps que celle de la cornée.

(*Sera continué.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 24 novembre 1871, ont été nommés ou promus dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier : M. Daran, docteur médecin, à Pau.

Au grade de chevalier : MM. Abbal, médecin aide-major au 6e régiment de marche de cuirassiers; Portalier, docteur-médecin attaché aux ambulances de Paris.

— Par décret du Président de la République, en date du 30 novembre 1871, rendu sur le rapport du ministre de la guerre, ont été promus ou nommés dans l'ordre national de la Légion d'honneur les médecins civils dont les noms suivent, qui se sont signalés par leur dévouement à l'occasion des combats de Champigny et de Villiers-sur-Marne, savoir :

Au grade d'officier : M. Worms (Jules), chirurgien de la garde nationale de la Seine; chevalier d'août 1864 : 16 ans de services, 3 campagnes, 1 blessure.

Au grade de chevalier : M. Béraud (Jules), docteur-médecin aux ambulances du 9e secteur.

M. Bergeron (Georges), docteur-médecin à l'asile de Vincennes.

M. Bremond (Paul-Alexis Ernest), médecin-major auxiliaire attaché au quartier général du 6e secteur.

M. Epron (Gratien), docteur-médecin attaché à l'ambulance militaire de Lourcine.

M. Landrin (Théodore), médecin aide-major requis à l'ambulance de la 2e division du 1er corps de la 2e armée de Paris.

M. Nicaise, chirurgien en chef d'une des ambulances de la presse.

— M. le professeur Claude Bernard ouvrira son cours, au Collége de France, le mercredi 6 décembre, à une heure, et le continuera les vendredis et mercredis suivants, à la même heure.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments ou autres objets).

La médecine! Riposte d'un passant piqué par les taons, par le docteur Michel Ticier. Broch. in-12. — Prix : 1 fr.

Philosophie de la nature, par Henri Levittoux, docteur en médecine de la Faculté de Paris et de Varsovie. Édition originale française, publiée d'après la troisième édition polonaise, revue et corrigée par l'auteur. 1 fort vol. grand in-8°. — Prix : 12 fr.

Traité clinique et expérimental des embolies capillaires, par le docteur Feltz, lauréat de l'Institut, ouvrage couronné par l'Académie des sciences. 2e édition, illustrée de 11 planches chromo-lithographiées, comprenant 90 dessins. 1 vol. gr. in-8°. — Prix : 12 fr.

Traité des maladies de l'estomac, par W. Brinton, traduit par le docteur A. Riant, avec introduction du professeur Lasègue. 1 vol. in-8° avec figures. — Prix : 7 fr.

Le délire des persécutions, par le docteur Legrand du Saulle, médecin de l'hospice de Bicêtre (service des aliénés). Un bel in-8° de 524 pages. Paris, 1871. — Prix : 6 francs.

De l'arsenic, considéré comme antidote des maladies infectieuses; choléra, variole noire, fièvre typhoïde, typhus des bêtes à cornes, etc., etc. Son emploi curatif et préservatif, par le docteur C. Despiney. Paris, 1871. In-8° de 64 pages. — Prix : 3 francs.

De la spontanéité de la matière dans les manifestations physiques et vitales, par le docteur Stanski, ancien interne des hôpitaux. In-8°. — Prix : 2 fr.

De l'électricité appliquée à l'art des accouchements, par le docteur Tachard. In-8°. — Prix : 1 fr. 50.

Du spina bifida crânien, par le docteur Émile Leriche. In 8° avec figures. — Prix : 2 francs.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

N° 143 — MARDI 5 DÉCEMBRE 1871. 44e ANNÉE. MARDI 5 DÉCEMBRE 1871 — N° 143.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la Gazette un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . . 8 fr 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 4 décembre 1871.

Les vrais amis de la liberté de l'enseignement vont éprouver une cruelle déception.

Sur la foi d'un correspondant qui — par situation — aurait dû être bien informé, nous annoncions il y a quelques jours que les agrégés, *réunis* et *tous d'accord*, faisaient une démarche dans le sens de la liberté de l'enseignement. Il n'en est rien, aucune démarche *officielle* n'a eu lieu, ainsi que nous l'affirme la lettre suivante :

A M. le docteur E. Le Sourd, rédacteur de la GAZETTE DES HÔPITAUX.

Monsieur le rédacteur,

L'article que vous avez publié dans le dernier numéro de la *Gazette des Hôpitaux* (28 novembre) a été pour nous l'objet d'un étonnement profond. Votre bonne foi a été surprise à coup sûr, car je puis vous affirmer que les faits qu'il renferme manquent absolument d'exactitude. Non-seulement les agrégés *réunis et tous d'accord* n'ont fait aucune démarche auprès des professeurs, ni auprès du ministre de l'instruction publique, pour *faire des cours dans l'enceinte de la Faculté*, mais encore la question n'a pas été agitée au sein de la Société des agrégés.

Si des démarches ont été tentées dans le sens que vous indiquez, elles n'ont pu être qu'isolées et tout à fait personnelles.

Je vous prie, monsieur le rédacteur, de bien vouloir insérer cette lettre dans votre plus prochain numéro.

Veuillez agréer, monsieur le rédacteur, l'assurance de ma considération distinguée,

Dr TILLAUX,
Président de la Société des agrégés.

Paris, le 29 novembre 1871.

De son côté, un professeur de la Faculté nous écrit que, à l'instigation de plusieurs professeurs, un groupe d'agrégés s'occupe d'inaugurer, dans un délai très-prochain, des conférences supplémentaires. Un rapport destiné à régler la coopération active et rétribuée des agrégés à l'enseignement serait en cours de rédaction ou même rédigé.

Nous donnons acte de cette déclaration, car nous n'avons aucun parti pris contre la Faculté; mais nous aurions voulu lui voir prendre la tête du mouvement et non se laisser remorquer par l'opinion. Des conférences supplémentaires, — nous les avons vues à l'œuvre, et le talent n'a pu les sauver. Ce n'est pas là de la liberté d'enseignement.

— Notre appréciation sur l'Association générale a fait bondir M. Amédée Latour, qui veut bien nous consacrer une longue, creuse et injurieuse épître.

M. Latour oublie que les meilleures causes, — et nous ne parlons certes pas ici de l'Association générale — ont tout à perdre à ce genre de polémique, que nous n'accepterons jamais.

Notre *ancien* — comme il s'intitule — nous invite à placer sa lettre sous les yeux de nos lecteurs. Notre respect pour nos lecteurs ne nous permet pas de satisfaire cette fantaisie.

Placé à la tête d'un journal considérable, nous avons le devoir de dire haut notre pensée et de ne pas laisser engager dans une voie fausse, trompeuse, illusoire, ceux qui nous font l'honneur d'avoir confiance en nous.

L'Association générale a été fondée le 31 août 1858, et nous sommes aujourd'hui le 4 décembre 1871.

Qu'a-t-elle produit ?

C'est ce que nous dirons dans un prochain numéro.

Dr E. LE SOURD.

Sous le titre : *Mystères de la petite vérole*, M. A. Netter a publié (1866-1867) une série d'articles dans la *Gazette médicale de Strasbourg*, et dont nous extrayons celui-ci, qui offre un grand intérêt d'actualité en présence et de la récente discussion à l'Académie de médecine, et des publications de M. Chauveau dans la *Gazette hebdomadaire* (1871).

Les ferments variolique et vaccinal. — Histologie des boutons.

La zymologie distingue deux sortes d'êtres microscopiques, les uns, comme le ferment butyrique, appartenant manifestement au règne animal, petits êtres animés de mouvements divers, ondulant, se balançant, pirouettant, se recourbant, se redressant; les autres, comme la levûre de bière, offrant au contraire l'immobilité des plantes, amas de cellules, composées chacune d'une enveloppe et d'un contenu granuleux, se reproduisant selon deux mécanismes, les jeunes par bourgeonnement, les vieilles par séminules. Partant de là, il ne faut pas, dans les recherches étiologiques sur la variole et la vaccine, s'attendre à trouver nécessairement de petits êtres ondulant, se balançant, pirouettant, et il se pourrait que les ferments variolique et vaccinal consistassent plus simplement en cellules et granules.

Quand on procède à l'appréciation microscopique des virus variolique et vaccinal, il convient de les envisager tels que la nature nous les présente, c'est-à-dire renfermés dans les petites cavités des boutons cutanés, dans l'organisme humain, sur place. Or ces boutons offrent une structure passablement curieuse, chacun avec son ombilic, son aréole et surtout ses multiples loges intérieures, tous faits qui ont déjà intrigué maint anatomiste; n'y a-t-il pas lieu d'examiner conjointement ces boutons et leurs liquides, afin de ne pas nous former notre jugement séparément, ici sur le contenant, là sur le contenu? Établissons dans notre question le bilan de la micrographie, liquides et solides étant étudiés ensemble.

L'anatomiste Gluge, examinant le pus des pustules varioliques, y a signalé certains globules, deux à trois fois plus gros que ceux du pus ordinaire. D'autre part, Gruby, ayant porté son attention sur les boutons naissants, encore à l'état de vésicules, y aurait trouvé des corps arrondis, cinq fois plus gros que les globules sanguins et entourés de globules très-petits, très-fins. Ces observations m'ont paru mériter quelque créance, M. le professeur Küss les ayant mentionnées dans un travail dont je parlerai tout à l'heure. A part ces données, que du reste nos classiques passent sous silence, je n'ai rien trouvé dans les auteurs relativement aux liquides virulents, et j'arrive ainsi tout de suite aux intéressantes recherches de deux autres professeurs de la Faculté de notre ville, M. le professeur Coze et M. l'agrégé Feltz. Voici, entre autres, quelques-unes de leurs conclusions, qu'à mon grand regret je ne puis utiliser :

1° Le *pus variolique* contient des *bactéries* correspondant aux *Bacterium Termo* de Müller et *Bacterium Bacillus* de Pasteur.

2° Ces bactéries se trouvent aussi en quantité énorme dans le *sang* des varioleux, et en même temps les globules sanguins apparaissent comme armés de piquants, effet possible de bactéries qui s'y seraient fixées.

3° Quand on introduit du sang varioleux dans le système circulatoire des lapins, l'analyse du sang chez ces animaux montre constamment une perte d'oxygène, perte en rapport avec la gravité des troubles produits, frissons, tremblements, augmentation de la température, affaissement, convulsions, mort.

En attendant que ces faits soient confirmés ou infirmés par les expériences de vérification, indispensables en semblable matière, je dois dire que, même admis comme exacts, à mon avis ils ne prouvent rien dans la question, pour les motifs que voici :

a) De ce que le pus variolique contiendrait des bactéries, il ne s'ensuit nullement que celles-ci sont le ferment cherché, attendu que dans la fermentation alcoolique « la levûre est presque toujours accompagnée du Bacterium Termo » (Monoyer, thèse, p. 33).

b) Dans les expériences faites sur les lapins, aucun de ces animaux n'ayant présenté le symptôme caractéristique de la variole, les *pustules cutanées*, on ne peut rien en conclure pour cette maladie.

« Du pus varioleux est introduit avec une lancette sous la peau d'un lapin, l'animal succombe avec d'*énormes suppurations sous-cutanées*. Le pus provenant de ce lapin est inoculé de même à deux nouveaux animaux ; l'un meurt en trois jours, avec la température de 42°, 43°, 44° ; l'autre, après avoir atteint la température 42°, se rétablit. »

Sans vouloir porter la moindre atteinte à l'intérêt qui s'attache aux expériences de MM. Coze et Feltz, je dis seulement qu'à mon avis les faits produits par eux rentrent dans la question, soit de la septicémie, soit de l'infection purulente, mais non dans l'histoire particulière de la variole. Globules spéciaux signalés dans le pus variolique par Gluge et Gruby, c'est tout ce que l'on peut admettre (1).

Je passe à l'étude des boutons, soit varioleux, soit vaccinal, et, pour commencer, je rapporterai la description que M. Bousquet en a établie dans son *Traité de la vaccine* :

(1) On sait que M. Chauveau a depuis décrit ces *ovules*, et il vient de porter la même appréciation que M. Netter sur le travail de MM. Coze et Feltz (*Gazette hebdomadaire*, 1871).

FEUILLETON.

L'INSTRUCTION PUBLIQUE
EN SUÈDE ET EN NORWÉGE.

La Suède est une des contrées de l'Europe où l'instruction publique est le plus développée. Sur un budget de 33 millions de rixdales, elle en consacre 4,500,000 à ce service. 460,000 enfants fréquentent les écoles primaires, qui sont au nombre de 5,086, dont 1,213 ambulantes, avec un personnel de 5,387 instituteurs ou institutrices. 83 écoles d'enseignement élémentaire ou secondaire, avec 694 professeurs, donnent l'enseignement à 11,145 élèves. Quoique répondant assez à ceux de notre enseignement secondaire, ces établissements en diffèrent par le développement qui y est donné à l'étude des langues, des sciences, du dessin, de la musique et de la gymnastique. Nous avons visité dans tous ses détails une de ces écoles, à Falun, sous la conduite de M. Jacques de Maré, l'éminent administrateur de la province. Le matériel d'enseignement y est des plus remarquables et très-complet.

Deux universités, celle d'Upsal et celle de Lund, dispensent l'enseignement supérieur et confèrent les grades académiques. Les bornes de ce travail ne nous permettent pas d'exposer ici le tableau de cette organisation universitaire, qui ressemble beaucoup à celle de l'Allemagne.

La médecine, l'art militaire, la gymnastique, la pharmacie, les arts et métiers, l'art vétérinaire, l'agriculture, la navigation, les mines, la construction des vaisseaux, ont leurs écoles spéciales : on peut, les yeux fermés, louer toutes ces institutions, lorsqu'on voit les hommes qu'elles ont formés peupler l'administration, l'armée, la magistrature, le clergé, la marine, les grands corps de l'État, et pousser triomphalement la patrie suédoise dans la voie de travail et de progrès où nous la voyons marcher.

Des académies existent en Suède, comme dans tous les pays civilisés de l'Europe. Elles ont compté dans leur sein les Linné, les Swedenborg, les Berzélius, les Bellman, les Lenngren, les Tegner, les Geijer, les Atterbom et n'ont rien à envier à leurs rivales. Nous avons eu l'honneur de presser à Upsal la main du vénérable professeur Fries, l'un des botanistes les plus distingués de l'Europe.

L'imprimerie et la presse ont en Suède un grand développement. Stockholm a 38 imprimeries, et il n'est guère de ville qui n'ait la sienne. Il y a 165 publications périodiques, dont 8 journaux quotidiens qui paraissent : 6 à Stockholm et 2 à Gothembourg. *L'Aftonbladet*, le *Dagens Nyheter*, le *Fædemerlandet* et le *Gotheborg Posten* sont les plus répandus.

Sans parler des sculpteurs et des peintres tels que Sergell, Brystrœm, Wertmüller, Hœrberg, Hœckhert, Edv. Berg, la peinture moderne a ses représentants éminents ; le nom de Kiorboë est un nom presque français. Il nous a été donné de visiter, à Stockholm, les ateliers de M. Winge, peintre d'histoire, professeur à l'école des beaux-arts, et de M. Holm, paysagiste. Nous avons admiré, chez M. Winge, un magnifique tableau représentant le combat du dieu Thor contre les géants *Intverne*. Il est traîné par les boucs *Tannguiost* et *Tanngriisme*. C'est superbe de lumière et de furie. Mme Winge, élève de son mari, peint de charmants tableaux de genre. Chez M. Holm, nous avons remarqué une très-belle collection d'études de paysage et un tableau représentant des Lapons conduisant leurs rennes.

Sa Majesté Charles XV est un des paysagistes les plus distingués de son royaume. Ses paysages sont d'un maître et extrêmement remarquables par le relief de la pâte et la vigueur du coloris.

Le Norland et la Dalécarlie, où l'on peut séjourner du milieu de juin à la fin d'août ; la Laponie, où l'on peut demeurer du 15 juin au 15 août, offrent aux artistes des scènes incomparables éclairées par cette lumière magique que ne connaissent ni les pays tempérés ni les pays chauds.

La Suède a produit en outre des travaux iconographiques des plus remarquables ; nous pouvons citer : *les Monuments scandinaves*, par M. Mandelgren, peintre, inspecteur des monuments historiques. Cet ouvrage magnifique est écrit en français.

Malgré les difficultés que la parcimonie des paysans oppose aux développements de l'enseignement supérieur, la classe intelligente et savante de la Norwége, avec un courage et un dévouement que

« Le bouton varioleux n'est d'abord qu'une simple *papule*, c'est-à-dire une petite excroissance rouge, solide, pointue. — Le lendemain ou le surlendemain, cette papule se couronne à son sommet d'un point blanc, formé par le dépôt d'une gouttelette de sérosité sous l'épiderme; la papule s'est transformée en *vésicule*. — Cette forme elle-même n'est que transitoire; les jours suivants la vésicule grandit et s'étend en tout sens; peu à peu le liquide qu'elle contient se trouble, s'épaissit et jaunit. A ces signes l'anatomie reconnaît une *pustule*. C'est la dernière *métamorphose*. Les deux premières ne sont que transitoires, la dernière est définitive; la première est la plus courte, elle dure à peine un ou deux jours; la seconde se prolonge jusqu'au septième; la troisième n'a pas de durée déterminée. Elle va jusqu'à la chute des croûtes.

« Examinée de dehors en dedans, la pustule s'offre avec les caractères suivants : l'épiderme qui la couvre n'est pas épaissi; il se détache assez facilement et laisse à découvert une surface blanchâtre, lisse, déprimée au centre. Cette surface est formée par un petit *disque*... Au-dessous, l'intérieur de la pustule est divisé en une foule de cloisons, qui s'étendent du centre à la circonférence et laissent entre elles un *nombre infini de petites loges ou alvéoles, qui contiennent le virus varioleux*. Ces loges, qui représentent des boîtes parfaitement closes, ne communiquent pas ensemble. On s'en fera une idée assez exacte en considérant l'intérieur d'une orange ou d'une grenade.

Toutes les pustules de la variole présentent la même disposition anatomique, qu'elle soit discrète ou confluente; mais il paraît qu'elles n'ont pas toutes le même siége dans la peau. Plus superficielles dans la première variété, elles s'arrêtent au corps réticulaire; plus profondes dans la seconde, elles pénètrent jusque dans l'épaisseur du derme. »

D'autre part, décrivant le bouton vaccin, il s'exprime comme suit :

« Le bouton vaccin a son siége dans le corps muqueux de la peau. A sa naissance, ce n'est qu'un tubercule plus ou moins dur; mais à mesure qu'il se dessine à l'extérieur, il se fait dans son organisation intérieure des changements non moins remarquables, non moins caractéristiques. Disséquez ou coupez transversalement un bouton déjà fait, vous le trouverez divisé en une foule de petites chambres ou *cellules* bien séparées les unes des autres par des cloisons minces et remplies d'un liquide clair, diaphane. C'est le virus vaccin. *Les cellules ne communiquent pas ensemble*; les cloisons se dirigent toutes de la circonférence au centre, où elles se réunissent et se confondent sous une bride commune, dont l'adhérence avec l'épiderme épaissi forme la dépression centrale (ombilic).

« Tel est l'état intérieur des parties du sixième au neuvième jour, mais cet état ne dure pas. Une fois en mouvement, le bouton ne s'arrête plus, et à mesure qu'il avance, le vaccin s'altère et se trouble, le pus se mêle au vaccin, toutes les digues sont rompues, et finalement la pustule s'abcède. »

Je passe aux recherches auxquelles s'est livré M. le professeur Küss, et dont les résultats se trouvent consignés dans la dissertation inaugurale de M. Lombard (*Des altérations épithéliales de la variole*. Strasbourg, 1853).

« La pustule variolique ne s'étend pas dans le derme; c'est au sein des couches épithéliales qu'en est exclusivement le siége.

« L'affection du derme est secondaire, nullement spécifique, atrophique plutôt qu'inflammatoire.

« C'est dans les couches épithéliales moyennes et profondes que le bouton opère son évolution.

« Végétation des cellules épithéliales d'abord augmentée, simultanément *destruction* d'autres cellules, et enfin cytoblastes de nouvelle formation.

« La destruction ne porte point, ou d'une manière à peine sensible, sur les cellules tout à fait superficielles de l'épithélium; mais les cellules situées plus profondément se chargent, à certains degrés, de molécules et de gouttelettes graisseuses, au point de devenir méconnaissables. Ce sont là sans doute les corpuscules signalés par Gluge et Gruby dans le pus variolique. »

« Ce que l'on appelle *disque* est constitué par un amas de cellules déjà frappées de destruction, sorte de séquestre emprisonné sous la couche cornée de l'épiderme.

« Ce disque présente une dépression centrale, qui se manifeste extérieurement par le phénomène connu sous la dénomination d'*ombilic* et dont voici l'explication : « Dans la variole, la végétation des cellules épithéliales est d'abord activée; on trouve, par exemple, à la surface de la couche humide, des plaques mesurant le double de leur longueur normale. De cet accroissement des éléments individuels résulte une augmentation d'épaisseur de toute la couche. Puis, par une cause encore inconnue, survient la mortification, qui doit frapper d'abord les cellules les premières atteintes par la maladie. Ce sont celles correspondant au centre du bouton variolique. Leur développement s'arrête, tandis que celui des cellules environnantes continue à se faire. Or la couche cornée qui se moule exactement sur le disque épithélial cesse de s'élever au niveau du centre du disque, mais continue à être soulevée par la végétation de ses bords. De là l'ombilication des boutons de l'exanthème. »

« Dans les muqueuses (buccale, laryngienne, œsophagienne), les cellules détruites n'étant pas emprisonnées sous une couche cornée, il s'ensuit que les boutons n'y offrent ni disque ni ombilic; mais la mortification se traduit par eschares. »

Si maintenant de ces divers travaux je prends ce que chacun offre de particulier, j'arrive aux conclusions suivantes :

1° Ce n'est pas dans les liquides extraits des boutons que se trouvent à vrai dire les ferments variolique et vaccinal; ces liquides ne contiennent que les *germes* des ferments, *ovules*, *séminules* (corpuscules de Gluge et Gruby).

Et de fait, il doit en être ainsi, car si les liquides contenaient les ferments tout formés, on devrait s'attendre que, dans la vaccination ou inoculation de *bras à bras*, ceux-ci, transportés instantanément sous l'épiderme des sujets que l'on opère, y entrassent tout de suite en activité; cependant, comme chacun sait, il y a d'abord incubation, et l'incubation se prolonge pendant trois jours. Pourquoi donc les petits êtres, trouvant dans le nouveau milieu sous-épidermique ce qui est nécessaire à leur vie, comme le démontre le fait de leur multiplication ultérieure, pourquoi ne s'y reproduiraient-ils pas tout aussitôt? Pourquoi une longue incubation préalable? Est-ce que, dans la fermentation alcoolique, le mouvement ne commence pas au moment même où la levûre de bière et le sucre se trouvent en contact? Quand est-ce que là aussi il y a retard? c'est quand on ne fait que *semer des globules*; c'est alors, comme cela se voit dans les expériences de M. Pasteur, que les premiers signes de la fermentation se révèlent seulement après une vingtaine d'heures. Bref, les liquides variolique et vaccinal ne contiennent que les germes des ferments, et les vaccinateurs, sans s'en douter, ne font que *semer des globules*.

2° Les globules, ayant achevé dans l'incubation sous-épidermique leur vie embryonnaire, passent par une série de phases, *métamorphoses successives*, *papule*, *vésicule*, *boutons*, proprement dits avec *loges intérieures*, *multiples*, *sans communication l'une avec l'autre*, chacune remplie de son liquide granuleux; lisez : Les globules s'entourent de cellules, dont chacune prolifère de son côté, et les cellules, devenues nombreuses, emprisonnées du reste sous la couche cornée qui a été repoussée en avant, se trouvent agroupées et adhèrent l'une avec l'autre.

Ainsi s'explique pourquoi, dans les muqueuses, qui n'ont pas de couche cornée, les boutons n'existent qu'à *l'état* dit *rudimentaire*, c'est-à-dire cellules non forcément agroupées, se développant librement.

Cependant avant ces métamorphoses, saisissables à l'œil nu, n'y aurait-il pas quelque autre, antérieure, microscopique, petit être encore plus rapidement transitoire, *contagium oxydé* de Eichhorn, susceptible d'être absorbé par notre organisme et y détruisant la réceptivité?

Dans mon idée, les ovules semés dans les épithéliums superficiels, qui sont dépourvus de vaisseaux absorbants, proliféreraient activement sur place en s'entourant de cellules; cela se passe nécessairement au contact de l'oxygène de l'air (*fermentation à vase ouvert*). Ces cellules allant ainsi se multipliant arriveraient à la seconde couche de l'épithélium, où l'absorption s'en emparerait. Ce processus continuerait ainsi pendant toute la période dite improprement *incubation*. Vers le troisième ou le quatrième jour, la réceptivité étant en grande partie détruite dans l'intérieur de l'organisme, l'absorption se ralentirait, et alors les cellules se multipliant encore aux piqûres d'insertion s'y tasseraient, et parcourraient les phases successives dites *papules*, *pustules*, etc.

3° Cependant les cellules varioliques ou vaccinales, s'étant multipliées dans l'épiderme, ont dû s'y nourrir aux dépens de quelque élément organique. Ici viennent se ranger les observations de M. Küss sur la destruction des épithéliums. Chose remarquable! quel que soit le point de vue d'où jusqu'ici l'on ait envisagé la question, il se trouve qu'on a toujours été conduit à l'idée d'une destruction, comme caractère essentiel de la maladie : destruction d'une aptitude, dit la symptomatologie; destruction d'un corps fermentescible, dit implicitement l'étiologie partant de l'idée de ferment; voici que l'anatomie pathologique, ne regardant que les lésions matérielles, parle à son tour de destruction : disque et ombilic, dit-elle, débris et effets de la destruction des épithéliums.

Ajoutons une remarque :

Quand un bouton variolique ou vaccinal surgit dans un point de la peau, c'est que dans ce point une molécule au moins de virus s'est trouvée déposée préalablement, et toutes les métamorphoses papule, vésicule, pustule, s'accomplissent autour de la molécule primitive, corps étranger de nature spéciale, cause première de tous les phénomènes ultérieurs. Évidemment les choses se passent ainsi dans la variole inoculée et la vaccine; quant à la variole proprement dite, est-ce que les auteurs ne s'accordent pas à dire qu'antérieurement à la formation des boutons, le sang, charriant le virus, le porte à la peau? Cela étant, l'attention des micrographes ne devrait-elle pas se porter d'abord sur la papule, ensuite sur la vésicule, et après cela seulement sur le bouton tout formé? Or comment a-t-on procédé? Est-il besoin de le rappeler? C'est sur les cadavres des sujets enlevés par la variole spontanée, par conséquent à une époque toujours éloignée du début de l'éruption, que l'histologie a étudié jusqu'ici les lésions produites; aussi, au milieu de la complexité des lésions, n'a-t-elle pu se reconnaître. Mais comment faire? Voulez-vous donc que chez les varioleux et les vaccinés on excise les boutons pendant la vie? Non certes sur l'être humain, dirais je; oui sur les animaux; les veaux et les génisses ne sont-ils pas susceptibles d'être vaccinés? Où est la difficulté d'établir chez ces animaux, jour par jour, l'histologie des boutons? Nous voulons des faits, répète-t-on sans cesse, et non des théories, des hypothèses; mais les faits sont là, devant vous; pourquoi ne les recueillez-vous pas? Pourquoi? parce que les faits ne se recueillent qu'autant que s'y porte l'attention, et souvent ce sont les théories et les hypothèses qui seules éveillent l'attention.

Résumons-nous :

La science doit envisager les liquides variolique et vaccinal dans la situation où la nature nous les présente, c'est-à-dire renfermés dans leurs boutons.

La microscopie n'ayant pu découvrir dans ces liquides les ferments tout formés, on doit en conclure qu'ils n'y existent pas dans cet état.

Cependant l'inoculation des liquides donnant lieu à la reproduction, il y a lieu d'admettre les assertions de Gluge et Gruby, relativement aux globules qu'ils y ont découverts.

Les ferments variolique et vaccinal résident, non pas dans les liquides exclusivement, mais dans les liquides et boutons considérés conjointement : globules renfermés dans des cellules.

Les boutons passent par une série de métamorphoses, et c'est dans une de ces transformations que les ferments sont absorbés et agissent sur l'organisme entier.

Les ferments se nourrissent aux dépens d'un des éléments qui entrent dans la composition des épithéliums.

Parmi les travaux qui ont paru sur l'anatomie du bouton variolique, j'aurais dû ne pas oublier un intéressant mémoire publié par M. Limousin, médecin de l'hôpital de Bergerac, sous le titre:

---

rien ne peut abattre, a réussi jusqu'à présent à maintenir l'enseignement public dans un degré d'éclat qui ne laisse à ce pays rien à envier ni à la Suède ni à l'Allemagne.

L'organisation universitaire en Norwége comprend :

6,344 écoles primaires publiques, dont 2,345 ambulantes. 212,000 enfants y sont soumis à l'enseignement obligatoire et, en outre, une moyenne de 7,000 enfants au-dessous de l'âge fixé pour cette obligation ont fréquenté les écoles. Le nombre des instituteurs est de 3,518, dont 674 sont logés « avec jouissance de terre » et et 323 logés seulement. Une somme de 2,322,000 fr., est dépensée pour ce service.

Dans les villes, 143,000 enfants ont été soumis à l'enseignement obligatoire dans 116 écoles tenues par 467 instituteurs. Enfin 3,000 enfants fréquentent les écoles privées.

Une somme de 593,000 fr., dont 13,000 fournis par l'Etat et le reste par les communes ou par l'impôt scolaire, subvient à cette dépense.

35 écoles communales, répondant à nos écoles primaires supérieures, dirigées par 159 instituteurs, donnent l'enseignement à 2,531 élèves. Les dépenses sont de 230,000 fr., dont 26,000 fournis par l'Etat.

16 colléges, avec 197 professeurs et 2,105 élèves, dépensent 611,000 fr., dont 185,000 fr. par l'Etat, 30,500 fr. par les communes, 228,000 fr. fournis par les élèves et 156,000 fr. par les revenus propres aux établissements.

97 établissements secondaires ont 458 professeurs et 6,451 élèves.

27 salles d'asile avec 2,876 enfants.

20 écoles du dimanche, avec 1,526 élèves.

Ces deux sortes d'établissements dépensent 91,500 fr., fournis par les communes ou par des dons privés.

Une école militaire, une école technique et les écoles de commerce, de navigation et d'agriculture sont établies aux frais de l'Etat ou des communes.

Enfin, au sommet de cette organisation, l'université de Christiania, centre unique de l'enseignement supérieur, compte 36 chaires ordinaires et 6 chaires extraordinaires; elle est fréquentée par 850 étudiants. Les dépenses sont de 464,000 fr., dont 396,000 à la charge de l'État.

En résumé, la Norvége possède 6,666 établissements d'instruction; 41,668 professeurs; 238,339 élèves fréquentent les écoles, sans compter ceux des écoles spéciales; enfin elle dépense, soit sur son budget, soit sous une autre forme, 3,520,000 fr. pour l'instruction publique.

On peut redire des écoles norwégiennes, surtout de celles des villes, ce qu'on aime à répéter des écoles de Suède. Les arts graphiques y sont merveilleusement enseignés. On ne peut rien voir de plus beau que l'école de dessin de Christiania et les résultats auxquels on y arrive en trois ou quatre mois.

L'université de Christiania a formé dans les sciences naturelles des savants dont le nom est célèbre dans toute l'Europe. Sars y a professé, et ses fils y continuent les travaux de leur illustre père. M. le docteur Holst, secrétaire de l'université, professeur de pharmacologie, de toxicologie et d'hygiène, membre de l'Académie de médecine de Paris, a publié sur la médecine légale des travaux de la plus haute valeur. Il s'est livré avec non moins de succès à des études sur le système pénitentiaire. Les savants étrangers trouvent chez lui un accueil et une bienveillance dont nous avons eu une large part et dont nous sommes profondément reconnaissant. La Norwége a aussi son poëte, M. Bjornsterne Bjornston, dont la jeune gloire est actuellement dans tout son éclat.

Qu'il nous soit permis de payer la même dette de reconnaissance, dette vraiment nationale, aux honorables professeurs de l'université d'Upsal, qui nous ont reçu avec des honneurs et une bienveillance s'adressant autant à notre pays qu'à notre personne. Les noms de M. le professeur Rabenius, de l'excellent et aimable professeur Sundewall, qui nous ont fait si gracieusement les honneurs de l'université et de la ville, ne s'effaceront jamais de notre mémoire.

La Norwége a envoyé à l'Exposition de 1867 une galerie de tableaux dont beaucoup ont été fort admirés et montrent que son génie artistique peut s'élever à toutes les hauteurs.

(*Journal offic.*) Eug. Mouton.

— M. Claude Bernard, professeur de médecine au Collége de France, est nommé vice-président de cet établissement pour l'année scolaire 1871-1872.

Notes pour servir à l'histoire de la variole (*Arch. gén. de méd.*, Paris, 1865).

M. le docteur Limousin, traitant des varioleux, a ouvert un certain nombre de boutons avant le *cinquième jour*, et a enlevé des portions de l'épiderme qui les recouvrait. — Les boutons donnaient, au toucher, la sensation d'un corps cartilagineux. — Ils étaient constitués par un tissu *aréolaire* dont les *mailles* étaient remplies d'un liquide transparent comme de l'eau. — Emprisonnés entre le derme et la couche cornée de l'épiderme, les boutons étaient comme *bridés*.

M. Limousin explique le mécanisme de formation de l'ombilic comme l'a fait M. Küss, mais sans mentionner le nom du professeur de Strasbourg.

A. Netter.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 20 novembre 1871. — Présidence de M. Faye.

Plaies par armes à feu. — M. Larrey présente, de la part de M. le professeur Coze, de Strasbourg, une note relative à la fragmentation des balles et à leur fusion probable, dans les plaies d'armes à feu. Dans cette note, datée du 28 octobre, l'auteur cite trois observations cliniques à l'appui de son opinion, et formule, en terminant, les conclusions suivantes :

« 1° Les balles, lorsqu'elles sont brusquement arrêtées par un corps dur, os, pièce de monnaie, etc., peuvent se fragmenter, se morceler dans des proportions telles, que les blessés et les médecins même ont pu croire quelquefois à l'emploi des balles explosibles proscrites entre nations civilisées;

« 2° Ce morcellement, cette fragmentation peut s'expliquer par la fusion du métal qui, brusquement arrêté, transforme en chaleur le mouvement dont il est animé. »

Des faits analogues ont été consignés, presque en même temps, dans la *Gazette médicale de Strasbourg* du 15 octobre, d'après un travail récent sur les plaies d'armes à feu par un médecin allemand, le docteur Mühlhauser.

La vérification de ces faits reste à faire par des expériences, ajoute M. Larrey, pour mettre fin surtout à la supposition ou à l'accusation de l'emploi de balles explosibles. (Commissaires : MM. Morin, Combes, Phillips, Larrey, Dupuy de Lôme.)

Influence de la lumière violette sur la croissance. — M. A. Poey écrit à M. Élie de Beaumont :

Depuis l'année 1861, le général Pleasonton se livre à des expériences très-curieuses sur le développement des végétaux et des animaux, sous l'influence de la lumière transmise par des verres violets. En avril 1861, des boutures, à ras du sol, de vignes d'un an, de la grosseur d'environ 7 millimètres, de trente espèces différentes de raisin, furent plantées dans une serre garnie de verres violets. Quelques semaines après, les murs, jusqu'au toit, étaient déjà couverts de feuillages et de branches. Au commencement de septembre de la même année, M. Robert Buist visita les vignes du général, et, après un examen minutieux, il lui avoua que, « dans quarante ans d'expérience acquise dans la culture de la vigne et d'autres plantes, en Angleterre et en Écosse, il n'avait jamais vu une croissance aussi prodigieuse. »

Les vignes du général n'avaient alors que cinq mois de croissance, et cependant elles mesuraient déjà 45 pieds en longueur sur 1 pouce de diamètre, à un pied au-dessus du sol. Au mois de septembre de l'année suivante, quand les grappes commençaient à se colorer et à mûrir, M. Buist revint le visiter et estima que les vignes portaient 1,200 livres de raisin. Le général Pleasonton remarque qu'une vigne provenant d'une jeune pousse exige cinq à six ans pour produire une seule grappe de raisin, tandis que sous l'influence des rayons violets, dès la seconde année, cette vigne, âgée seulement de dix-sept mois, a pu donner un résultat aussi remarquable. La deuxième année, en 1863, les vignes produisirent encore à peu près dix tonneaux de raisin, exempt de toute maladie. Dès la première année, quelques vignerons avaient prédit que ces vignes s'épuiseraient rapidement par cette production luxuriante ; les vignes ont continué, depuis neuf ans, à fournir la même récolte, avec une nouvelle pousse de bois et de feuillage non moins extraordinaire.

Encouragé par ce succès, le général répéta ses expériences sur des cochons. Le 3 novembre 1869, il plaça trois petites truies et un verrat dans un compartiment dont le toit était couvert de verres violets, et trois autres truies et un verrat dans un autre compartiment garni de verres blancs. Les huit cochons étaient âgés d'environ deux mois : le poids total des quatre premiers était de 167 livres et demie; celui des quatre autres, de 203 livres. Ils furent tous soignés par la même personne, avec la même nourriture, en qualité et en quantité semblables, et aux mêmes heures. Le 4 mai 1870, en pesant les six truies, on obtint les résultats suivants :

	Sous les verres violets.	Sous les verres blancs.
3 novembre 1869...	122 livres.	144 livres.
4 mars 1870......	520 —	530 —
Augmentation..	398	386

Les animaux placés sous les verres violets pesaient 12 livres de plus que ceux qui avaient été placés sous les verres blancs; en tenant compte des 22 livres que les premiers avaient en moins au commencement, on trouve une différence d'accroissement de 34 livres. La comparaison des deux verrats fournit à peu près le même résultat.

Un jeune taureau d'Alderney, né le 26 janvier 1870, tellement malingre, qu'il semblait ne pouvoir pas être élevé, fut placé sous les verres violets. Au bout de 24 heures, un changement sensible avait déjà eu lieu : l'animal s'était relevé, se promenait et prenait lui-même sa nourriture; au bout de quelques jours, la faiblesse avait complètement disparu. On le fit mesurer le 31 mars, deux mois et cinq jours après sa naissance; le 20 mai suivant, cinquante jours après, il avait grandi de 6 pouces.

Le 1er avril de cette année, à l'âge de quatorze mois, le taureau est un des plus beaux types que l'on puisse trouver.

On voit que, sans avoir eu connaissance des recherches poursuivies par Robert Hunt, de 1840 à 1847, sous le patronage de l'Association britannique pour l'avancement des sciences, le général Pleasonton est arrivé aux mêmes conclusions pratiques que ce savant. Dans mon premier Rapport au département de l'agriculture de Washington *Sur l'influence des agents climatériques, atmosphériques et terrestres en agriculture*, publié en 1869, j'ai analysé tous les travaux qui ont été faits à l'égard de l'action de la lumière sur les végétaux. Plusieurs passages de Hunt confirment les expériences du général Pleasonton; on y trouve, par exemple, que, si les jeunes plantes poussent sous l'influence des rayons bleus, elles acquièrent une surabondance et une apparence bien supérieures à celles qui seraient soumises à d'autres influences ou à la lumière blanche uniquement; d'où il recommande l'usage des milieux bleus dans la plantation des boutures, qui ont pour effet d'augmenter le développement des racines. Déjà quelques jardiniers, sans connaissance de cause, ont employé avec succès des verres bleus de cobalt. On sait, du reste, depuis Messe, Ingenhousz, Senebier, Michellotti et autres, que les rayons lumineux sont nuisibles à la germination, tandis que les rayons chimiques la favorisent considérablement. Ce sont précisément les rayons violets, dont le général a fait usage, qui renferment le maximum d'action chimique de toutes les couleurs du spectre solaire. Quant à l'application de cette méthode au développement des animaux, je n'ai jamais trouvé aucune expérience de cette nature (1).

La séance est levée.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 22 novembre 1871 (2). — Présidence de M. H. Blot.

M. Marjolin. Dans la dernière séance, j'ai cru devoir insister sur la rareté des affections syphilitiques héréditaires après la dernière enfance, et cette opinion est aussi celle d'un de mes collègues de l'hôpital Sainte-Eugénie. J'ajouterai que, jusqu'à ce jour, mes recherches n'ayant pas porté sur la question soulevée par M. Panas, je me bornerai à demander si dans le cas d'un enfant qui a eu une kératite, et qui présente encore actuellement tous les symptômes d'une syphilis héréditaire les mieux caractérisés, on peut, par la seule inspection de sa cornée, dire : cette kératique est syphilitique, ou bien, c'est une kératite scrofuleuse ancienne coïncidant avec la syphilis.

C'est pour être éclairé sur cette question que j'ai amené aujourd'hui une petite malade qui a été également vue par notre collègue M. Dubreuil.

Voici le résumé de l'observation recueillie avec beaucoup de soin par M. Valtat, interne dans mon service :

X..., âgée de 5 ans 1/2, ayant les apparences d'une bonne constitution, entra à l'hôpital Sainte-Eugénie le 19 août 1871. Sa mère, mariée depuis douze ans, perdit, dans les quatre premières années de son mariage, deux enfants en bas âge. A ce moment, sa santé était encore bonne; mais à dater de cette époque, son mari ayant contracté la syphylis, elle eut quatre enfants dont trois moururent en bas âge.

X..., qui fait le sujet de notre observation, commença, quatre mois après sa naissance, après avoir été d'abord bien portante, à présenter des ulcérations à la marge de l'anus et aux cuisses. Au même moment, la mère, qui la nourrissait, s'aperçut qu'elle avait des rougeurs sur la peau et commença à ressentir des douleurs dans la tête, et il lui survint aussi des ulcérations dans la gorge; et, sur l'avis d'un médecin de Metz, elle suivit pendant six mois un traitement antisyphilitique. L'enfant conserva les apparences d'une bonne santé; plus tard, elle eut la scarlatine et la rougeole, et peut-être la variole. C'est seulement il y a un an qu'il lui survint, dans le dos, sur la poitrine et au jarret, des taches rouges qui ne tardèrent pas à se couvrir de croûtes d'un jaune verdâtre, allant toujours en s'agrandissant. Un médecin qui vit l'enfant prescrivit l'usage du vin de quinquina et des lotions. Sous l'influence de ce traitement, les croûtes tombèrent, mais ne tardèrent pas à se reproduire. C'est à ce moment qu'elle entra à l'hôpital, et M. Dubreuil, ayant de suite reconnu la nature de l'affection, soumit l'enfant à l'usage du sirop de Gibert. Un peu plus tard, lorsque les ulcérations furent presque cicatrisées, je fis en outre prendre à la petite malade des bains de sublimé. Comme ce service était encombré et que nous avions dans nos salles une épidémie de rougeole, l'enfant dut quitter l'hôpital en continuant son traitement dehors.

Lorsque je vis l'enfant pour la première fois, alors que le caractère des ulcérations ne pouvait être méconnu, j'avoue que je ne fus pas frappé de l'état de ses yeux, et je crois que l'attention de notre collègue ne fut pas plus attirée sur ce point, qui passa inaperçu comme pouvant être le résultat d'une ancienne kératite strumeuse.

Aujourd'hui, ayant voulu revoir la malade, j'ai constaté, à droite, de petites taches blanches, résultant d'une ancienne kératite centrale ponctuée, et, à gauche, les traces d'une kératite centrale s'étendant en dehors, jusqu'au rebord de la cornée. La mère nous a dit que, depuis deux ans, l'enfant a commencé à avoir mal aux yeux. L'affection aurait débuté par de la rougeur surtout de l'œil gauche, avec douleur et gonflement et suppuration. Les accidents auraient cessé sous l'influence d'un traitement anti-scrofuleux, sans iodure de potassium.

L'examen des dents ne nous a pas présenté les altérations signalées par nos collègues, altérations qui peuvent être causées par d'autres maladies survenues à l'époque de l'évolution dentaire, et qui sont loin d'être constantes dans la syphilis héréditaire, comme vient de le dire M. Giraldès en citant M. Dickson. Chez notre malade, les dents ont une configuration normale; il n'y a qu'un petit point carié au collet de l'incisive médiane gauche.

En résumé, dans le cas actuel, où la syphilis héréditaire ne peut être contestée, faut-il rattacher cette kératite ancienne à la syphilis, ou bien n'est-ce qu'une coïncidence d'une manifestation scrofuleuse intercurrente?

M. Desprès. L'altération des dents, chez les deux malades que nous présente M. Giraud-Teulon, est une lésion entièrement étrangère à la syphilis. Beau, qui avait fait d'excellentes remarques sur les sillons des ongles, avait aussi vu les altérations des dents par suite de maladies graves.

Il est positif que lorsqu'une maladie aiguë ou chronique, grave, tient les malades longtemps au lit pendant la période de l'évolution des dents de la seconde dentition, ces dents présentent ultérieurement des altérations de la couronne. On en a donné pour raison l'acidité de la salive dans les maladies graves, qui dissout l'émail et laisse l'ivoire à nu; un sillon en résulte sur la dent, et est désormais ineffaçable.

J'ai interrogé les deux malades de M. Giraud-Teulon, et l'un d'eux m'a dit avoir été toujours malade jusqu'à l'âge de huit ou neuf ans; l'autre a avoué une fièvre typhoïde au même âge. J'ajoute que, sur mes malades à l'hôpital de Lourcine, j'ai nombre de fois vérifié le fait avancé par Beau.

M. Giraldès insiste sur deux points :

Les altérations des dents, même pour les Anglais, n'ont aucune valeur pour confirmer le diagnostic d'une kératite syphilitique; le traitement n'est pas invoqué comme preuve de la nature syphilitique de la kératite, car les Anglais n'emploient que le traitement de la scrofule et du rachitisme.

RAPPORT

Fistule vésico-vaginale. — M. Tillaux fait un rapport verbal sur une observation de *fistule vésico-vaginale* opérée et guérie par M. le docteur Cazin.

Ce que le fait a présenté à noter c'est d'abord, dit le rapporteur, la diminution de la fistule pendant les trois mois qui ont suivi l'accouchement; de 3 centimètres de diamètre, la fistule était réduite à 1 centimètre. M. Cazin, après avoir essayé de placer, pendant l'opération, la malade sur le côté, puis sur les genoux et les coudes, a été obligé de placer la malade sur le dos, dans la position de l'examen au spéculum, la seule que la malade ait pu supporter. L'opération, continuée d'ailleurs par le procédé américain, devenu classique, a bien réussi; six points de suture ont été placés : le douzième jour la malade était bien guérie.

Le rapporteur conclut au renvoi de l'observation au comité de publication, et à l'inscription de M. Cazin sur la liste des candidats au titre de membre correspondant. (Les conclusions sont mises aux voix et adoptées.)

M. Blot. Je pense que ce fait doit confirmer une opinion dont on ne tient pas assez de compte. Il ne faut pas opérer trop tôt les fistules vésico-vaginales, parce que la rétraction cicatricielle peut aller jusqu'à oblitérer des fistules de moyenne grandeur, et qu'on peut ainsi éviter aux malades une opération qui a quelquefois des suites fort graves; je ne parle pas seulement de l'agrandissement de la fistule dans le cas où la suture manque, je veux signaler aussi des péritonites très-graves.

LECTURE

Cas d'atrophie congénitale de l'œil gauche par suite de variole intra-utérine. — M. Panas. Ainsi qu'il ressort du travail statistique de M. Dumont (1), la cécité par variole serait très-commune avant la cinquième année de la vie, puisque, sur un total de 122 aveugles de cette espèce, il en compte 86 qui le sont devenus à cet âge. Nulle part, pourtant, il ne fait mention d'une origine congénitale du mal, et le même silence est gardé par les auteurs classiques d'oculistique aussi bien que par ceux de pathologie interne, d'où nous avons conclu que le fait en question était au moins rare, et, qu'à ce titre, il méritait de vous être signalé.

Mme X..., âgée de 25 ans, petite taille, mais bien constituée, vint nous consulter à l'hôpital Saint-Louis pour sa petite fille, atteinte d'impétigo. En regardant la mère, nous sommes frappés de l'atrophie du globe oculaire gauche, qui se présente comme il suit :

Le volume de l'organe est réduit de plus de moitié. Il y a surtout un aplatissement antéro-postérieur qui fait que, dans les mouvements latéraux du globe, celui-ci paraît renflé vers l'équateur, et la forme en est, du reste, légèrement carrée, comme cela a toujours lieu dans les yeux atrophiés. La cornée n'a pas plus d'étendue qu'un gros grain de lentille, et permet de voir, derrière, un cristallin opaque calcarifié adhérent au bord pupillaire de l'iris, qui est lui-même ratatiné et changé de couleur, comparé à l'iris sain. La chambre antérieure n'existe plus, mais on ne remarque ni staphylomie ni aucune trace d'ancienne perforation de l'œil.

La position statique de l'œil atrophié est normale, sans strabisme d'aucune sorte; tous les mouvements sont conservés et systématiques, à l'exception de l'abduction, qui s'exécute d'une façon incomplète, chose d'autant plus remarquable que l'adduction reste entière et s'exécute même d'une façon exagérée, la cornée rudimentaire venant se cacher en grande partie sous la caroncule.

Il semblerait, d'après cela, que le muscle droit externe ait seul subi les effets de l'atrophie qui a atteint l'œil, ce qui vient corroborer, jusqu'à un certain point, les idées émises par notre collègue, M. Giraud-Teulon, sur l'insuffisance native du muscle droit externe, dans le cas de microphthalmie propre à la structure hypermétropique de l'œil.

Inutile d'ajouter que toute perception lumineuse est abolie de ce côté, tandis que l'œil droit possède une acuité visuelle des plus parfaites, et offre une structure emmétrope.

La malade, qui paraît fort intelligente, affirme être venue au monde avec l'œil gauche aussi réduit, et dans l'état où il est actuellement; et ce qui confirme son dire, c'est que l'orbite et l'os jugal du même côté offrent un arrêt de développement proportionnel à l'ancienneté du mal.

(1) Cette lettre de M. A. Poey est accompagnée d'une brochure de M. A.-J. Pleasonton, imprimée en anglais, et portant pour titre : *Influence de la couleur bleue du ciel sur le développement de la vie animale et végétale.*

(2) Fin. — Voir le dernier numéro.

(1) G. Dumont, médecin des Quinze-Vingts, *Recherches statistiques sur les causes et les effets de la cécité*, p. 41-48. Paris, 1856.

Sa mère, pendant sa grossesse, avait eu la variole, et, à la naissance, le corps de la malade était couvert de taches *discrètes*, comme c'est le propre de la variole intra-utérine, dont elle conserve encore des vestiges, sous la forme de très-légères macules blanchâtres, extrêmement superficielles, lisses, et ne différant du reste de la peau que par la couleur plus blanche de leur superficie. Du reste il en existe fort peu et sont surtout visibles sur le devant de la poitrine. Ajoutons, pour terminer, que la malade n'a rien eu dans son enfance, ni depuis, qui puisse rappeler, même de loin, des manifestations syphilitiques quelconques.

HONORARIAT.

La Société est appelée à voter sur une demande de M. Depaul, à l'effet d'obtenir le titre de membre honoraire de la Société de chirurgie. M. Depaul ayant satisfait au règlement, il est procédé au vote.

26 membres présents, 21 votants :

Oui	17
Non	1
Bulletins blancs	3

M. Depaul est nommé membre honoraire de la Société.

La séance est levée à cinq heures.

Le vice-secrétaire, ARMAND DESPRÉS.

L'École de médecine de Paris vient de perdre l'un de ses anciens maîtres les plus éminents. M. le baron Paul Dubois, ancien professeur de clinique d'accouchement et doyen honoraire de la Faculté, membre de l'Académie de médecine, ancien membre du Conseil supérieur de l'Instruction publique, commandeur de la Légion d'honneur, etc., vient de succomber, à l'âge de 76 ans, à la cruelle maladie qui le tenait éloigné depuis plus de dix ans de l'enseignement et de la pratique. La haute influence que M. P. Dubois a exercée sur l'enseignement de l'obstétrique, la rare distinction avec laquelle il a professé pendant une trentaine d'années, sa grande pratique, et enfin le mérite hors ligne de ses trop rares travaux, tout recommande sa mémoire.

Les obsèques de M. Paul Dubois ont eu lieu, aujourd'hui à midi, à l'église Saint-Sulpice.

La cérémonie religieuse a eu lieu avec une grande pompe et au milieu d'un concours nombreux d'anciens collègues, de confrères, d'élèves et d'amis de l'illustre défunt. La Faculté de médecine y était représentée par une députation nombreuse de professeurs et d'agrégés en robe, avec M. le doyen Wurtz et son assesseur M. Gavarret en tête. Le cortége s'est dirigé ensuite vers le cimetière Montparnasse, où se trouve le caveau de la famille Dubois. Le deuil était conduit par MM. Ferrus, Gélis et Chauvet ses gendres, et MM. J. Béclard et Cadet-Gassicourt ses neveux. Après l'absoute, des discours ont été prononcés sur la tombe par M. Depaul au nom de la Faculté et par M. Blot au nom de l'Académie. M. Depaul a exprimé avec une véritable éloquence, celle du cœur, les sentiments de l'assemblée tout entière et ceux de son filial attachement pour ce maître si justement regretté. Nous avons remarqué, parmi les nombreuses personnes qui ont accompagné le corps jusqu'à sa dernière demeure, tous les anciens chefs de clinique d'accouchement, MM. Alexis Moreau, Jacquemier, Devilliers, Campbel, Blot, Charrier, Taurin, Tarnier, etc. Nous avons tenu nous-même, qui n'avions d'autre titre que celui d'un des anciens auditeurs bénévoles de l'éminent professeur, à lui payer cette dernière dette de reconnaissance.

Dr B...

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 2 décembre 1871, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur M. le docteur Conraux, médecin à Thann (ancien département du Haut-Rhin). Président de la Société internationale de secours aux blessés, il a, durant la guerre, montré un zèle égal à son désintéressement dans le service des ambulances. Tout dévoué à la classe laborieuse, il est le fondateur et le président de la Caisse de retraite des ouvriers du canton.

— La Société de médecine de Paris a renouvelé son bureau pour l'année 1872.

Ont été nommés : *président*, docteur Léon Gros; — *vice-président*, docteur Lunier; — *secrétaire général*, docteur Charrier; — *secrétaires annuels*, docteur Onimus, docteur Tissier; — *trésorier*, docteur Perrin; — *archiviste*, docteur Aug. Voisin.

AVIS

Nos souscripteurs dont l'abonnement est expiré sont instamment priés d'envoyer le prix de leur renouvellement en un mandat-poste à l'ordre du directeur, *avant* le 20 décembre.

Ils s'épargneront ainsi le désagrément de payer les frais de recouvrement nécessités par la traite que nous serions contraints de tirer sur eux, frais de recouvrement qui leur sont complétement à charge, sans que nous ayons intérêt à les leur faire supporter.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HOPITAL DE LA CHARITÉ

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois. . . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . . 16 —
Un an. . . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 6 décembre 1871.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Les deux communications qui ont rempli la séance font suite à d'autres que j'ai entendues avant de partir pour la campagne, il y a trois mois.

A cette époque, M. Fauvel, inspecteur général des services sanitaires de France, venant d'établir des quarantaines dans nos ports septentrionaux, annonçait aux alarmistes que cette précaution suffirait très-probablement pour empêcher le choléra de nous atteindre cette année.

L'événement lui a donné pleinement raison.

Aujourd'hui, s'appuyant toujours sur les documents officiels qui permettent d'étudier la marche du fléau, il nous menace, pour l'été prochain, d'une épidémie, qui nous viendrait, comme en 1865, par l'Arabie et par l'Égypte.

Nous publions ci-dessous, *in extenso*, cette communication de M. Fauvel, dont il n'est pas besoin de faire ressortir toute l'importance aux yeux de nos lecteurs.

C'est toujours un sujet d'étonnement que de voir combien vite les théories se succèdent en médecine. Il y a quelques années à peine, presque personne ne voulait croire à la contagion du choléra ; aujourd'hui, cette contagion est un des principes fondamentaux de la science officielle, et, pour en prévenir les conséquences, les gouvernements ont recours aux mesures les plus rigoureuses.

L'idée même de *constitution épidémique* a presque disparu devant la nouvelle venue; et c'est un tort, car la contagion, réduite à ses termes les plus simples, à la supposition d'un être qui se transmet et se multiplie, cette contagion est incapable, à elle seule, d'expliquer tout ce que nous voyons dans le cours d'une épidémie.

Pourquoi le fléau ne garde-t-il pas, à toutes les époques, la même gravité, la même forme ? Pourquoi s'amoindrit-il et pourquoi s'éteint-il alors que des êtres humains sont toujours là pour le recevoir et pour le transmettre?

Ici, comme bien souvent dans les sciences médicales, on se trouve en face d'une inconnue, et cette inconnue, pour ne pas permettre d'oublier son existence, on l'a traduite par un mot : *constitution médicale*.

Quoi qu'il en soit, du reste, on tend de plus en plus à admettre la contagion des maladies épidémiques, et le caractère épidémique d'un certain nombre de maladies que l'on considérait comme purement saisonnières.

Parfois, en effet, des maladies ordinairement saisonnières, des inflammations catarrhales peuvent former foyer et se transmettre comme se transmet le choléra lui-même.

On l'a remarqué pour la *grippe*, bronchite devenue épidémique et peut-être même transmissible.

C'est également vrai pour cet ictère qu'on a décrit sous le nom de catarrhal. Je viens d'en avoir une preuve qui ne me laisse plus aucun doute.

Je ne puis entrer incidemment dans tous les détails d'un sujet qui demanderait un long mémoire ; mais voici le fait en quelques mots.

Dans le courant d'octobre, des cas nombreux d'ictère catarrhal se déclarèrent au sud de Paris, dans des positions que les Prussiens avaient occupées durant le siége, par exemple à Meudon.

Or, le séminaire des Missions étrangères, dont je suis le médecin, et qui renferme environ cent trente jeunes gens, possède à Meudon une maison de campagne où ces jeunes gens vont passer quelques heures chaque mercredi.

Plusieurs d'entre eux furent pris d'ictère ; et bien que les voyages à Meudon eussent alors été supprimés, la maladie passa de l'un à l'autre, de telle sorte que bientôt à peu près le tiers de la maison avait subi l'influence régnante. Or, à cette époque il n'y avait pas, à ma connaissance, une seule jaunisse dans le quartier. Les confrères que j'interrogeai, mes visites dans les hôpitaux, me confirmèrent dans la pensée que j'assistais à une épidémie toute locale importée de Meudon.

Vers le même temps, je vis encore un fait analogue, d'ictère catarrhal épidémique importé cette fois des environs de Sceaux dans une famille de ma clientèle.

Quelques semaines plus tard, il n'aurait plus été possible de constater cette origine, car l'influence épidémique parut s'étendre en s'affaiblissant, et des ictères catarrhaux se montrèrent dans les services hospitaliers. Mais dans les foyers primitifs, le mal n'est pas encore éteint.

Au séminaire des Missions étrangères, il se déclare toujours quelques cas nouveaux, qui, du reste, sont beaucoup moins sérieux que les premiers. Il n'y a plus, en général, de mouvement fébrile véritable au début, l'embarras gastrique qui ouvre la scène ne va plus au delà des nausées avec complète inappétence. Le foie est beaucoup moins augmenté de volume, et la pression est plus supportable dans le flanc gauche et dans la région épigastrique ; le pouls devient moins lent ; la teinte ictérique est moins prononcée, la constipation et l'anorexie moins opiniâtres, la décoloration des selles moins persistante. En un mot, chacun des symptômes a subi une atténuation.

Cette atténuation, combien souvent ne la voit-on pas survenir à la fin des épidémies, sans qu'on sache encore bien pourquoi?

S'il y a des germes particuliers, ces germes sont-ils affaiblis ? ou ont-ils diminué de nombre? Dans l'état actuel de la science, aucune de ces explications ne peut pleinement satisfaire un praticien qui réfléchit.

Il ne faut pas désespérer de résoudre un jour toutes ces inconnues : la genèse des maladies épidémiques, leur terminaison, et, disons-le, leur marche avec ses bonds et ses caprices.

Nous ne pouvons évidemment pas étudier en France la genèse de fléaux exotiques tels que le choléra ; mais quand une maladie aussi reconnaissable que la jaunisse prend un caractère autre que le caractère purement saisonnier, il faut nous hâter de mettre à profit cette occasion rare.

Aussi, prions-nous instamment ceux de nos lecteurs qui ont assisté sur quelque point à quelque phase de l'évolution de cette petite épidémie, de nous fournir des renseignements aussi circonstanciés que possible.

L'ictère devenant épidémique rappelle un peu la fièvre jaune ; sauf que l'irritation des voies biliaires et de la partie supérieure du tube digestif ne paraît guère y dépasser le degré congestif, ou du moins ce léger degré d'inflammation superficielle et de desquamation épithéliale qui constitue le catarrhe. Notre ictère grave sporadique ne paraît pas pouvoir jamais se généraliser ou se transmettre.

Revenons-en à la séance de l'Académie.

M. Bergeron y a lu de très-longs fragments d'un immense nouveau rapport sur l'alcoolisme.

Pour se faire écouter tant de fois avec plaisir sur un même sujet, il faut vraiment avoir un talent rare et une remarquable fécondité.

On dit que plusieurs orateurs songent à reprendre la discussion.

Dr Victor Révillout.

LA MARCHE DU CHOLÉRA

(Note lue par M. FAUVEL, à l'Académie de médecine, dans la séance du 5 décembre 1871.)

Je me propose, dans la présente communication, de continuer l'exposé succint que j'ai fait, au mois d'août dernier, de la marche du choléra en 1871, et d'indiquer quelle est la situation actuelle de l'Europe par rapport à cette maladie.

Au mois d'août, en Russie (foyer principal du choléra en Europe), l'épidémie, rayonnant de deux centres principaux depuis le mois de mars (Saint-Pétersbourg et Moscou), se manifestait, avec une intensité variable, dans la majeure partie des provinces de l'empire. Au Nord, elle avait atteint Arkhangel, à 64 degrés de latitude ; à l'Est, elle s'étendait à Kazan ; au Sud-Est, à Astrakhan ; au Sud, elle venait de reparaître presque simultanément dans plusieurs des provinces qui bordent la mer d'Azow et la mer Noire : à Taganrog, Rostoff, Ekatérinoslow, Kerson, Nikolaïeff, etc., c'est-à-dire à peu près partout où, à pareille époque, la maladie avait régné l'année précédente. Seulement, dans la plupart de ces localités, l'épidémie ne prit qu'un développement très-restreint. Il en fut d'ailleurs de même dans la plupart des autres provinces russes, où, en 1870, le choléra avait sévi avec une certaine intensité.

Du côté de l'Ouest, dans la région méridionale, l'épidémie n'avait guère franchi la vallée du Dniéper ; mais, au Nord-Ouest, elle avait envahi la Lithuanie, la Livonie, la Courlande, et s'était propagée le long du littoral de la Baltique. Riga était en pleine épidémie depuis le milieu de juillet ; à la fin de ce mois, la frontière allemande avait été franchie par Suwalki et Gumbinnen, et le choléra apparaissait à Kœnisberg. Le 1er août, il se manifestait à Dantzig ; le 11, à Stettin, à l'embouchure de l'Oder. A partir de cette même époque, quelques cas sans suite se montrèrent à Berlin. Le 19 août, le choléra éclatait à Posen, le 20 à Postdam, le 21 à Marien-Werder ; le même jour, dans le Schleswig-Holstein, le 29 à Francfort-sur-l'Oder, et, à peu près à la même époque (nous n'avons pas la date précise), à Hambourg et à Altona-sur-l'Elbe. Ce fut là le point le plus avancé atteint par le choléra en 1871, dans la direction de l'Ouest ; de même que Posen, Francfort-sur-l'Oder et Postdam représentent

---

FEUILLETON

NOUVEAU

CARÊME DE PÉNITENCE

ET

PURGATOIRE D'EXPIATION

A L'USAGE DES MALADES AFFECTÉS DU MAL FRANÇAIS OU MAL VÉNÉRIEN

Par Jacques de Béthencourt (1).

(1527)

Il serait difficile de ne pas considérer comme une curiosité de bibliographie médicale le premier livre publié en France sur le Mal français.

Ce livre, le voici. C'est le *Nouveau Carême de pénitence*, de Jacques de Béthencourt, imprimé à Paris en 1527.

Titre étrange, livre non moins original.

A plusieurs titres, j'ai cru que cet opuscule méritait de prendre place dans la *Collection des anciens syphilographes*, dont j'ai inauguré la publication il y a quelques mois par la traduction du célèbre poëme de Fracastor. Il contient, en effet, des documents de divers genres qui ne seront pas consultés sans intérêt par les amateurs de syphiliographie : renseignements historiques sur l'origine et la propagation de la maladie qu'on appelait au seizième siècle le Mal de Naples ou le Mal français ; — exposé clinique assez étendu des principaux symptômes qui caractérisaient ce mal à cette époque ; — aperçus doctrinaux (quelques-uns même très-remarquables) sur l'ensemble de la maladie, sur son évolution, sur sa physionomie différente à ses différentes périodes, sur le caractère variable de ses accidents, voire même de sa contagiosité, suivant ses phases successives, etc. ; — détails minutieux sur les divers remèdes qui étaient en faveur à cette époque, notamment sur le gaïac et le mercure, etc., etc. ; — toutes notions qui peuvent utilement servir et l'histoire de la médecine en général et celle de la syphilis en particulier.

Donner une reproduction intégrale du livre de ce vieil auteur m'eût été véritablement impossible. Ce livre, en effet, comme la plupart d'ailleurs des productions littéraires ou médicales de cette époque, renferme, en dehors de son sujet essentiel, une foule de digressions d'une inutilité surprenante, un fatras de considérations oiseuses sur des matières de tout genre, des citations innombrables, des gloses à perte de vue, des discussions extravagantes sur toutes choses n'offrant plus d'intérêt actuel. Ce verbiage diffus et prolixe du seizième siècle serait mal venu près du lecteur de nos jours. J'ai cru devoir, en conséquence, faire ce que l'on appelle un choix, laisser dans un oubli mérité tout ce qui ne pouvait offrir aucun attrait à notre curiosité médicale, et accorder seulement le bénéfice d'une réimpression aux quelques parties de l'œuvre qui, pour des motifs divers, me paraissaient dignes d'être conservées. Cette sorte de triage, je le sais, n'est peut-être pas d'un goût irréprochable au point de vue de la bibliographie pure, qui eût exigé de moi une reproduction littérale et complète de notre auteur. Mais elle sera prisée, je l'espère, de mes confrères les médecins, — les seuls pour lesquels j'écrive, — qui trouveront dans les quelques pages suivantes ce qu'ils ont intérêt à y chercher, et qui l'y trouveront résumé, condensé, sans avoir à subir l'ennui de fastidieux hors-d'œuvre et d'aussi longues qu'inutiles élucubrations.

***

L'opuscule de J. de Béthencourt forme un petit livre de 120 pages environ. Il est écrit en latin, et en un latin qui m'a paru quelque peu incorrect (autant que je puis en être juge), bien que visant parfois à une certaine élégance. Il porte le titre le moins médical et le plus excentrique qui se puisse imaginer : NOUVEAU CARÊME DE PÉNITENCE ET PURGATOIRE D'EXPIATION *à l'usage des malades affectés du mal français ou mal vénérien ; ouvrage suivi d'un dialogue où le Mercure et le Gaïac exposent leurs vertus et leurs prétentions rivales à la guérison de la dite maladie*. Ce titre fantastique répond à cette idée ou à cette série d'idées non moins bizarres que développe notre auteur dans le cours de son livre, à savoir : que le mal vénérien est

(1) 1 vol. in-18. — Prix : 3 fr.

l'extrême limite de l'extension de la maladie vers le sud, soit en Pologne, soit en Allemagne.

Hâtons-nous d'ajouter que, sur aucun des points qui viennent d'être mentionnés, le choléra ne prit les proportions d'une grande épidémie. Les cas observés eurent bien la gravité du choléra asiatique, mais la maladie resta limitée à un nombre peu considérable d'attaques. A Kœnisberg, qui a le plus souffert, on n'a compté jusqu'au 7 septembre que 2,635 cas et 1,204 décès.

Ainsi, à la fin d'août, le choléra régnait dans les principaux ports de la Baltique, depuis Saint-Pétersbourg et Cronstadt jusqu'au Schleswig, et, chose plus grave au point de vue de l'Europe occidentale, il venait de faire apparition sur le littoral de la mer du Nord par sa manifestation à Hambourg.

Le danger de la présence du choléra à Hambourg tenait, pour nous surtout, à ce que ce port est le point de départ de grands paquebots qui, chaque semaine, transportent des émigrants en Amérique, après avoir fait escale au Havre. Ces paquebots, chargés d'émigrants, sont célèbres dans l'histoire du choléra. Ce sont eux qui ont, à peu près constamment, importé le choléra dans l'Amérique du Nord.

Tout récemment l'un d'eux, le *Frankheim*, parti de Hambourg, où l'on assure que le choléra a complétement disparu, est arrivé à Halifax (Nouvelle Écosse) après avoir perdu 40 passagers par le choléra, et, grâce à l'incurie des autorités sanitaires, a importé la maladie dans le pays.

C'est l'exacte répétition de ce qui était déjà arrivé par le fait de ces paquebots.

Ce nouvel exemple montre combien nous avons eu raison d'interdire l'entrée du Havre à ces navires tant que dura l'épidémie à Hambourg, malgré toutes les réclamations intéressées qui furent présentées à ce sujet, et combien aussi il importe, à cette heure même, d'être circonspect à leur endroit.

L'épidémie cholérique sur le littoral de la Baltique a eu son maximum d'intensité pendant le mois d'août. Le 20 septembre elle était considérée comme éteinte en Livonie et en Courlande, et réduite à un très-petit nombre de cas à Cronstadt et à Saint-Pétersbourg. D'ailleurs, de tous côtés en Russie, dès le mois de septembre, on signalait le déclin et même la disparition de l'épidémie.

Il en a été à peu près de même pour les ports allemands de la Baltique; toutefois, nous n'avons pas encore de données certaines sur la cessation complète de la maladie dans ces ports.

A Hambourg, si l'on en croit les patentes de santé qu'on y délivre, l'extinction du choléra daterait du commencement d'octobre; mais, à en juger par le fait d'Halifax, il est permis de douter que l'extinction soit aussi complète que les autorités le prétendent.

Depuis le mois d'août, parmi les nombreux navires qui se sont présentés dans les ports français venant des points infectés, un seul, arrivant de Kœnisberg, avait eu certainement le choléra à bord pendant sa traversée.

Les cas analogues ont été plus nombreux en Angleterre, sans que, grâce aux mesures prises, il s'en soit suivi une propagation de la maladie.

Le Danemark, protégé par une quarantaine sévère, a échappé à l'importation, malgré la proximité du danger.

La Hollande et la Belgique ont été également épargnées.

La Suède s'est aussi défendue, mais elle a été moins heureuse. Une douzaine de cas de choléra ont été signalés, en septembre, dans la ville maritime d'Hernosand. Cependant, comme aucun avis ultérieur n'a mentionné l'extension de la maladie en Suède, nous devons croire que la manifestation n'a pas eu de suite.

Quoi qu'il en soit, l'épidémie, dans les provinces russes ou allemandes de la Baltique, peut être considérée comme actuellement éteinte, et par conséquent le danger pour nous d'une importation de ce côté est écarté pour le moment. Il le serait d'ailleurs en tout cas, du côté de la Baltique, par le fait de la saison.

Mais en tenant compte de l'expérience acquise, et sans remonter plus loin qu'à l'année dernière, où le choléra s'éteignit partout en Russie aux approches de l'hiver, nous devons regarder comme probable, qu'au retour de la belle saison, la maladie reparaîtra dans les lieux mêmes où elle a régné récemment, et de là se propagera partout où elle trouvera un accès facile et des conditions favorables à son développement.

Tandis que le choléra s'apaisait ainsi du côté du nord, il s'avançait au sud-est de l'Europe et menaçait d'une invasion le bassin de la Méditerranée par sa manifestation à Constantinople.

A la nouvelle de la réapparition de la maladie dans les ports russes de la mer Noire, l'administration sanitaire ottomane s'était empressée de rétablir les mesures qui, en 1870, avaient si bien réussi à protéger le territoire de la Turquie.

Les navires venant des ports infectés furent soumis à la quarantaine à leur arrivée dans le Bosphore, mais le plus grand nombre avaient obtenu de franchir les détroits sans s'y arrêter.

Dès le 2 septembre, deux cas de choléra suivis de mort furent signalés dans un des villages du Bosphore. On crut d'abord à un empoisonnement; mais bientôt plusieurs cas analogues se produisirent dans le même village et au fond de la Corne-d'Or, près de l'Arsenal.

Cette succession d'attaques suivies de mort ne pouvait pas laisser de doutes sur la nature de la maladie, et, le 20 septembre, elle détermina le conseil de santé à signaler, sur la patente, l'existence du choléra à Constantinople.

Jusqu'à la fin de septembre, on ne comptait encore qu'un petit nombre d'attaques, lorsque, tout à coup, la maladie éclata avec violence au voisinage de l'Arsenal, dans le quartier le plus insalubre et le plus sale de la ville.

En six jours, on y compta 112 décès cholériques. L'Administration sanitaire, secondée par le gouvernement, prit alors un grand parti. Elle essaya d'isoler ce quartier et de le désinfecter; en même temps, elle en faisait sortir une partie des habitants, au nombre de plusieurs milliers, et elle les installait sous des tentes placées sur une hauteur voisine, en leur donnant gratuitement tous les secours nécessaires en vivres, vêtements, moyens de chauffage et soins médicaux. L'effet immédiat de ces mesures fut de diminuer, dans une proportion considérable, le nombre des attaques, tant dans le quartier infecté que dans le campement; mais le résultat qu'on espérait atteindre par l'isolement du quartier ne fut pas obtenu.

Le cordon n'empêcha pas qu'il n'y eût des fuyards, et puis il y avait déjà des cas de choléra dispersés dans la ville.

D'autres foyers se formèrent sur différents points, notamment dans un quartier voisin du précédent et habité par des ouvriers anglais, qui, au nombre d'environ 800, comptèrent 29 morts en 10 jours. Mais, grâce à des moyens de désinfection appliqués avec intelligence, le choléra cessa brusquement parmi eux.

Pendant tout le mois d'octobre, il y eut ainsi plusieurs foyers très-distincts de choléra parmi les nombreuses agglomérations qui constituent la ville de Constantinople.

L'un des plus significatifs est le foyer observé dans un grand établissement grec situé près du château des Sept-Tours. Cet établissement charitable comprend à la fois un hôpital, un hospice d'aliénés et un orphelinat.

Le 19 septembre, un cholérique est apporté du dehors. A dater de ce jour jusqu'au milieu d'octobre, sur une population de 541 individus, il y eut dans l'établissement 108 attaques de choléra et 62 décès.

A partir du commencement de novembre, l'épidémie tend à se généraliser. On observe des cholériques à peu près dans tous les quartiers, en plus grand nombre cependant dans ceux réputés pour leur insalubrité et habités par la population nécessiteuse.

Dans la dernière semaine, du 13 au 19 novembre, la mortalité générale par le choléra avait été de 376. C'était le chiffre le plus élevé depuis le début de l'épidémie, qui, depuis le mois de septembre, avait donné un total de 2,000 décès sur une population d'au moins 800,000 âmes.

Bien que l'épidémie ne soit pas encore à son déclin, on peut déjà prévoir qu'elle n'égalera pas, à beaucoup près, en intensité, celle de 1865.

Je dois ajouter que le gouvernement ne néglige rien pour diminuer la gravité de l'épidémie.

Il prodigue les secours de toute sorte à la population indigente. Des ambulances sont installées partout. Les mesures d'isolement pour les quartiers sont supprimées; mais des moyens de désinfection sont appliqués à toutes les maisons atteintes et associés aux secours à donner aux malades.

Maintenant, voici ce qu'à notre point de vue il importe de savoir. Jusqu'à ce jour, l'épidémie est restée limitée à la circonscription de Constantinople, y compris le Bosphore. Quelques cas cependant auraient été signalés dans la mer de Marmara, au fond du golfe de Nicomédie; mais la maladie n'a pas encore atteint le détroit des Dardanelles.

Du côté de la mer Noire, le choléra est partout éteint sur le littoral, sauf sur un point du territoire ottoman, à Samsoun, où plusieurs attaques se sont produites par importation de Constantinople. Un fait plus grave, s'il est confirmé, serait la nouvelle, reçue récemment, de l'apparition du choléra dans le bas Danube, à Galatz, principale échelle de la Moldavie. Ce serait une voie très-dangereuse ouverte à la maladie vers le centre de l'Europe.

Du côté de la Méditerranée, un grand nombre de navires venant de Constantinople, en contumace, se sont présentés dans les différents ports de tout le littoral, où ils ont été soumis aux prescriptions quarantenaires. Plusieurs ont eu le choléra à bord. C'est ainsi que des cholériques ont été reçus au lazaret de Salonique, deux à Saint-Jean-d'Acre en Syrie, et qu'un paquebot autrichien, chargé de pèlerins pour la Mecque, est arrivé à Alexandrie, ayant eu plusieurs morts par le choléra pendant sa traversée. Grâce aux précautions prises, aucune propagation n'a eu lieu jusqu'à présent. En sera-t-il toujours de même?

Je n'oserais l'affirmer. Mais, jusqu'à ce moment, les nouvelles reçues permettent de considérer tout le bassin de la Méditerranée, en y comprenant l'Égypte, comme entièrement *net* de choléra.

Telle est la situation présente de l'Europe par rapport à la Turquie.

Malheureusement, ce n'est pas tout.

L'Égypte, déjà menacée, comme on vient de le voir, par les provenances de Constantinople, est, d'un autre côté, sous le coup d'une invasion beaucoup plus redoutable, venant de la mer Rouge, par le fait de la présence du choléra à Médine, et bientôt, sans doute, à la Mecque, au moment du pèlerinage qui approche.

L'origine de cette apparition soudaine du choléra en Arabie mérite de fixer l'attention.

L'Académie peut se rappeler que, dans ma première communication du mois d'août, je signalais l'extension considérable que le choléra avait prise en Perse dans ces derniers temps. De plus, par suite des pèlerinages incessants à Kerbellah et aux autres lieux voisins vénérés des Chiites, la maladie, favorisée d'ailleurs par les conditions locales, était en quelque sorte restée en permanence dans la région du golfe Persique arrosée par le Chat-el-Arab.

Au mois de mai dernier, quatre bataillons de troupes turques furent embarqués à Bassorah pour se rendre à Kuet, sur le littoral arabique, et de là dans le Nedjd, pour y soumettre les tribus arabes en hostilité contre la Porte. Ces troupes, en s'embarquant, avaient laissé douze cholériques à l'hôpital de Bassorah. La personne qui me donnait ces détails exprimait la crainte que ces troupes ne transportassent le choléra en Arabie et ne compromissent par là le prochain pèlerinage.

Cependant il n'en était plus question, lorsqu'à la fin de juillet on apprit tout à coup, en Égypte et à Constantinople, que le choléra venait d'éclater à Haïl, ville centrale de l'Arabie et très-importante par son commerce. La maladie, disait la dépêche expédiée de Médine, y a été apportée par une caravane de Persans partie de Kerbellah ou de Mesched-Ali. D'Haïl, le choléra s'était propagé aux tribus arabes environnantes et avait rapidement atteint plusieurs localités situées à quelques journées de marche au nord de Médine.

L'apparition du choléra au centre de l'Arabie était-elle le fait d'une caravane partie de Kerbellah, ou provenait-elle des troupes débarquées à Kuet, ou même des deux?

Les détails à cet égard, ainsi que sur la route suivie par la maladie pour parvenir à Haïl, manquent encore.

Des renseignements sur ces points importants ont été demandés et seront recueillis.

Quoi qu'il en soit, en présence du danger qui menaçait Médine, les autorités de cette ville ne restèrent pas inactives. Le médecin sanitaire ottoman prit des mesures dans le but de préserver la ville. Un cordon sanitaire fut institué et une quarantaine imposée aux personnes provenant des localités atteintes. Les premiers résultats furent favorables, et un moment on crut avoir conjuré le péril. Mais la tâche était au-dessus de tous les efforts, et l'on devait s'attendre à ce que, au moment où les pèlerins se mettraient en marche pour Médine, toutes les barrières deviendraient impuissantes. C'est, en effet, ce qui arriva.

Au commencement de septembre, le choléra s'était avancé jusqu'à quatre journées de Médine. Les pèlerins commençaient à affluer de toutes parts vers cette ville pour y assister à une grande solennité religieuse.

Le 8 septembre, deux cas mortels sont constatés en dehors de la ville; le 10, deux autres cas dans la ville même.

Le 12, arrive à Médine une caravane de 2,000 pèlerins venant en partie de Djeddah. A dater de ce moment les attaques se multiplient. Dans les premiers jours d'octobre, l'épidémie atteint une grande intensité. Du 8 au 12, on compte à Médine de 60 à 100 morts par jour.

Les pèlerins quittent cette ville pour revenir à Djeddah; le cho-

---

un résultat de la débauche, une offense à Dieu, un péché de l'âme et du corps; — que tout péché n'est remis au pécheur et pardonné par Dieu qu'au prix d'une expiation; — que le Carême sur cette terre ou le Purgatoire dans l'autre monde sont les modes d'expiation offerts au pécheur par la divine Providence; — qu'en conséquence le mal vénérien ne peut être guéri que par une pénitence semblable, que par une mortification du même ordre. Or, cette mortification, notre auteur croit la trouver soit dans la cure du gaïac, soit dans le traitement par le mercure. La cure du gaïac, imposant aux malades un jeûne austère de quarante jours, constitue une sorte de « Carême de pénitence » qui doit être essentiellement profitable à la purification du pécheur vénérien. Et, d'autre part, le traitement par le mercure, qui, avec une abstinence moins sévère, introduit dans le corps un vexatoire ennemi, semble être un « Purgatoire terrestre », éminemment propre à servir d'épreuve expiatoire. — De là le titre étrange donné à ce livre, titre qui demande certes une explication pour être compris.

***

Si cet opuscule n'avait à nous offrir que de semblables billevesées, je l'aurais certes laissé dormir en paix du sommeil de l'oubli. Mais, à côté de telles sottises, il renferme certaines parties vraiment remarquables, surtout si l'on ne perd pas de vue qu'il fut écrit au commencement du seizième siècle, c'est-à-dire à une distance de nous de trois siècles et demi. Il contient surtout, comme je l'ai dit, un ensemble de documents propres à éclairer l'histoire de la syphilis à une époque voisine encore de l'origine de cette maladie. Médecin, ce sont ces documents qui m'ont séduit. Ai-je eu tort de secouer la poussière du temps et de m'essayer à faire revivre ce vieil ouvrage? Le lecteur en jugera; mais je le prie d'en juger seulement après avoir lu les quelques pages qui vont suivre.

***

Au point de vue purement historique, nous avons à relever dans le livre de Béthencourt deux indications dont l'une a bien son prix. C'est d'abord qu'à l'époque où écrivait notre auteur (1527), le mal français était généralement considéré comme une maladie d'origine toute moderne, toute récente. C'est ensuite que ce mal nouveau s'était déjà, paraît-il, répandu en France avec une effrayante rapidité, puisqu'il y comptait « un nombre infini de victimes », au point d'y être « plus fréquent à lui seul que toutes les autres maladies réunies. »

N'insistons que sur la plus importante de ces deux déclarations. En plusieurs passages de son livre, Béthencourt exprime nettement son opinion sur l'origine toute récente de la maladie. « Ce mal, dit-il, se manifesta pour la première fois dans l'armée française, à l'époque où le roi Charles VIII envahit le royaume de Naples. » — Et ailleurs : « D'après le dire de certains médecins, ce mal aurait existé à une époque antérieure à la nôtre. Cette croyance n'a rien de fondé, elle ne repose sur aucun texte des vieux auteurs. Il est absolument certain que la maladie vénérienne n'a pris naissance parmi nous que depuis une trentaine d'années environ. »

Le témoignage de Béthencourt vient donc, sur ce point, s'ajouter à celui des écrivains les plus autorisés et les plus érudits de la même époque. Il confirme ce grand fait, trop négligé ou trop ignoré de nos jours, que l'explosion de la syphilis au quinzième siècle fut pour le public médical du temps une véritable surprise, tant ce mal était inconnu, tant il différait de toutes les maladies décrites et étudiées jusqu'alors, tant il présentait, en un mot, les caratères d'une affection nouvelle.

(*A suivre.*) ALFRED FOURNIER.

AVIS

Nos souscripteurs dont l'abonnement est expiré sont instamment priés d'envoyer le prix de leur renouvellement en un mandat-poste à l'ordre du directeur, *avant* le 20 décembre.

Ils s'épargneront ainsi le désagrément de payer les frais de recouvrement nécessités par la traite que nous serions contraints de tirer sur eux, frais de recouvrement qui leur sont complétement à charge, sans que nous ayons intérêt à les leur faire supporter.

léra les accompagne. Un certain nombre, partis le 13 octobre, montés sur des dromadaires, arrivent les premiers à Djeddah et apportent les nouvelles qui précèdent. Ils disent que des deux médecins ottomans qui remplissaient leurs devoirs avec un dévouement sans bornes, l'un, médecin en chef de l'hôpital, était mort, et l'autre, médecin sanitaire, était atteint de la maladie au moment de leur départ.

Telle était, le 13 octobre, la situation à Médine. On ne savait rien encore de précis touchant la Mecque à la date des dernières nouvelles venues de Djeddah le 19 octobre. Seulement un cas de choléra mortel venait d'être constaté dans cette ville, et l'on s'y attendait à un développement rapide de l'épidémie par suite des arrivages de pèlerins.

Ainsi, par le fait de l'importation du choléra dans l'Arabie centrale, nous sommes à la veille de voir se reproduire, sur une moins vaste échelle toutefois, les désastres qui ont marqué le pèlerinage de 1865. Je dis sur une moins vaste échelle, parce que, à raison des avertissements donnés depuis plusieurs mois et des obstacles matériels mis au voyage des pèlerins dans l'Empire ottoman, l'affluence de ceux-ci sera de beaucoup diminuée. Cela résulte des renseignements transmis de Djeddah et de Suez.

Cependant l'Égypte n'en est pas moins sous le coup d'une menace bien dangereuse qui manifestera ses effets surtout au commencement du mois de mars, époque du retour par l'Egypte des pèlerins de la Mecque.

Pour éviter autant que possible la répétition de l'invasion de 1865, l'administration égyptienne, avec un zèle et une décision qui méritent de grands éloges, n'a pas hésité, dès la première nouvelle de la présence du choléra en Arabie, à prendre toutes les mesures convenables.

M. le docteur Gaillardot, notre médecin sanitaire, y a beaucoup contribué par ses conseils. A mesure que le danger devenait plus menaçant, les précautions prises sont devenues plus sévères. Elles consistent maintenant dans l'application rigoureuse, aux provenances de toute l'Arabie, des mesures recommandées par la conférence de Constantinople.

L'administration égyptienne va même plus loin. Prévoyant avec raison le cas où ces mesures ne seraient pas suffisantes pour garantir l'Égypte, elle a, sur la proposition de M. Gaillardot, décidé en principe que, au moment du retour des pèlerins, si les circonstances l'exigeaient, il conviendrait d'interrompre complétement les communications maritimes entre le Hedjaz et l'Égypte jusqu'à la cessation de l'épidémie.

A mon sens, la question vaut la peine qu'on fasse tout le possible, car il s'agit non-seulement de préserver l'Égypte, mais aussi de maintenir libres et sans danger les relations si importantes de ce pays avec l'Europe.

En résumé, le choléra, dont la marche envahissante vers le nord-ouest de l'Europe est suspendue pour le moment, règne encore avec une certaine intensité à Constantinople, menaçant de là tout le bassin de la Méditerranée, resté intact jusqu'à ce jour. D'un autre côté, la même maladie, s'avançant à travers l'Arabie jusqu'aux lieux saints de l'islamisme, menace d'envahir l'Égypte, et par suite encore le littoral de la Méditerranée comme en 1865.

Voilà la situation présente de l'Europe par rapport au choléra. Il en résulte que s'il nous reste quelque chance d'échapper au fléau qui nous presse de plusieurs côtés, il y a aussi beaucoup de probabilités pour que nous subissions son invasion. C'est ce que l'année 1872 décidera.

Cependant il y a une compensation à cette perspective. Si nous jetons un coup d'œil d'ensemble sur les envahissements du choléra en 1871, nous voyons, sans doute, qu'à aucune époque cette maladie n'a régné à la fois sur un espace aussi vaste; nous l'apercevons, sévissant avec une intensité variable, suivant une ligne ondulée à peine interrompue, depuis Arkhangel jusqu'à l'extrémité méridionale de l'Afrique; mais, en revanche, jamais non plus une épidémie cholérique ne s'est montrée aussi bénigne en Europe que celle de 1871.

Ce n'est pas que la malignité du mal ait diminué; non, la gravité des attaques est restée la même; mais, à certaines exceptions près, leur nombre a été beaucoup plus restreint que de coutume; en d'autres termes, la résistance individuelle, opposée à l'action du principe morbifique, a été plus répandue que dans les épidémies antérieures.

La progression vers l'Europe occidentale a été aussi moins active, et (circonstance à noter) il semble que partout où les moyens de désinfection ont été employés avec énergie et intelligence, ils ont beaucoup contribué à éteindre les foyers de l'épidémie, et par conséquent à en atténuer les effets.

La conséquence à tirer de ce dernier fait, c'est que si le choléra vient malheureusement envahir notre pays, il doit nous trouver préparés d'avance à lui opposer les moyens de prophylaxie que l'expérience a déjà consacrés.

HYDROLOGIE

OBSERVATION DE VERTIGE INTESTINAL,

Par M. le docteur CLERMONT (de Lyon).

Depuis plusieurs mois, M. D..., âgé de 28 ans, éprouvait, deux ou trois heures après avoir mangé, une douleur sourde et des sensations insolites dans le ventre. Il lui semblait que ses intestins, ou se contractaient, ou allaient tomber, effet que l'on perçoit sur une escarpolette. Parfois, c'étaient des étourdissements ou un malaise, comme s'il était sur un navire.

Il était pris souvent d'une syncope incomplète, sorte de lipothymie dont on le délivrait par l'application de sinapismes sur les membres, de linges chauds sur le ventre, par des affusions de vinaigre ou d'eau de Cologne, et par quelques infusions chaudes. Le pouls, alors précipité et faible, ne reprenait son type, ordinairement bon, qu'après une ou deux heures.

Lorsque le malade avançait le ventre ou relevait la tête, les troubles nerveux s'aggravaient, et ils diminuaient au contraire s'il fléchissait le corps en avant. M. Trousseau a noté ce phénomène.

Les médecins attribuèrent l'origine du mal, les uns à une course de six heures sous une pluie battante, les autres à un travail obstiné et à des contrariétés morales, causes fréquentes de dyspepsie ou d'anémie; il n'en était rien.

Après des tâtonnements sans nombre, on trouva dans la région du cœcum une tumeur presque indolore, de 6 centimètres de longueur sur 2 1/2 de largeur, sans doute plus profondément cachée dans le commencement de la maladie.

Deux applications de potasse caustique sur la tumeur amendèrent les symptômes locaux et généraux; mais le vertige, la dyspepsie et un grand état de faiblesse et d'amaigrissement persistaient encore lorsque le malade vint à Vals, au commencement de juin, et fut mis à l'usage de l'eau de la *Désirée* matin et soir, et de la *Saint-Jean* aux repas.

Après vingt-cinq jours, on ne le reconnaissait plus, tant il avait pris de la force et de l'embonpoint, ce qui faisait dire au docteur Tourette que c'était la plus belle cure de la saison thermale. Le vertige avait aussi disparu, après avoir duré plus de huit mois.

La pérityphlite est assez commune chez les personnes qui ne portent pas de bretelles; elle produit la constipation, d'autres troubles dyspeptiques, et souvent le vertige. On la guérit très-bien à Vals par nos eaux sodo-magnésiennes, la *Précieuse* et la *Désirée*, qui nous ont également réussi chez un malade atteint d'une affection de même nature, et envoyé à nos thermes par M. le docteur Serres, d'Alais. Il s'agissait d'un engorgement du colon transversal, qu'une ceinture de cuir, serrant le ventre au-dessus de l'ombilic, avait probablement déterminé.

Le vertige viscéral doit, en conséquence, être étudié, autant que possible, dans la lésion qui en est le point de départ, et, pour bien diriger ses investigations, il est bon de se rappeler que dans le vertige stomacal on constate l'inappétence, le dégoût pour les aliments, des troubles nerveux immédiatement après le repas, des vomissements et de la douleur à l'épigastre; tandis que, dans le vertige intestinal, la douleur est dans le ventre; il y a de la constipation et des flatuosités; enfin les troubles sensoriaux apparaissent deux à trois heures seulement après les repas.

Contre le premier, on emploie les eaux des sources la *Rigolette* et la *Magdeleine*; dans le second, on réussit mieux avec celles de la *Précieuse* et de la *Désirée*, parce qu'il s'accompagne de constipation. Telle est toujours la même règle à suivre dans l'emploi des eaux alcalines de Vals contre les affections du tube intestinal. Seule, la douleur, *élément* pour les uns, mais pour nous *résultante* de lésions morbides, implique l'usage d'une eau légère, moins excitante que sédative; c'est indiquer l'eau de la source *Saint-Jean*.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 5 décembre 1871. — Présidence de M. BARTH.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet : 1° les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné, pendant l'année 1870, dans les départements de l'Allier, de la Corrèze (compte rendu négatif) et de Seine-et-Marne; 2° le rapport final de M. le docteur Malichecq (de Mont-de-Marsan), sur une épidémie de variole qui a régné, en 1871, dans la commune de Saint-Justin (Landes); 3° le rapport final de M. le docteur Nolé sur une épidémie de suette miliaire et de variole qui a régné, en 1870, dans la commune de Cintegabelle (Haute-Garonne), accompagné d'une lettre de M. le préfet de la Haute-Garonne, qui sollicite une récompense honorifique en faveur des personnes dont il a apprécié le zèle et le dévouement (Comm. des épidémies).

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

Elle comprend : 1° Un travail manuscrit, accompagné d'un pli cacheté, et qui a pour titre : l'*Abaissement de la température du corps comme signe de mort, constaté au moyen du thermomètre* (Comm. du prix d'Ourches); — 2° Un travail de M. Godin intitulé : *Dissolution dans les corps gras des composés métalliques et organiques, à l'aide des benzoates* (Comm. : MM. Poggiale, Gobley et Buignet).

PRÉSENTATIONS

M. BARTH offre en hommage, au nom de l'auteur, M. Legrand du Saulle, un volume ayant pour titre : *Le délire des persécutions*.

M. LARREY présente : 1° de la part de M. le docteur Molinier, un opuscule sur les plaies de tête par arme à feu et la trépanation; — 2° un ouvrage, en langue portugaise, ayant pour titre : *Recherches statistiques sur les maladies et la mortalité, l'état sanitaire de l'armée portugaise dans une période de six ans et demi, de 1861 à 1867*; par M. le docteur Marques.

**

LECTURE

M. BLOT a la parole pour la lecture du discours qu'il a prononcé, au nom de l'Académie, aux obsèques de M. le professeur Paul Dubois.

M. FAUVEL lit une note sur la marche du choléra. (*Voir plus haut.*)

Alcoolisme. — M. BERGERON, au nom de la commission de l'alcoolisme, lit un rapport sur divers travaux relatifs à ce sujet.

Après avoir passé en revue et discuté les différentes propositions émises dans les travaux de MM. Jeannel et Roussel, M. le rapporteur continue ainsi :

« Tout en croyant fermement à la nécessité d'une loi contre l'ivresse et l'alcoolisme, et tout en croyant à l'efficacité de cette loi si l'on apporte à son exécution autant de mesure que de fermeté, votre commission ne pouvait cependant méconnaître que le délit d'ivrognerie emprunte un caractère particulier, non-seulement à la nature des causes lointaines qui le préparent, mais encore aux propriétés mêmes de l'agent qui le provoque directement, propriétés auxquelles il doit d'être à la fois une boisson réparatrice et un poison redoutable, sans qu'il soit toujours possible de préciser le point où finit l'usage autorisé par l'hygiène et où commence l'abus qu'elle réprouve. Enfin, nous ne devions pas oublier non plus que l'ivrogne est souvent un malade autant qu'un délinquant; aussi voudrions-nous que la loi, s'inspirant de cette dernière vue, spécifiât formellement que tout ivrogne ayant donné prise à une action judiciaire, soit pour cause de simple ivresse, soit pour délit ou crime commis aussi bien en dehors de l'état d'ivresse que sous son influence, devra être dirigé sur un établissement spécial, sorte de *pénitencier-hôpital* ayant quelque analogie avec les asiles d'ivrognes du Massachussets, pour y être soumis, soit comme prisonnier, soit comme pensionnaire, suivant le plus ou moins de gravité des actes, et sous la direction exclusive des médecins, à un traitement moral d'une efficacité douteuse sur les buveurs endurcis, mais dont il serait permis, au contraire, d'attendre les plus heureux résultats pour la guérison radicale et par conséquent pour la régénération du plus grand nombre des ivrognes, surtout si, à la sortie de l'établissement, les sociétés de tempérance, substituant leur action à celle de l'État, prenaient sous leur protection ces malheureux, véritables libérés, pour les surveiller et les maintenir dans la bonne voie, par les conseils qui éclairent, par l'assistance qui soutient et par les égards qui relèvent l'homme déchu à ses propres yeux... »

Enfin, M. Bergeron termine par la conclusion suivante :

Justement préoccupée des progrès de l'alcoolisme en France, et désireuse de concourir dans la mesure de ses moyens d'action au succès des efforts déjà tentés par l'initiative individuelle pour soustraire le pays aux funestes effets du mal, qui exerce depuis longtemps ses ravages dans le Nord de l'Europe et aux États-Unis, l'Académie a rédigé un *Avis au public* sur les dangers multiples et très-inégalement connus qu'entraîne l'abus des boissons alcooliques; et, au moment de le publier, elle fait un pressant appel au bon vouloir de tous ceux qui sont en position d'exercer sur leurs semblables, et particulièrement sur les classes ouvrières, une influence sérieuse, médecins, instituteurs ou chefs d'industrie, pour le propager, l'expliquer et le commenter au besoin. Mais quels que puissent être les effets de cet avis, l'Académie ne saurait méconnaître que, de tous les moyens propres à arrêter la propagation des habitudes d'ivrognerie, le plus puissant et le seul à vrai dire, dont l'efficacité doive être radicale, est la moralisation des masses par l'instruction et l'éducation.

Ce sera donc là une œuvre difficile et dont il n'est permis d'entrevoir les résultats que dans une perspective lointaine; aussi l'Académie estime-t-elle qu'en face du mal présent et des menaces de l'avenir la Société doit aviser sans retard et appeler à son aide la double intervention des mesures fiscales et répressives.

L'Académie n'avait garde de se placer sur un terrain où sa compétence pourrait être justement contestée, mais elle peut au moins émettre l'avis qu'un coup décisif serait sans doute porté à l'alcoolisme, le jour où, d'une part, la même loi qui dégrèverait les vins d'une partie des droits qu'ils acquittent aujourd'hui, frapperait les alcools et surtout les alcools de grains et de betteraves, de surtaxes énormes, augmentant ainsi la consommation des uns et diminuant celle des autres; et où, d'autre part, le législateur déciderait que l'ivresse est à elle seule un délit qui ne peut constituer excuse ou une atténuation des délits ou des crimes commis sous son influence, que dans des cas déterminés par la science.

Appelée, du reste, à se prononcer sur la question de répression pénale, à propos de deux projets qui ont été soumis à son appréciation par MM. les docteurs Jeannel et Roussel, l'Académie déclare que la pénalité inscrite dans ces projets lui a paru logiquement graduée et assez énergique pour inspirer aux buveurs une crainte salutaire, sans compromettre cependant aucune des garanties qui doivent sauvegarder la liberté individuelle et les tristes droits de l'aliéné.

Enfin, la commission vous propose d'adresser des remercîments à MM. Jeannel, Roussel et Lunier, et de renvoyer leurs mémoires au comité de publication.

La séance est levée à 5 heures 1/2.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Une dépêche de Calcutta, en date du 1er décembre, annonce que le choléra s'est déclaré avec violence dans cette ville.

— L'archevêque de Paris s'est rendu vendredi à l'Hôtel-Dieu, voulant, a-t-il dit, que sa première visite fût pour les pauvres.

Il a parcouru plusieurs salles, s'arrêtant au lit des malades, les questionnant, s'informant de leur état, de leurs besoins, donnant à chacun une parole d'encouragement et de consolation.

Il s'est dirigé ensuite vers l'église de Saint-Julien le Pauvre, où, sur le bruit de sa visite, s'étaient réunis un grand nombre de convalescents de l'hôpital. Après la bénédiction, Mgr Guibert s'est rendu à la communauté des sœurs de Saint-Augustin, dont l'Hôtel-Dieu est la maison mère. Là, il a remercié les religieuses des soins qu'elles prodiguent aux malades et les a félicitées du zèle et du dévouement qu'elles ne cessent de montrer dans l'accomplissement de leur pieuse mission.

L'archevêque était accompagné de ses grands vicaires. Il a été reçu, à son arrivée, par le directeur général de l'Assistance publique et par le directeur de l'Hôtel-Dieu. En se retirant, Mgr Guibert a laissé entre les mains de ce dernier une somme de 500 francs à distribuer aux malades sortants dont la situation paraîtrait le plus digne d'intérêt.

**

— La Société médico-psychologique rappelle qu'un prix de 1,600 francs provenant du legs du docteur Aubanel a été proposé par elle pour le meilleur travail sur la question suivante :

« Des intervalles lucides dans la paralysie générale. »

Par suite des événements des dernières années, le délai ayant

été dépassé, il a été décidé que la date du 30 juin 1872 serait fixée comme dernier terme pour la présentation des mémoires.

Nous rappelons que la Société a mis au concours pour 1872, sous le titre de Prix Aubanel, la question suivante : De la part d'influence et du mode d'action des boissons alcooliques dans la genèse des maladies mentales et nerveuses. Le délai pour la remise des mémoires est le 31 décembre 1872.

— *École de médecine de Lyon.* — Le nombre des élèves en cours d'inscription est de 270, ainsi répartis : élèves en médecine, 223; élèves en pharmacie, 47.

Les étudiants de première année sont au nombre de 141 étudiants, dont 115 pour la médecine et 26 pour la pharmacie.

Il y a là un beau succès, que nous sommes heureux de constater.

— M. le docteur Billod, médecin en chef, directeur de l'Asile d'aliénés de la Seine, situé à Épinay-sur-Orge (Seine-et-Oise), a reçu, en reconnaissance des services rendus par lui pendant le siége de Paris, une médaille en or qui lui a été offerte par les habitants de cette commune, et qui est le produit d'une souscription.

— M. de Wecker a repris ses conférences cliniques, et les continuera, les mercredi et samedi de chaque semaine, de 2 à 4 heures, à sa clinique, 55, rue du Cherche-Midi. Mercredi : opérations; samedi, démonstrations ophthalmoscopiques.

— M. le docteur Laurent-Préfontaine commencera son cours sur les maladies des voies urinaires le samedi 9 décembre, à trois heures du soir, à l'École pratique, et le continuera les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine, à la même heure.

Il traitera des affections de l'urèthre et du col de la vessie.

— A céder de suite : clientèle médicale dans Seine-et-Oise. — S'adresser à M. Langlois, 23, rue de Clichy, de huit heures à onze heures du matin.

Bulletin hebdomadaire des décès d'après les déclarations à l'état civil, du 25 novembre au 1er décembre 1871.

CAUSES DE DÉCÈS.	Domicile.	Hôpitaux.	Totaux.	Total des décès de la semaine précédente.
Variole	»	1	1	2
Rougeole	7	2	9	5
Scarlatine	4	»	4	3
Fièvre typhoïde	19	12	31	25
Typhus	»	»	»	»
Érysipèle	1	3	4	5
Bronchite aiguë	29	3	32	16
Pneumonie	52	19	71	50
Dysentérie	»	2	2	4
Diarrhée cholériforme des jeunes enfants	»	»	»	2
Choléra nostras	»	»	»	»
Choléra asiatique	»	»	»	»
Angine couenneuse	10	»	10	5
Croup	10	7	17	13
Affections puerpérales	2	1	3	1
Autres affections aiguës	154	52	206	223
Affections chroniques	256	75	331 *	286
Affections chirurgicales	27	36	63	55
Causes accidentelles	14	2	16	13
Totaux	585	215	**800**	708

LONDRES. — Population, 3,263,872 h. — Décès du 19 au 25 novembre 1871 ... 1,863

Variole, 67. — Diarrhée, »». — Fièvre typhoïde, 40. Rougeole, 60. — Coqueluche, 64. — Scarlatine, 34.

FLORENCE. — Population, 196,606 h. — Décès du 19 au 25 novembre 1871 ... 122

Variole, 4. — Diphthérie, 16.

* Sur ce chiffre de 331 décès, 116 ont été causés par la phthisie pulmonaire.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments ou autres objets).

Philosophie de la nature, par Henri LEVITTOUX, docteur en médecine de la Faculté de Paris et de Varsovie. Édition originale française, publiée d'après la troisième édition polonaise, revue et corrigée par l'auteur. 1 fort vol. grand in-8°. — Prix : 12 fr.

Traité clinique et expérimental des embolies capillaires, par le docteur FELTZ, lauréat de l'Institut, ouvrage couronné par l'Académie des sciences. 2e édition, illustrée de 11 planches chromo-lithographiées, comprenant 90 dessins. 1 vol. gr. in-8°. — Prix : 12 fr.

Traité des maladies de l'estomac, par W. BRINTON, traduit par le docteur A. Riant, avec introduction du professeur Lasègue. 1 vol. in-8° avec figures. — Prix : 7 fr.

Le délire des persécutions, par le docteur LEGRAND DU SAULLE, médecin de l'hospice de Bicêtre (service des aliénés). Un bel in-8° de 524 pages. Paris, 1871. — Prix : 6 francs.

De l'arsenic, considéré comme antidote des maladies infectieuses, choléra, variole noire, fièvre typhoïde, typhus des bêtes à cornes, etc., etc. Son emploi curatif et préservatif, par le docteur C. DESPINEY. Paris, 1871. In-8° de 64 pages. — Prix : 3 francs.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI
Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ
On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 8 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois... 8 fr. 50 c. Six mois... 16 — Un an... 30 —
POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes

SOMMAIRE. — REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE. Des causes de mort dans la variole et des indications qui ressortent de leur connaissance au point de vue pratique. Gastrotomie appliquée aux cas de kystes de l'ovaire, de tumeurs fibreuses et fibro-plastiques. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — Correspondance. — Feuilleton. — Nouvelles. — Avis. — Bulletin bibliographique.

Paris, le 8 décembre 1871.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Des causes de mort dans la variole et des indications qui ressortent de leur connaissance au point de vue pratique.

En résumant récemment quelques points de l'excellent travail de M. Briquet sur la variole, travail fondé comme on le sait sur des observations recueillies pendant la dernière épidémie dans l'ambulance de la rue de Clichy, nous avons pris l'engagement de revenir sur un point que nous avons réservé alors, savoir : l'examen des diverses manières suivant lesquelles ont eu lieu les décès constatés parmi les variolés, ou en d'autres termes, et d'une manière plus générale, l'étude des causes de mort dans la variole.

Voyons d'abord les faits qui ressortent des recherches de M. Briquet, quitte à reprendre ensuite la question dans sa plus grande généralité.

Sur 504 variolés que M. Briquet a eus à soigner dans cette ambulance, pendant une période de six mois, le chiffre des décès a été de 84. A part la varicelle, qui n'a donné lieu à aucun décès, il y en a eu dans chacune des autres formes des éruptions varioleuses. (Pour être complétement dans le vrai, il faut dire que, sur 270 malades atteints de simples varicelles, il s'est produit 2 décès, mais ces décès ont été complétement étrangers à la maladie éruptive.)

Sur 116 sujets atteints de varioloïde, il y en a eu 29 chez lesquels l'éruption a été soit confluente soit très-abondante, et 14 qui ont succombé, soit 1/8e.

Chez 108 malades atteints de la véritable variole, il y a eu 72 décès, c'est-à-dire les 2/3.

Les décès, dans les cas de varioloïde, ayant été dus aux mêmes causes que les décès suite de variole, il a été possible d'en faire l'étude simultanément.

Les auteurs étant peu d'accord sur les époques auxquelles la mort a lieu le plus souvent dans la variole, M. Briquet a consulté les faits sur ce point ; il a relevé les dates des décès militaires dans les hôpitaux civils et dans les hôpitaux militaires de Paris, et il a trouvé que sur 473 décès, suite d'éruptions varioleuses, 273 avaient eu lieu dans les 10 premiers jours qui avaient suivi l'entrée à l'hôpital, c'est-à-dire dans les 12 premiers jours de la maladie ; 118 dans les 5 premiers jours, 157 dans les 5 derniers (?), tandis que les 200 autres décès avaient eu lieu plus tard : 116 du 10e au 20e jour de l'entrée ; 56 du 21e au 31e jour, 9 du 31e au 40e jour, 13 du 41e au 50e jour et 6 du 70e au 120e jour.

D'où il résulterait que les trois cinquièmes environ des malades ont succombé directement à l'intensité de l'éruption, tandis que les deux autres cinquièmes ont péri victimes, soit indirectement de l'intensité de la maladie, soit d'accidents consécutivement survenus.

Les choses se sont passées d'une manière inverse dans le service de M. Briquet.

Les décès résultant directement de l'intensité de l'éruption se sont produits de différentes manières :

Chez 1 malade, la mort avait eu lieu le 3e jour de la maladie, et, avant que l'éruption n'ait apparu, il y avait eu un délire continu, une agitation et une fièvre excessives, en même temps que les prodromes habituels de la variole, sans aucune autre maladie appréciable.

Chez 8 malades, la mort avait été, comme dans les érysipèles de la face, le résultat du gonflement de la tête et de la congestion cérébrale; une fièvre violente avec délire, gonflement et teinte rouge de la face était suivie de la mort qui avait lieu du 3e au 8e jour de l'éruption.

Chez 6 malades, il s'était produit des accidents analogues à ceux qu'on observe à la suite d'une brûlure d'une grande étendue ; une fièvre vive, une agitation extrême, un délire continu, un état ataxique, un pouls très-irrégulier précédaient la mort qui avait lieu du 3e au 6e jour de l'éruption.

Chez 6 malades, il semblait que les forces de la vie eussent été en défaut. Les pustules, pressées les unes contre les autres, couvraient la presque totalité de la peau ; elles étaient aplaties, déprimées à leur centre, ne contenant ni pus ni sérosité, entourées d'une auréole tantôt inflammatoire et le plus souvent violacée. Le délire, de l'agitation ou un état comateux, un pouls faible et fréquent et une respiration profonde accompagnaient cette modification de l'éruption qui ne paraissait dépendre d'aucune lésion appréciable des organes autre que la congestion des viscères principaux. Chez ces malades, la mort avait eu lieu du 6e au 10e jour.

Chez 9 malades, l'éruption était accompagnée de l'état hémorrhagique. Une diarrhée sanguinolente généralement copieuse, des urines sanguinolentes, des vomissements de sang, des taches pétéchiales, de larges ecchymoses et jusqu'à des phlyctènes remplies de sang, caractérisaient cet état. La mort avait eu lieu du 5e au 10e jour de l'éruption.

Enfin, chez 9 malades, l'éruption avait régulièrement suivi son cours, les pustules s'étaient convenablement développées, une auréole rouge les avait entourées, le pus s'y était formé, mais alors le délire, le coma et une dyspnée *sine materiâ* survenaient, et la mort avait lieu du 8e au 10e jour avec un amaigrissement d'une extrême rapidité, sans qu'on eût pu reconnaître aucune complication. Les malades paraissaient avoir succombé d'une part à l'intensité du processus inflammatoire, et d'autre part aux conséquences de la suppuration.

Telle est la série des décès que M. Briquet s'est cru fondé à considérer comme dépendants directement de l'intensité de l'éruption, et comme n'ayant été nullement influencés par les conditions hygiéniques dans lesquelles s'étaient trouvés les varioleux depuis l'invasion de leur maladie.

Il en a été tout autrement pour les décès de la seconde catégorie. Dans le plus grand nombre des cas, les conditions hygiéniques au milieu desquelles les malades se sont trouvés durant le cours de leur affection paraissent avoir eu une grande influence sur le chiffre des décès, qui ne semblent pas, comme ceux de la première catégorie, avoir été inévitables.

Chez cinq malades, on a vu se produire un état hémorrhagique secondaire : des épistaxis, des crachats ou des vomissements de sang, de la diarrhée sanguinolente et des pétéchies. La mort a eu lieu du 11e au 15e jour de l'éruption.

La diarrhée a été, avec les hémorrhagies, l'une des causes les plus fréquentes de mort parmi les varioleux de l'ambulance de Clichy. Chez douze malades, les décès ont eu lieu à la suite de diarrhées prolongées survenues durant le cours de la maladie et ayant graduellement amené les sujets à l'état de squelette. La mort a eu lieu du 15e au 60e jour, et dans un cas au 122e jour.

Les altérations que subit la peau pendant le cours de la variole ont également [illegible]. Chez six malades, la mort a été le résultat des altérations phlegmasiques de la peau. Chez ces sujets, l'éruption avait été très-abondante ; il s'en était suivi de nombreuses croûtes, autour desquelles la peau s'était enflammée ; de là des excoriations, des furoncles et de petits abcès sous-cutanés, occasionnant de vives et continuelles souffrances, un état fébrile constant, la perte de l'appétit et un amaigrissement extrême. Les malades ont péri, exténués, du 22e au 60e jour.

Sept malades ont succombé à des accidents du même genre, plus graves encore : inflammation, excoriation de la peau, d'où plaies, ulcérations, érysipèles, anthrax, abcès et gangrène des parties exposées aux pressions et aux frottements. Chez les malades de cette série, la mort a eu lieu du 12e au 18e jour.

Les accidents pectoraux, contrairement à toutes les probabilités, ont fait proportionnellement peu de victimes. A part les pharyngites et les laryngites qui étaient sous la dépendance de la variole, les autres affections des voies aériennes ont été peu communes. Deux malades ont succombé à la laryngite, quatre ont succombé à la bronchite. La mort a eu lieu chez deux de ces derniers du 11e au 16e jour, et chez deux autres du 54e au 58e jour. Cinq malades ont péri par le fait de la pneumonie. Aucun varioleux atteint de pneumonie n'a guéri. Les décès ont eu lieu du 20e au 50e jour, quoique les pneumonies n'eussent duré que peu de jours, ces complications étant survenues accidentellement à une période déjà avancée de la maladie.

Deux malades atteints d'une variole d'intensité moyenne furent, au bout de quelques jours de maladie, pris d'une inflammation des deux glandes parotides, suivie d'une suppuration de ces organes, dont le pus s'écoulait en partie par l'oreille. La mort a eu lieu en quelques jours.

Deux décès sont survenus à la suite d'épuisement, après une durée de cinquante à soixante jours de maladie.

Enfin, un dernier malade convalescent d'une variole d'intensité moyenne, ayant présenté vers le trente-troisième jour de sa maladie de l'intermittence dans le pouls, sans qu'il y eût [illegible]

FEUILLETON

NOUVEAU

CARÊME DE PÉNITENCE ET PURGATOIRE D'EXPIATION

A L'USAGE DES MALADES AFFECTÉS DU MAL FRANÇAIS OU MAL VÉNÉRIEN

Par Jacques de Béthencourt (1).

(1527)

Plus curieux et plus importants pour nous sont les documents cliniques que nous offre l'œuvre de Béthencourt.

Une première et essentielle remarque, c'est qu'à l'époque où écrivait notre auteur, on était loin de se faire illusion sur la nature et les causes du mal français. Si l'on avait pu croire, dans les premières années de son apparition, qu'il était le résultat d'une altération spontanée des humeurs, d'un influx céleste, de maléfices sidéraux, d'intempéries atmosphériques, etc., on était, paraît-il, complétement désabusé sur la valeur d'une telle étiologie dès les premières années du seizième siècle. On ne doutait plus alors que ce mal ne fût le dérivé d'une contagion spéciale, s'exerçant surtout et presque exclusivement dans les rapports sexuels. Ce mal, en un mot, était déjà considéré à cette époque comme il l'est aujourd'hui, c'est-à-dire comme une affection presque essentiellement vénérienne. C'est ce dont témoignent aussi péremptoirement que possible plusieurs passages très-explicites du livre qu'on va lire. « Nous autres, médecins, dit Béthencourt, nous ne doutons pas que cette maladie ne soit un résultat de la débauche... Nous croyons que c'est un mal d'essence vénérienne... » Dans un autre chapitre, il dit de même : « Comme les maladies doivent être dénommées d'après leurs causes, le mal actuel, à mon sens, mériterait d'être appelé *Mal vénérien*. » Il semble même résulter d'un autre passage que le caractère vénérien de la maladie était connu et apprécié non-seulement des hommes de l'art, mais du public en général, c'est-à-dire de tout le monde. Qu'on en juge. « Il est d'usage, dit notre auteur dans sa préface, que tout écrivain place son œuvre sous les auspices de quelque nom illustre, de quelque personnage considérable. Sans offenser personne, je crois pouvoir ne pas sacrifier à cette vieille coutume. Car celui qui accepterait le patronage *compromettant* de mon opuscule *encourrait par cela seul un trop fâcheux soupçon*. »

Le mal français est donc considéré par Béthencourt comme une affection d'*origine vénérienne* et de *nature contagieuse*. Ce n'est pas tout. Bien que pour lui ce mal dérive le plus habituellement, presque toujours même, du commerce vénérien, il peut aussi reconnaître comme cause « tout contact, quel qu'il soit, même un contact pudique et chaste. C'est ainsi, par exemple, que les nourrissons sont infectés par leurs nourrices. On a cité de même l'exemple de personnes d'une vertu et d'une dévotion éprouvées qui contractèrent la contagion en allant visiter par charité des malades ou des indigents. »

Dans un autre chapitre, Béthencourt signale encore l'hérédité possible du mal vénérien. « C'est un mal, dit-il, que les enfants peuvent présenter comme un héritage de leurs ascendants. »

Cette étiologie n'est-elle pas remarquable, surtout pour l'époque où elle était écrite ? Aux détails près, aurions-nous même aujourd'hui quelque amendement à lui faire subir ?

Il y a plus, — et nous entrons avec ceci dans le domaine de la clinique, — Béthencourt précise d'une façon très-formelle que les premiers phénomènes qui succèdent à la contagion vénérienne se manifestent toujours *au lieu même où cette contagion s'est exercée*. « Si la contagion, dit-il, résulte du commerce vénérien (ce qui est le cas de beaucoup le plus habituel), les premiers symptômes de la maladie apparaissent toujours sur les organes génitaux, où se produisent des ulcères virulents et sanieux... Si la maladie a été contractée d'une autre façon, indépendamment, par exemple, de tout rapport vénérien, des ulcères semblables se manifestent sur les parties qui ont été exposées à la contagion. C'est ainsi qu'on les voit se développer sur la bouche des nourrissons qui ont été infectés par leurs nourrices, etc... » Ainsi se trouvait édictée et formulée dès le seizième siècle cette grande loi de syphiliographie qui établit un rapport constant et nécessaire entre le siége de la contagion et celui des premiers phénomènes apparents de la maladie. On sait que cette loi a toujours été acceptée sans conteste, et si elle a manqué d'opposants, même dans notre siècle.

Poursuivant notre analyse d'après l'ordre chronologique observé par la maladie, nous rencontrons immédiatement une autre remarque non moins judicieuse. Notre auteur établit une distinction très-nette entre les premiers accidents de la maladie, résultats immédiats de la contagion, et les manifestations consécutives dérivant d'une

(1) Suite. — Voir le dernier numéro.

d'appréciable dans le cœur, périt subitement le trente-cinquième jour, dans un état syncopal.

Telles ont été les causes de décès constatées par M. Briquet chez les varioleux de l'ambulance de la rue de Clichy. Nous verrons, dans la prochaine Revue, les conséquences pratiques à en déduire.

Gastrotomie appliquée aux cas de kystes de l'ovaire, de tumeurs fibreuses et fibro-cystiques.

Nous avons dit, dans la Revue de samedi dernier (1), à propos des difficultés du manuel opératoire, que le chirurgien était quelquefois obligé de modifier sa ligne de conduite suivant que la tumeur à laquelle il avait affaire avait pris naissance dans l'utérus ou dans les régions voisines. Deux des opérées de M. Péan étaient dans le premier cas, une troisième se trouvait dans le second cas.

A. Tumeurs fibreuses ayant l'utérus pour point de départ.

Chez deux malades, les tumeurs étaient utérines, et voici comment l'opération fut exécutée. Tout d'abord l'incision des parois abdominales fut faite sur la ligne blanche, comme s'il se fût agi d'une ovariotomie. La longueur de cette incision fut grande; car, chez les deux malades, elle s'étendait du pubis à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Par ce moyen, la tumeur fut mise à découvert assez pour reconnaître qu'elle avait pris naissance dans l'utérus considérablement hypertrophié. A ce moment, on put également constater que le corps fibreux, bien qu'énorme, ne l'était pas assez cependant pour qu'il ne pût être attiré au dehors à travers la plaie faite aux parois de l'abdomen. M. Péan vit également qu'il n'y avait, avec les viscères abdominaux, aucune adhérence assez importante pour apporter, pendant ce temps de l'opération, de trop grandes difficultés.

« Notons néanmoins, en passant, dit M. Péan que nous laissons maintenant parler, que chez une de ces malades, les aides ne purent empêcher les anses intestinales de s'échapper au dehors, et que celles-ci, pendant quelques instants, furent exposées au contact de l'air.

Il ne restait plus alors qu'à détacher chaque tumeur des tissus qui la supportaient. Pour cela, nous passâmes au-dessous d'elles, et à travers les parties saines, une anse double en fil métallique, au moyen de laquelle nous fîmes, de chaque côté, grâce à l'ingénieux instrument inventé par le docteur Cintrat, une forte ligature. Elle fut exécutée assez solidement pour que la tumeur pût être détachée, sans danger d'hémorrhagie, du col de l'utérus et des tissus voisins qui servaient en quelque sorte de pédicule. Nous excisâmes ensuite du même coup les deux ovaires, les trompes et la plus grande partie des ligaments larges; et ceci fait, nous procédâmes ensuite, comme à l'ordinaire, à la toilette du péritoine et à la fermeture de la plaie faite aux parois de l'abdomen. Il est bien entendu que si, dans ces deux cas, la surface d'implantation des corps fibreux eût été moins large et moins vasculaire, nous eussions pu la détacher au moyen des clamps spéciaux dont nous avons parlé autrefois, et même cautériser au fer rouge les surfaces ainsi divisées. Toutefois nous n'eûmes pas recours à cette méthode, attendu qu'elle eût mis moins sûrement les malades à l'abri d'une hémorrhagie consécutive.

Nous avons dit tout à l'heure que, chez ces deux malades, nous avions pu facilement attirer la tumeur au dehors; il n'en est pas toujours ainsi. En effet, chez quelques femmes la tumeur peut présenter un volume tellement considérable que la plaie, de quelque étendue qu'on la suppose, ne soit pas encore assez grande pour permettre à la tumeur de sortir. On doit alors, sans hésiter, recourir au procédé dit de *morcellement*, que j'ai décrit assez longuement dans maintes circonstances pour qu'il soit inutile d'y revenir.

Nous allons voir maintenant que, chez la troisième malade, nous dûmes, pour extraire la tumeur, recourir à une autre méthode.

B. Tumeurs péri-utérines.

En effet, chez celle-ci, le siége de la tumeur était bien différent; aussi, nous eûmes à lutter contre des difficultés nouvelles et insurmontables pendant le cours de l'opération.

Pour bien découvrir la tumeur, nous fîmes, à la paroi abdominale, sur la ligne blanche, une longue incision, allant du pubis jusqu'au milieu de l'intervalle qui sépare l'ombilic de l'épigastre. Ceci fait, nous reconnûmes aussitôt que le volume de la tumeur était des plus considérables, et il fallut, pour l'attirer au dehors, exercer sur elle des tractions puissantes au moyen de fils métalliques passés d'avant en arrière, de façon à servir de point d'appui. Enfin, au moment où elle franchit les lèvres de l'incision, nous vîmes se produire une déchirure de 2 centimètres vers l'angle supérieur de la plaie.

Nous reconnûmes alors, en examinant de plus près cet énorme fibrome, que sa face antérieure était recouverte d'anses intestinales situées au côté droit, à l'union du tiers moyen avec le tiers supérieur, et que, de tous côtés, elle était sillonnée de vaisseaux artériels et veineux. Quelques-uns de ces derniers avaient même atteint une longueur considérable et acquis le volume du pouce. Ils occupaient surtout les parties supérieures et latérales de la tumeur.

Il s'agissait donc tout d'abord de détacher les anses intestinales de façon à les ménager et à leur rendre, autant que possible, la position qu'elles occupaient à l'état normal. Pour cela, je pratiquai sur la face antérieure de la tumeur, au niveau de sa partie moyenne, une incision cruciale intéressant à la fois le péritoine et le tissu cellulaire sous-jacent qui lui formaient une espèce de membrane enveloppante, et cela aussi loin que possible des anses intestinales. J'eus soin en même temps de respecter les gros vaisseaux; puis, passant les doigts au-dessous des couches divisées, je les décollai soigneusement à la surface de la tumeur sur laquelle ils adhéraient par un tissu cellulaire assez lâche.

Une fois les anses intestinales détachées, je les confiai à un aide, après les avoir recouvertes avec une serviette douce et chauffée à la température du corps, et je continuai la dissection de la tumeur. Toutefois, en raison du volume de la production morbide, il fallut, pour y parvenir, la couper par morceaux, et, pour opérer ce temps de l'opération, nous dûmes redoubler de précautions dans le but de ne pas provoquer une hémorrhagie, qui, d'ailleurs, était d'autant plus à redouter que le corps fibreux contenait, dans son épaisseur, plusieurs lacs séreux et sanguins dont quelques-uns avaient acquis le volume d'une orange.

Grâce à ce morcellement, toute la portion abdominale fut assez rapidement extraite, et nous pûmes attaquer les portions restantes qui remplissaient le petit bassin. Nous reconnûmes alors que celles-ci étaient solidement enclavées et qu'elles avaient refoulé contre les parois osseuses la plupart des organes contenus dans cette région. Néanmoins, nous n'hésitâmes point à détacher cette partie de la tumeur, comme nous avions fait de la précédente, et l'on conçoit que, pour y parvenir, nous dûmes redoubler de précautions, afin d'éviter la blessure des viscères et des nombreux vaisseaux qui l'entouraient.

Malgré toute la diligence que nous mîmes à pratiquer ces divers temps de l'opération, malgré toute l'habileté des aides qui nous secondaient, ce travail avait duré deux heures, pendant lesquelles l'utérus était resté exposé au contact de l'air. Malgré cette particularité, nous n'hésitâmes pas à le remettre dans le petit bassin en même temps que les anses intestinales, qu'il était non moins urgent de réintégrer dans la cavité abdominale.

D'après ce qui vient d'être dit, on peut voir que la tumeur n'avait pas de pédicule, et qu'elle occupait non-seulement le ligament large et le tissu cellulaire pelvien, mais encore qu'elle avait refoulé de toutes parts les organes abdominaux, en se coiffant du mésentère et de l'intestin grêle qui la recouvraient à la manière d'une enveloppe, au-dessous de laquelle lui arrivaient de tous côtés les vaisseaux nourriciers.

Quant à ceux-ci, un assez grand nombre d'entre eux, et plus spécialement les branches utéro-ovariques, avaient été coupés pendant le cours de l'opération. A ce niveau, nous avions placé sur eux des ligatures. Plusieurs raisons nous portaient à agir de la sorte : d'abord nous espérions pouvoir rétablir, par ce moyen, la continuité du sac péritonéal, en recouvrant toute la place laissée dans l'abdomen et le bassin par la tumeur, au moyen du péritoine et des organes qui avaient été détachés, et, au cas où la suppuration viendrait à se déclarer dans le tissu cellulaire sous-séreux, la localiser autant que possible; en outre, nous espérions, au cas où celle-ci surviendrait, qu'elle suivrait le trajet des ligatures attirées vers l'angle inférieur de la plaie faite aux parois de l'abdomen, et se déverserait dans le sac péritonéal.

Évidemment, le mode opératoire auquel nous avons eu recours était le seul rationnel, eu égard aux circonstances où nous nous sommes trouvé placé. Toutefois, nous redoutions qu'une opération aussi laborieuse et aussi longue (elle n'a pas duré moins de trois heures) ne fût plus dangereuse dans ses suites qu'elle ne le fut en réalité. La malade ne ressentit aucune souffrance, et, au bout de quelques jours, elle se trouva assez forte pour que toute crainte de dangers eût définitivement disparu. Néanmoins, vers le quinzième jour, elle fut prise d'une dysenterie violente qui régnait épidémiquement à cette époque. Nous eûmes le bonheur, grâce au traitement énergique aussitôt institué par M. le docteur Delzenne, médecin de la malade, de la voir traverser heureusement cette complication, qui eût pu lui devenir funeste.

En résumé, d'après ce que nous venons de dire sur les tumeurs fibreuses, on peut voir que le traitement chirurgical qui leur est applicable diffère essentiellement, suivant qu'elles prennent naissance dans l'utérus ou bien en dehors de cet organe. Dans le premier cas, leur ablation nécessite presque fatalement la perte de l'utérus en totalité ou en partie, aussi bien que celle de la plus grande partie des ligaments larges. Dans l'autre cas, au contraire, cet organe pourra être le plus souvent respecté. Par contre, l'ablation des tumeurs fibreuses utérines permettra plus facilement au chirurgien de se mettre en garde contre des hémorrhagies et des accidents consécutifs, et il n'aura pas besoin de prendre autant de précautions, soit pour maintenir au dehors la surface de section qui doit suppurer, soit pour combler le vide par la tumeur dans les cavités abdominale et pelvienne. »

(1) Voir la Revue clinique du 25 novembre et celle du 2 décembre 1871.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 29 novembre 1871. — Présidence de M. Dolbeau.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

La *Gazette des hôpitaux*, — l'*Union médicale*, — le *Gazette hebdomadaire*, — le *Montpellier médical*.

— Une lettre de M. Legouest, qui, retenu par un service militaire, demande un congé.

— M. Le Fort présente, de la part de M. le docteur Gustave Puel, quatre mémoires manuscrits, ayant pour titre : 1° *Plaie pénétrante du crâne par coup de feu chargé à plomb : mort*; — 2° *De l'amputation de jambe au-dessus du tiers supérieur, dans certains cas embarrassants qui paraissent exiger l'amputation de cuisse*; — 3° *Observation d'un cas de fracture du cartilage de la huitième côte droite*; 4° *Notice sur quelques appareils à panser provisoirement, sur le champ de bataille, les blessés de fractures des membres.*

M. Puel demande à être inscrit comme candidat au titre de membre correspondant (MM. Panas, Després, Lefort).

— De la part de M. le docteur Marquès, un mémoire intitulé : *Statistique sur les maladies et la mortalité dans l'armée portugaise.*

---

sorte d'infection humorale. Ainsi, dans un passage, après avoir parlé des «premiers ulcères qui succèdent à la contagion », il énumère les différents symptômes qui caractérisent ensuite le mal vénérien, tels qu'éruptions cutanées de formes diverses, douleurs, ulcérations, tumeurs, etc., et il spécifie très-catégoriquement que ces derniers phénomènes ne se produisent qu'à la suite des premiers, *ultérieurement, consécutivement*. Ailleurs encore, essayant de donner une définition de la maladie, il ajoute : « Le mal vénérien est une diathèse..., se révélant à son début par des ulcères qui se produisent soit sur les organes génitaux, soit sur les parties où la contagion s'est exercée, altérant ensuite les humeurs..., et se caractérisant alors par des éruptions, des tumeurs, des ulcères et des douleurs.»

Il va même plus loin, et, parmi les accidents consécutifs, il en distingue certains qui se produisent à *courte échéance* après les «premiers ulcères de contagion » (tels que les éruptions et les douleurs), et certains autres qui ne se manifestent qu'*après un temps assez long*, « lorsque la maladie est déjà ancienne, lorsqu'elle a vieilli ». Au nombre de ces derniers, il signale les lésions osseuses, les ulcérations profondes et destructives, les « irritations » du foie, l'affaissement du nez, les corrosions des fosses nasales et du larynx, l'œdème, les phénomènes de consomption et de cachexie, etc.... Nous nous servons d'autres termes aujourd'hui, nous médecins du dix-neuvième siècle; nous distribuons les accidents de la maladie en une série de périodes que nous appelons primitive, secondaire et tertiaire; mais, à la précision du langage près, disons-nous autre chose que ce qu'à trois siècles et demi de date disait ce vieil auteur?

Béthencourt, nous n'en pouvons douter, avait encore très-finement et très-judicieusement remarqué les modifications d'aspect que subit la maladie dans ses phases successives. Il dit dans un chapitre : « Plus le mal, dans son évolution, s'éloigne de son origine, plus il prend une *physionomie différente* de celle qu'il affectait à son début. » Et ailleurs : « Bien que les accidents qui se manifestent à une époque avancée du mal n'aient plus, si je puis ainsi parler, la *physionomie vénérienne*..., ils n'en reconnaissent pas moins pour cause et pour origine première le vice vénérien. »

Dans cet ordre d'idées, qui témoigne d'une observation clinique très-sagace, et, je puis dire, très-élevée, il va même jusqu'à soupçonner que les modifications qui s'opèrent dans la maladie par le fait de son évolution progressive peuvent atténuer le principe contagieux du mal... « ... Les accidents, dit-il, qui se produisent à une période avancée, semblent « *dépourvus de tout pouvoir contagieux*... Nous savons par expérience que des malades affectés de ces derniers accidents ont pu avoir rapport avec des sujets sains sans leur communiquer le moindre symptôme vénérien. »

Je demande au lecteur le plus impartial et le moins prévenu en faveur des anciens si ces aperçus divers sur l'évolution générale de la maladie, sur ses modifications d'allure à ses diverses périodes, sur l'atténuation progressive de son pouvoir contagieux, ne semblent pas écrits de nos jours, et s'ils feraient tache ou même anachronisme dans un traité moderne de syphiliographie.

Donc, ce qu'on pourrait appeler sans trop de prétention, je pense, la *doctrine* de Béthencourt, se résume en ceci :

I. Le Mal français est un mal *nouveau*; inconnu des anciens, il n'a paru en Europe que vers la fin du quinzième siècle.

II. C'est un mal *contagieux*, s'entretenant et se propageant par le fait d'une contagion. Il peut se transmettre par tout contact, mais son mode de transmission de beaucoup le plus commun est le commerce sexuel. C'est donc presque exclusivement un mal d'origine vénérienne, et, à ce titre, la dénomination de *mal vénérien* est celle qui lui convient le mieux.

III. C'est un mal transmissible de génération en génération par voie d'hérédité.

IV. C'est un mal à symptômes multiples et divers, *évoluant suivant un certain ordre chronologique*. De ces symptômes, les uns, *primitifs*, suivent de près l'acte contagieux, et consistent en ulcères qui se manifestent au lieu même où s'est exercée la contagion. Les autres, *subséquents*, consistent en éruptions, douleurs, ulcérations, tumeurs, etc.; et ceux-ci, susceptibles d'affecter tous les tissus, tous les systèmes, témoignent, par leur généralisation, d'un vice humoral *diathésique*, répandu dans tout l'organisme.

Bien que donnant à la maladie une allure et une physionomie très-variées, toutes ces manifestations, quelles qu'elles soient, ne reconnaissent pas moins pour origine une *cause unique*, le vice vénérien.

V. Enfin, il est à penser que la maladie, en vieillissant, *perd son pouvoir de transmissibilité contagieuse*.

Les considérations qui précèdent sont de nature, certes, à donner une haute idée de l'œuvre de Béthencourt. Malheureusement, en critique impartial, je dois reconnaître qu'elles constituent la partie la plus remarquable de cette œuvre. Nous venons, si je puis ainsi dire, d'écrémer ce petit livre. Ce qui nous en reste à analyser n'est plus au niveau des parties vraiment supérieures que nous avons parcourues. Çà et là, toutefois, nous aurons encore quelque bon grain à glaner et, chemin faisant, quelques remarques intéressantes à recueillir.

(*A suivre.*) Alfred Fournier.

M. Marquès demande à être inscrit comme candidat au titre de membre correspondant étranger.

— M. DEMARQUAY présente la thèse du docteur Emmanuel Larue, intitulée : *Des blessures des nerfs par armes à feu.*

— M. PANAS présente, de la part de M. le docteur Maurice Laugier, deux mémoires intitulés : 1° *De la grenouillette hydatique ;* 2° *Des kystes séreux de la région parotidienne.*

Fistules du testicule et de l'épididyme. — M. CHASSAIGNAC. Faire disparaître du traitement des suppurations testiculaires les moyens rigoureux, tels que l'amputation et l'emploi du fer rouge, en prouvant qu'on arrive à de meilleurs résultats par des moyens plus doux, et que l'emploi des moyens dits héroïques conduit à des conséquences pratiques regrettables, tel est l'objet du travail que je soumets au jugement de la Société de chirurgie.

La question des fistules tuberculeuses du testicule mérite une attention très-sérieuse. Elle ne saurait être traitée légèrement ou par à peu près, sans exposer à des fautes de pratique qu'il importe d'éviter.

Or, on ne peut se faire des idées nettes sur ce point, qu'en rapprochant, pour les comparer entre elles, toutes les fistules de la région testiculaire et en voyant ce qu'a été à leur égard la pratique de ceux qui nous ont précédés.

Ce rapprochement de fistules, d'origines différentes, doit être fait parce qu'il avertit de ne pas mélanger entre elles, à raison de leur similitude d'aspect, des fistules tuberculeuses et des fistules qui succèdent à de simples abcès, soit épididymaires, soit testiculaires.

Voici donc l'énumération des diverses suppurations qui peuvent donner lieu à des fistules occupant la région scrotale.

Ce sont, d'une part, des suppurations urinaires, dont nous n'avons pas à nous occuper en ce moment ; d'autre part : 1° des abcès tuberculeux du testicule ; 2° des abcès tuberculeux de l'épididyme ; 3° des suppurations testiculaires parfaitement enkystées ; 4° des suppurations testiculaires diffuses ; 5° des suppurations épididymaires non tuberculeuses ; 6° des fistules par suite de vaginalites suppurées ; 7° des fistules purement scrotales, suite de phlegmons des bourses ; 8° enfin, il peut se former, à la partie inférieure du scrotum et du testicule, des tumeurs gommeuses pouvant donner lieu à des fistules.

Aucune de ces maladies n'exige l'amputation du testicule.

Il y a eu, en cette matière, de véritables sinistres chirurgicaux ; on a enlevé des testicules parfaitement sains pour de simples abcès, susceptibles, quand ils sont bien traités, de laisser place à une guérison solide et au rétablissement des fonctions testiculaires. J'en citerai des exemples.

C'est en ne perdant pas de vue les causes de léthalité qui sévissent sur les sujets soumis à la castration, qu'on peut se faire une juste idée de la gravité des déterminations chirurgicales en pareil cas.

Le principal grief ne prend pas sa source dans l'ablation d'un organe en grande partie détruit et inutile, comme si les organes inutiles doivent jamais être sacrifiés sans motifs suffisants, le grief s'adresse à la section du cordon avec ses hémorrhagies, ses difusions purulentes, soit dans le scrotum, soit dans la région inguinale.

En outre, quand le cordon lui-même est tuberculeux, qu'en fait-on dans l'amputation ? Ces tubercules du cordon donneront pourtant lieu, eux aussi, à des suppurations qui deviendront fistuleuses. Que ferez-vous alors ? Vous ferez ce par quoi vous auriez dû commencer.

Mais, dit-on, quand on n'a pas été appelé d'assez bonne heure, les ravages sont devenus tels, qu'on a la main forcée dans le sens de l'amputation. Mais c'est précisément là ce qui accuse au plus haut degré l'utilité de procéder, dès le début et sans aucun sursis, aux moyens de canalisation. Un simple tube, placé dès l'origine, aurait prévenu ces désordres, qui s'engendrent les uns les autres.

Nous avons relevé six observations, toutes publiées, et où l'on voit que, le corps du testicule étant sain, l'ablation de cet organe a été pratiquée pour des accidents purement suppuratifs. N'est-il pas évident que, en présence de cas semblables ou analogues, chacun se dirait : Essayons d'abord de l'incision simple ; si elle ne suffit pas, ayons recours au drainage et n'abordons pas d'emblée l'*ultima ratio* de l'amputation avant d'avoir reconnu l'importance des autres moyens.

Encore un peu de patience, et vous verrez que, grâce aux concessions que nous feront nos adversaires, nous arriverons à modifier radicalement ce point de pratique, et ce qui, dans les cas de ce genre, restera supprimé, ce ne sera pas le testicule, mais bien la castration elle-même.

Si bien disposé que l'on puisse être en faveur des moyens rigoureux (je crois pouvoir appeler ainsi la castration et l'emploi du fer rouge, car on ne peut contester qu'ils appartiennent à cette classe de remèdes que dans les anciennes écoles on désignait sous le nom d'héroïques, quoiqu'il n'y ait là-dedans absolument rien d'héroïque), n'est-il pas de règle élémentaire, dans la pratique, de faire précéder l'emploi des moyens rigoureux par l'emploi des moyens doux ?

Une chose qui hâterait la conversion que nous voudrions voir s'opérer, ce serait la production d'une statistique exacte de la mortalité dans les castrations pour fistules tuberculeuses ; car, à moins de faire admettre que l'opération, dans les cas de ce genre, jouit d'une immunité particulière, il doit y avoir un certain nombre de cas de mort, et je n'en vois citer nulle part : c'est cependant là un élément qui importe dans la question.

Sans me permettre d'élever la moindre contestation à l'encontre des cas de guérison de fistules tuberculeuses par le cautère actuel, je tiens à dire les motifs qui m'éloignent de ce genre de traitement dans ma pratique.

1° En principe, je n'ai qu'une médiocre confiance dans ces procédés où, avec le fer rouge, on larde les tissus vivants. Ce sont toujours, passez-moi l'expression, des cautérisations à l'aveuglette, c'est-à-dire inconscientes en ce sens qu'on est toujours exposé à ce double écueil, ou d'atteindre des points qu'on voudrait ménager ou de ne pas toucher des points qu'on aurait le désir d'atteindre. Si du moins on préparait la voie au cautère par quelque dilatation préalable ; mais plonger le fer rouge d'emblée dans ces fistules épididymaires qui ont des anfractuosités labyrinthiques, c'est se mettre hors d'état d'atteindre les diverticules fistuleux.

2° Je reproche aux cautérisations pénétrantes du scrotum de donner lieu pendant la cicatrisation à un travail inodulaire, qui agit principalement à l'entrée de la fistule, et par conséquent sur le tissu cutané qui, plus que tout autre, est exposé à la rétraction cicatricielle, ce qui ferme la fistule à l'entrée, en laissant dans les parties profondes les éléments d'un nouvel abcès.

3° Enfin, la cautérisation pénétrante n'est, en définitive, qu'une brûlure, et j'ai remarqué que la brûlure du scrotum expose à l'érysipèle et à l'angioleucite, beaucoup plus que ne le font les brûlures dans d'autres régions du corps, à cause de l'humidité qui est permanente dans les brûlures de la région scrotale.

Ne pouvant reproduire ici les quinze à seize observations que je possède sur le traitement des fistules testiculaires et épididymaires, permettez-moi de représenter en une seule observation, très-écourtée, les résultats généraux de ma pratique sur ce point.

Le nommé Louis C..., 27 ans, mécanicien, entre à l'hôpital Lariboisière, le 30 mai 1863. Dès l'âge de 8 ans il avait eu un accroissement de volume de la bourse gauche par blessure en descendant d'un arbre. 18 ans après : fistule, traité en Algérie sans succès.

Entré à l'hôpital le 30 mai 1863, le 17 juin on procède au défoncement du cul-de-sac de la fistule et on place un tube.

Pas de symptômes inflammatoires : suppuration légèrement augmentée, puis réduite à rien. Sort de l'hôpital le 15 juillet 63. Cessation définitive de tout écoulement. Guérison parfaite vérifiée à la consultation.

Curling, dont le très-estimable ouvrage n'est pas au courant des idées actuelles sur la canalisation des fistules, a rapporté deux exemples de castration pratiquée d'emblée pour des cas de suppurations épididymaires dans lesquels, aujourd'hui, les partisans même les plus outrés de la castration n'oseraient pas recourir à la mutilation testiculaire.

J'ai dû mentionner, dans mon *Traité de la suppuration,* les deux exemples de castration cités dans l'ouvrage de Curling ; il en est un surtout, page 481 du tome II, dans lequel il s'agit de fistules épididymaires. L'observation se termine de la manière suivante : il y avait sur trois points de l'épididyme des collections de pus épais, et à la queue de cet organe une cavité suppurante, s'ouvrant par un trajet fistuleux à la partie inférieure du scrotum. *Le corps du testicule était complétement sain.*

Ce cas du testicule complétement sain, enlevé pour des abcès et fistules épididymaires, qui se guérissent par l'incision ou par les tubes, est rapporté par l'auteur qui fut témoin de cette mutilation, sans provoquer de sa part aucune réflexion et comme la chose du monde la plus simple.

L'ablation d'un testicule sain, faite pour de simples fistules, me paraît quelque chose de bien rigoureux, et la présentation d'une pièce de cette nature dans une assemblée de chirurgiens serait loin d'y trouver une approbation sans réserves.

La surprise de l'opérateur lui-même en pareille circonstance est dépeinte dans les observations avec beaucoup de naturel et même un peu de candeur, et il est difficile de ne pas démêler dans le langage du narrateur quelque chose qui touche au désappointement, alors même que le malade guérit, et s'il meurt des suites de l'opération, la surprise fait place à un sentiment pénible.

Je repousse, pour ma part, de la manière la plus formelle, l'extirpation du testicule dans les cas du genre de ceux rapportés par Curling, dans celui où il a été simple observateur, aussi bien que dans celui d'un capitaine de navire opéré par lui. (P. 482, t. II, *Suppuration.*)

Le drainage par des anses élastiques fenêtrées m'a conduit, dans des cas semblables, aux résultats les plus heureux, notamment sur un vieillard et sur un jeune homme qui, en 1857, se trouvaient dans mon service et dans la même division (salle Saint-Louis), à l'hôpital Lariboisière.

Sur ces deux malades qui, à ma prière, sont revenus me voir plusieurs fois à la consultation, j'ai été à même de constater la solidité de la guérison.

Voici quel est le mode d'installation du tube à drainage : on sonde aussi profondément que possible le trajet de la fistule, au moyen du poinçon retourné d'un trocart à drainage. Aussitôt que l'instrument est arrêté par le cul-de-sac de la fistule, on retire le poinçon mousse, on le renverse, présentant sa pointe, et on le réintroduit dans la canule, qui a été laissée sur place, là où l'a conduite l'exploration.

La pointe de l'instrument étant libre, on la fait sortir à travers les téguments en perforant, par conséquent, d'outre en outre, le fond de la fistule.

L'anse à drainage est alors établie, nouée par ses deux bouts, recouverte de cataplasmes. Des bains sulfureux sont donnés tous les deux jours, et l'on prescrit un traitement approprié à la nature de la lésion générale, à laquelle on a des raisons de croire que la fistule doit son origine.

(*A suivre.*)

CORRESPONDANCE

Un de nos confrères avait l'habitude d'expédier comme *simple avis*, au taux des imprimés et circulaires, etc., une petite lettre imprimée. S'étant vu refuser le bénéfice de la taxe des imprimés, ce confrère nous avait prié d'éclaircir cette difficulté.

Voici la réponse que nous adresse l'Administration des postes :

DIRECTION GÉNÉRALE DES POSTES.

Paris, le 28 novembre 1871.

Monsieur,

Vous m'avez fait l'honneur de me communiquer un avis imprimé ainsi conçu :

« Veuillez, je vous prie, venir régler ce que vous me devez dans la quinzaine. »

Et vous m'avez demandé s'il pouvait circuler sous bandes, au taux du tarif des imprimés, circulaires, prospectus, etc.

Cet avis constitue une véritable correspondance personnelle, ne pouvant circuler qu'au prix de la taxe des lettres.

Vous trouverez la confirmation de cette interprétation dans les deux arrêts de la cour de cassation et de la cour d'appel dAmiens, dont je vous transmets ci-joint le texte.

Agréez, Monsieur, l'assurance de ma considération très-distinguée.

Pour le Directeur général des postes, député,

L'Administrateur,

A...

Les imprimés ayant le caractère de correspondance ne peuvent être expédiés affranchis au taux du tarif réduit, sans qu'il en résulte une contravention. — Arrêts de la cour de cassation et de la cour d'appel d'Amiens.

L'exécution des dispositions de la loi du 25 juin 1856, en vertu desquelles les imprimés ayant un caractère de correspondance ne peuvent jouir du bénéfice de la modération de taxe, donne souvent lieu à des réclamations mal fondées de la part des particuliers. Malgré la jurisprudence établie à cet égard, une partie du public se refuse à admettre qu'il puisse y avoir contravention dans le fait d'affranchir à prix réduit un avis complétement imprimé, alors même qu'il tiendrait lieu d'une lettre personnelle.

Cette doctrine vient cependant de recevoir une consécration nouvelle de deux arrêts, l'un de la cour de cassation et l'autre de la cour d'appel d'Amiens, dont le texte est reproduit ci-après et qui ont été rendus dans les circonstances suivantes :

M. D..., notaire à W..., était dans l'usage d'expédier, au prix d'affranchissement des imprimés ordinaires, des avis imprimés par lesquels il invitait ses débiteurs à s'acquitter envers lui. Des procès-verbaux de contravention ayant été rapportés à cette occasion, l'Administration fit offrir au contrevenant une transaction qui ne fut pas acceptée.

Le tribunal correctionnel de Cambrai, saisi de l'affaire, a condamné M. D... à 16 francs d'amende et aux dépens, dans son audience du 27 janvier 1870.

Sur l'appel interjeté par M. D..., ce jugement fut infirmé par un arrêt de la cour de Douai du 8 mars suivant. Mais la cour de cassation a annulé cet arrêt dans son audience du 14 juillet 1870.

Voici le texte de l'arrêt de la Cour de cassation :

« La Cour,

« Ouï le rapport de M. Saint-Luc-Courborieu, conseiller ; les observations de Mᵉ Fournier et de Mᵉ Léon Clément, avocats en la Cour, et les conclusions de Mᵉ Bédarrides, avocat général ;

« Statuant sur le pourvoi du procureur général près la cour impériale de Douai ;

« Vu les mémoires joints au dossier ;

« Vu les articles 4 et 9 de la loi du 25 juin 1856 ;

« Attendu que H. D..., notaire à W..., avait été traduit en police correctionnelle pour avoir contrevenu aux articles 4 et 9 de la loi du 25 juin 1856, en affranchissant au prix réduit de 1 centime par exemplaire, réservé aux circulaires, des lettres individuelles et adressées sous bandes, par la voie de la poste, à divers débiteurs en son étude ;

« Qu'il résulte des procès-verbaux régulièrement dressés par les receveurs des postes aux résidences de Cambrai et de Carnières, et des constatations de l'arrêt attaqué, que ces imprimés renfermaient un avis ainsi conçu : « Monsieur, je vous prie de faire payer sous « huitaine, en l'étude, ce que vous devez.

« Recevez mes salutations empressées.

« D..., notaire. »

« Attendu que cet écrit n'est pas une de ces circulaires générales, par leur formule et leur objet, auxquelles l'article 4 de la loi du 25 juin 1856 a réservé un tarif de faveur, pour donner satisfaction aux nouveaux besoins du commerce et de l'industrie ;

« Que ces imprimés renferment, sous les apparences d'une circulaire, des lettres exclusivement personnelles à chacun des destinataires ; que ces lettres se réfèrent à des rapports individuels, à certaines affaires traitées dans l'étude du notaire D..., et qui auraient produit au profit de ce dernier les créances particulières dont il réclamait le payement à chacun des destinataires ; que la dette de ceux-ci était distincte et spéciale comme l'objet même auquel elle se rapportait ;

« Attendu que la loi de 1856 n'a pas modifié celle du 20 mai 1854, relativement au tarif établi pour les correspondances personnelles ; qu'elle a, au contraire, protégé les intérêts du Trésor contre les fraudes qui auraient pu être tentées pour appliquer aux correspondances individuelles le tarif réduit destiné aux circulaires ayant un caractère de généralité ;

« Que, pour atteindre ce but, l'article 9 de la loi du 25 juin 1856 a considéré comme une contravention passible de peines correctionnelles le fait de tracer à la main, sur des circulaires, des mots autres que la date et la signature, ou d'insérer dans des imprimés ou paquets d'imprimés des lettres, des notes ayant le caractère de correspondance personnelle ou pouvant en tenir lieu ;

« Que si l'arrêté ministériel du 9 juillet 1856, pris en exécution de l'article 10 de la loi du 25 juin de la même année, autorise l'inscription à la main de mots autres que ceux susindiqués, cet arrêté contient la condition expresse que ces inscriptions ne contiennent aucun indice de correspondance personnelle ;

« Attendu qu'il résulte du texte des articles 4 et 9 combinés de la loi de 1856 et des éléments d'élaboration qui l'ont précédée, que l'article 9 de cette loi considère comme une contravention et punit comme telle le fait d'affranchir au prix réduit et de transmettre par la voie de la poste des imprimés qui, soit par suite de lettres ou notes insérées, soit à raison du contenu même de ces prétendues circulaires, sont en réalité des correspondances personnelles soumises à la taxe ordinaire fixée par la loi de 1854 ;

D'où il suit qu'en relaxant D... des poursuites dirigées contre lui, la cour impériale de Douai a faussement interprété et appliqué, et par suite violé, les articles 4 et 9 de la loi susvisée ;

« Casse et annule l'arrêt rendu par la cour impériale de Douai, chambre des appels correctionnels, le 8 mars 1870 ; et, pour être

statué conformément à la loi sur l'appel interjeté par le prévenu du jugement correctionnel du tribunal de Cambrai, en date du 29 janvier dernier, renvoie la cause et le prévenu D... en l'état où il se trouve, et les pièces de la procédure, devant la cour d'Amiens, chambre des appels de police correctionnelle, à ce déterminée par délibération prise en la chambre du conseil;

« Ordonne, etc. »

Arrêt de la cour d'Amiens du 17 mars 1871.

« Attendu que la division fondamentale en matière de correspondance repose sur l'essence et le caractère des communications, et non sur le mode et la forme du moyen employé;

« Qu'ainsi, au regard de la poste, suivant l'esprit que révèlent les dispositions législatives, il faut distinguer entre les correspondances privées, c'est-à-dire de particulier à particulier, généralement secrètes de leur nature, s'opérant dès lors par lettres fermées, et les communications faites par un particulier au public ou à une généralité d'individus, s'effectuant ordinairement par voie d'imprimés;

« Que la loi du 25 juin 1856, évidemment conçue en ce sens, ainsi que l'indique bien l'article 9, assujettit à la taxe générale tout ce qui a le caractère de correspondance privée, quelle qu'en soit la forme, et n'accorde de taxes réduites qu'aux communications spécifiées notamment aux articles 1 et 4, qui recherchent essentiellement la publicité, et cela pour favoriser, dans l'intérêt général, la diffusion des lumières et les rapports entre les producteurs et les consommateurs;

« Attendu, dès lors, que c'est par une fausse interprétation de la loi que le notaire D... veut faire considérer comme rentrant dans la classe des avis divers indiqués en l'article 4 parmi les circulaires, prospectus, prix courants avec ou sans échantillons, les imprimés dont il s'agit au procès;

« Que ceux-ci, en effet, ne s'adressent pas au public en général ou à une fraction du public, pas même à sa clientèle en masse pour une cause pouvant l'intéresser, mais nominativement à chacun de ceux qui ont des dettes à acquitter à son étude, et dont quelques-uns auraient pu être blessés de recevoir pour pareil objet une lettre de rappel non cachetée;

« Que c'est donc avec raison, au contraire, que l'Administration des postes, reconnaissant l'abus que l'on faisait des facilités que, dans un certain ordre de vues, a concédées l'article 4 de ladite loi, a, dans l'intérêt des finances de l'État, cherché à le réprimer en exerçant la poursuite actuelle, basée avec droit sur l'article 9 de la même loi, ainsi que l'a décidé l'arrêt de renvoi;

« Adoptant, au surplus, les motifs des premiers juges,

La Cour

« Met l'appellation à néant, ordonne que ce dont est appel sortira son plein et entier effet, et condamne D... aux dépens, etc. »

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La Société des médecins des bureaux de bienfaisance tiendra sa prochaine séance le mercredi 13 décembre, à 8 heures précises du soir, à la mairie du Louvre, place Saint-Germain-l'Auxerrois.

Ordre du jour : 1° Élection des membres du bureau pour l'année 1872; — 2° Rapport de M. Guilbert sur la candidature de M. Boucard; — 3° Communication de M. B. Coizeau.

— A céder de suite : clientèle médicale dans Seine-et-Oise. — S'adresser à M. Langlois, 23, rue de Clichy, de huit heures à onze heures du matin.

AVIS

Nos souscripteurs dont l'abonnement est expiré sont instamment priés d'envoyer le prix de leur renouvellement en un mandat-poste à l'ordre du directeur, *avant* le 20 décembre.

Ils s'épargneront ainsi le désagrément de payer les frais de recouvrement nécessités par la traite que nous serions contraints de tirer sur eux, frais de recouvrement qui leur sont complétement à charge, sans que nous ayons intérêt à les leur faire supporter.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments ou autres objets).

Revue photographique des hôpitaux de Paris, par de Montméja et Bourneville. Mois d'août 1871, avec photographies et figures dans le texte. — Prix du numéro : 2 francs.

De la tuberculose péritonéale, étudiée principalement chez l'adulte (anatomie pathologique et forme clinique), par le docteur Constantin Pétrasu. In-8°. — Prix : 2 francs.

Des accidents convulsifs dans les maladies de la moelle épinière, par le docteur Haloppeau. In-8°. — Prix : 2 francs.

Étude expérimentale et clinique sur l'alcoolisme (alcool et absinthe), épilepsie absinthique, par le docteur Magnan, médecin de l'asile Sainte-Anne. In-8°. — Prix : 1 fr. 50.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois. . . 8 fr 50 c.
Six mois. . . . 16 —
Un an. . . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 11 décembre 1871.

« Il faut avoir fait partie des conseils et des commissions de sociétés de secours ou avoir été initié à toutes les confidences que reçoivent journellement les organes de la publicité scientifique et médicale pour savoir ce qu'il y a de souffrances inconnues, de misères navrantes, de déceptions amères, dissimulées sous les faux semblants d'une position aisée et quelquefois en apparence enviable. Mais s'il en est trop souvent ainsi d'une carrière où le travail et le sacrifice sont loin de trouver toujours leur rémunération, combien ces misères ne sont-elles pas plus poignantes encore et plus dignes de pitié, lorsqu'une mort prématurée, qui n'est souvent elle-même que le fruit amer du travail et du dévouement, vient à les faire peser de tout leur poids sur une veuve et sur des enfants réduits à l'indigence ! »

Lorsque notre bien cher ami, le docteur Brochin, écrivait ces lignes, triste écho de nos douloureuses conversations, il exprimait, de la manière la plus vraie et la plus saisissante, l'idée qui avait donné naissance aux associations de secours mutuels.

I

En 1833, un homme dont le nom restera toujours le symbole du dévouement sincère aux intérêts de la profession, Orfila, avait créé sa belle association des médecins de Paris. Cette association eut la gloire, après quelques années d'existence, de voir un grand nombre de sociétés locales se former et reproduire plus ou moins, dans leurs statuts, l'esprit de la première association de secours mutuels de France.

Les services rendus par la Société Orfila furent considérables; considérables au point de vue des secours donnés ; considérables au point de vue de la défense des intérêts professionnels. Orfila croyait à son œuvre. Lors de sa célèbre donation, faite de son vivant, et dont bénéficiaient et la Faculté, et l'Académie de médecine, et l'École de pharmacie, il n'eut garde d'oublier l'Association des médecins de Paris.

II

Les associations commençaient à devenir nombreuses lorsqu'un de nos confrères de Bordeaux eut l'idée de réunir en un faisceau ces diverses associations. Faire de l'association des médecins de Paris une sorte de centre, auquel viendraient aboutir tous les efforts dispersés, telle fut l'idée — croyons-nous — de M. Jeannel. Cette idée était excellente ; c'était en quelque sorte une fédération des sociétés, une défense mutuelle, un mutuel appui tant au point de vue financier qu'au point de vue moral. L'Association des médecins de la Seine — par des raisons que nous n'avons pas à juger — prit la détermination de refuser. L'événement semble lui avoir donné raison.

Cette tentative ayant échoué, on décida de relier purement et simplement les diverses sociétés locales entre-elles, de créer à Paris une société centrale, et de donner à tout cet ensemble un conseil général. La création d'une société centrale à Paris était destinée à grouper les confrères de la marine, de l'armée de terre, et ceux enfin qui n'avaient point de société locale dans leur département. Si cette société centrale avait eu pour but de grouper nos confrères de la marine et de l'armée, on n'aurait pu qu'applaudir à cette création ; mais elle avait un grave inconvénient, elle faisait en même temps appel au corps médical de Paris, si heureusement appuyé jusque-là sur la Société-Orfila. Il fallait donc faire un choix, ou, si on n'entendait considérer l'association que comme *société d'assurances*, adhérer à la nouvelle association, sans quitter l'ancienne. En tout état de cause, c'était élever autel contre autel, et en définitive faire acte de mauvaise confraternité, ou, si l'on veut, de rivalité et de concurrence. Bien des refus d'entrer dans l'Association générale ne reposent que sur ce sentiment.

III

Ce fut le 30 octobre 1858 que l'Association générale fut déclarée vivante.

Treize années se sont écoulées ; qu'a-t-elle produit ?

« Si au point de vue matériel, nous écrit un honorable confrère de l'Association générale, notre société de secours mutuels n'a rien fait (ce qui n'est pas surprenant avec une cotisation annuelle de 12 francs), elle a déjà, au point de vue moral et confraternel, donné des résultats aussi heureux qu'inattendus dans les départements où elle fonctionne depuis plusieurs années. »

Nous remercions notre confrère de reconnaître que « toujours » il nous a trouvé « sérieux et conciliant, et même assez bienveillant pour l'Association » ; et comme ce confrère s'étonne de nous voir traiter un peu sévèrement la question pendante, nous allons essayer de lui expliquer ce que nous avons à cœur de bien lui faire comprendre.

Et d'abord, moins sévère que notre bienveillant correspondant, nous ne dirons pas : « l'Association générale n'a rien produit au point de vue matériel. »

Nous dirons, au contraire : cette association a eu une idée très-heureuse, qui peut devenir féconde, — c'est la création de la Caisse centrale. Cet appui, que l'ensemble des sociétés locales peut offrir à un moment donné à une société sœur, est d'un très-bon effet. La Caisse centrale n'a eu à fournir que 16,000 francs depuis sa mise en action ; c'est peu de chose assurément, mais il y a eu là une satisfaction heureusement donnée à un besoin réel. De là à s'extasier sur une somme de 150,000 francs versée en secours depuis la création de l'œuvre, il y a loin ; surtout si l'on a présent à l'esprit que l'Association générale a treize ans d'existence et 94 sociétés locales. C'est une des regrettables exagérations de la circulaire.

Il eût été préférable cependant que cette circulaire n'allât pas plus loin dans l'énumération de ses bienfaits ; car mentionner des bureaux de tabac, de poste, de papier timbré, ou même des bourses dans les lycées, c'est trop oublier que ces divers bienfaits n'ont rien coûté à l'Association, puisqu'ils sont tous œuvres de *faveur*.

La *Caisse des pensions viagères* nous semble, dans l'état actuel des choses, une illusion. Le Conseil général ne semble pas partager cette illusion ; il ne dépend pas de lui de faire une chose impossible, mais il était de son devoir de prémunir les sociétaires contre une idée fausse. Douze pensions de 1,200 francs en janvier 1878 ! — car nous n'osons regarder en face ce droit à mourir de faim qui se cache derrière une pension de 600 fr.

Sous le rapport matériel, l'Association générale n'a pas tenu et ne pouvait pas tenir son programme ; — c'est le danger qui se lie à toute promesse immodérée.

IV

L'Association générale avait pour but la protection de ses membres. Les a-t-elle protégés?

Trop! — dit un des membres les plus autorisés de l'Association.

Expliquons-nous. L'Association générale, reprenant et continuant l'œuvre de l'Association-Orfila, a poursuivi, quelquefois avec succès, certaines questions qu'il importait au corps médical d'éclairer. Mais, tout en lui rendant cette justice, nous avons le regret d'ajouter que le mouvement directeur a toujours eu un côté si personnel, si exagéré, que bientôt les protestations se sont élevées. Nous lisons aux statuts que chaque société locale a sa liberté d'action propre ; elle peut, pour ses intérêts particuliers, tout ce qu'elle veut ; les intérêts généraux sont seuls soumis à l'action du Conseil général. Voilà la théorie; la pratique est-elle aussi nette ? nous ne le pensons pas, si nous nous en rapportons à la demande que nous faisait encore récemment une Société locale, désireuse de savoir si la révision des statuts donnerait enfin satisfaction à la *décentralisation* de l'Association générale.

Nous voulons bien être protégés, mais pas trop. Nous entendons rester maîtres de nos mouvements, ne pas recevoir, sous prétexte de conseil, un mot d'ordre. Vous dites ne pas vouloir nous conduire, et vous nous *embrigadez!*

Le corps médical était le corps le plus indépendant ; il ne veut pas aliéner sa liberté.

Ce sentiment est exagéré, dira-t-on ; peut-être, mais en tout cas il vous faut compter avec lui.

Le Conseil général ne représente pas les associés ; il s'éternise. Que le vote universel règne sans conteste dans votre association, que chaque élection donne un pouvoir limité à deux ans ou trois au plus ; que nul ne soit rééligible, et vous verrez les idées se renouveler, l'activité grandir ; vous ne considérerez plus alors les opposants comme des ennemis. L'Association ne sera plus votre chose, mais la chose du corps médical.

V

Le but moralisateur de l'Association est le but que vous avez le moins atteint. C'est celui qui nous préoccupe le plus.

De l'argent, on en trouve toujours pour une bonne action.

La protection de nos intérêts se fait chaque jour. L'Association générale n'en est pas seule dispensatrice.

Mais le but moralisateur serait sans contredit le but le plus élevé de l'Association, s'il était vraiment et dignement compris.

La circulaire a-t-elle bien pris le chemin pour assurer son action moralisatrice ? Dire « quand dans un département ou

---

FEUILLETON

NOUVEAU

CARÊME DE PÉNITENCE

ET

PURGATOIRE D'EXPIATION

À L'USAGE DES MALADES AFFECTÉS DU MAL FRANÇAIS OU MAL VÉNÉRIEN

Par Jacques de Béthencourt (1).

(1527)

Des manifestations aussi multiples que diverses qui composent la symptomatologie de la syphilis, un certain nombre se trouvent signalées dans l'ouvrage de Béthencourt ; et ce nombre est plus considérable qu'on ne serait tenté de le croire, eu égard d'abord à l'époque où écrivait ce vieil auteur, eu égard ensuite et surtout à la liaison souvent délicate et difficilement appréciable de certaines déterminations du mal français avec la cause originelle dont elles dérivent.

Nous trouvons mentionnés tout d'abord par Béthencourt les symptômes les plus essentiels de la maladie, ceux qui, suivant de près la contagion ou lui succédant à assez court intervalle, ne pouvaient être méconnus dans leur nature, comme aussi ceux que leur caractère de lésions apparentes, visibles ou tangibles, rendait facilement saisissables. Citons, comme tels : les *ulcères primitifs* des organes génitaux, résultats immédiats de la contamination vénérienne; — les *éruptions*, désignées à cette époque sous le nom générique de pustules (*pustulæ*), variables d'aspect, de coloration, d'étendue, de durée, etc.; — les *douleurs*, remarquables à double titre, par leur intensité et par leurs exacerbations nocturnes; douleurs susceptibles de localisations diverses, occupant tantôt les masses charnues, le parenchyme musculaire (*myosalgies*), tantôt les troncs nerveux (*névralgies*), etc.; — des *ulcérations* superficielles et légères des muqueuses (muqueuses de la bouche, du palais, de la luette, de la gorge, voire même du larynx); — des ulcérations plus creuses et plus graves, de mauvais aspect, dites *cacoëthes*, susceptibles de s'étendre parfois et de dégénérer en *estiomènes*, pour labourer et détruire des organes importants, tels que le nez, les fosses nasales, le larynx, le pharynx, la verge même tout entière, etc.; — des *tumeurs* plus ou moins volumineuses, indolentes, dépourvues de tout caractère inflammatoire, mais non moins disposées à se ramollir, à se convertir en abcès, puis à s'ouvrir, et finalement à dégénérer en ulcères rebelles et malins (nous reconnaissons là ce que nous appelons aujourd'hui les tubercules ou les gommes syphilitiques); — des *lésions osseuses*, imputables à la carie ou à la nécrose, et exigeant, pour guérir, l'emploi de la rugine, etc., etc.

Mais ce qui est plus fait pour nous surprendre, c'est de rencontrer dans ce petit opuscule une mention, même incomplète, de certains accidents *viscéraux* de la syphilis. Béthencourt exprime d'une façon très-positive l'opinion que le mal vénérien, parvenu à une époque assez avancée de son développement, peut *s'attaquer aux organes intérieurs*, aux parenchymes, aux viscères. Il indique même d'une façon assez juste quels sont ceux de ces organes qui sont le plus souvent ou le plus rarement affectés. « Il est rare, dit-il, que le mal affecte les cartilages, les tendons et les ligaments. Fréquemment, au contraire, il s'attaque aux nerfs et aux parties membraneuses, plus fréquemment encore à la trame charnue des muscles... Certains parenchymes, tels que la rate, les reins, les poumons, la trame graisseuse, n'ont que très-peu d'affinité avec ce mal, qui les épargne le plus communément... Le cœur n'est que rarement atteint, ou ne l'est que dans les derniers temps de la maladie... Le foie, au contraire, est, après le cerveau toutefois, le viscère le plus fréquemment affecté, parce qu'il est de nature humide et parenchymateuse.... Il devient alors *squirreux* (ce qui signifie pour notre auteur : dur, fibreux, lardacé. — Soit dit incidemment, on voit par ce passage que la cirrhose syphilitique a été connue et mentionnée de longue date)... On a observé encore des corrosions et des destructions du larynx, des ulcérations de la trachée et des poumons... Enfin, en certains cas, il se produit de l'œdème, des phénomènes de consomp-

(1) Fin. — Voir les numéros des 7 et 9 décembre 1871.

dans un arrondissement tous les médecins honorables feront partie de l'Association », n'est-ce pas déjà aller à l'encontre de ce que vous voulez ? Obtiendrez-vous jamais le concours de *tous les médecins honorables ?* Et jusqu'à cet heureux résultat, que voulez-vous que pensent de cette invitation *forcée* les médecins honorables qui ne sont pas encore touchés de la nécessité d'entrer dans votre Société ?

« Les mœurs professionnelles se sont sensiblement améliorées ; l'esprit de confraternité est en progrès. » Est-ce en France qu'il vous a été donné de vérifier ce fait si désirable ?

VI

En résumé, l'idée de l'Association générale est bonne, et nous l'avons encouragée au début ; mais son application a été faussée et ne représente pas ce qu'elle s'est proposé de représenter.

L'Association générale doit être une fédération, et non une coterie dirigeante.

Tous les officiers de l'Association doivent être élus par leurs coassociés ; les fonctions ne doivent pas dépasser une période de 2-3 ans ; ils ne doivent pas être rééligibles.

L'Association a un beau rôle moralisateur à remplir : elle doit appui au faible et lutter contre les oppressions.

Qu'elle inscrive sur son programme et qu'elle proclame :

Que tous les docteurs sont égaux devant leur diplôme ;

Que nul ne peut, sans forfaire à l'honorabilité, solliciter une fonction rétribuée ;

Que nul ne peut accepter une fonction rétribuée sans avoir, par des épreuves publiques, justifié la situation particulière qu'il ambitionne ;

Que nul ne pourra cumuler des fonctions rétribuées ;

Nous verrons alors un peu moins de fortunes scandaleuses et de souffrances imméritées.

L'Association générale demande à chacun un avis sur sa situation. Nous le donnons, un peu tard ; mais la faute est au Conseil général qui, sachant ses statuts mauvais, a eu l'imprudence de venir solliciter nos adhésions, quand il était si naturel de faire d'abord sa révision, puis de solliciter les adhésions. Comment voulez-vous que, sans savoir sur quoi porte votre révision, nous venions adhérer à des statuts que vous jugez vous-mêmes devoir être révisés ?

Partisan déclaré des sociétés locales, nous ne protestons que contre la centralisation.

Que l'Association générale soit *confraternelle*, c'est son premier devoir.

Aujourd'hui *opposant*, mais non *ennemi*, nous attendons la révision des statuts ; nous désirons vivement que les idées de *justice* triomphent, car on nous verra défendre alors avec ardeur ce que notre conscience nous condamne à blâmer actuellement.

Dr E. Le Sourd.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. Bouchut.

Thérapeutique du croup.

Depuis un mois il y a une grande recrudescence du croup à Paris et dans les hôpitaux. Après avoir été longtemps sans avoir l'occasion d'en admettre, l'hôpital des Enfants, qui n'en avait reçu qu'un seul cas en octobre, en a admis quinze dans le courant de novembre.

Plusieurs de ces cas sont entrés dans mon service. J'en ai guéri quelques-uns arrivés à la période d'anesthésie, et pour lesquels la trachéotomie a dû être pratiquée sur-le-champ. J'ai vu un cas qui, en raison de l'âge de 15 mois et d'une pneumonie concomitante, a dû être abandonné à lui-même.

Enfin, j'en ai vu un exemple très-intéressant dans lequel le croup, au commencement de la 3e période, dite d'asphyxie ou d'anesthésie progressive, a été guéri par l'émétique à haute dose.

Comme cette médication, jadis vantée avec raison par les praticiens, a été fort décriée malgré ses succès, il m'a paru utile de citer l'exemple qui vient de se présenter dans ma clinique, pour indiquer quel doit être le mode d'emploi de l'émétique dans le croup.

Quand l'émétique est bien employé, il ne produit pas d'accidents. Il n'épuise pas les enfants ; il ne détermine pas les accidents cholériformes que l'on connaît sous le nom de choléra stibié.

Quand on veut prescrire le tartre stibié dans le croup, la première chose à faire, c'est de défendre qu'on donne beaucoup à boire aux enfants. — En effet, les boissons données après l'émétique dénaturent son action. — Elles changent son effet vomitif en effet purgatif, et font ce qu'on appelle de l'*émétique en lavage*. — D'autre part, il faut nourrir les enfants avec des potages assez épais.

Avec ces précautions de nourrir l'enfant avec des soupes demi-épaisses et de supprimer les liquides, le tartre stibié est parfaitement supporté. Il fait vomir sans fatiguer et ne purge pas, ou ne provoque qu'un petit nombre de selles. Les superpurgations dépendent toujours d'une infraction à ces règles, et chacun peut les éviter.

Le tartre stibié peut donc, dans le croup, n'avoir aucun inconvénient ; cela dépend presque de ceux qui l'emploient.

Chez l'enfant dont je parle, et qui n'avait que 6 ans, j'ai donné deux jours de suite *dix* centigrammes de tartre stibié, qui n'ont produit que des vomissements et pas de diarrhée. L'enfant a pu manger et se soutenir ; elle n'en a éprouvé aucun effet dépressif et d'épuisement.

Sous l'influence du médicament, elle a rejeté le large lambeau de fausse membrane qui l'étouffait, qui avait déjà provoqué des accès de suffocation, qui favorisait l'accumulation du gaz carbonique dans le sang et l'anesthésie, enfin pour l'extraction duquel il aurait fallu faire la trachéotomie.

C'est un résultat très-beau et très-favorable. Il n'a rien que de très-vulgaire, je le sais, pour ceux qui traitent les deux premières périodes du croup par l'émétique, mais il n'en mérite pas moins d'être indiqué.

Voici d'ailleurs le texte même de l'observation.

Observation. — *Croup ; tartre stibié, dix centigrammes ; rejet de fausses membranes ; guérison en trois jours.*

Octavie M..., âgée de 6 ans, entrée au n° 1 de la salle Sainte-Catherine, le 24 novembre 1871, sortie le 3 décembre.

Cette enfant, malade depuis trois jours, avait un peu de toux à laquelle on ne fit pas attention. Puis la toux devint un peu plus extraordinaire, rauque, et la voix parut modifiée. Son médecin déclara qu'elle avait le *croup*, prescrivit de l'ipécacuanha pour faire rejeter l'exsudat croupal qu'il avait vu dans la gorge.

Malgré cette médication, la respiration devint pénible et sifflante, la toux tout à fait rauque et déchirée, il y eut des accès de suffocation, et l'on amena l'enfant à l'hôpital.

L'interne de garde prescrivit une potion, et l'enfant resta ainsi jusqu'au lendemain.

A mon arrivée, je trouvai l'enfant très-agitée, assise et ne pouvant se coucher ; sa respiration était sifflante, accompagnée d'un grand effort diaphragmatique. La toux et la voix étaient éteintes. L'air ne pénétrait presque plus dans la poitrine, car on n'entendait pas le murmure vésiculaire dans le dos, bien que la résonnance fût normale.

Le visage était rouge, inquiet, un peu cyanosé aux lèvres, et il y avait un commencement d'anesthésie.

Peau chaude et sèche ; pouls 120 ; urines chargées de sels précipités par la chaleur et dissous avec effervescence à l'aide d'une goutte d'acide.

Je prescrivis dix *centigrammes d'émétique,* à prendre en deux fois dans une petite quantité d'eau de *soixante* grammes : trois potages.

L'enfant vomit, n'eut pas de diarrhée et rejeta un lambeau de fausse membrane épaisse, grisâtre, résistante. Ce fragment, large de 2 centimètres et long de 5, venait évidemment de la trachée.

Lendemain 26. L'enfant respire plus facilement et sans bruit. Sa toux est plus grave et plus forte, mais sa voix reste éteinte. La résonnance de la poitrine est bonne et le murmure respiratoire vésiculaire un peu plus fort qu'hier.

Peau chaude ; pouls 112 : *dix* centigrammes d'émétique, trois potages.

Le lendemain 27, la respiration est tout à fait libre et le murmure vésiculaire tout à fait normal.

L'enfant joue sur son lit et paraît fort gaie ; elle tousse peu, mais la toux, encore rauque, est plus forte et humide. La voix reste éteinte.

Sous l'influence du vomitif, il y a eu divers vomissements, pas de diarrhée, et l'enfant a bien pris ses potages.

Loch blanc, sirop diacode. Trois potages.

28. L'enfant est tout à fait bien, sauf une aphonie persistante.

Le 3 décembre, l'enfant sort de l'hôpital complétement guérie ; mais il reste une extinction de voix.

Cette observation n'a pas la même valeur pour tous les médecins. Ceux qui pratiquent à Paris et dans les grandes villes, où l'on a toutes les ressources désirables pour faire la trachéotomie sans trop engager sa responsabilité, en tiendront moins de compte que d'autres.

Mais là où on ne peut faire la trachéotomie faute d'aides, ou à raison de l'éloignement des malades, ce qui empêche les soins consécutifs, cette observation qui en rappelle une quantité d'autres de même nature aura une grande valeur. Elle prouve qu'il y a un *traitement médical du croup* dans lequel on doit avoir confiance, et qui permet de guérir certains enfants sans intervention chirurgicale. En effet, pour la malade dont il vient d'être question, il est infiniment préférable pour elle d'avoir pu rendre les fausses membranes qui la suffoquaient à l'aide des secousses mécaniques du vomissement que d'avoir été obligée de *subir* la trachéotomie.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 29 novembre 1871 (1). — Présidence de M. Dolbeau.

M. CHASSAIGNAC termine ainsi :

Dans certains cas, le pus est emprisonné dans le testicule. Cet organe reste tuméfié, sensible, état qui peut se polonger fort longtemps.

On avait admis, mais à tort, qu'il n'y avait guère, pour cet état de l'organe, d'autre remède que l'amputation. C'est ce qu'on lit dans une observation d'A. Cooper qui, en examinant le testicule, trouva dans son centre un abcès chronique.

Les faits de ce genre, s'ils se reproduisaient aujourd'hui, appelleraient une critique sévère. Quel est le chirurgien qui, avant de recourir à la mutilation testiculaire dans des cas analogues à celui dont il vient d'être parlé, ne se ferait pas un devoir de compléter, par l'emploi du trocart explorateur, un diagnostic toujours incertain ; et si du pus était ramené par l'instrument d'exploration, ne devrait-on pas recourir au drainage, qui remplacerait, avantageusement et sans aucun danger, l'amputation d'un organe aussi important que le testicule ?

M. Nélaton a observé, à l'hôpital des Cliniques, un fait analogue à celui d'A. Cooper. La castratation fut pratiquée, et l'on put reconnaître qu'il s'agissait d'un kyste renfermant du pus et contenu dans la cavité même de la tunique albuginée.

M. Denonvilliers a rapporté une observatiou en tout semblable à celle qui précède. On y voit qu'après la castration il fut constaté qu'il s'agissait d'un abcès enkysté.

M. Gosselin, dans un cas semblable, opéra par simple incision, et ne vit survenir aucun fungus.

J'ai, moi aussi, rapporté, dans mon traité, un cas où, à la suite d'une fièvre typhoïde, en 1847, à la Charité, un malade fut également traité par incision simple, et ne présenta aucune production fungoïde.

Dans l'orchite tuberculeuse, quand tout le produit morbide a été évacué, si la maladie primitive s'arrête et s'il ne se dépose pas de nouvelle matière tuberculeuse, il se fait un travail de réparation. L'écoulement cesse, les fistules se ferment et le testicule reste plus ou moins diminué de volume ou même complétement atrophié, suivant l'étendue de la désorganisation qu'a entraînée le dépôt tuberculeux. Une légère dépression, au niveau de laquelle la cica-

(1) Suite. — Voir le dernier numéro.

---

tion progressive, ou d'autres affections qui épuisent insensiblement les forces et aboutissent au marasme... » A ce dernier trait nous reconnaissons le redoutable état que nous appelons aujourd'hui cachexie syphilitique qui, devenue rare de nos jours, devait être assez fréquente à une époque où la maladie était traitée par un régime des plus austères et une hygiène des plus débilitantes.

Telle est la symptomatologie que Béthencourt attribue au mal vénérien.

Mais on se tromperait fort si l'on croyait trouver décrits dans notre auteur les divers symptômes qui précèdent. Ces symptômes ne sont qu'indiqués par lui, énumérés, dénommés. De description, point ; d'exposé clinique, même sommaire, il n'en est pas question. Tout se borne à une simple mention, dépourvue le plus souvent du moindre détail, du plus léger développemenf. Ainsi, du reste, était l'usage, ainsi procédaient les pathologistes du seizième siècle. La médecine galéniste se préoccupait peu d'analyser et de décrire un symptôme, une lésion. Elle avait des visées plus hautes et des aspirations bien autrement ambitieuses. Elles ne prétendait à rien moins qu'à pénétrer l'essence de toutes choses et à fournir l'interprétation humorale de tous les phénomènes. Se trouvait-elle en face d'un ulcère ou d'une éruption, par exemple, elle ne prenait aucun souci de déterminer les caractères physiques et objectifs de cette éruption, de cet ulcère ; mais elle s'efforçait, en revanche, d'en spécifier la nature intime, d'en rechercher la cause humorale, et d'en rattacher la production à quelque vice imaginaire de la pituite, de la bile, de l'atrabile ou du sang. Elle raisonnait, en un mot, sur les phénomènes morbides bien plutôt qu'elle ne les observait ; elle philosophait, elle argutiait, plutôt qu'elle ne faisait de la clinique. Ce travers de son siècle, il nous faut reconnaître que Béthencourt l'a partagé largement. Médecin galéniste, ultra-galéniste même, il subit jusqu'à l'exagération les errements de ses contemporains. Il s'occupa moins d'observer et d'analyser les symptômes du mal français que d'en rechercher les causes dans quelque altération hypothétique des humeurs. Aussi la clinique cède-t-elle le pas, dans son ouvrage, aux élucubrations d'un humorisme désordonné ; et, s'il fallait résumer en un mot l'impression que m'a laissée la lecture de ce petit livre, je dirais qu'il constitue moins un traité sur le mal vénérien qu'un commentaire sur les altérations humorales de cette maladie.

Lorsque, toutefois, notre auteur se dégage de ses préoccupations favorites, il redevient un clinicien sérieux. Il embrasse alors son sujet d'un coup d'œil très-sûr, et émet des jugements, des aperçus, qui témoignent d'une sagacité médicale peu commune. N'est-il pas remarquable, par exemple, de l'entendre affirmer le caractère chronique et *diathésique* du mal vénérien ? N'est-il pas remarquable qu'il ait compris et signalé l'allure essentiellement polymorphe de ce mal ? « Il n'est pas d'affection, dit-il, qui comporte une telle multiplicité de symptômes. C'est une maladie *composée de plusieurs maladies*. » N'est-il pas surprenant encore qu'il ait saisi cette faculté singulière du mal, « de rester en possession de l'organisme sans se manifester par aucun accident, puis de se révéler à nouveau, après de longues années, par l'explosion de phénomènes inattendus » ? Et ainsi d'autres remarques que je passe sous silence. Tout cela ne prouve-t-il pas que Béthencourt eût été un observateur distingué... s'il eût observé ses malades ? Telle n'était pas malheureusement la direction de son esprit, et telles n'étaient pas davantage les tendances scientifiques de son siècle. Notre auteur fut l'homme de son époque ; comme ses contemporains, il ne fit que raisonner sur la pathologie, sans daigner s'astreindre à la simple et rigoureuse analyse des phénomènes ; il se complut à argutier sur les vieux textes d'Hippocrate, d'Aristote et de Galien ; il mit au service de discussions oiseuses et de rêveries doctrinales un incontestable talent. Bref, ce fut un dialecticien en médecine plutôt qu'un médecin.

***

La partie thérapeutique est celle qui tient la plus large place dans l'opuscule de Béthencourt. C'en est aussi la plus originale (je pourrais dire la plus étrange), comme fond et comme forme.

On connaît déjà la doctrine singulière de notre auteur. Pour lui, le mal vénérien est un mal à part, différant de toutes les autres maladies à deux titres : en ce que d'abord, il n'est pas susceptible d'une résolution spontanée ; en ce qu'ensuite il exige pour guérir « une médication spéciale, faisant office de châtiment ou de *purgatoire* pour l'âme et pour le corps ». Or, cette mortification expiatoire, Béthencourt croit la trouver soit dans « la cure du gaïac, qui impose aux malades, pour une durée de trente à quarante jours, une abstinence des plus rigides, sorte de *carême de pénitence*, soit

catrice adhère au testicule, indique pour toujours le point où se trouvait la fistule.

Quand la suppuration se forme dans un testicule tuberculeux, on peut recourir au drainage, que j'ai employé dans des cas semblables, et qui a toujours amélioré très-notablement l'état général; de sorte qu'il reste démontré pour moi que la mauvaise canalisation des fistules de ce genre, et l'abandon du mal à ce qu'on appelle les efforts de la nature, exercent sur la constitution une influence des plus fâcheuses, sans parler de ces recrudescences inflammatoires qui viennent par intervalle aggraver l'état général et local du sujet.

Il résulte de là que, lors même qu'on ne guérit par le drainage, ni l'état général, ni même l'état local du malade, du moins amène-t-on, par ce moyen, des changements très-marqués qui sont tout entiers à l'avantage de la constitution et de la partie lésée.

L'épididyme est beaucoup plus fréquemment que le testicule le siége de suppurations qui sont généralement chroniques. C'est particulièrement sous la forme tuberculeuse ramollie que se présente la suppuration de l'épididyme.

La suppuration épididymaire tuberculeuse envahit assez souvent les deux épididymes; toutefois, l'affection ne marche pas dans les deux organes avec une égale rapidité. L'un des épididymes est souvent ramolli et fistuleux avant que l'autre ait effectué son travail de suppuration.

Si l'on ne se rend pas un compte exact de la situation précise du pus dans l'épididymite suppurée, on est exposé à plus d'un contresens dans l'application des moyens de traitement; il faut donc savoir qu'il existe deux espèces distinctes d'épididymites suppurées : l'épididymite canaliculaire, l'épididymite celluleuse.

La première est très-rare; je n'en ai vu, pour ma part, qu'un seul exemple, et j'ai rapporté dans mon traité une autre observation très-complète de déférenite purulente canaliculaire : *Traité de la suppuration*, t. II, page 491 et 547.

L'épididymite suppurée celluleuse est de beaucoup la plus fréquente. Le pus siége à l'extérieur de la muqueuse; il forme des abcès souvent multiples dans le tissu conjonctif, qui relie entre elles les flexuosités du conduit.

Ne voyez-vous pas d'un seul coup d'œil que, quand la suppuration est canaliculaire, ni le fer rouge ni l'amputation ne sont de mise; car l'un des moyens ne peut pénétrer dans le canal déférent, et l'autre n'en peut enlever qu'une partie.

Que si les abcès n'existent que dans le tissu celluleux de l'organe, c'est une maladie de trop peu de gravité pour comporter l'emploi des moyens ultimes de la chirurgie.

Il est un fait sur lequel nous devons appeler l'attention, c'est la communication possible des fistules épididymaires avec la région inguinale. Il arrive parfois que, quand l'épididyme a été le siége d'une suppuration prolongée, le scrotum se décolle, et, à la faveur de ce décollement, le pus remonte jusque dans la région inguinale, où l'on voit se produire les symptômes de l'adénite. Chez le sujet de l'observation 545 de mon *Traité de la suppuration*, on voit que les fistules épididymaires se sont accompagnées d'un double bubon, et qu'en pressant sur un de ces bubons, on faisait manifestement refluer le pus par une des fistules.

Quand un abcès épididymaire a donné lieu à une fistule rebelle, le drainage réussit à tarir la suppuration et finit à ramener peu à peu les organes à leur condition normale. Exemples : *Traité de la suppuration*, t. II, p. 490, obs. 546.

Le côté le plus intéressant de la question est relatif aux erreurs de diagnostic. Elles sont plus fréquentes qu'on ne pense; et nul chirurgien, doué du sens pratique, ne saurait traiter légèrement ce sujet.

Mais il faut tout prouver par des exemples, par des faits.

L'abcès épididymaire tuberculeux, et surtout la fistule épididymaire tuberculeuse, ressemblent parfois d'une manière frappante à la fistule épididymaire non tuberculeuse, quand elle succède soit à des accidents uréthraux chroniques, soit à une violence directe, ou bien, comme j'en ai vu des exemples, à une ponction de l'épididyme dans l'opération de l'hydrocèle. Il y a un signe différentiel excellent, mais il n'existe pas toujours. C'est l'induration brisée du cordon, qui le fait ressembler, au toucher, à un tuyau de pipe cassé en plusieurs fragments et qu'on sentirait au travers d'une étoffe. Cette sensation est caractéristique, et, toutes les fois qu'on la constate coïncidemment à l'existence d'une fistule épididymaire, on peut affirmer que celle-ci est bien réellement tuberculeuse.

J'ai eu l'occasion de faire cette remarque sur un très-intéressant malade, chez qui M. Ricord avait diagnostiqué, à première vue, la tuberculose testiculaire, et chez lequel le drainage, traversant une fistule scrotale tuberculeuse, a produit une amélioration telle, que le malade a été à même de faire des voyages dans le Midi sans éprouver aucun accident et presque aucune gêne (M. Capelard).

Admettez, eu égard aux méprises diagnostiques, qu'ayant pris une fistule épididymaire non tuberculeuse pour une fistule tuberculeuse, je m'apprête à combattre cette dernière, soit par le fer rouge, soit par la castration, n'est-il pas évident que, dans le premier cas, je puis intéresser avec l'instrument la tunique albuginée, pénétrer même à l'intérieur de cette tunique et compromettre gravement la substance d'un testicule qui n'est réellement pas malade, quoique étant adossé à une masse plus ou moins indurée, parcourue par les diverticules fistulaires? Dans le second cas et après l'ablation, je m'aperçois que j'ai enlevé un organe plus ou moins anémié ou atrophié, plus ou moins induré sur l'un de ses côtés, mais qui, en définitive, pouvait être parfaitement conservé.

Ce que j'avance sur la méprise diagnostique dont je parle et sur la proposition faite, mais repoussée par moi, d'enlever un testicule pour de prétendues fistules tuberculeuses, j'en ai vu des exemples.

Un d'eux, entre autres, m'a paru digne d'être placé sous vos yeux.

M. Alexandre G..., banquier à Saint-Pétersbourg, âgé de 32 ans, père de deux enfants, fut opéré par un chirurgien habile et excellent praticien, pour une hydrocèle de la tunique vaginale droite. L'injection iodée fut employée. Sauf une inflammation plus vive que celle qu'on observe d'habitude, aucun accident grave ne survint. Mais au lieu de se terminer par une résolution franche et complète, un engorgement opiniâtre envahit la partie inférieure du testicule et de l'épididyme du côté opposé. Plus tard, un abcès se forma et donna lieu à une fistule, pour le traitement de laquelle on épuisa les ressources de la thérapeutique. Rien n'y faisait, et l'engorgement formant une masse de plus en plus volumineuse, on s'épuisait en conjectures sur la singularité des suites d'une opération habituellement inoffensive; on finit par s'accoutumer à l'idée qu'il s'agissait d'un engorgement tuberculeux.

Le malade, désespérant de guérir et voyant le mal s'aggraver, fit venir ce qu'on appelle une célébrité chirurgicale de ce temps-là, qui proposa la castration.

C'est alors que le médecin ordinaire du malade me pria, avant de laisser pratiquer la castration, d'examiner le patient et de lui dire mon avis.

A l'examen, je trouvai la moitié droite du scrotum occupée par une tumeur du volume de la moitié du poing, douloureuse à la pression, sans trace aucune de fluctuation dans la tunique vaginale.

Une fistule existait à la partie inférieure de la tumeur, avec induration périphérique, donnant chaque jour une quantité variable de matière sanieuse et purulente.

L'état général était satisfaisant, mais, au moindre écart de régime, survenaient des recrudescences inflammatoires qui allaient jusqu'à nécessiter l'application de sangsues sur le trajet du cordon. Je me fis rendre compte des divers produits qu'avait jusque-là fournis la fistule. Jamais on n'avait aperçu le moindre détritus strumeux; je fis soumettre à l'examen micrographique tous les liquides recueillis sur les linges, dont le malade était obligé de se garnir. Le résultat de l'investigation fut pareillement négatif et sur la présence de matières tuberculeuses et sur la présence de liquide spermatique; je m'opposai à l'amputation, et j'avançai que, fût-elle plus tard reconnue inévitable, il fallait tenter l'emploi des tubes.

M. G..., endormi à l'aide du chloroforme, j'opérai d'après le procédé que j'ai décrit.

Le malade n'était pas opéré depuis huit jours, que des changements notables étaient survenus dans sa position; et, en sept semaines, tout était rentré dans les conditions normales. On distinguait alors parfaitement le testicule de l'épididyme, dont le globus minor conservait encore un peu d'induration.

Dès que la suppuration fut tarie, j'enlevai le tube, et depuis lors la guérison ne s'est pas démentie un seul instant.

Tout dernièrement encore, j'ai revu ce malade, qui s'applaudit d'en avoir été quitte à si bon compte. Il rappelle, par son excellent aspect, le malade que vous a présenté M. Tillaux, et, de même que le malade de notre confrère le bénit en souvenir du service rendu, mon malade me bénit non moins fort. L'un des malades a conservé son testicule, l'autre n'a plus le sien. Mais je me hâte d'ajouter que le malade amputé avait un testicule tuberculeux, constaté histologiquement par M. Tillaux.

Je suis convaincu, et ce n'est pas la première fois que j'ai été à même de faire cette observation, que, malgré la haute habileté du chirurgien qui avait opéré l'hydrocèle, la pointe de son trocart a atteint l'épididyme, y a développé une phlegmasie terminée par suppuration et par fistule, ayant le caractère labyrinthique des fistules épididymaires.

Un seul tube a suffi pour amener une guérison complète.

Si la castration n'était que le simple retranchement d'une sorte de détritus ou de moignon purulent et putride, exerçant une influence fâcheuse sur l'état général du malade, on pourrait admettre l'opportunité de cette sorte de régularisation opératoire; mais le détritus, si détritus il y a, doit être de quelque chose pour le malade, parce que ce débris tient à l'économie par un moyen de connexion, le cordon, qui représente à lui seul, quand on le coupe, une bonne partie des dangers de l'opération.

Dans les observations rapportées par A. Cooper, par Curling, celle dont Curling a été simplement témoin et celle du capitaine de navire qu'il a opéré, dans l'observation de M. Nélaton, dans celle de M. Denonvilliers, dans celle de M. Demarquay pour une fistule résultant de vaginalité purulente, on voit que l'ablation du testicule a été pratiquée pour des faits étrangers à toute dégénérescence, et qui sont des lésions purement suppuratives.

Dans les cas de ce genre, une simple incision, comme l'a prouvé le fait de M. Gosselin, ou le drainage, suivant mes propres observations, n'ont été l'occasion d'aucun fungus, d'aucune complication, et ont parfaitement guéri sans le secours d'aucune ablation.

Il reste donc bien établi qu'on ne doit pas enlever le testicule pour un abcès, et surtout pour un abcès enkysté.

Je ne crois pas qu'il vienne à la pensée d'aucun de nos collègues que, en citant des observations depuis longtemps publiées, j'aurais l'idée de faire remonter un blâme s'adressant à la pratique des honorables et savants chirurgiens qui ont fait connaître des faits que j'utilise à ma manière, pour fixer des points de pratique que nous avons tous le droit et le devoir de mettre en libre discussion. Si l'intention blessante dont je parle eût existé, ce serait sur moi que retomberait le blâme. Ma critique s'adresse à l'époque même où ces faits ont été recueillis et où l'on ne connaissait pas encore les moyens simples et conservateurs qui ont pénétré et qui pénètrent chaque jour, de plus en plus, dans la pratique générale.

En résumé, toutes les fois que, par l'ancienneté de la maladie, la fatigue, les douleurs et le dépérissement du sujet, il y a lieu de poser la question de castration pour une tumeur testiculaire, on doit, avant de passer outre à l'amputation, faire une ponction explorative avec le trocart fin, et, si l'instrument ramène du pus, on doit procéder par incision simple; si l'incision seule est insuffisante, on doit recourir au drainage, et ne jamais procéder à la mutilation testiculaire pour des accidents purement suppuratifs, quelque compliqués qu'ils paraissent au premier abord.

En vérité, on ne comprend pas pourquoi la pratique s'est laissée emporter au sujet d'une opération qui lui a si souvent mal réussi. Voyons, est-ce qu'en bonne chirurgie on enlève jamais un organe important pour un abcès? On vide l'abcès et on conserve l'organe.

(*Sera continué.*)

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1871.

131. Tachard. De l'électricité appliquée à l'art des accouchements.
132. Mollière. Du nerf dentaire inférieur; anatomie et physiologie, anatomie comparée.
133. Vaslin. Étude sur les plaies par armes à feu; plaie des artères; fractures dans la continuité et la contiguïté ou articulaires; plaies de l'orbite et de l'appareil oculaire.
134. Lorraine. Essai sur la convalescence des maladies aiguës.
135. Leriche. Du spina-bifida crânien.
136. Debusschère. Du galvanocautère. De la combinaison des méthodes d'exérèse perfectionnées.

CONCOURS

Pour deux places de chirurgiens-adjoints et pour deux places de médecins-adjoints.

Le lundi 25 mars 1872, à trois heures, un concours public sera ouvert à l'Hôtel-Dieu de Marseille pour deux places de chirurgiens-adjoints des hôpitaux.

Quinze jours après, le lundi 8 avril 1872, à la même heure, un

---

dans le traitement par le mercure, qui, tout en comportant un jeûne moins sévère, ne laisse pas de molester outrement le pécheur en introduisant dans son corps « une substance ennemie de la nature humaine ».

De ces deux traitements, auquel donner la préférence? Béthencourt établit sur ce point une longue discussion. Pour donner sans doute plus de piquant au débat, il présente la question sous forme d'un dialogue où le mercure et le gaïac viennent figurer comme interlocuteurs. Dans ce tournoi quelque peu grotesque, les deux adversaires exposent tour à tour leurs vertus, leurs effets thérapeutiques, le secret de leur puissance, leur action sur les diverses humeurs de l'économie, leurs succès merveilleux dans la cure du mal français, etc. Puis, après avoir échangé d'aigres récriminations, voire même quelques apostrophes injurieuses, ils en appellent d'un commun accord au jugement d'un arbitre impartial. Apparaît alors l'auteur pour partager le différend et décerner la palme. Dans un épilogue assez embarrassé, il s'efforce d'abord de ménager les deux rivaux; il reconnaît à l'un et à l'autre d'incontestables vertus et des succès éclatants; puis, après beaucoup de circonlocutions, il finit par se décider en faveur du mercure, non sans légitimer sa sentence par une série solennelle de considérants motivés.

Tout cela, certes, n'offrirait pour nous aujourd'hui qu'un intérêt des plus médiocres, si nous ne trouvions au milieu de ce verbiage quelques indications curieuses à recueillir. Ces indications sont surtout relatives aux méthodes thérapeutiques qui étaient en faveur au seizième siècle, au traitement complexe et singulier qu'on appelait la cure du gaïac, à l'emploi du mercure sous forme de frictions, au régime et à l'hygiène qu'on associait à ces remèdes, à la triste condition des malheureux syphilitiques de cette époque, condamnés au triple supplice de la prison, de la faim et des sueurs forcées, etc., etc... L'histoire de la syphilis trouvera là, sans nul doute, un ensemble de documents dont elle pourra faire un utile profit.

*
**

Telle est l'œuvre de Béthencourt, dont je livre aujourd'hui une traduction sommaire au public.

Le seul fait de l'avoir traduite et commentée montre assez que je la tiens en estime. Mais je suis loin de m'en exagérer le mérite, plus loin encore de vouloir le surfaire aux yeux de mes lecteurs. J'en reconnais le premier les défauts, les erreurs, les lacunes; et les quelques critiques qui précèdent témoigneront, je l'espère, de mon impartialité.

J'ignore l'accueil qui attend ce petit livre parmi mes confrères. Toutefois, il me semble impossible qu'on ne tienne pas compte à son auteur de certains chapitres marqués au coin d'une observation sagace et élevée, tels que ceux, par exemple, où Béthencourt formule d'une façon si judicieuse la nature vénérienne du mal français, où il énumère les symptômes multiples de ce mal, où il affirme le caractère chronique et diathésique de la maladie, son allure polymorphe et sa physionomie variable suivant ses périodes, la hiérarchie chronologique de ses manifestations, ses formes spécialement viscérales à une époque avancée de son développement, ses récidives à longue portée, sa faculté mystérieuse de rester en possession latente de l'organisme pendant de longues années, etc., etc. Tout cela, certes, n'est pas sorti d'une plume vulgaire; et tout cela, joint du reste à d'autres documents historiques et cliniques, est bien fait, ce me semble, pour éveiller l'attention des syphiliographes. Ainsi l'ai-je jugé pour ma part. Me suis-je trompé? Le public appréciera.

Pour moi, n'aurais-je réussi, par la reproduction de cet opuscule inconnu, qu'à sauver d'un oubli immérité le nom d'un vieux pionnier de la science, j'estimerais mon labeur utile et portant avec lui sa récompense.

ALFRED FOURNIER.
Professeur agrégé près la Faculté de médecine de Paris.

AVIS

Nos souscripteurs dont l'abonnement est expiré sont instamment priés d'envoyer le prix de leur renouvellement en un mandat-poste à l'ordre du directeur, *avant* le 20 décembre.

Ils s'épargneront ainsi le désagrément de payer les frais de recouvrement nécessités par la traite que nous serions contraints de tirer sur eux, frais de recouvrement qui leur sont complétement à charge, sans que nous ayons intérêt à les leur faire supporter.

autre concours public sera ouvert au même lieu, pour deux places de chirurgiens-adjoints des hôpitaux.

Ces concours auront lieu devant la commission administrative, assistée d'un jury médical.

Aux jours fixés pour l'ouverture des concours, les candidats devront avoir cinq années de pratique comme docteur de l'une des Facultés de France. Une année suffira pour ceux qui auront exercé dans les hôpitaux de Marseille, pendant trois ans consécutifs, et à la satisfaction de l'administration, les fonctions de chef-interne. Les internes des mêmes hôpitaux, qui auront accompli leur temps d'internat dans ces établissements, à la satisfaction de l'administration, seront aussi admis au concours, s'ils justifient de deux années de doctorat.

Pous les diverses conditions du concours, s'adresser au secrétariat des hospices civils de Marseille.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 9 décembre 1871, ont été promus ou nommés dans l'ordre national de la Légion d'honneur :

Au grade de commandeur : M. Molard (Félix-Joseph), médecin principal de 1re classe de l'état-major de la 1re division militaire, officier du 19 avril 1860; 40 ans de services, 19 campagnes.

Au grade de chevalier : MM. Challan (Albert), médecin aide-major au 27e régiment d'infanterie ; 1 blessure. — Patel, médecin attaché à l'ambulance civile de Loigny. — Blache (René), docteur médecin à l'hôpital Beaujon. — Veling, médecin cantonal à Wissembourg. — Veith, médecin cantonal adjoint à Wissembourg. — Salmon, médecin à l'hôpital de Chartres. (Pour prendre rang du 17 octobre 1871.) — Maunoury, médecin à l'hôpital de Chartres. (Pour prendre rang du 17 octobre 1871).

— Le ministre de l'instruction publique ayant résolu de pourvoir à la chaire de pharmacie vacante à l'École supérieure de pharmacie de Paris, les candidats de cette chaire sont invités à faire parvenir au secrétariat de l'Académie de Paris :

1° Leur acte de naissance;

2° Leur diplôme de docteur ès sciences physiques;

3° Leur diplôme de pharmacien de 1re classe;

4° Une note détaillée des titres qu'ils ont à faire valoir, comprenant l'indication de leurs services dans l'enseignement, et l'énumération de leurs ouvrages et de leurs travaux.

Le registre d'inscription sera clos le mardi 26 décembre, à deux heures.

— Le ministre de la guerre croit devoir rappeler que les examens pour l'admission dans le cadre des médecins militaires de cinquante médecins aides-majors de 2e classe, pris parmi les médecins civils, restent fixés au mois de janvier 1872.

Les candidats qui désirent prendre part à ce concours peuvent donc, dès à présent, adresser leurs demandes au ministre de la guerre, dans les conditions indiquées par une note déjà publiée au *Journal officiel* du 18 novembre. Toutefois, ceux d'entre eux qui ne sont pas encore en possession du diplôme de docteur en médecine *auront la faculté de remplacer cette pièce par un certificat de réception au cinquième examen, à la condition de produire le diplôme, au plus tard, le jour où s'ouvriront les épreuves.*

Enfin, toutes les demandes d'admission au concours dont il s'agit seront reçues par le ministère de la guerre *jusqu'au 31 décembre 1871*.

Les candidats reconnus admissibles seront immédiatement pourvus du grade de médecin aide-major de 2e classe.

— La Société de médecine de Paris tiendra sa prochaine séance le vendredi 15 décembre 1871, à trois heures et demie très-précises, à la préfecture de la Seine (Palais du Luxembourg, cabinet de M. l'administrateur).

Ordre du jour : 1° Continuation de la lecture de M. Duroziez sur les anévrysmes du cœur et des valvules;

2° Rapport sur la loi de 1838 sur les aliénés, par M. Motet.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments ou autres objets).

Traité pratique des maladies de l'utérus, de ses annexes et des organes génitaux externes, par le docteur A. Nonat. 2e édition, refondue et considérablement augmentée, avec la collaboration du docteur Linas; 2e partie, 1er fascicule, avec figures dans le texte. — Le fascicule se donne gratis aux soucripteurs. — Prix de l'ouvrage complet : 15 fr.

Du rôle des sciences accessoires et en particulier des sciences exactes en médecine, par le docteur Carlet, licencié ès sciences naturelles. In-8°. — Prix : 2 francs.

Des injections hypodermiques de chlorhydrate de narcéine, par le docteur Petrini. In-8° de 41 pages, avec tracés sphygmographiques. — Prix : 2 francs.

Des accidents convulsifs dans les maladies de la moelle épinière, par le docteur Haloppeau. In-8°. — Prix : 2 francs.

Étude expérimentale et clinique sur l'alcoolisme (alcool et absinthe), épilepsie absintoique, par le docteur Magnan, médecin de l'asile Sainte-Anne. In-8°. — Prix : 1 fr. 50.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois. . 8 fr 50 c.
Six mois. . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 13 décembre 1871.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La séance a été fort courte. Elle avait commencé après trois heures et demie.

M. le baron Larrey a lu le discours qu'il avait prononcé, au nom de l'Académie, aux obsèques tardives de Longet. C'est avec une émotion vraie et communicative qu'il a dépeint les qualités de cœur de son ancien ami. Une lettre écrite par Longet, après le siége de Paris, le fera regretter davantage de ceux qui l'avaient peu connu.

Après ce discours, la séance s'est terminée par trois rapports :

L'un, de M. Delpech, sur la nécessité d'enseigner l'hygiène dans les écoles;

Un autre, de M. Demarquay, sur le prix de l'Académie;

Un autre, de M. Gosselin, sur le prix Amussat.

Les deux derniers devaient se discuter en comité secret, et nous n'avions pas à en parler.

D'ailleurs, celui de M. Demarquay ne nous parvenait que par lambeaux assez peu distincts.

Il a donc fallu nous résigner à mettre en oubli la séance de l'Académie, pour donner toute notre attention à une brochure que l'auteur venait de distribuer aux membres présents.

N'est-ce pas, en effet, un vrai régal, qu'une leçon d'ouverture du cours de pathologie générale professée par M. Chauffard ?

Nous sommes assez peu dans le courant d'idées que M. Chauffard affectionne pour ne pas hésiter à dire tout le bien que nous pensons de lui.

Ce n'est point seulement un écrivain remarquable; c'est un esprit original, et un large et puissant esprit.

Comme critique, il a peu d'égaux, si même il en a, dans notre monde.

Ce que je lui reprocherais comme principal défaut, et, certes, on ne pourra pas dire que ce soit là un défaut vulgaire, c'est d'avoir trop de foi aux vastes conceptions de son intelligence : ce qui le rend, comme le grand Gallien, par trop épris des théories.

Il est étrange, en vérité, que cet amour des théories soit, en même temps, le propre de ceux qui diffèrent le plus, au point de vue des facultés intellectuelles et de la puissance de conception.

Ceux qui comprennent lentement et mal sont très-attachés aux idées qu'ils se sont laissé inculquer ou sont parvenus à se faire.

Ils sont théoriciens quand même, et théoriciens impénitents.

Ceux qui comprennent vite et bien semblent parfois l'être autant qu'eux.

Pourtant il y a des différences.

Ceux-ci ne se laissent point imposer à jamais les théories des autres. S'ils les adoptent, c'est à peine pour un instant. Bientôt les facultés critiques entrent principalement en jeu, après celles de conception. Les côtés faibles apparaissent, l'échafaudage tombe en ruine, et pour le refaire plus solide, les hommes vraiment intelligents cherchent du neuf. Mais ce neuf, ils voudraient le voir durant déjà depuis des siècles, et il est bien rare qu'ils avouent que ce n'est pas du vieux rétabli. Ils aiment à commenter les œuvres d'Hippocrate, comme Galien, et s'ils disent non alors qu'Hippocrate a dit oui, ils s'efforcent de démontrer qu'Hippocrate a dit non comme eux.

Ce sont des traditionnalistes, qu'il est bon d'entendre pour savoir combien le progrès est peu gêné sous le masque de la tradition.

La leçon de M. Chauffard avait justement pour sujet : *les vérités traditionnelles en médecine.*

C'était un sujet de prédilection pour les écoles du moyen âge ; on dit qu'il en est de même encore pour l'École de Montpellier.

Mais que penseraient les écoles de Montpellier, ou du moyen âge, du professeur qui s'exprime ainsi :

« Je parle de mouvement et de progrès : c'est la noble passion de l'esprit scientifique. Or, on a souvent reproché à ceux qui professent le respect de la tradition, d'être hostiles au mouvement et d'opposer la tradition comme un obstacle au progrès. Ce reproche est grave ; et, quoique l'aveu m'en soit pénible, je ne puis dissimuler que parfois il est mérité. Je le reconnais, ceux qui estiment que tout est à renouveler dans la science, que le passé est un lourd et inutile héritage, bon à répudier, ceux-là, si la passion les anime et les soutient, portent au travail, aux investigations nouvelles, une ardeur incomparable. Ils reculent les bornes de l'analyse et fouillent en tout sens la matière organique, dans le désir d'en faire surgir cette pathologie réformée qu'ils entrevoient au fond de leur pensée. Ils s'agitent, car ils n'ont pas où se reposer ; et si cette agitation n'est pas en tout productive, si elle enfante des erreurs funestes dans le présent, et destinées à disparaître dans la lutte pour la science, elle a aussi ses rencontres heureuses, ses trouvailles de phénomènes cachés ; elle amasse des matériaux, elle accumule des faits qui, plus tard, seront convertis en richesses réelles, en progrès véritables, lorsque les vérités traditionnelles les pénétreront du souffle vivant qui vient d'elles. D'autre part, ceux qui vivent dans la tradition, ceux qui la comprennent et qui l'aiment sont trop souvent disposés à la considérer comme l'asile de toute paix, comme un port contre les agitations et les disputes auxquelles est livré le monde des idées. Ils s'y renferment avec le calme d'une conscience assurée d'elle-même et satisfaite de la part de certitude et de vérité qu'elle possède. Ils n'ont rien de cette ardeur inquiète qui sollicite aux recherches, au mouvement, qui jette l'esprit en avant et le pousse en des voies non encore fréquentées. En un mot, il y a les endormis comme les révoltés de la tradition.

« Tâchons, messieurs, de ne compter ni parmi les uns ni parmi les autres. Avec le sens de la tradition, gardons l'amour du mouvement et de la recherche. Je vous l'avouerai, si je ne craignais de diminuer à vos yeux le respect dû à des vérités qui soutiennent toute la science, je vous l'avouerai, s'il fallait être pour la tradition contre le mouvement, j'hésiterais et je vous dirais peut-être : Marchons et cherchons ; les lumières d'une tradition immobile ne sauraient reculer les horizons ouverts devant nous ; secouons les paresses et les engourdissements de l'esprit ; allons en avant quand même, et, s'il le faut, à l'aventure ; nous courrons la chance de découvrir quelqu'un de ces sentiers inconnus qui conduisent à des champs et à des moissons nouvelles. »

Quoi qu'en dise M. Chauffard, ce n'est point un vrai traditionnaliste. La tradition n'est pas pour lui l'obéissance et le respect serviles. Il veut marcher, quand ceux qui le précèdent ne marchent plus. Il n'a pas, de tout cœur, le culte du passé. Sa conclusion même est hétérodoxe : « Mais je n'ai pas à vous tenir ce langage. Rien ne nous oblige à choisir entre une tradition sans mouvement et le mouvement sans les lumières de la tradition. Sachons allier ces deux principes d'action, qui ne s'excluent ni ne se combattent. »

Certes, tout ceci est très-juste et très-bien dit.

Ce sont là des pages qu'il nous est permis d'admirer sans faire de réserves, et c'est pourquoi nous avons tenu à les reproduire.

Mais, quand M. Chauffard en vient à définir sa tradition, nous sommes moins porté à faire chœur avec lui.

Si la tradition se bornait à reconnaître l'autonomie de la vie, l'unité de l'être, sa spontanéité, sa finalité, si elle n'allait pas au delà de ces vérités primordiales qui frappent tout œil non prévenu, il deviendrait presque inutile de consacrer beaucoup de temps à son étude, et ceux qui, dès le début, se jettent dans d'autres voies, auraient parfaitement raison.

Mais ce n'est point ainsi que me sont apparues la tradition et l'histoire médicales.

Il m'a semblé voir la science progresser par des tours de spires, qui, toujours, s'élevaient en s'élargissant. Les théories, d'abord entrevues et exprimées sous une forme mesquine, se succédaient dans un certain ordre et reparaissaient l'une après l'autre, acquérant chaque fois une force nouvelle par des documents et des faits nouveaux.

Cette évolution de la science dans un tracé pour ainsi dire fatal, je l'ai retrouvé partout et toujours.

C'est elle que j'ai voulu surtout mettre en lumière dans mes leçons sur l'épilepsie, où j'ai montré les transformations que subissent à travers les siècles des théories toujours les mêmes, restées en présence et triomphant, pour un moment, les unes après les autres.

FEUILLETON

VICTOR STŒBER

PROFESSEUR DE PATHOLOGIE GÉNÉRALE ET DE CLINIQUE OPHTHALMOLOGIQUE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG (1).

La médecine pratique était dans les goûts de Stœber; elle lui a donné à Strasbourg une haute position de considération et d'estime publique. La spécialité ophthalmologique a été le point de départ de sa clientèle; elle en a constitué la partie la plus importante et la plus étendue; en dehors de Strasbourg, c'était par là qu'il était connu; mais, dans la ville même, ses qualités comme médecin ont été bientôt appréciées. Actif, vigilant, exact, il ne ménageait ni ses courses ni ses peines. Il était doué d'un coup d'œil sûr, et il tenait à la précision scientifique du diagnostic. Stœber n'avait jamais adopté la réforme radicale de la doctrine physiologique; élève de Lobstein, tout en appliquant une thérapeutique rationnelle, il maniait avec habileté les ressources de la matière médicale. Il acquit bientôt la réputation d'un praticien sûr et consciencieux. La gravité de son caractère inspirait la confiance; on ne tardait pas à découvrir sous ces dehors sérieux l'homme dévoué et bon qui savait compatir aux maux d'autrui. Il devenait l'ami, le conseil, des familles auxquelles il donnait ses soins; peu de médecins ont su inspirer plus d'attachement à leurs malades. Il eut bientôt, à Strasbourg, une position de premier ordre; la prospérité n'altéra ni sa bonté, ni son désintéressement. Il a toujours su accueillir le pauvre, l'aider de ses conseils et de secours qu'il ne refusait jamais; il donnait des soins délicats à bien des personnes placées dans des positions difficiles, et pour lesquelles le désintéressement du médecin est un grand bienfait.

Il aimait et respectait la profession médicale; il en a donné la meilleure des preuves en laissant ses deux fils s'engager dans cette carrière. Il disait que le médecin, digne de ce nom, était partout respecté et sûr de tenir un rang honorable; que le succès ne manquait pas à celui qui le méritait. Il a fait, en Alsace, tout ce qui pouvait développer et honorer cette profession; c'est chez lui que se sont réunis, en 1840 et 1842, les quelques médecins qui ont créé la publicité scientifique de notre province et qui ont jeté les bases de nos sociétés médicales (1). Il a été le rédacteur en chef des *Archives médicales de Strasbourg*, en 1835; de 1841 à 1871, il a coopéré de la manière la plus active à la rédaction et à la direction de notre *Gazette médicale*. La Société de médecine, dont il est l'un des fondateurs, n'a pas eu de membre plus assidu, et vous savez quel vif intérêt il portait à l'Association de prévoyance. Il y voyait un lien entre les membres du corps médical, un appui pour eux dans les moments difficiles, une œuvre de bienfaisance, la première de celles qui incombent au médecin. Présidant une de nos réunions solennelles, il disait en 1849 : « Ce n'est qu'en se réunissant souvent qu'on verra naître entre les médecins une véritable confraternité. Quel est le corps dont les membres sont aussi généralement honorables? Quel est celui, malheureusement, où il existe plus de rivalités? La cause de ces rivalités est presque toujours l'isolement dans lequel vivent les médecins. Le remède consiste à mettre les médecins en contact plus intime, afin qu'ils apprennent à s'estimer. En vous voyant, en entendant l'exposé de vos travaux, médecins presque tous formés à la même école, vous vous réjouirez de la diffusion des lumières dans notre corps médical, et de l'avantage dont jouit notre population alsacienne de trouver répandu dans la province et jusque dans les plus petites localités un personnel médical à la hauteur de sa mission. » Voici comment il caractérise l'utilité, si reconnue aujourd'hui, de notre association : « Si, par la pratique de notre art, nous exerçons la bienfaisance sur une échelle dont nulle autre profession n'approche, n'oublions pas que la carrière médicale est souvent hérissée de difficultés, qu'elle conduit rarement à la fortune, que plus souvent elle ne produit qu'un peu d'aisance, et que, pour quelques-uns, elle n'aboutit qu'à la gêne. Il y en a que des circonstances malheureuses accablent, que des revers de fortune frappent à l'improviste, et parmi ceux qui ont vécu dans l'aisance, combien n'y en a-t-il pas qui laissent des veuves et des enfants sans ressources! La bienfaisance du corps médical doit s'exercer sur eux avant tout, car nos confrères, c'est notre seconde famille, et les délaisser dans le malheur, eux, leurs veuves ou leurs enfants, c'est de l'inhumanité. » Ces paroles partaient du cœur; aussi quelle sollicitude Stœber a-t-il eue toujours pour notre association! Comme il a su, par des relations si cordiales avec nos confrères, assurer son recrutement! Membre du comité depuis sa fon-

(1) Suite. — Voir les numéros des 21, 25, 30 novembre et 2 décembre 1871.

(1) Les quatre médecins qui ont pris part à ces premières réunions sont : MM. Stœber, Stoltz, Eissen et Tourdes.

Je compte faire prochainement le même travail pour les théories de pathologie générale : théories que le microscope, en déplaçant l'observation, semblait devoir renouveler et bouleverser de fond en comble.

Là encore, la spirale tourne en se développant par un mouvement rapide ; et ceux qui en sont restés à la science d'avant-hier risquent de paraître bientôt moins éloignés de l'orthodoxie que ceux d'hier et peut-être même ceux d'aujourd'hui.

Est-ce un motif pour s'arrêter et ne pas suivre cette courbe ? Non, c'est au contraire une raison pour qu'on se remette au travail : en espérant tirer au court, si on s'en est laissé distraire par les devoirs de la pratique et les nécessités de la vie. Un médecin n'a pas le droit de s'avouer à lui-même qu'il n'est plus au courant.

La besogne sera facile pour celui qui connaissait bien les théories dans leur passé. Il aura des points de repère qui lui permettront de comprendre où l'on en est et où l'on va.

Il ne faut donc pas négliger la tradition : les vérités et les erreurs traditionnelles.

Dr Victor Révillout.

HOTEL-DIEU. — M. Constantin Paul.

Conférences cliniques sur la phthisie (1).

(Recueillies par M. A. Brochin, élève du service.)

Messieurs, nous avons traité, dans la dernière leçon, des éruptions de la peau que l'on rencontre chez beaucoup de phthisiques sans que pour cela elles soient toujours intimement liées à la maladie. Il est un point que je n'ai pu vous signaler faute de temps, et sur lequel je dois revenir aujourd'hui, je veux parler de la coloration pigmentaire des phthisiques. Il est rare que, dans une salle où se trouve un certain nombre de ces malades, vous n'en rencontriez pas un ou plusieurs qui présentent cette coloration pigmentaire que l'on a comparée, à juste raison, à la teinte de la sépia, et dont je veux vous dire aujourd'hui quelques mots.

Il y a peu de temps, 15 ans à peine, que ce problème a été soumis à l'observation des cliniciens pour la première fois. M. le professeur Gubler est l'un des premiers dont l'attention se soit portée sur ce fait. Après qu'il en eut observé plusieurs exemples, son interne, M. Luton, en a fait l'objet d'une communication à la Société de biologie. Tout d'abord, les faits n'étant pas bien définis, on n'y a pas ajouté une grande importance ; mais les observateurs ont, depuis la découverte de la maladie d'Addison, repris cette étude, et c'est aujourd'hui une question à l'ordre du jour. C'est pourquoi je veux essayer de vous en donner la description.

Cette teinte sépia, bistre, se remarque principalement sur la peau ; elle débute par le front, au-dessus des sourcils, et va en s'étalant jusqu'à la racine des cheveux. Au niveau des sourcils et des cheveux, elle se limite par un bord blanc ; de même, sur la figure, elle s'arrête court au voisinage de la barbe. Cette coloration brunâtre n'envahit pas certaines régions. Elle se comporte, en cela, à peu près comme l'érysipèle de la face, qui n'atteint presque jamais le menton. Ainsi elle cesse autour de l'orbite, sur la partie médiane de la lèvre supérieure et de la lèvre inférieure. Elle présente de ce côté quelques caractères spécifiques ; et nous pouvons de suite établir, en quelque sorte, le diagnostic différentiel de cette coloration noire avec le lentigo, ou tache de rousseur, et du hâle.

Le hâle envahit toutes les parties exposées à l'air, telles que la figure et les mains, et vous en avez un exemple frappant chez les tireurs de sable, dont l'habitude est d'être nus jusqu'à la ceinture, et dont le hâle, par suite, recouvre tout le tronc en même temps que la tête et les membres.

La coloration bronzée se distingue du hâle en ce sens qu'elle n'attaque pas fatalement toutes les parties exposées à l'air. Voilà donc déjà une distinction importante.

Bien que n'ayant pas à vous faire ici le diagnostic différentiel de la coloration pigmentaire des phthisiques avec la nigritie, je dois cependant vous signaler un point de ressemblance assez curieux entre ces deux colorations. Le négrillon, vous le savez, ne naît pas noir ; il est blanc quand il vient au monde, et ce n'est que plus tard qu'il devient nègre ; eh bien, la coloration pigmentaire apparaît, chez les phthisiques, dans le même ordre qu'apparaît la nigritie chez les nègres.

Il est une affection de la peau avec laquelle, si l'on n'y regarde de très-près, on peut confondre cette coloration, je veux parler du *vitiligo*. Qu'est-ce que le vitiligo ? On entend par là une série de taches noires qui peuvent se répandre sur tout le corps, mais qui se montrent principalement sur la face, le cou et la poitrine. C'est une hypersécrétion de pigment dans le corps de Malpighi.

Ces taches noires sont interrompues par des taches blanches à contours arrondis. Il y a ici un fait important à noter au point de vue des ressemblances de certaines scrofules avec le vitiligo, et vous en avez un exemple frappant chez la femme couchée au n° 2 de la salle Sainte-Anne. Cette femme, qui est phthisique, présente une coloration légèrement brunâtre au cou ; et comme elle a eu, dans son enfance, des scrofulides superficielles, et la cicatrice de cette scrofulide formant au milieu de la partie bronzée un îlot décoloré, elle semble atteinte de vitiligo.

Mais ces caractères du vitiligo pouvant donner lieu à certaines confusions finissent toujours par se distinguer. Je vous rappellerai aussi à ce sujet un phthisique couché au n° 9 de la salle Saint-Julien, qui présente la coloration pigmentaire et est tout grêlé par la petite-vérole. Or, partout où cette maladie a laissé des cicatrices, la coloration pigmentaire ne s'est pas développée.

. . . .

Il n'y a pas là de doute possible. Si donc un malade se présente à vous avec cette teinte bronzée recouvrant le front, une partie de la face et le cou, portez de suite vos soupçons du côté de la phthisie. Ce caractère est surtout important par son évidence même. Cependant il ne se rencontre pas que dans la phthisie.

Il est d'autres cas où ce masque est plus fréquent et plus accusé, je veux parler du masque des femmes enceintes appelé cloasma. Lorsque cependant on y regarde d'un peu près, on ne tarde pas à s'apercevoir que l'aspect du masque des femmes enceintes n'est pas le même que celui du cloasma des phthisiques. Chez celles-ci, ce masque est toujours symétrique, tandis que, au contriare, il ne l'est pas chez les phthisiques, et les parties médianes sont moins colorées que les bords. Il n'y a pas, du reste, que les femmes enceintes qui en soient affectées ; un simple trouble de la menstruation suffit souvent pour le déterminer, et ceci est très-important à connaître, comme bien vous le pensez, afin que vous n'alliez pas, par la présence seule de cette coloration chez certaines femmes, diagnostiquer fatalement une grossesse.

Enfin, cette même coloration s'observe aussi dans toutes les cachexies, et, pour terminer avec elle, il vous faut la distinguer de la maladie bronzée ou d'Addison. Cette distinction, du reste, n'est nullement difficile à faire, quand cette dernière maladie est bien accusée. Dans la maladie d'Addison, cette coloration atteint bien d'abord le visage, mais elle se manifeste d'une façon bien plus marquée sur le cou ; les mains se colorent aussi ; on remarque de même des taches sur la ceinture, et enfin les muqueuses elles-mêmes sont atteintes. Cette coloration, dans la maladie d'Addison, atteint les lèvres, les parties internes des joues et la voûte du palais. Rien de semblable n'a lieu chez les tuberculeux. La distinction entre la maladie bronzée et la coloration des phthisiques est donc, comme vous le voyez, très-aisée à établir.

Nous voilà encore en possession d'un nouveau symptôme. Quelle est sa valeur ? Cette coloration, atteignant principalement le visage de la façon que je viens de vous indiquer, frappera indubitablement notre attention ; ce symptôme s'imposera à nous en quelque sorte chaque fois qu'il existera, et c'est là surtout ce qui fait sa valeur. Si, en effet, il résidait au talon, par exemple, il faudrait aller l'y chercher ; mais un malade atteint de cette coloration du visage entre-t-il dans votre cabinet, elle vous frappera tout d'abord, et ce sera fatalement le premier symptôme que vous constaterez ; vous saurez tout de suite que vous avez affaire à un malade atteint d'affection cachectique, paludéenne, syphilitique ou tuberculeuse.

Ce symptôme n'a rien d'absolu par lui-même, mais il vous indique la voie que vous devez faire suivre à vos recherches. En poussant un peu plus loin votre examen et en ajoutant à cela les phénomènes que je vous ai décrits dans notre dernière séance, vous serez en possession d'un certain nombre de symptômes dont le cortége vous sera déjà d'un précieux secours pour le diagnostic.

Au point de vue du pronostic, ce dernier symptôme aura une grande importance, car on ne le constate jamais que chez les phthisiques gravement atteints. Ayant donc affaire, je suppose, à un malade déjà reconnu par vous pour être phthisique, si vous le voyez se colorer ainsi, vous pouvez en conclure qu'il devient cachectique.

Voyons maintenant en quoi consiste cette coloration pigmentaire. Les recherches dans ce sens n'ont pas été jusqu'ici poussées très-loin. M. Serrailler, auteur d'une thèse très-bien faite sur ce sujet, nous peut donner des renseignements à cet égard. Il a gratté l'épiderme et l'a examiné au microscope ; mais, comme bien vous pensez, l'objet de ces recherches se trouve alors mélangé à une foule d'autres éléments composant tous les corps étrangers qui se rencontrent toujours sur les parties découvertes. On a donc été assez longtemps embarrassé dans cette étude. Cependant on est arrivé à constater que ce pigment commence par se déposer dans le corps de Malpighi, puis dans le corps du derme, et même le tissu cellulaire sous-cutané.

Mais il serait superflu de s'étendre plus longuement sur ces considérations, ce symptôme n'étant, après tout, que de seconde valeur.

Je vais donc maintenant aborder l'étude de symptômes plus internes : je veux parler des altérations de la poitrine. Depuis Galien, on avait remarqué que les phthisiques avaient une poitrine étroite ; mais la description qu'on en donnait alors était vague et bien insuffisante. On avait simplement constaté que, au lieu de former un cône, la poitrine tendait à former un cylindre. Aujourd'hui, les connaissances sont beaucoup plus étendues sur ce sujet. On sait parfaitement que, chez les tuberculeux et surtout chez ceux d'entre eux qui sont prédestinés, la poitrine prend une forme vicieuse due à la diminution de ses diamètres transversaux. Cette étroitesse étant plus accusée dans les parties inférieures du thorax que dans les parties supérieures, on s'explique comment la forme cylindrique l'emporte sur la forme conique. Cette étroitesse tient, dans les phthisies héréditaires, au développement incomplet des poumons et à leur atrophie consécutive dans la phthisie acquise. Les muscles pectoraux, qui, chez l'homme sain, dissimulent, par leur masse, la forme de la poitrine, diminuent sensiblement de volume et laissent ainsi apparaître la forme réelle de la poitrine. Cette atrophie peut arriver à un tel point, que l'artère axillaire s'aperçoit sous la peau, qu'on la voit battre. Les muscles intercostaux s'atrophient aussi, et souvent assez pour que les espaces intercostaux deviennent apparents. D'un autre côté, le sternum s'affaisse et s'abaisse, d'où une obliquité plus considérable des côtes, qui s'inclinent aussi en avant et en bas, de telle sorte que, si vous

(1) Suite. — Voir le numéro du 2-4 novembre 1871.

---

dation, avec quel soin il réglait nos affaires, avec quelle sollicitude il s'occupait de la distribution des secours ! Quand il a été appelé à présider cette association, jamais honneur n'a été mieux placé. Il a tenu à ce que son assistance se perpétuât après lui, et sa famille accomplit aujourd'hui le vœu qu'il avait exprimé ; la donation qu'elle nous annonce est un dernier témoignage de l'intérêt si vif qu'il portait à notre institution.

Il y a une unité remarquable dans la carrière de Stœber ; il n'acceptait que les fonctions publiques en rapport avec les devoirs du médecin. Il ne fit à cette ligne de conduite qu'une seule et courte exception. La reconnaissance et l'estime publique l'avaient appelé, en 1853, aux fonctions de conseiller municipal ; mais, voulant rester dans la sphère où il pouvait être plus particulièrement utile, il n'accepta que pour un temps bien court ce témoignage de la confiance de ses concitoyens. Pour lui, la profession médicale ne souffrait pas de partage ; c'est au détriment de la science et de sa position que le médecin se mêle aux stériles agitations du jour. Voici la liste des fonctions utiles et modestes que notre regretté collègue a successivement remplies, en dehors de l'enseignement : il a été membre du conseil d'hygiène publique et de salubrité du Bas-Rhin depuis le 24 août 1831 ; secrétaire de ce conseil jusqu'en 1848 ; vice-président depuis cette époque ; médecin adjoint des hospices depuis le 25 août 1834 ; chirurgien aide-major de la garde nationale, le 2 décembre 1831 ; médecin cantonal par intérim à diverses reprises ; secrétaire de la commission spéciale nommée à l'occasion du choléra, en 1832 ; secrétaire de la section de médecine du congrès scientifique de France en 1842 ; rédacteur en chef des *Archives médicales de Strasbourg* en 1835 ; l'un des fondateurs et membre du comité de rédaction de la *Gazette médicale de Strasbourg* de 1841 à 1871 ; président de la Société de Strasbourg en 1849 et en 1854 ; membre du comité d'administration de l'Association de prévoyance des médecins du Bas-Rhin depuis 1845 ; président de cette association depuis 1867.

Les fonctions publiques n'étaient pas pour lui un simple honneur, c'étaient des devoirs qu'il remplissait avec conscience. Une exactitude scrupuleuse augmentait le prix de sa collaboration. Au conseil de salubrité, Stœber a rendu d'éminents services ; il s'y est signalé par des travaux nombreux, par la sagesse de ses avis, par le soin vigilant de tout ce qui concernait la santé publique, par la direction, par l'activité imprimée à cette utile institution. Les deux volumes du recueil de nos procès-verbaux montrent quel sens droit et juste et quelle variété de connaissances notre collègue apportait dans les délibérations.

Stœber s'acquittait de ses devoirs de Faculté avec une exactitude qui ne s'est jamais démentie. Jamais on n'aurait pu croire que le professeur si scrupuleux était, en même temps, un des praticiens les plus occupés de la ville. Il savait distribuer son temps avec méthode et user de tous les instants ; il trouvait des heures pour les travaux, pour la lecture ; toujours au courant de la science et fortifiant son érudition au milieu des exigences multipliées de la pratique et de l'enseignement.

Parlerai-je des distinctions qui ont honoré cette carrière ? L'estime publique les a toutes précédées ; elles ont été accueillies avec simplicité, désirées à peine, sollicitées jamais. C'est le 11 août 1860 que Stœber a été décoré de la Légion d'honneur ; cette distinction arrivait tard ; Lobstein aussi l'avait reçue à la fin de sa carrière ; Fodéré, le créateur de la médecine légale en France, ne l'avait jamais obtenue. L'Académie royale de médecine de Paris, appréciant les premiers travaux de Stœber, lui accorda, le 31 décembre 1836, le titre de correspondant, distinction rare au début d'une carrière.

Stœber était d'avis que le savant ne doit pas s'isoler, et qu'il a intérêt à connaître les hommes comme leurs œuvres ; la conversation fournit des renseignements que les livres ne donnent pas. La connaissance parfaite des langues étrangères, qu'il parlait et écrivait avec une égale distinction, rendait pour lui faciles les communications avec les savants des différents pays. Il aimait les voyages ; c'était un délassement et une source de connaissances nouvelles ; il disait souvent que le médecin est un des hommes qui peuvent voyager avec le plus de fruit. Il assistait volontiers aux congrès et aux réunions scientifiques, où sa parole discrète était toujours écoutée avec intérêt. Les différentes réunions auxquelles il a pris part sont celles de Stuttgart, Pyrmont, Mayence, Vienne, Gœttingue, Bonn, Carlsruhe. Stœber a publié, sous forme de lettres, la relation de quelques-uns de ses voyages ; ce sont des pages pleines d'intérêt, où l'on voit l'observateur sérieux ; un esprit aimable anime cette appréciation des hommes et des choses. Partout les illustrations médicales l'accueillaient avec déférence. Sous des apparences austères, d'un caractère facile et bienveillant, d'un tact sûr, il nouait des relations qui souvent se sont transformées en amitiés durables. C'est ainsi qu'il entretenait des correspondances avec des hommes éminents de différents pays.

Comme témoignage des bons souvenirs que laissait son passage, comme gage d'estime pour ses travaux, un grand nombre de sociétés savantes se sont associé le médecin dont le mérite et le caractère étaient partout appréciés.

(A suivre.) Professeur Tourdes.

considérez de profil la poitrine d'un phthisique, vous constatez qu'elle présente un aplatissement en avant et une convexité en arrière. En un mot, la forme de la poitrine en expiration s'accentue de plus en plus, et la poitrine prend l'aspect, en quelque sorte, de l'expiration constante.

Si nous examinons la poitrine par derrière, nous voyons que les scapulums descendent, que les épaules *tombent*, comme on dit vulgairement, et, dans ce mouvement de descente, les épaules tendent à se porter en avant, le scapulum tourne et son bord interne s'écarte de la poitrine, si bien que les épaules prennent l'apparence d'ailes. On dit, en effet, que les phthisiques ont les *épaules ailées*. Je vous disais, en commençant cette étude, que l'un des caractères principaux de la phthisie était l'infantilisme. Quand on naît phthisique, on garde certains caractères de l'enfance; quand on le devient, on les reprend. Eh bien! ces épaules ailées constituent l'un de ces caractères. Elles restent ailées quand la phthisie est héréditaire, et reparaissent quand elle est acquise, même après formation complète. Ne croyez pas que ce caractère de l'affaissement de la poitrine se montre dans des limites restreintes. Le plus souvent, au contraire, il s'accuse de la façon la plus nette. J'ai soigné, il y a quatre ans, un phthisique qui présentait cette poitrine étroite; c'était un Américain du Nord, qui ne mesurait pas moins de 2 mètres de haut et dont l'embonpoint, avant qu'il devînt tuberculeux, correspondait à cette taille; il avait été très-fort et avait même acquis une véritable réputation de boxeur émérite. Or cet athlète, quand il est mort, avait des côtes qui se touchaient l'une l'autre. Vous voyez donc que ce caractère peut prendre des proportions énormes.

Voilà les attitudes et les déformations de la poitrine des phthisiques connues depuis longtemps. Dans les temps modernes, on a cherché à mesurer ces différentes déformations, et, à mon avis, on n'est arrivé qu'à une fausse précision. Je m'explique; on a cherché d'abord à mesurer cette diminution de la poitrine en prenant des mesures verticales. Sachant qu'en même temps que les côtes s'affaissent les espaces diminuent, on en concluait que le diamètre vertical devait être moindre chez les tuberculeux que chez les personnes saines. On a même pensé pouvoir ainsi distinguer le côté malade du côté sain. Ces prétentions étaient légitimes; mais il faudrait, pour qu'elles donnassent des résultats pratiques, qu'on eût d'abord déterminé dans quelles proportions varie cette moyenne chez les gens sains. Je ferai les mêmes objections pour les diamètres transversaux, et particulièrement pour la distance entre les deux mamelons, au moyen de laquelle on a pensé aussi pouvoir obtenir une mesure certaine; les deux mamelons, s'abaissant en effet, doivent se rapprocher. Les mêmes objections subsistent pour le diamètre bi-acromial. On a eu recours alors à d'autres mensurations, qui ont donné de meilleurs résultats. On prend les trois mesures suivantes : le périmètre 1° de la poitrine sous les aisselles, 2° au niveau des mamelons, 3° au niveau de l'appendice xiphoïde; puis on les compare tous les trois. On emploie pour cela le cyrtomètre; mais cet instrument n'a pas non plus donné les résultats qu'on en attendait. Il est réellement utile pour les mensurations de la poitrine dans les pleurésies; mais, en général, il n'a servi qu'à démontrer l'insuffisance du ruban métrique pour mesurer la poitrine, car, grâce à lui, vous pouvez constater que le diamètre antéro-postérieur augmente souvent, sans que pour cela le périmètre de la poitrine ait augmenté. On a donc à peu près abandonné le cyrtomètre. Je le répète, on s'en sert quelquefois pour connaître les variations de la poitrine dans la pleurésie; mais la phthisie est une maladie beaucoup trop longue pour qu'on puisse y trouver une application pratique de cet instrument.

Au reste, il est absolument inutile d'entrer, pour le malade qui nous occupe, dans des mensurations plus ou moins précises; il doit nous suffire de nous en tenir aux déformations constatables par la vue. Je vous rappellerai donc, en terminant, que les caractères de l'infantilisme, c'est-à-dire l'affaissement de la poitrine, sa forme cylindrique, les épaules ailées, sont aussi de précieux symptômes de la phthisie pulmonaire, et auxquels vous devez attacher une réelle importance, jusqu'à ce que vous y joigniez la constatation des troubles fonctionnels dont nous allons commencer l'étude dans la prochaine séance.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 12 décembre 1871. — Présidence de M. BARTH.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1870 dans les départements de la Creuse, de l'Isère, du Gard, du Morbihan, et dans trois arrondissements des Côtes-du-Nord (Comm. des épidémies).

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de M. Léon Soubeyran, qui se présente comme candidat pour la place vacante dans la section de pharmacie;

2° Un rapport de M. le docteur La Gardelle sur une épidémie de variole qui a régné dernièrement dans le quartier des aliénés de l'hospice de Niort (Commission des épidémies);

3° Une lettre de M. le docteur Poverini (de Bologne), accompagnant l'envoi de plusieurs échantillons de cow-pox recueilli sur plaques (Comm. de vaccine).

M. FAUVEL, à l'occasion du procès-verbal, demande à rectifier un point de sa dernière communication. Ce n'est pas de *Hambourg*, mais bien de *Stettin*, sur la mer Baltique, qu'était parti le navire accusé d'avoir transporté le choléra à Halifax.

M. LARREY offre en hommage, au nom de M. le docteur Merchie :

1° La statistique médicale de l'armée belge (période de 1868 à 1869);

2° Un Manuel pratique des appareils modelés (ou nouveau système de déligature pour les fractures et luxations).

M. BROCA, à cette occasion, exprime le désir de voir reprendre les travaux de statistique médicale militaire actuellement interrompus.

M. BRIQUET dépose sur le bureau, au nom de M. le docteur Mignot, une brochure intitulée : *Réflexions sur notre enseignement médical.*

M. ALPHONSE GUÉRIN présente, de la part de M. Olivier (de Rouen), deux mémoires imprimés, l'un : sur les tumeurs osseuses des fosses nasales; l'autre sur la cyrrhose hypertrophique.

M. RICHET présente un travail manuscrit de M. le docteur Cazenave (de Bordeaux), membre correspondant de l'Académie, renfermant trois observations de tumeurs fibreuses de l'utérus extraites par les voies naturelles.

LECTURE

M. LE BARON LARREY, chargé de représenter l'Académie aux obsèques de M. Longet, donne lecture du discours qu'il a prononcé dans cette circonstance.

RAPPORTS

M. DELPECH, au nom d'une commission composée de MM. Bouchardat, Guérin et Delpech, lit un travail de M. le docteur Dessieux (de Montfort), intitulé : *Mémoire sur la nécessité et les moyens d'enseigner l'hygiène dans toutes les écoles.*

M. le rapporteur commence par rappeler les nombreux travaux et les persévérants efforts de M. Dessieux pour vulgariser les notions d'hygiène.

Ce médecin distingué a professé l'hygiène à l'école de Grignon pendant 13 années, de 1836 à 1843. Il a fait plus tard des cours publics aux ouvriers de Montfort-la-Morille, et enfin il a publié divers ouvrages élémentaires d'hygiène à l'usage des habitants des campagnes, des écoles et des lycées.

Après avoir fait ressortir l'utilité de ces ouvrages et indiqué l'esprit dans lequel ils sont écrits, M. Delpech continue en ces termes :

« Convaincu par ses études que l'enseignement de l'hygiène peut venir au secours de la société en combattant, au nom de l'intérêt de chacun et de tous, les vices et les désordres, et en faisant naître la crainte des conséquences funestes qu'ils exercent sur la santé, M. le docteur Dessieux vient vous demander le secours de votre approbation dans la mission qu'il s'est donnée.

« Il n'est aucun de nous qui puisse mettre en doute l'avantage qui résulterait pour les masses de cette pensée, qu'on ne viole pas impunément les lois de l'hygiène et que l'observation de ses préceptes est indispensable à la conservation de notre être physique et moral.

« Vous vous montrerez donc pleins de sympathie pour les efforts d'un praticien distingué qui, depuis longues années, a suivi la voie dont vous venez d'affirmer l'utilité, et votre commission vous propose de décider que l'Académie de médecine, s'associant aux vues exprimées par M. le docteur Dessieux dans le travail qu'il lui a présenté sur les avantages qu'il y aurait à généraliser les enseignements de l'hygiène, adresse des remerciements à son auteur et dépose honorablement son travail dans ses archives. »

M. LECANU. Je propose, en outre, de renvoyer à M. le ministre de l'instruction publique le travail de M. Dessieux, accompagné des conclusions du rapport. (Adopté.)

M. DEMARQUAY lit le rapport de la commission du prix de l'Académie pour le concours de 1870 (*Épanchements traumatiques intra-crâniens*).

Deux mémoires ont été envoyés, et la commission propose à l'unanimité de décerner le prix au mémoire n° 2.

M. GOSSELIN donne lecture du rapport de la commission du prix Amussat (*Pathologie expérimentale*). L'Académie a reçu trois ouvrages, dont deux ont été écartés du concours comme ne remplissant pas les conditions prescrites par le fondateur.

La commission propose de décerner le prix à M. le docteur Beranger-Féraud pour son ouvrage intitulé : *Traité des fractures non consolidées ou des pseudarthroses.*

M. Gosselin termine son rapport en invitant les concurrents futurs à se conformer le plus possible aux intentions de M. Amussat, qui a voulu, en fondant ce prix, encourager spécialement les expériences faites sur les animaux dans le but d'éclairer les questions de pathologie.

A cinq heures moins un quart, l'Académie se forme en comité secret pour voter sur les conclusions de ces rapports et ouvrir les plis cachetés.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 29 novembre 1871 (1). — Présidence de M. DOLBEAU.

DISCUSSION

M. DEMARQUAY. La question soulevée par M. Chassaignac touche à un point important de la pratique chirurgicale. On peut se tromper sur la nature des lésions suppurantes pour lesquelles on pratique la castration. Le fait auquel a fait allusion M. Chassaignac en est un exemple. On avait conseillé au malade que j'ai opéré la castration; j'ai d'abord essayé de conserver, et en fin de compte j'ai enlevé le testicule. Je reconnais que, dans un cas pareil, je ne pratiquerais pas la castration.

Je suis tout à fait de l'avis de M. Chassaignac pour le traitement des fistules purulentes du testicule, lorsqu'il n'y a que de la suppuration. Je ferais des incisions et même je pratiquerais le drainage. Mais pour les cas où il existe des tubercules du testicule, je ne suis plus avec notre collègue. Je me suis occupé de la question et j'ai acquis la conviction que dans le cas de fistules multiples, on ne peut recourir au drainage et larder, pour ainsi dire, de tubes un testicule. Les malades souffrent, ils ne peuvent ni travailler ni marcher, ils supplient le chirurgien de les opérer, et on est obligé de céder à ce désir, et réellement c'est ce qu'il y a de mieux à faire.

En somme, j'admets qu'il faut restreindre les amputations du testicule aux cas où il y a des tubercules infiltrés dans l'épididyme et le testicule et où le mal réagit sur toute l'économie.

M. CHASSAIGNAC. Je remercie M. Demarquay de n'avoir vu dans le fait que j'ai emprunté à sa pratique que la discussion scientifique d'indications opératoires. Ce que j'ai dit dans mon travail est absolu pour moi, mais chacun peut ne pas faire ce que j'ai fait.

Je répondrai à M. Demarquay que, même dans le cas de fistules multiples du testicule, un seul drain suffit, pourvu qu'il passe par la partie la plus déclive du scrotum. Je lui dis encore que, tout en admettant ses raisons, je ne puis m'empêcher de répéter : essayons les tubes à drainage avant de faire la castration.

M. DEMARQUAY. Que M. Chassaignac me permette de le lui dire : quand les résultats sont aussi heureux qu'il nous l'a rapporté, je ne pense pas qu'il y ait de vrais tubercules du testicule. La castration ne doit pas être redoutée lorsqu'on la pratique pour des testicules tuberculeux ulcérés. Je n'ai pas vu de cas de mort à la suite de cette opération, tandis que la castration pour des cas de cancers du testicule est plus grave. Cela tient à cette loi de la chirurgie que les opérations réussissent généralement mieux chez les sujets opérés pour un mal qui suppure, que chez les individus opérés pour une tumeur cancéreuse ou autre. Cette considération fait que devant un tubercule franchement tuberculeux qui traîne, je croirai devoir faire sans hésitation la castration.

M. TILLAUX. Je partage l'avis de M. Demarquay. Nous sommes d'accord sur un point, c'est que la castration ne doit pas être faite pour les fistules purulentes, et qu'elle doit être réservée pour des cas extrêmes; même pour les tubercules franchement tuberculeux, on doit s'abstenir lorsque l'état général du malade est satisfaisant, ainsi que ce fait est consigné dans une des observations de M. Chassaignac.

Maintenant, en nous plaçant même au point de vue de M. Chassaignac, raisonnons : un abcès se forme, on l'ouvre, il y a des fistules, on y place un drain; mais après, que faire? Si le mal persiste, si le malade dépérit, comme cela était manifeste chez ce malade dont le testicule avait été drainé par M. Chassaignac lui-même et que j'ai cité il y a quelque temps, l'amputation est la meilleure ressource; dans de telles circonstances, je m'élève contre l'abstention, malgré la gravité de l'opération.

M. GIRALDÈS. Je partage les opinions de M. Chassaignac relativement aux fistules purulentes du testicule; mais lorsque je considère que les testicules tuberculeux sont constitués par des matières caséeuses et graisseuses dans l'épaisseur des canaux épididymaires augmentés de volume, dépôts qui, comme cela se voit dans le canal déférent, peuvent causer des foyers multiples isolés, au milieu de tissus fibreux altérés, et entretenir une suppuration constante, je ne crois pas que le drainage soit suffisant, et si le malade n'a point de tubercules pulmonaires, il faut éviter les accidents qui résultent de la suppuration chronique, les inflammations et les douleurs qui empêchent les malades de marcher et de travailler. Alors il faut amputer.

Je ne pense pas que la castration soit aussi grave que l'on peut le croire. J'ai enlevé beaucoup de testicules, et je n'ai pas eu de cas de mort.

M. LEFORT. Je ne pense pas non plus que la castration soit une opération grave. Je n'ai pas eu de cas de mort pour des castrations pratiquées pour débarrasser les malades de testicules tuberculeux. A mon sens, il ne faudrait pas proscrire d'une manière complète la castration dans les cas de tubercules du testicule sans tubercules pulmonaires.

M. CHASSAIGNAC. Je répondrai à M. Tillaux que je ne puis lui dire ce que j'aurais fait si les tubes à drainage n'avaient point réussi; l'occasion ne s'est pas présentée. On parle toujours du désir qu'ont les malades d'être débarrassés de leur mal; c'est pousser loin l'interprétation que de dire qu'ils veulent être amputés. Si on leur donne du soulagement et une amélioration par le drainage, ce n'est pas par choix qu'ils demanderont la castration.

M. Giraldès nous parle d'induration sur le trajet du canal déférent comme étant une caractéristique du testicule tuberculeux qu'il croit que l'on peut opérer. Je trouve, moi, une contre-indication à l'opération dans les cas où il y a des lésions du canal déférent.

Je ne suis pas éloigné de penser aussi que les tubercules pulmonaires ne sont pas des contre-indications à l'opération des fistules. J'ai opéré des fistules à l'anus chez des phthisiques; les plaies ont bien guéri et les malades ont éprouvé un soulagement qui leur a procuré un assez long bien-être.

Avant de changer d'opinion sur le traitement du testicule tuberculeux, je demanderai à mes contradicteurs qu'ils donnent les statistiques, avec la mortalité, des testicules tuberculeux traités par la castration.

LECTURE

M. DUBREUIL lit une observation de résorption des alvéoles de la mâchoire supérieure et d'une portion de l'arcade alvéolaire. (Commissaires : MM. Sée, Le Fort, Cruveilhier.)

PRÉSENTATION DE PIÈCES

Lipome pédiculé de la peau. — M. PANAS présente un lipome pédiculé enlevé sur la cuisse d'un malade, et qui présentait deux particularités remarquables : une ulcération sur la partie centrale de la tumeur, et une absence totale de sensibilité sur la moitié inférieure du lipome. Le présentateur attribue l'ulcération et

(1) Fin. — Voir les numéros des 9 et 12 décembre 1871.

l'absence de sensibilité à la destruction des nerfs pendant l'accroissement de la tumeur. M. Panas fait remarquer, en outre, que des lipomes très-gros ne sont pas pédiculés aussi nettement que la tumeur relativement petite qu'il présente. Cela tient, suivant lui, à ce que ce lipome s'est développé dans l'épaisseur même de la peau.

M. TILLAUX. En 1869, j'ai enlevé une tumeur lipomateuse quatre fois grosse comme celle-ci et pédiculée ; il y avait aussi une ulcération sur la tumeur. J'ai enlevé la tumeur avec l'écraseur.

M. CHASSAIGNAC. Cette tumeur peut être considérée comme servant de transition entre le lipome et le molluscum. Les altérations des fonctions de la peau, l'hypertrophie et l'atrophie du derme sont des lésions qui se mêlent et qu'on observe dans ces lipomes et dans le molluscum.

M. SÉE. Il n'y a pas d'analogie entre le lipome et le molluscum. Dans le molluscum, il y a des altérations du derme et des follicules pileux ; dans le lipome, il y a hypertrophie graisseuse.

M. CHASSAIGNAC. Le genre molluscum n'est pas défini ; il y a des molluscums érectiles, dermoïdes et graisseux. Le molluscum n'est pas plus une maladie à part que le fongus de la dure-mère.

M. DOLBEAU. Il n'est pas rare d'observer des lipomes pédiculés du genre de celui que nous présente M. Panas. Chez les hommes comme chez les femmes, on les rencontre à la partie interne de la cuisse. J'ai récemment enlevé deux lipomes semblables à celui que nous voyons ; ils avaient été pédiculés dès leur origine et étaient *insensibles*. L'origine de ces lipomes pédiculés dans les aréoles du feutrage du derme a été bien enseignée par notre maître, M. Nélaton, et il avait même fait la remarque que ces tumeurs étaient parfois transparentes.

Le fait de l'insensibilité de la peau de la tumeur n'est pas rare, vous le voyez, et je pense que l'on doit l'attribuer à l'amincissement du tégument et à l'altération des parties qui perçoivent la sensation.

M. MARJOLIN. La transparence des lipomes est bonne à connaître, car on pourrait tomber dans des erreurs de diagnostic et juger un lipome un kyste. J'ai vu un exemple de ce genre où le diagnostic était très-difficile. C'était une tumeur lipomateuse pédiculée de l'abdomen chez un enfant, et la tumeur était transparente.

La séance est levée à 5 heures et demie.

Le vice-secrétaire annuel: Armand DESPRÉS.

CORRESPONDANCE

A M. le Dr E. Le Sourd, directeur de la Gazette des hôpitaux.

Villa Saint-Jean, par le Luc (Var), le 5 décembre 1871.

Mon bien cher confrère et ami,

Je lis seulement aujourd'hui, dans le numéro du 28 octobre de la *Gazette des hôpitaux*, un article intitulé : *Répertoire ophthalmiatrique; notes fournies par M. le docteur Warlomont aux Annales d'oculistique.*

Parlant des heureux résultats obtenus à l'aide des injections hypodermiques pour combattre les douleurs qui se manifestent dans le globe oculaire ou ses annexes par le fait d'une iritis, d'un accident traumatique ou d'une opération, notre honorable confrère dit que, depuis plusieurs années, il a remplacé ces injections par des badigeonnages du pourtour de l'orbite et de la tempe, au moyen de la préparation suivante :

Teinture d'iode........... 4 grammes.
Acétate de morphine....... 20 centigrammes.

« On les répète matin et soir, et même plus souvent, tant que l'épiderme le permet... et c'est plaisir de voir à quel point il y réussit à calmer les douleurs nocturnes... Dans les lésions traumatiques, les attaques de glaucôme, etc., il n'est pas d'un moindre secours. »

Bien que j'aie toujours évité avec grand soin de discuter les questions de priorité qui me concernent, je ne puis m'empêcher de rappeler ce que savent tous les confrères qui m'honorent de leur confiance, — que, bien longtemps avant qu'il fût question des injections hypodermiques, j'ai préconisé et employé constamment les badigeonnages de teinture d'iode sur le front, sur les tempes et principalement *sur les paupières fermées*, dans le but de combattre la photophobie. Cette pratique est indiquée sous mon nom dans le *Formulaire magistral* de Bouchardat.

Les enfants surtout, atteints de kératites avec une invincible horreur de la lumière, ouvrent les yeux le lendemain du premier badigeonnage.

Ceci est connu et je n'y insiste pas.

Mais ce qui l'est moins peut-être, c'est que le badigeonnage, loin de pouvoir être réitéré, *matin et soir ou même plus souvent*, ne peut être renouvelé que *de deux jours l'un*, sous peine de douleurs intolérables, au point que les malades reculent devant cet excellent agent thérapeutique, qui a besoin d'être manié avec réserve.

M. Warlomont est trop honorablement connu pour qu'on puisse mettre en doute la solidité de ses observations ; les miennes sont de pratique journalière. Il faut croire que l'hyperesthésie se manifeste à un plus haut degré en France qu'en Belgique.

Je fais des réserves, relativement à la teinture d'iode, dans l'iritis et le glaucôme. J'espère, à mon prochain retour à Paris, pouvoir mettre sous les yeux de nos lecteurs un exposé thérapeutique basé sur trente années de pratique ophthalmologique.

A vous de cœur,

A. MAGNE.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 15 décembre 1871.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Des causes de mort dans la variole et des indications qui ressortent de leur connaissance au point de vue pratique.

Dans la Revue de samedi dernier, nous avons exposé les faits principaux qui ressortent des recherches de M. Briquet sur les diverses causes de mort, ou plutôt sur les diverses manières dont ont lieu les décès chez les variolés qu'il a eu l'occasion de soigner pendant la dernière épidémie. L'étude des causes de mort dans la variole a été récemment l'objet d'un travail très-important, et beaucoup plus général, dont cette même épidémie a fourni les éléments. Nous voulons parler du très-beau mémoire que M. Huchard a publié sur ce sujet, pendant le cours de cette année, dans les *Archives de médecine*, et que nous avons déjà mentionné, il y a quelques semaines, à l'occasion de la présentation qui en a été faite à l'Académie par M. Tardieu. Nous devons à nos lecteurs une analyse de ce travail.

M. Huchard a étudié surtout les causes de mort inhérentes à la nature même de la maladie, se bornant à mentionner celles qui s'y rattachent seulement à titre de complications.

Dans la variole, dit-il, la mort peut survenir aux quatre périodes de l'invasion, de l'éruption, de la suppuration et de la dessiccation.

Pour les deux premières, ce qui crée le danger, c'est une altération primitive du sang par le virus, qui agit à la fois en produisant une stéatose généralisée et en déterminant une phlogose spéciale du système musculaire et en particulier du myocarde.

Pour les deux derniers stades, et surtout pour celui de la maturation, les effets à redouter sont : 1° ceux d'une altération sanguine consécutive à la première et due à la résorption des matériaux de la suppuration ; 2° ceux de la suppression plus ou moins complète des fonctions excrémentitielle et respiratoire de la peau, ce qui devient une troisième cause d'adultération du sang et entraîne les accidents désignés sous le nom d'asphyxie cutanée ; 3° enfin, les effets d'un obstacle à l'entrée de l'air dans les poumons par suite du gonflement plus ou moins considérable, parfois énorme, de l'arrière-gorge, et de l'extension si fréquente de l'exanthème pustuleux à tout l'arbre respiratoire.

Toutes ces causes de mort peuvent se résumer en définitive par ces deux mots : septicémie et asphyxie.

On ne trouve dans toutes les altérations connues du sang varioleux, prises isolément, aucun caractère de spécificité. Mais on voit, parmi ces altérations, qu'il en est qui sont primitives et qui résultent directement de l'imprégnation du sang par le virus; d'autres qui n'ont pas la même importance dans l'étude de la septicémie virulente et primitive, et qui sont dues à l'élément fébrile lui-même, comme, par exemple, la production considérable de matières extractives.

La mort peut survenir dès les premiers stades de la variole, tantôt avant l'apparition de l'éruption, tantôt dans les premiers jours de l'éruption. Dans ces cas, la maladie a toujours pris la forme hémorrhagique. Le malade succombe alors avec tous les symptômes de l'asphyxie.

M. Huchard sépare avec raison cette forme si redoutable de la variole, au point de vue du pronostic et de la pathogénie, de celle où les hémorrhagies n'apparaissent que dans la période de suppuration. Cette dernière forme peut se terminer par la guérison. Lorsqu'elle vient à se terminer d'une manière funeste, les malades succombent, non point à l'asphyxie, mais aux phénomènes ataxo-adynamiques.

Ainsi, au triple point de vue de la symptomatologie, du pronostic et de la pathogénie, il y aurait lieu de faire une distinction dans le groupe des varioles hémorrhagiques, suivant que les hémorrhagies se montrent pendant la période d'invasion et d'éruption, ou qu'elles n'ont lieu que pendant la suppuration et la dessiccation. Dans le premier cas, les varioles sont hémorrhagiques d'emblée et résultent d'une altération primitive du sang bien déterminée, dont la caractéristique est la paralysie du globule; elles se terminent toujours par la mort, avec tous les signes de l'asphyxie. Dans le second cas, elles deviennent hémorrhagiques sous l'influence de l'intoxication de l'économie par la septicémie secondaire ; la mort survient même rapidement au milieu de symptômes ataxo-adynamiques, et la guérison est possible, bien qu'encore exceptionnelle.

Ici M. Huchard constate par quelques exemples l'influence, non contestée, mais trop souvent négligée, suivant lui, des causes prédisposantes sur la production d'une forme déterminée de la variole, telles, par exemple, que celles de l'alcoolisme, de l'état puerpéral et de tous les états morbides qui prédisposent par eux-mêmes aux hémorrhagies, sur la forme hémorrhagique de la maladie.

Dans la variole, après l'accomplissement de l'éruption papuleuse, la pyrexie entre dans une nouvelle période où les causes de mort sont multiples, soit que les symptômes du début se prolongent jusque pendant la période de suppuration et que la septicémie primitive se confonde avec la septicémie secondaire, soit que, tous les accidents prodromiques s'apaisant après l'éruption, il se fasse un temps d'arrêt jusqu'à l'explosion des nouveaux accidents qui accompagnent toujours la maturation des pustules.

La fièvre secondaire est la première et la plus constante expression de la septicémie engendrée tout à la fois par la résorption des matières putrides et par la rétention des produits excrémentitiels de la peau.

Il ne faudrait donc pas, d'après M. Huchard, attribuer l'élévation de la température uniquement à la septicémie secondaire provoquée par l'introduction dans le sang des matériaux de la suppuration. Les lésions graves et étendues dont la peau est le siége dans les varioles cohérentes et surtout dans les confluentes s'ajoutent à ces premiers éléments pour altérer davantage la masse sanguine. De là toute une série d'accidents.

Ici se plaçait toute une étude très-intéressante, celle des modifications qui surviennent dans la composition du sang chez les varioleux, et de la voie que suivent les déchets organiques dont l'élimination par la peau est rendue difficile, sinon impossible, dans la variole confluente ou cohérente. Cette perturbation des fonctions exhalantes de la peau a des conséquences funestes que les expériences physiologiques ont démontrées et que la variole met dans tout leur jour. Cette perturbation est certainement une cause fréquente de mort dans les varioles confluentes. Les accidents provenant de cette source apparaissent au commencement même de l'éruption ; ils peuvent par eux-mêmes entraîner la mort à partir du 10e ou 11e jour de la maladie.

La suppression des fonctions cutanées répond à diverses indications thérapeutiques. Étant connue la solidarité de fonctions qui existe entre divers organes, solidarité en vertu de laquelle des excrétions peuvent s'exagérer et suppléer à d'autres qui ne peuvent plus s'effectuer, telle qu'il en existe, par exemple, entre les fonctions du rein et celles de la peau, entre les excrétions rénales et les excrétions intestinales, on comprend que dans la variole confluente, où les fonctions de la peau sont presque complétement entravées, où le rein même sécrète peu d'urine, les diarrhées qu'on voit souvent survenir remplacent les excrétions absentes et constituent de véritables sueurs intestinales qu'il faut se garder d'arrêter.

Un dernier groupe de faits est relatif à l'asphyxie variolique par les affections laryngo-bronchiques et pulmonaires.

Voici, en résumé, quelles sont, d'après M. Huchard, les causes multiples de la mort dans les différentes espèces de variole.

Dans la variole confluente, la terminaison par la mort est la règle, la guérison l'exception. Si les malades échappent à la septicémie primitive et aux lésions cardiaques consécutives, qui tuent souvent subitement dans le troisième stade de la suppuration, souvent avant le 11e jour, ils sont exposés pendant la maturation aux accidents presque toujours mortels de la septicémie secondaire et de l'asphyxie.

Dans les varioles cohérentes, les malades succombent le plus ordinairement aux accidents asphyxiques causés par le développement de pustules sur la muqueuse aérienne.

Les varioles hémorrhagiques primitives sont toujours mortelles; les hémorrhagies secondaires, quoique graves, peuvent guérir : les hémorrhagies, dans cette dernière forme, étant symptomatiques de l'altération secondaire du sang.

Les résultats de ces recherches ne sont pas des faits de pure curiosité, ils ont leur intérêt et leur importance au point de vue pratique.

Comme l'a dit avec beaucoup de raison M. Huchard, étudier, dans les maladies, les causes de la mort et le mécanisme suivant lequel elle se produit, c'est chercher à combattre et à conjurer, après les avoir découverts, les dangers qui menacent la vie des malades ; et si, malgré ces recherches, la thérapeutique reste

FEUILLETON

VICTOR STŒBER

PROFESSEUR DE PATHOLOGIE GÉNÉRALE ET DE CLINIQUE OPHTHALMOLOGIQUE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG (1).

Voilà cette vie publique si honorée, si active, si utile dans des directions différentes; Stœber a contribué puissamment aux succès d'une école dont nous pouvons, à cette dernière heure, signaler les services; son nom se rattache à la période la plus brillante de la Faculté de Strasbourg. Praticien éminent, dévoué, désintéressé, il a ajouté aux bienfaits ordinaires de la médecine les services tout particuliers d'une spécialité qu'il exerçait avec une habileté peu commune; homme de science, il s'est recommandé par de nombreux travaux, il a fait partager aux autres le fruit de son expérience et de son érudition. Comptons aussi l'exemple de cette vie dévouée et pure, honorée par le travail, et qui montre à quel degré de considération et d'estime s'élève le médecin vraiment digne de ce nom. Stœber était arrivé au succès par une voie lente et sûre; le respect pour le caractère s'était joint à la confiance dans le talent, l'affection s'était ajoutée à l'estime; la position qu'il avait acquise dans la cité, digne récompense d'une carrière si bien remplie, honorait la profession médicale.

Nous avons tous jugé et aimé de même Stœber; ses qualités étaient de celles que tout le monde reconnaît, que personne ne conteste. Devant une assemblée de médecins qui l'ont si bien apprécié, ai-je besoin de rappeler la bienveillance constante, la délicatesse si parfaite de ses rapports professionnels? Tout, chez lui, découlait d'une même source, de la droiture du cœur, de la rectitude du jugement. L'esprit de justice, le jugement sûr que la passion n'égarait pas, le sentiment du devoir, la vie laborieuse, la bienveillance aimable, le dévouement avec simplicité, tous les mérites qui font l'honnête homme, le père de famille, l'homme public, le citoyen digne de ce nom, on les voyait chez l'excellent Stœber, et le temps, les relations constantes augmentaient, confirmaient l'estime profonde qu'il inspirait. Collaborateur assidu, admis dans l'intimité de cet homme de bien, comme j'appréciais cet ami sûr, dévoué, toujours d'un bon conseil, cet esprit aimable, cette sensibilité délicate sous une apparence sérieuse! Sous des dehors froids et réservés, qui donnaient à sa personne un caractère particulier de distinction, Stœber cachait une âme sensible, un esprit fin et délicat. Sa conversation, attachante et sérieuse, n'excluait pas l'enjouement; les relations qu'on avait avec lui avaient autant de charme que de solidité.

Toutes ces qualités l'ont rendu heureux et ont répandu le bonheur autour de lui; jetons un coup d'œil sur cette vie privée où notre confrère a trouvé toutes les joies domestiques, traversées aussi par le malheur, que l'homme n'évite pas. En 1831, M. Stœber épouse la fille de M. Uebersaal, un des praticiens les plus répandus de Strasbourg; il trouve réunies les qualités du cœur à toutes les grâces de la personne; un seul nuage attriste cette union : pendant dix ans elle reste stérile, puis leurs vœux sont comblés, mais à quel prix? la jeune femme succombe en donnant le jour à un second enfant; quatorze ans de bonheur viennent de s'évanouir; Stœber reste seul près du berceau de ses deux filles. L'heure du succès était venue; il a la douleur de ne pas y associer celle qui avait traversé avec lui les moments pénibles de la lutte. Stœber est arrivé au professorat et à l'apogée de sa carrière; il pense à l'avenir de ses enfants, il retrouve pour eux une seconde mère. Un second mariage, contracté en 1847 avec une femme aussi distinguée par le cœur que par l'esprit, rend à cet homme excellent le bonheur de la famille et y ajoute la joie bien grande que lui donne la naissance d'un fils. Mais ce bonheur, reconstruit d'une manière inespérée, devait s'écrouler encore : la mort frappe sa digne compagne. L'affection de ses enfants le soutient dans cette dernière épreuve; l'union de sa fille avec le fils aîné de celle qu'il a perdue devient pour lui une douce consolation et lui donne un digne successeur. Quand il s'est vu revivre dans ses petits-enfants, il a senti se réveiller pour lui toutes les joies de la famille. Il le dit lui-même dans les paroles touchantes de son dernier écrit : « J'ai eu de bien douces jouissances, et parmi elles, la plus vive a toujours été l'amour de mes enfants. Dieu est témoin que je les ai payés de retour. »

Stœber était dans toute l'activité de sa carrière, lorsqu'en 1866 sa santé, jusque-là vigoureuse, reçoit une première atteinte : une

(1) Fin. — Voir les numéros des 21, 25, 30 novembre, 2 et 14 décembre 1871.

temporairement impuissante, c'est encore donner une nouvelle vigueur à la sûreté du pronostic.

Un premier fait qui en résulte, c'est la connaissance plus précise, au point de vue du pronostic, des conditions qui rendent la variole fatalement mortelle, et la distinction des caractères propres à ces formes de ceux des autres formes qui ne deviennent mortelles que par des complications ou des accidents que l'on peut et que l'on doit chercher à prévenir ou à combattre. C'est ainsi qu'indépendamment des indications générales qui ressortent de l'état général septicémique et des symptômes graves résultant du trouble des fonctions de la peau, dont il a été déjà question incidemment, ces recherches appellent de nouveau l'attention sur les indications fournies par l'élément fébrile, par l'élévation de la température, qui crée par elle-même un danger imminent, par suite de la combustion exagérée des tissus et de la difficulté d'excrétion de ses déchets, par le délire, par les éruptions locales des muqueuses buccale et laryngo-pharyngienne, enfin par les diverses complications phlegmasiques, viscérales, etc. Elles conduisent, enfin, à tenir un grand compte de toutes les conditions hygiéniques, qui ont une si grande influence sur l'aggravation ou l'atténuation de la maladie, comme l'a si bien démontré la dernière épidémie, étainsi que l'a fait remarquer surtout M. Briquet dans sa communication à l'Académie.

Gastrotomie appliquée aux cas de kystes de l'ovaire, des tumeurs fibreuses et fibro-cystiques (1).

3e *Groupe. — Tumeurs fibro-cystiques.*

Entre les tumeurs fibreuses solides, à tissu dense et serré et les kystes proprement dits, se place une troisième variété qui sert pour ainsi dire de trait d'union entre les deux premières, offrant des caractères empruntés à la fois à ces deux genres de production morbide. L'élément fibreux et l'élément kystique s'y trouvent représentés, et cela en proportion variable, tantôt la partie solide étant la plus importante, tantôt, au contraire, la partie kystique ayant la prépondérance.

Nous ne nous appesantirons pas longuement sur ce sujet, l'étude détaillée de ces tumeurs devant faire l'objet d'un mémoire que se propose de publier prochainement M. L. Urdy, interne distingué des hôpitaux.

Jusqu'à présent, M. Péan a eu l'occasion d'opérer seulement deux malades atteintes de ce genre de tumeur. La première est celle qu'il a présentée à l'Académie il y a deux ans. Voici quelques détails sur la deuxième :

Mlle Virginie G..., aujourd'hui âgée de 46 ans, rachitique depuis son enfance (la déformation du squelette a porté principalement sur la colonne vertébrale qui offre une forte incurvation en arrière et à droite), toujours bien réglée, mais abondamment, portait, lors du premier examen qui fut fait, des traces non équivoques de la virginité.

A cette époque, la santé générale était des plus débiles ; néanmoins, elle affirme n'avoir jamais eu de maladie grave. Il y a quatre ans, sans cause connue, elle s'aperçut que son ventre grossissait, mais elle n'y fit pas grande attention et n'interrompit pas ses occupations journalières. D'ailleurs, elle ne ressentait aucune souffrance, et l'augmentation de volume portait sur la totalité de l'abdomen. C'est seulement un mois avant que le docteur Chaillou l'eût envoyée à l'hôpital de Lourcine, dans le service de M. Péan, qu'elle ressentit pour la première fois quelques douleurs légères dans la fosse iliaque gauche, douleurs qui la déterminèrent à venir réclamer les soins de ce chirurgien.

Ici nous laissons parler M. Péan :

« En examinant le ventre de la malade, nous vîmes qu'il était distendu de toutes parts par une masse volumineuse, ce qui lui donnait un aspect arrondi et saillant. Par la palpation, on découvrait sans peine une tumeur de consistance très-dure, peu mobile, complétement indolente. Elle occupait presque toute la partie inférieure de l'abdomen et remontait à droite jusqu'à la hauteur du foie. A gauche, et surtout à la partie supérieure, on trouvait plusieurs masses de consistance molle, et où la percussion révélait la présence d'un liquide enkysté.

Du même côté, et tout à fait dans la fosse iliaque, on sentait une tumeur de la grosseur du poing, fibreuse, facile à distinguer des autres masses morbides par sa mobilité qui était telle que souvent elle fuyait sous la main qui cherchait à la saisir. En s'aidant du toucher vaginal et du toucher rectal, on arrivait à cette conclusion que l'utérus était le point de départ de la tumeur la plus volumineuse, qu'il faisait corps avec elle, et qu'en outre il était légèrement dévié à gauche.

Quant à dire la nature de toutes ces productions morbides, nous ne pouvons nous prononcer avec certitude, car si le diagnostic de tumeur fibreuse utérine nous paraissait évident pour la masse principale, il était impossible de se prononcer sur le point de départ des masses kystiques. Les ponctions que nous pratiquâmes, tant pour éclairer notre diagnostic que pour apporter quelque soulagement dans l'état de la malade, ne nous apprirent rien de certain. Le liquide retiré par la ponction était séreux, un peu filant, et se reproduisait au bout de quelque temps.

Cependant les forces de la malade allaient s'affaiblissant de jour en jour, si bien qu'une terminaison funeste était facile à prévoir dans un bref délai. Ce fut alors que, cédant aux prières des parents et des nombreux amis de la malade, je me décidai à tenter l'opération, mais je l'avoue avec bien peu d'espoir de succès. Elle fut pratiquée dans la maison de santé de Mme Martel, à Levallois-Perret, le 2 août 1870, en présence de MM. les docteurs Cintrat, Gaudin, Arnoult, Desarènes, Tilloy et Groffillet.

L'incision des parois de l'abdomen fut faite sur la ligne blanche, depuis le pubis jusqu'au milieu de l'espace compris entre l'épigastre et l'ombilic. Aussitôt que le péritoine eut été divisé, une certaine quantité de liquide ascitique s'écoula au dehors, et la masse fibreuse se présenta d'elle-même dans toute l'étendue de l'incision. Tout d'abord, nous cherchâmes à l'attirer au dehors au moyen de liens métalliques dont nous l'avions traversée. Ne pouvant y parvenir, nous la fîmes basculer de gauche à droite de façon à permettre aux masses kystiques, en rapport avec sa partie supérieure et latérale gauche, de venir à leur tour faire saillie entre les lèvres de la plaie. Celles-ci furent alors tour à tour ponctionnées et vidées de leur contenu, ce qui nous permit d'attirer à nous une partie de la masse fibreuse, et d'enlever toutes les portions enkystées qui avaient leurs points d'attache sur elle, en nous servant, comme toujours, du procédé de *morcellement* qui nous avait déjà réussi tant de fois. Nous eûmes, chemin faisant, à décoller quelques adhérences assez fortes, tant pariétales que viscérales, et comme elles étaient vasculaires, nous dûmes faire un certain nombre de ligatures perdues. Il nous fut dès lors facile de voir que cet énorme corps fibreux était implanté sur l'utérus par un large pédicule comprenant le fond et tout le bord droit de l'organe. En même temps, nous pûmes constater la présence sur le côté gauche d'un deuxième corps fibreux du volume d'une tête de fœtus à terme, adhérant à l'utérus par un pédicule arrondi d'une longueur de 3 et d'un diamètre de 4 centimètres. Cette tumeur n'était autre chose, en réalité, que celle dont la présence avait été constatée avant l'opération, grâce à son extrême mobilité.

Après ce rapide examen, la partie supérieure du corps de l'utérus fut traversée au moyen d'un fil métallique double, dont les deux anses servirent à lier toute la portion de l'organe qui se confondait avec la tumeur principale, et à interrompre la circulation dans cette dernière. Nous excisâmes alors sans crainte d'hémorrhagie toute cette masse, qui ne pesait pas moins de 12 kilogrammes. En même temps, le pédicule qui supportait la petite tumeur située sur le bord gauche fut sectionné au moyen d'une anse de fil métallique, qui remplit ainsi le rôle d'un écraseur.

Cette dernière section s'accompagna d'une hémorrhagie assez inquiétante pour que nous ayons été obligés de recourir au cautère actuel. Grâce à cette manière d'agir, nous en vînmes facilement à bout. Une troisième tumeur fibreuse, du volume d'un œuf de poule, située dans le cul-de-sac utéro-rectal, fut enlevée de la même manière.

L'ablation de toutes ces tumeurs avait nécessité, on le comprend, un temps assez long. Nous allions nous hâter de refermer le ventre, après avoir au préalable soigneusement épongé le péritoine, lorsqu'à notre grande surprise nous vîmes que la plus grande partie de l'intestin grêle était recouverte par une énorme poche d'aspect kystique, s'étendant depuis la symphyse pubienne jusqu'à l'estomac. Cette poche pouvait contenir plusieurs litres de liquide ; ses parois étaient tellement minces, que l'on se demandait comment elles avaient pu résister à sa pression. Au premier abord, ce kyste nous parût extrêmement insolite ; ce ne fut qu'en recherchant avec attention quel pouvait être son mode de développement, que nous fûmes conduits à soupçonner que cette tumeur était formée par du liquide ascitique, qui s'était engagé dans l'arrière cavité des épiploons par l'hyatus de Winslow en donnant lieu à un kyste aussi singulier. Il nous suffit d'ailleurs d'inciser les feuillets péritonéaux qui en constituaient les parois, pour voir aussitôt le liquide s'échapper dans la cavité pelvienne, où il fut recueilli au moyen de grosses éponges.

Le reste de l'opération se passa sans incidents remarquables. Les deux liens jetés sur l'utérus furent attirés vers l'angle inférieur de la plaie et maintenus au dehors au moyen de deux aiguilles disposées en croix.

D'un autre côté, la plaie abdominale fut fermée au moyen de quelques points de suture. L'opération avait duré trois heures et demie.

A quelques jours de là, grâce aux soins intelligents dont elle était entourée dans la maison de santé de Levallois, notre malade marchait vers une guérison certaine, lorsque survint la nouvelle de l'investissement de Paris. Nous décidâmes aussitôt de la transporter de nouveau dans notre service de Lourcine, espérant que là elle serait mieux à l'abri des projectiles qu'au voisinage des fortifications. Bien que le transport se fût effectué sur un brancard et avec les plus grandes précautions, il s'était produit, au niveau du pédicule, un tiraillement assez fort pour occasionner une inflammation suivie d'abcès. Cet abcès, au bout de quelques jours de souffrance, s'ouvrit dans la vessie, et par là une fistule urinaire se trouva constituée. Une sonde à demeure fut immédiatement placée dans l'urèthre, de façon à éviter toute accumulation d'urine ; mais ce ne fut que longtemps après que nous eûmes le bonheur de voir la fistule se tarir.

Nous n'en avions pas fini avec les complications. Le séjour prolongé au lit et le contact de l'urine amenèrent des escharres qui se développèrent sur le sacrum et sur la gibbosité de la région dorsale. En second lieu, dans le courant du mois de janvier, alors qu'elle avait repris une partie de ses forces, et que déjà depuis longtemps elle pouvait se lever, voire même se promener, elle fut prise d'une pneumonie double fort grave, qui nous donna de grandes inquiétudes pour sa vie. Enfin, il ne faut pas oublier que tout ceci se passait pendant le siége, c'est-à-dire à une époque où les malades qui fréquentaient nos établissements hospitaliers avaient beaucoup à souffrir tant à cause de la mauvaise nourriture que de l'insuffisance du chauffage. Ajoutez à cela les souffrances morales que cette pauvre femme a dû endurer pendant son séjour dans un hôpital exposé aux obus de l'ennemi, et vous conviendrez sans peine que jamais opérée ne s'est trouvée dans des conditions aussi déplorables. Malgré tout et malgré la faiblesse de sa constitution, elle a heureusement traversé toutes ces épreuves, et aujourd'hui sa santé générale ne laisse rien à désirer. »

Si maintenant on se reporte à l'observation publiée antérieu-

(1) Voir la Revue clinique du 25 novembre, 2 et 9 décembre 1871.

---

maladie des voies urinaires se déclare; notre collègue ne se fait pas illusion sur la portée d'un accident de ce genre. Des soins habiles pallient le mal sans le faire disparaître, les rechutes deviennent fréquentes; dans l'intervalle, il reprend son enseignement et sa pratique, et il suffit avec la même activité à ses occupations nombreuses. La sérénité de son âme n'est pas troublée, mais il sait que ses jours sont comptés; parfois il nous parlait de sa fin prochaine, et, tout en reconnaissant combien il était encore utile aux siens par son affection et par ses conseils, il disait aussi que sa tâche était remplie, que son œuvre était faite.

Voici comment, dès 1867, il appréciait sa position : « Depuis l'automne de 1866, j'ai été atteint d'infirmités qui ne disparaîtront jamais; depuis cette époque, j'ai réduit peu à peu mes occupations. Mon plus grand bonheur est de vivre en famille, entouré de l'affection de mes enfants. Pourvu qu'un nouveau malheur et de trop vives souffrances ne viennent pas affliger mes derniers jours, je verrai approcher la mort sans crainte, avec la satisfaction de n'avoir pas été tout à fait inutile sur cette terre et le seul regret de vous quitter. » Il est venu ce malheur, et Stœber l'a vivement ressenti : c'est le malheur public, la patrie abattue, l'Alsace arrachée à la France. Dès le début de cette affreuse guerre, il en avait prévu les désastres. Son âme a été profondément émue, sa physionomie impassible n'a pas trahi ses émotions. Pendant les longues douleurs du siége de notre ville, il semblait pour lui-même indifférent au danger; il allait dans les quartiers les plus exposés; il descendait dans les caves pour visiter les malades qui tenaient particulièrement à ses soins. Se rappelant son titre oublié de médecin adjoint des hospices, il demande de joindre un second service à la visite des ophthalmiques dont il était chargé. C'était toujours l'homme consciencieux et ferme qui savait remplir ses devoirs avec simplicité et sans hésitation. Mais au cruel dénoûment de tant de souffrances, son âme a été navrée; alors se présentaient les questions douloureuses et les incertitudes de l'avenir. Cette Faculté à laquelle il avait consacré les efforts de toute sa vie, dont il avait été un des soutiens les plus fermes et l'une des gloires, elle était frappée par les événements; cette position si belle qu'il s'était acquise, elle allait disparaître; les liens de famille qui lui étaient si chers, ils étaient menacés; nous lui disions de quel prix serait son concours pour faire refleurir notre école sur une terre nouvelle.

Mais pourquoi remuer ces questions douloureuses? la mort les a tranchées pour lui; il ne redoutait pas son dernier jour, il le voyait venir avec le sentiment du chrétien; il éprouvait aussi ce détachement de la vie qui suit les grandes catastrophes, quand on a senti toute la fragilité des choses humaines. Son âme ferme a conservé sa sérénité; il a été fidèle au travail jusqu'à la fin. Sur son lit de douleur, il a encore revu les épreuves d'une notice que nous consacrons en commun à la Faculté de Strasbourg, dernier devoir envers une école dont nous avons eu l'honneur de faire partie. Sa fin a été prompte; les vives souffrances, du moins, lui ont été épargnées. Sa maladie n'a duré que huit jours; sa dernière sortie avait été le 29 mai pour visiter une malade; il a succombé le 5 juin 1871; une complication cérébrale a précipité le fatal dénoûment. Dans le délire au milieu duquel s'est éteinte cette belle intelligence, on retrouvait le souvenir de ses malades, la pensée de ses travaux; le 3 juin, il me recommandait de ne pas oublier l'appel à la séance qui nous réunit aujourd'hui. Ses obsèques ont été un deuil public; dans ces jours de calamités, les douleurs individuelles sont plus poignantes encore. M. Stoltz, doyen de la Faculté de médecine, M. Bœckel, délégué de la Société de médecine, M. Straub, au nom des élèves encore présents à Strasbourg, et celui qui écrit ces lignes, ont exprimé les regrets unanimes qu'inspirait la perte inopinée de cet excellent confrère.

Comment terminerais-je mieux cette notice qu'en rapportant les paroles que Stœber a prononcées dans la première séance qui a réuni, en 1849, les membres de la Société de médecine de Strasbourg et ceux de l'Association de prévoyance des médecins du Bas-Rhin :

« A mesure que les liens d'amitié se resserreront entre les membres épars de la famille alsacienne, nos regrets seront plus vifs lorsque la mort sera venue frapper l'un d'entre nous. Nous ne nous séparerons pas sans avoir jeté quelques fleurs sur la tombe de ceux qui nous ont été enlevés. La mort d'un médecin est toujours un deuil public, mais la société ignore le plus souvent l'étendue de sa perte; c'est à nous à la lui montrer. En honorant nos morts, nous ne rendons que justice, et l'honneur en rejaillit sur le corps entier. »

Appliquons cette pensée si juste à l'homme excellent que nous avons perdu; oui, c'est un hommage senti et mérité que nous rendons à la mémoire de Stœber. Puissé-je avoir été votre fidèle interprète, en consacrant ces dernières paroles au souvenir d'un ami! C'est un adieu à notre École et au professeur éminent qui a été l'une de ses gloires.

Professeur Tourdes.

---

rement, et si on la compare à celle dont il vient d'être parlé, on verra combien ces tumeurs diffèrent entre elles par leur forme, leurs rapports avec l'utérus, et par le mode opératoire dont on s'est servi pour les extraire. Ces différences sont même assez tranchées pour autoriser à leur donner des dénominations distinctes. En effet, bien que toutes les deux eussent leur point de départ dans l'utérus, néanmoins les connexions qu'elles affectaient avec lui étaient très-différentes. Tandis que, dans un cas, la partie kystique aussi bien que la partie fibreuse venaient s'implanter directement sur le corps utérin, dans l'autre, au contraire, la partie fibreuse seule avait contracté des rapports avec cet organe. En raison de ces circonstances, et pour marquer la différence d'implantation de la partie kystique dans les deux cas, M. Péan propose d'appeler les premières *utéro-cystiques*, réservant le nom de *fibro-cystiques* pour la deuxième variété.

Quant à la constitution de cette partie kystique, elle était à peu de chose près la même chez les deux malades : même enveloppe, même multiplicité de loges, et, pour compléter l'analogie sur ce point, même liquide. Toutefois, dans l'une, toute la partie supérieure flottait librement dans la cavité abdominale, tandis que sa portion pelvienne s'était engagée dans le tissu cellulaire sous-péritonéal des ligaments larges et du bassin ; si bien que l'opérateur dut l'y abandonner, en ayant soin de diriger au dehors la suppuration qui devait l'éliminer. L'autre, au contraire, flottait librement dans l'abdomen, où elle n'avait contracté que quelques adhérences. Enfin, au point de vue de l'opération et de ses suites, il n'est pas inutile de rappeler que la perte totale de l'utérus est nécessaire dans un cas, tandis que dans l'autre on pourra le plus souvent en respecter une partie.

DE LA SPONTANÉITÉ DE LA MATIÈRE

DANS LES MANIFESTATIONS PHYSIQUES ET VITALES (1)

Par M. le Dr Stanski
Ancien interne des hôpitaux.

1. Un être vivant est formé des éléments matériels susceptibles d'être analysés, par conséquent très-bien connus.

2. Les éléments, en entrant dans la formation d'un organisme, ne peuvent être doués d'autres forces que les forces physico-chimiques ou primordiales de la matière.

3. Par la combinaison de ces éléments matériels et par une réunion complexe des forces physiques, l'organisme acquiert, durant son existence, des propriétés nouvelles qu'on appelle manifestations vitales ; mais qui disparaissent avec la désorganisation de la combinaison des éléments et de celle des forces matérielles ; exactement comme disparaissent les propriétés nouvelles que les corps inorganiques acquièrent par suite des combinaisons de ces mêmes éléments avec l'anéantissement de ces combinaisons.

4. Les forces physiques et leurs résultats appelés forces ou propriétés vitales, existant dans un organisme vivant, tendent fatalement à son développement et à sa conservation ; par conséquent, la durée de l'existence d'un être vivant ne pourrait être déterminée, s'il n'était pas entouré des influences matérielles et morales agissant sur lui d'une manière destructive.

5. Il ne peut donc y avoir de spontanéité morbide, autrement dit : les forces organisatrices ne pourraient agir spontanément de manière à produire une maladie et la destruction d'un être vivant, si elles n'étaient troublées par des causes quelconques dans leur tendance nécessairement conservatrice.

6. La spontanéité ne peut donc pas exister dans la production des maladies en général, et à plus forte raison n'existe-t-elle pas dans les maladies incontestablement contagieuses.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 6 décembre 1871. — Présidence de M. Blot.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

— La *Gazette des Hôpitaux* ; — *L'Union médicale* ; — La *Gazette hebdomadaire* ; — Les *Archives générales de médecine* ; — La *Gazette médicale de Strasbourg* ; — Le *Bulletin général de thérapeutique* ; — Le *Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique*, t. V, n° 8.

M. Forget présente, de la part de M. le docteur Brachet, d'Aix (Savoie), un mémoire manuscrit intitulé : *Blessures par armes à feu aux eaux d'Aix en* 1871.

M. Brachet demande à être inscrit au nombre des candidats au titre de membre correspondant. Renvoi à une commission composée de MM. Sée, Cruveilhier, Forget, rapporteur.

RAPPORTS.

M. Després lit un rapport sur les travaux du docteur A. Chipault (d'Orléans), au nom d'une commission composée de MM. Tarnier, Guéniot et Després.

Résection de 18 centimètres du tibia ; reproduction osseuse. — Messieurs, M. le docteur Chipault vous a adressé une observation de plaie par arme à feu du tibia, suivie de nécrose, et pour laquelle il a pratiqué la résection de plus de la moitié du tibia.

Voici le fait résumé :

R... (Charles), 22 ans, soldat au 41e de marche, blessé à Villorceau, avait eu une plaie en séton de la jambe gauche avec fracture du tibia à la partie moyenne ; le péroné était conservé. Traité pendant deux mois à Beaugency, d'abord dans une ambulance de la ville, la consolidation se faisait lentement. Un appareil plâtré avait été placé par un aide-chirurgien d'une ambulance de la Société de secours aux blessés, qui avait passé quatre jours dans la ville, et le blessé était retombé entre nos mains le 22 décembre. Le blessé suppurait beaucoup ; des esquilles se détachaient. Le malade fut placé dans un appareil de Scultet, moins les bandes imbriquées. Ce soldat a été laissé dans cet état à l'hôpital de Beaugency au moment de notre départ, le 29 janvier 1871, la consolidation n'était pas complète.

Le 2 mai 1871, le malade a été évacué à Orléans, dans le service de M. Chipault ; une nécrose étendue du tibia existait ; l'os, quoique la fracture fût consolidée, paraissait nécrosé dans toute son épaisseur. Le malade était très-anémié. Le genou était fléchi et ne pouvait être étendu.

M. Chipault a d'abord cherché à redresser le genou, et traita l'anémie par le fer et le quinquina ; puis il se décida à faire une résection. Réunissant alors tous les trajets fistuleux dans une incision commune, il a enlevé une portion du tibia dans toute son épaisseur et dans une étendue de 18 centimètres. Pour arriver à faire cette résection, le chirurgien avait scié le tibia à la partie moyenne et réséqué séparément les deux parties de l'os, suivant les procédés de Blandin et de M. Chassaignac.

Le périoste des os nécrosés se détachant facilement, il avait été aisé de décoller cette membrane dans toute l'étendue de la partie qui semblait malade.

Ce membre fut placé dans une gouttière avec un coussin sous le jarret pour empêcher le renversement du fragment supérieur. Le pansement simple, le régime fortifiant, la contention aidant, amenèrent la guérison le 30 octobre. Le malade marchait avec une canne, l'os s'était régénéré en haut et en bas ; 10 centimètres d'os étaient reproduits et réunis par un tissu dur, où se développait manifestement de l'os. Le malade marchait bien à l'aide d'un tuteur mécanique fixé à la chaussure, et appuyé sur une canne ; le genou n'était plus ankylosé.

Ce fait est très-intéressant ; il montre ce que peut la chirurgie pour la conservation des membres. Même après des nécroses étendues, on peut espérer le succès ; la conservation du périoste, séparé déjà de l'os par le fait de la nécrose, aide à la reproduction d'os incomplets, mais parfaitement suffisants néanmoins.

Le fait observé par M. Chipault est la confirmation d'une règle mise en pratique par les chirurgiens de Paris. J'ai ajouté à l'observation de M. Chipault les notes que j'ai tirées de mes registres d'ambulance, et je les ai citées pour appeler l'attention sur ce fait, que les appareils plâtrés dans les premiers jours des fractures par armes à feu sont peu avantageux. Le membre ne tarde pas à jouer dans l'appareil, et il est ordinaire que ces bandages, même avec une fenêtre, occasionnent des phlegmons, même de la gangrène et peut-être la nécrose.

J'avais fait enlever l'appareil plâtré de Ridel à cause d'un phlegmon menaçant. Déjà à Sedan, j'avais observé trois gangrènes graves par suite d'appareils plâtrés, prématurément posés sur des fractures de cuisse par des chirurgiens allemands. Je ne serais pas éloigné de penser que l'appareil plâtré placé sur le blessé a été peut-être nuisible.

J'ajoute une dernière réflexion. J'ai été frappé, pendant la campagne d'un fait important : le décollement traumatique du périoste par suite de l'ébranlement des os. Certes, le fait a été signalé lorsqu'on a décrit des esquilles libres et des esquilles adhérentes ; mais ce que l'on n'a pas assez dit, c'est que le décollement du périoste remonte parfois très-haut ou très-bas, loin de la fracture. C'est ce qui explique les nécroses consécutives étendues, du genre de celle qu'a rencontrée M. Chipault, et où l'on peut espérer qu'une reproduction osseuse aura lieu. Même dans les plaies récentes, le fait peut être constaté. Voici 22 centimètres d'esquilles du tibia d'un de mes blessés. Le jour du premier pansement, j'avais déjà retiré un certain nombre d'esquilles en extrayant la balle, et c'est le sixième jour que j'ai retiré celles que vous voyez ; elles sont venues très-facilement. Elles n'ont subi aucune préparation, l'on peut constater qu'il ne reste que fort peu de périoste après une des esquilles. Tous les fragments d'os réunis forment un os long de 22 centimètres ; seulement il ne correspond pas à toute l'épaisseur du tibia. Il manque les esquilles postérieures enlevées le jour du premier pansement.

Lorsque j'eu retiré tous les morceaux d'os, il restait un espace vide dans une étendue approximative de 16 centimètres.

Mon malade, messieurs, dont M. Chipault a pu me donner des nouvelles, est encore à Orléans. Le tibia est presque entièrement reproduit. On sent, dit M. Chipault, « à peine un vide de 5 centimètres entre les deux fragments, et encore à ce niveau le doigt perçoit une dureté qui est l'indice d'une reproduction osseuse ».

En enlevant les esquilles, je ne me suis nullement préoccupé du périoste ; il était naturellement conservé par le fait du décollement traumatique, et la pièce que je vous ai montrée vous fait voir quelle étendue de périoste a dû rester après les extractions d'esquilles que j'ai pratiquées, et la suppuration qui a suivi, pour qu'un os se reproduisît.

Le malade qui fait le sujet de cette courte mention, est N... Henry, soldat au 37e de marche, blessé à Villorceau, le 7 décembre, le même jour que R... et apporté à l'ambulance, trois jours après sa blessure, car il était resté caché dans une ferme où il s'était traîné.

Le malade de M. Chipault a conservé sa jambe, et marche ; le mien, qui a une ankylose incomplète du genou, parce que l'on n'a pas songé, après mon départ, à faire exécuter, de temps en temps, des mouvements à l'articulation du genou, va bien aussi. On peut espérer que ces deux malades marcheront. Si nous avions amputé ces deux malades, ce que bien des chirurgiens auraient fait, les malades, s'ils avaient guéri, marcheraient depuis longtemps avec des jambes de bois, cela est vrai ; mais pour que l'opération pût réussir sans nécrose consécutive du moignon, il aurait fallu faire la désarticulation du genou ou l'amputation de la cuisse, deux opérations extrêmement graves. Mettre des chances de mort pareilles en balance avec un an ou dix-huit mois d'hôpital, je n'y souscrirai jamais, et je trouve que M. Chipault, en faisant une résection au lieu d'une amputation pour une nécrose presque totale d'un os, suite de plaie par arme à feu, a fait de la bonne chirurgie. D'autre part, le fait du soldat N..., dont j'ai appris la guérison prochaine, me confirme dans la pratique que j'ai suivie pendant toute la durée de la campagne, de ne jamais amputer pour une fracture comminutive de la jambe et du membre supérieur, si nombreuses que soient les esquilles, quand les artères et les nerfs n'étaient pas sérieusement endommagés. N.... est un des exemples les plus frappants que j'ai observés ; et comme c'est le seul dont j'ai gardé les esquilles, c'est le seul que je puisse citer utilement à la Société.

M. Chipault a également adressé à la Société un mémoire imprimé relatif à trois résections de l'omoplate, moins sa cavité glénoïde.

Ces trois opérations heureuses méritent d'entrer dans l'histoire des résections de l'omoplate, car on ne saurait dire que ce sont là de simples extractions d'esquilles.

Messieurs, M. Chipault est un ancien interne des hôpitaux, chirurgien de l'hôpital d'Orléans. Il s'est signalé dans la dernière guerre par son zèle et son activité dans les circonstances douloureuses où s'est trouvée deux fois la ville d'Orléans. Votre commission vous propose de déposer le mémoire de M. Chipault dans nos Archives, de renvoyer son observation au comité de publication, et d'inscrire l'auteur au nombre des candidats à la place de membre correspondant. (Adopté.)

(A suivre.)

CORRESPONDANCE

POURRITURE D'HOPITAL

A M. le Dr Netter.

Bruxelles, le 4 décembre.

Monsieur et très-honoré confrère,

Le 21 du mois dernier, je fis l'ablation, pour cause d'épithélioma, des deux paupières gauches d'une femme de 68 ans, pensionnaire de l'Institut opthalmique du Brabant, ainsi que du globe de l'œil, que je préférai enlever, bien qu'il fût sain, plutôt que de le laisser être le tourment de l'opérée, désormais privée des voiles qui devaient le protéger. L'excision fut faite dans les parties saines, et pas une parcelle de tissu suspect n'échappa à l'ablation. Aucun accident ne marqua l'opération, qui pratiquée sous l'influence du chloroforme, fut faite sans que la malade en eût la conscience.

Le 23, la suppuration est déjà établie ; on enlève les pièces de l'appareil dont la plaie avait été recouverte, et l'on trouve celle-ci en bon état. Jusqu'au 27, rien de particulier.

Le 28, toute la plaie, très-vaste, puisqu'elle comprend la racine des paupières et tout le fond de l'orbite, est recouverte d'une fausse membrane grise, lardacée, adhérente, etc. Pourriture d'hôpital, forme pulpeuse. Pas de symptômes généraux.

Je fais saupoudrer toute la surface de la plaie d'une couche de camphre en poudre, et recouvrir le tout d'une compresse fenêtrée enduite de cérat simple. Régime tonique, vin.

Le lendemain 29, au lieu d'une surface continue, la couenne ne forme plus que des îlots séparés entre eux par un fond rosé.

Le surlendemain 30, toute la plaie est du plus beau rouge ; les granulations cicatricielles ont *le plus bel aspect qu'on puisse rêver.*

Aujourd'hui 4 décembre, cet excellent état persiste, et la plaie marche, sans aucun encombre, vers la guérison.

Je me fais un devoir de vous signaler ce fait, qui fera nombre avec tous ceux que, sans doute, vous avez déjà rassemblés, et vous prie, etc.

E. Warlomont.

LES BADIGEONNAGES IODÉS.

A Monsieur le Rédacteur en chef de la Gazette des hôpitaux.

Paris, 14 décembre 1871.

Monsieur et bien honoré confrère,

J'ai souvent entendu dire qu'il était bien plus difficile de conserver l'argent qu'on avait gagné que de le gagner ; en serait-il de même pour la science ? puisqu'il n'est pas si mince découverte qui ne soit vite convoitée et prise par les autres dès qu'elle est mise au monde : que de choses connues et anciennes qu'on donne comme nouvelles ! J'ai bien peur qu'il en soit ainsi des badigeonnages iodés autour de l'orbite, préconisés par M. le docteur Warlomont et revendiqués par mon confrère et ami le docteur Magne.

Déjà, MM. Henri Van Holsbeck (*Bulletin de thérapeutique*, p. 326, t. LIV, 1863) et Magne (*Ibid.*, p. 464, 1863) avaient fait connaître qu'ils avaient retiré de grands avantages de ces badigeonnages autour des orbites et sur les paupières dans différentes maladies des yeux, avec photophobie. Mais j'aurais aimé, pour ce qui me regarde, qu'on n'oubliât pas que déjà ces badigeonnages avaient été préconisés dans la 1re et la 2e édition de mon *Traité d'iodothérapie*, à l'article De l'iode dans les maladies des yeux, à la page 729 de la 1re édition, qui date de 1855, et à la page 952 de la 2e édition, qui a été publiée en 1865, bien avant l'article Des annales d'oculistique, où M. Warlomont vient de faire connaître sa découverte.

Agréez, monsieur et très-honoré confrère, l'assurance de ma considération très-distinguée,

Le Dr Boinet.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret en date du 14 décembre 1871, ont été nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de chevalier : MM. les docteurs Bonvalet, médecin du bureau de bienfaisance du 1er arrondissement ; — Carteron, médecin à Troyes ; — B. Charvet, médecin à Grenoble.

— Vingt-quatre femmes suivent en ce moment les cours de médecine de l'École polytechnique de Zurich.

(1) 1 vol. in-8°. — Prix : 2 francs.

— A la suite d'un très-brillant concours, M. le docteur Fochier a été proclamé chirurgien-major de la Charité de Lyon.

— M. le docteur Achille Dron nous donne, — dans le *Lyon médical*, — une nouvelle que nous serions fort heureux de voir se confirmer. Les médecins lyonnais ne seraient pas éloignés de la pensée de profiter de l'*Exposition* qui doit avoir lieu dans cette ville en 1872, pour provoquer un congrès médical. Le souvenir qu'on a conservé du congrès de 1864 promet le meilleur accueil au congrès de 1872. Nous aurons à revenir sur ce projet.

— M. Poncet publie, dans le *Montpellier médical*, un travail sur les blessures au siége de Strasbourg.

« Le feu de l'ennemi, dit-il, ouvert le 13 août 1870 contre la place de Strasbourg, s'arrêta le 27 septembre, à 4 heures de l'après-midi. Pendant cette période, et jusqu'au 1er novembre, la garnison a eu :

270 tués, — 177 morts de blessures dans les ambulances, — 268 morts de blessures à l'hôpital, — 146 morts de maladies. — Total : 861 morts.

Ces chiffres représentent assez exactement tous les décès militaires. Ils proviennent des registres de l'hôpital, où tous les corps des soldats tués ou décédés dans les ambulances étaient transportés pour l'inhumation. Si quelques exceptions ont eu lieu pour des officiers enterrés sur place ou pour des gardes-mobiles ayant leur famille en ville, elles sont rares et ne modifient pas sensiblement ce total (861).

En séparant les morts par maladies internes, il reste 715 décès par le feu; chiffre peu élevé si on le compare à la mortalité des batailles en ligne aux armées de la Loire pendant les journées d'Orléans (décembre 1870).

Le siége a duré 45 jours; c'est donc pour la garnison 16 morts par jour. Pendant ce temps, le feu des batteries prussiennes a été d'une intensité terrible, actif surtout dans la nuit et dirigé plus souvent sur la ville, la bibliothèque, le théâtre et les édifices publics, que sur les remparts de la citadelle. Des incendies sans nombre éclairaient les points où convergeait le tir impitoyable et barbare de l'ennemi.

« Nous signalerons en passant que l'article 5 additionnel de la convention de Genève sur le renvoi des blessés n'a pas été exécuté par l'autorité prussienne.

« Le service médical pendant le siége fut ainsi réparti : *blessés*, MM. Reeb, médecin en chef, Poncet, Tachard, Beaunis; *fiévreux*, MM. Bleicher, Kiener, Claudot, Lacassagne. »

— Le maire de Chennebrun, par Verneuil (Eure), demande un médecin pour sa commune. — Il donnera tous les renseignements demandés.

— Le maire de la commune de Caudry (Nord) demande un médecin. — 4,500 habitants et quatre communes environnantes sans médecin. Le bureau de bienfaisance alloue 600 francs pour les soins à donner aux indigents.

PETITE CORRESPONDANCE

M. Fl..., à Langon. — Reçu votre très-intéressante lettre. Sera publiée.

M. le docteur Pr..., à Mèze. — Reçu votre observation d'empoisonnement. Sera publiée.

M. le docteur Bo..., à Nontron. — Reçu votre observation de corps étrangers vivants ayant pris naissance dans le conduit auditif externe. Sera publiée.

M. le docteur J.-H.-N..., à Fayaux-Loges. — Votre abonnement devra être renouvelé le 1er mai prochain.

M. le docteur A..., à Savignac-les-Églises. — L'envoi d'un mandat-poste, à l'ordre du directeur, est le mode de payement le plus sûr et le plus économique.

M. le docteur D..., à Ris-Orangis. — Il sera fait selon votre désir.

M. le docteur E..., à Avignon. — Reçu votre envoi.

M. le docteur P..., aux Aldudes. — Reçu votre envoi.

M. le docteur T..., à Laboure. — Vous avez parfaitement raison, et nous serions heureux de voir nos confrères comprendre qu'il est préférable de nous envoyer un mandat-poste que de nous prier de faire traite sur eux. L'envoi du mandat-poste est bien plus économique pour eux que les frais d'une traite.

M. le docteur P..., à Nîmes. — Pris bonne note de votre recommandation.

AVIS

Nos souscripteurs dont l'abonnement est expiré sont instamment priés d'envoyer le prix de leur renouvellement en un mandat-poste à l'ordre du directeur, *avant* le 20 décembre.

Ils s'épargneront ainsi le désagrément de payer les frais de recouvrement nécessités par la traite que nous serions contraints de tirer sur eux, frais de recouvrement qui leur sont complétement à charge, sans que nous ayons intérêt à les leur faire supporter.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . . 8 fr 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 18 décembre 1871.

HOPITAL BEAUJON. — M. GUBLER.

Leçon clinique sur l'homœopathie.

Pendant une longue suite de siècles, la médecine, d'accord avec le bon sens, admet comme un axiome la célèbre proposition de Galien : *Contraria contrariis curantur.* Sans doute, on n'ignorait pas que supprimer les causes morbides, aider aux efforts naturels, ou même ébranler violemment l'économie pour la faire rentrer dans ses voies normales, ce n'était pas précisément faire le contraire de la maladie ; mais il était évident pour tout le monde que c'était une manière détournée d'atteindre ce but vers lequel tendent directement la plupart des actions médicatrices. Ainsi, nous faisons le contraire de la maladie quand nous calmons une excitation, quand nous rafraîchissons une partie échauffée par l'inflammation, quand nous reserrons les tissus relâchés ou que nous les détendons s'ils offrent un excès de tonicité, etc.

Personne ne contestait donc la vérité de l'antique adage, lorsqu'à la fin du dix-huitième siècle un fils de la rêveuse Allemagne entreprit de réformer la croyance générale. De quelle manière Hahnemann, qui débuta dans la science en homme sérieux et distingué, fut-il conduit à cette folle entreprise ? L'inspiration lui vint, c'est lui-même qui nous l'apprend, à propos de l'action fébrigène qu'il crut reconnaître au quinquina dans des expériences physiologiques entreprises sur ce médicament héroïque. Une clarté inattendue illumina soudain l'esprit du novateur. Si le quinquina, qui est le spécifique de la fièvre, engendrait un accès fébrile, il fallait, pour guérir chaque maladie, trouver un agent capable de produire artificiellement une affection analogue ou semblable. La diarrhée devait être guérie par les purgatifs, la brûlure par le feu, les inflammations par les moyens réputés incendiaires, et ainsi de suite. Hahnemann procéda expérimentalement à la vérification de cette idée préconçue ; mais, on le devine, les résulats furent peu encourageants. Il est vrai que, dans cette première phase de sa conversion, le père de l'homœopathie procédait avec des doses massives, par conséquent énergiques et suivies d'effets évidents, souvent considérables. C'est alors qu'il imagina de supprimer la masse et de n'employer que des quantités impondérables de substances médicamenteuses.

On pourrait trouver le point de départ de cette seconde erreur dans la manière toute métaphysique dont Hahnemann concevait la maladie. Pour lui, la maladie est tantôt « une aberration dynamique de notre vie spirituelle, » tantôt « un changement immatériel dans notre manière d'être, » ou bien « la force vitale sortie de son rhythme normal. » C'est, en d'autres termes, l'expression de la doctrine animiste. Pour Hahnemann, le principe vital, immatériel et indépendant se meut dans l'organisme tout comme l'âme végétative de Stahl, et la maladie, qui est une force sans matière, agit directement non sur le corps lui-même, mais sur la force vitale dont il est animé. Inspiré par cette idée fondamentale, le novateur allemand semblait devoir se laisser entraîner vers l'ontologisme le plus pur. En effet, nous voyons que, négligeant peut-être à dessein les maladies aiguës qui guérissent d'elles-mêmes ou tuent lorsqu'elles ne sont pas vigoureusement traitées, il s'empresse, pour expliquer toutes les maladies chroniques, d'imaginer une série de causes occultes aussi malfaisantes que multiformes. De même que la fable avait ses trois Parques, la pathologie eut ses trois miasmes ou influences morbifiques, savoir : la syphilis, la sycose et la psore. Pourquoi ces trois causes morbides de préférence à d'autres ? Par un caprice inexpliqué de l'auteur.

Mais où la fantaisie dépasse toute mesure, c'est lorsque l'importance capitale est accordée à la psore et qu'on fait de la gale, reconnue aujourd'hui une affection purement locale, sans retentissement sur le reste de l'économie, l'origine et la source de la presque totalité des maladies chroniques. Véritable Protée, elle se masque sous l'apparence de névroses, d'inflammations chroniques aussi variées par le caractère que par le siége, de lésions ulcéreuses, gangréneuses ou végétantes. La psore engendre des convulsions et des paralysies, le cancer de l'estomac et la carie des os, la goutte, les hémorrhoïdes et la phthisie tuberculeuse. On retrouve sous ce nom la pathologie presque tout entière.

De telles prémisses exigeaient une thérapeutique ontologique et des médicaments spécifiques. Ce qu'il fallait combattre, ce n'étaient point les manifestations symptomatiques, toujours mobiles, changeantes et en quelque sorte insaisissables : c'était la cause supposée permanente de ces diverses lésions organiques ou fonctionnelles.

Peu soucieux de la logique, Hahnemann se jeta dans une tout autre voie, *l'ensemble des symptômes :* voilà, selon lui, la seule chose dont le médecin doive s'occuper. Et notons qu'il ne s'agit pas d'un ensemble méthodique dans lequel chaque phénomène se trouve mis à son rang et à sa place, c'est plutôt un pêle-mêle de symptômes réunis au hasard, sans aucun lien de subordination réciproque. Et, comme l'auteur ne s'inquiète guère des altérations organiques plus ou moins profondes ou cachées, il s'ensuit que, dans sa doctrine, l'anatomie et la physiologie pathologique se trouvent supprimées du même coup. Simplification bien faite pour plaire aux esprits paresseux et qui n'a pas été sans influence sur le recrutement d'une partie du personnel homœopathique.

Mais quand Hahnemann s'occupe uniquement de l'ensemble des symptômes, ce n'est ni pour réprimer ceux qui sont exubérants, ni pour ramener l'ordre parmi ceux qui sont déréglés ; son but est de substituer un ordre artificiel, en d'autres termes une *affection médicamenteuse* aussi semblable que possible à la maladie spontanée, mais seulement moins adhérente et plus facile à extirper. Dès lors, à la place de la vérité traditionnelle, le chef de la nouvelle école proclame sa formule paradoxale : *similia similibus curantur.*

Confiant dans la sagesse de la nature, Hahnemann croyait *à priori* que chaque maladie spontanée, envisagée comme un ensemble symptomatique, devait trouver parmi les êtres de la création un agent capable d'en reproduire exactement les traits distincts, et, par conséquent, de se substituer à elle et de la faire disparaître. A ses yeux, la seule difficulté pratique consistait à mettre la main sur le spécifique de chaque syndrome morbide. Préoccupé de cette recherche, il institua, de concert avec quelques-uns de ses disciples, une série d'expériences sur un grand nombre de substances empruntées à la matière médicale ou prises en dehors de l'arsenal thérapeutique, chacun des sujets prenant à tâche de s'observer attentivement tout le temps qu'il ferait usage de la substance expérimentée et de noter indistinctement et avec un soin scrupuleux tous les phénomènes qu'il aurait l'occasion de constater. Je me bornerai à donner ici quelques exemples de ces observations, afin de montrer dans quel esprit elles étaient recueillies et de faire juger dans quelle mesure elles pouvaient servir les intérêts de la science. Ainsi, l'un des expérimentateurs, qui prenait du *charbon*, constate que sa vue est raccourcie, qu'il lui apparaît une tumeur rouge au front, que ses gencives sont décollées, que son humeur est chagrine, qu'il a du dégoût pour la vie, qu'en un mot il *voit en noir*, ce qui n'a rien d'étonnant.

L'*arnica* donne des douleurs de luxations, du malaise dans le périoste, des rêves lubriques, de la facilité à sentir et à prodiguer les injures. Il s'agissait peut-être d'un malheureux étudiant maltraité par Vénus.

Quant au *platine*, il fait entendre des bruits de voiture. Si l'âme est contente, le corps souffre, et *vice versa.* On a un premier jour sombre ; mais le second, l'on voit en rose et l'on peut arriver jusqu'à un délire de grandeur.

Enfin le *lycopode*, si je ne m'abuse, fait que, le septième jour, on sent un élancement dans un cor au pied et que, le treizième, on est possédé d'une envie irrésistible de mordre les passants au lobule de l'oreille. Je n'insiste pas.

Nous pourrions passer en revue toute cette *matière médicale pure* sans y rencontrer le syndrome de la pneumonie, de l'esquinancie, de l'érysipèle, de la fièvre typhoïde, de la péritonite puerpérale, de l'infection purulente, etc., etc., c'est-à-dire sans y trouver l'image d'aucune des maladies sérieuses que la médecine est appelée à combattre. Après cela, que devient la prétention affichée par l'école de posséder des agents pathogéniques capables de supplanter toutes les maladies spontanées ? L'objection eût embarrassé un moins habile, mais le fondateur de la doctrine nouvelle ne se laissa pas arrêter par cet obstacle en apparence insurmontable. Ne pouvant l'aborder de front, il essaya un mouvement tournant qui réussit, en général, à ses compatriotes. Au lieu d'attaquer le syndrome en bloc avec des forces insuffisantes, il eut l'idée de détacher des tirailleurs contre chacun des symptômes isolément. Ainsi, la tâche était rendue beaucoup plus facile, car il avait toujours à sa disposition quelques agents capables de produire un ou plusieurs des phénomènes caractéristiques du mal spontané. C'est à ces pareils agents qu'il imposa la dénomination de *remèdes imparfaitement homœopathiques.* Malgré la savante tactique qu'elle lui fournit l'occasion de déployer, l'inventeur ne se montre pas très-fier de la découverte des médicaments imparfaitement homœopathiques, ni des demi-succès qu'ils ont pu assurer à la doctrine.

Il triomphe, au contraire, dans quelques cas, infiniment rares,

---

FEUILLETON

TRAITÉ CLINIQUE

DES

MALADIES AIGUES DES ORGANES RESPIRATOIRES

M. le docteur Woillez vient de publier, en un volume, un *Traité clinique des maladies aiguës des organes respiratoires*, fruit de longues et laborieuses recherches faites au lit du malade. L'ouvrage est divisé en deux parties : la première intitulée : *Maladies aiguës dites spontanées ;* la deuxième : *Maladies aiguës accidentelles et primitivement aiguës.* La première partie comprend ce qu'il nomme des types bien définis par des caractères expressifs particuliers : la congestion pulmonaire, la bronchite, la pneumonie et la pleurésie, ainsi qu'un groupe d'autres maladies qu'il comprend comme des types de transition entre ceux que je viens de citer. Ces dernières sont dénommées hémo-bronchites ; car la congestion joue le rôle principal dans la maladie, et la bronchite n'est que le fait secondaire. C'est le synonyme encore de la bronchite capillaire. De même le terme hémo-pneumonie. La pneumonie ne joue qu'un rôle secondaire au milieu de phénomènes de congestion qui constituent la base de la maladie.

L'idée fondamentale qui a guidé l'auteur est celle qu'il a puisée dans l'étude de la congestion pulmonaire. Il a reconnu, par une méthode spéciale, que la congestion pulmonaire simple est une maladie fréquente qui a été souvent méconnue, qu'elle constitue souvent la trame de plusieurs maladies-types : bronchite, pneumonie, etc., et il s'est appliqué, pour apporter plus de précision dans l'étude des maladies cliniques du poumon, à bien définir la séméiologie de la congestion. Jusqu'à présent, un grand nombre des signes qui appartiennent à la congestion avaient été attribués à la bronchite, à la pneumonie, etc., et *vice versâ.*

Depuis Broussais, l'inflammation avait fait oublier la congestion, et, malgré les travaux d'Andral, de Dubois (d'Amiens) de Fournet, Legendre, Rilliet, Barthez, etc., la congestion n'avait pas encore la place qu'elle mérite dans le cadre nosologique.

M. Woillez a reconnu, par la mensuration directe du thorax, que, dans les maladies aiguës du poumon, la circonférence de la poitrine subit une ampliation coïncidant avec une élasticité moindre du thorax, et une rétrocession coïncidant avec une élasticité normale. Il admet, après maintes vérifications, que l'ampliation tient à un engorgement pulmonaire, et la rétrocession à la disposition de l'engorgement. La mensuration a donc été le point de départ de ses recherches sur la congestion, et il a déterminé les signes fonctionnels, ceux d'auscultation et de percussion correspondants, au fait physique.

Il y a, selon M. Woillez, une maladie aiguë spéciale, dite congestion pulmonaire simple, qui a sa place à côté de la bronchite, de la pneumonie et de la pleurésie. Elle est caractérisée par la mensuration, par une invasion fébrile brusque, avec point de côté, la durée éphémère de la fièvre, par la douleur intercostale, par la submatité ou le son tympanique, la faiblesse du murmure respiratoire, la respiration exagérée, sifflante, ronflante, le souffle bronchique à la racine des bronches, exceptionnellement par des râles humides, et la disparition rapide de tous ces phénomènes.

La connaissance exacte de la congestion est essentielle ; elle explique généralement les autres maladies du poumon ; elle distingue la pleurodynie de la congestion. Celle-là n'est qu'une douleur musculaire, sans faiblesse du murmure respiratoire, comme on l'avait dit, sans fièvre, sans toux.

M. Woillez, se fondant sur l'anatomie pathologique et sur la clinique, s'applique à distinguer avec raison, dans la bronchite, ce qui est le fait de la congestion et ce qui est le résultat de l'inflammation de la muqueuse même. Dans toute bronchite, la muqueuse est rouge au début, mince, sans altération de texture et baignée par du mucus transparent. A cette période, on ne perçoit pas encore de râle humide, mais des râles sibilants et ronflants ; c'est là de la pure congestion. Lorsqu'on est arrivé à la seconde période de l'inflammation de la muqueuse, les crachats se composent de mucus,

(1) 1 vol. in-8°. — Prix : 2 francs.

à la vérité, où la superposition des symptômes morbides et thérapeutiques se faisait, selon lui, aussi exactement que celle de deux figures géométriques égales et semblables. En voici un exemple dont il se complaît à raconter les détails : une femme déjà mûre ressentait, levée, des élancements dans la fossette du cœur; couchée, elle était bien, mais elle ne dormait que jusqu'à huit heures. Elle mangeait avec plaisir; seulement, il lui survenait des maux de cœur, de la salivation, des haut-le-corps, de la sueur, et, parfois, cette femme entrait dans une violente colère. Par bonheur pour elle, l'auteur de la *Matière médicale pure* avait déjà remarqué que la bryone produit absolument les mêmes symptômes, si bien qu'à la suite de l'administration d'une dose, il est vrai, un peu forte de cette racine, elle cessa de souffrir, de se mettre en colère, put dormir tout son soûl et jouir sans mélange du plaisir de manger. Quel succès!

S'il me suffisait d'avoir en partie dévoilé les ridicules de l'homœopathie et de ceux qui l'ont fondée, je pourrais me tenir pour satisfait. Mais mon but est plus élevé : j'ai entrepris une critique sérieuse de la doctrine et je tiens à prouver que, dans cette œuvre étrange, principes, faits, interprétations, tout est contestable ou manifestement erroné.

Hahnemann, désireux d'ennoblir la science nouvelle, fille de son imagination, s'efforça de lui trouver des ancêtres et un blason. Il n'eut pas de peine à découvrir dans les ouvrages hippocratiques des lambeaux de phrases, des parcelles de faits en apparence favorables. Le père de la médecine n'a-t-il pas écrit : *le vomissement guérit par le vomisssement?* Eh! sans doute; mais, loin d'être le vrai mal, le vomissement qu'on guérit en faisant vomir était déjà l'effort naturel qui devait amener le rejet de la matière saburrale ou bilieuse, cause prochaine des symptômes morbides. Hippocrate prend lui-même soin de nous en avertir et de faire comprendre que le vomissement s'arrêtant, le mal ne peut cesser que si les matières nuisibles viennent à être évacuées par le bas. En considérant comme un cas de guérison par les semblables la suppression, au moyen de l'ellébore blanc, d'un flux biliaire nommé *choléra* dans le *Livre des épidémies*, Hahnemann commet une faute du même genre. Il se trompe également dans l'explication du mode d'action de certains autres drastiques. Le jalap guérit les coliques, non en déterminant des coliques, mais bien en évacuant les intestins. Le colchique fait disparaître l'hydropisie due à l'insuffisance de la sécrétion urinaire, non parce qu'il entraîne l'anurie, mais parce qu'il ouvre à la sérosité une issue du côté du tube digestif.

Et quand l'ipéca fait cesser un accès d'asthme, ce n'est pas, comme le veut l'homœopathie, en vertu de la faculté qu'il possède de produire à l'état pulvérulent sur les bronches un spasme plus ou moins désagréable, attendu qu'on ne l'administre jamais de cette manière, mais parce que, porté dans l'estomac, il détermine sympathiquement une sécrétion muqueuse des voies respiratoires, laquelle fait précisément défaut dans la crise d'étouffement chez les asthmatiques. Les homœopathes prétendent encore que la belladone, qui cause de la sécheresse de gorge et de la dysphagie, ainsi qu'un érythème cutané, quelque chose enfin d'analogue aux symptômes les plus apparents de la scarlatine, est apte à préserver ou à guérir de cette fièvre exanthématique. Rien de positif ne justifie une pareille visée, mais cet exemple m'amène à indiquer une circonstance qui a trompé tous les sectateurs d'Hahnemann, à savoir : que les agents les plus morbifiques les plus différents et de l'action la plus contraire s'échappant par les mêmes voies, déterminent au passage des symptômes d'autant plus analogues que l'espèce en est déterminée d'avance par la nature et les fonctions de l'organe éliminateur, et que, d'autre part, les modifications anatomiques par lesquelles se traduit l'impression de la cause irritante sont nécessairement peu variées. De ces deux conditions résulte souvent une apparente similitude d'effets pathogéniques entre des causes dont l'action est profondément dissemblable. C'est ainsi que l'opium et le copahu produisent de l'érythème cutané, sans avoir d'ailleurs presque rien de commun dans leur action physiologique ou thérapeutique.

Hahnemann cite encore le tabac, qui produit le vertige et des palpitations, comme le spécifique de ces mêmes symptômes survenus spontanément. Ici le novateur a méconnu un grand fait, sur lequel je me plais à revenir chaque fois que l'occasion s'en présente : c'est que le même syndrome peut dépendre de deux états organopathiques diamétralement opposés. Ainsi, la céphalalgie, le vertige, le trouble de la vue et la titubation, puis, à un degré plus avancé, les convulsions éclamptiques, la résolution, le coma, trouvent leur cause prochaine ou condition anatomique tantôt dans la congestion sanguine, tantôt, au contraire, dans l'ischémie cérébrale. Il est donc facile de comprendre que la substance qui agira dans le sens congestif sera le remède des symptômes d'origine ischémique, et réciproquement. A ce compte, le tabac, la belladone, la quinine, appliqués à la curation de certains troubles fonctionnels, réussissent dans les cas inverses de ceux qui sont aptes à produire et auxquels conviendraient les stimulants, les alcooliques et l'opium. Reste le fameux argument tiré de la préservation de la variole par la vaccine. Dans mon opinion, ce serait le plus mauvais de tous, puisque je considère la vaccine et la variole comme essentiellement identiques, et comme représentant deux races fixées d'une seule et même espèce nosologique.

J'en aurais fini avec les prétendues preuves expérimentales invoquées par Hahnemann en faveur de la doctrine des sembla bles si, par malheur, je n'avais le devoir de soumettre à la discussion un certain nombre de faits revendiqués avec d'autant plus d'ardeur par les homœopathes, qu'ils leur ont été fournis par le représentant le plus autorisé de la thérapeutique scientifique.

Le plus illustre professeur de thérapeutique de cette école, mon cher et regretté maître Trousseau, se laissant abuser par quelques apparences spécieuses, apporta jadis à l'homœopathie, qu'il jugeait pourtant alors en tant que doctrine générale aussi sévèrement que je le fais aujourd'hui, un secours inespéré et dont la secte tira vanité et profit. Trousseau, qui avait le courage de son opinion, ne craignit pas d'inscrire ces mots : « Médication irritante substitutive ou *homœopathique*, » en tête d'un chapitre du *Traité de thérapeutique*. Pour oser cette dénomination subversive, le grand clinicien avait-il donc rencontré des preuves péremptoires de la réalité du procédé de guérison par les semblables? J'ai le regret d'être obligé de déclarer que les faits réunis par Trousseau n'autorisaient en aucune manière la concession faite aux adversaires de la vraie médecine. Mais, d'un autre côté, j'éprouve la satisfaction de constater qu'après comme avant la tentative de l'éminent thérapeutiste, il n'y a pas de conciliation possible entre l'erreur absolue de Hahnemann et la vérité traditionnelle.

(*A suivre.*)

OBSERVATION D'UN CAS PARTICULIER D'ICTÈRE

Par le docteur Ch. Noblet.

Mme B.., âgée de 24 ans, forte et parfaitement constituée, a déjà eu quatre enfants et une fausse couche : le premier enfant à 16 ans et demi; la fausse couche, de trois mois, a eu lieu à la suite d'un effort, entre le deuxième et le troisième enfant, sans autre accident qu'une perte assez abondante et de quelque durée.

Le jeudi 19 octobre, cette femme, enceinte de huit mois environ, s'étant rendue à la gare pour y recevoir un wagon de pommes de terre, vit tout à coup les portes du wagon s'ouvrir, laissant échapper une véritable avalanche, qui renversa le garçon de service, l'ensevelit à peu près, et vint s'arrêter aux pieds de la marchande.

Grande frayeur au moment de l'accident; puis, un peu de malaise, avec douleurs vagues dans le côté droit et dans la jambe correspondante.

Le samedi 21, l'ictère se manifeste. Appelé le dimanche, je prescris le repos au lit, et un purgatif (résine de scammonée, *soixante* centigrammes) qui procura deux ou trois garde-robes. Le lundi matin, la malade se trouvant mieux, accuse une faim (boulimie) qu'il serait imprudent de satisfaire entièrement. Dans la soirée, elle commence à s'agiter; et cet état persiste jusqu'au lendemain matin, avec diminution graduelle de la sensibilité et de l'intelligence.

L'accouchement, qui ne présente rien à noter, a lieu en trois ou quatre contractions, le mardi, vers sept heures du matin, avec l'assistance d'une sage-femme de la localité. (L'enfant a vécu deux jours.) A neuf heures, trouvant l'utérus un peu volumineux et craignant une perte fâcheuse en pareille circonstance, je formule quelques prises d'ergot, à administrer de demi-heure en demi-heure dans la journée. Le pouls se maintient régulier, avec 100 à 110 pulsations; mais la sensibilité s'émousse de plus en plus, et l'intelligence disparaît totalement dans la soirée du mardi 24.

Le lendemain matin, je constate l'état suivant :

Le pouls, toujours régulier, est à 72. Le foie, qui dépasse à peine le rebord des fausses côtes, n'a pas augmenté de volume; la couleur ictérique de la peau et des sclérotiques est toujours intense. Les lochies, un peu moins abondantes que dans les couches précédentes, sont cependant normales. Le ventre n'est point ballonné, et, bien que la malade n'ait pas uriné, la vessie est à peu près vide. Le peu d'urine obtenu par le cathétérisme est d'une couleur ocreuse et sanguinolente. (Les jours suivants, l'urine, toujours peu abondante, est promptement devenue claire.) La sensibilité est nulle; la résolution des membres complète. Les pupilles, très-contractées, restent insensibles à l'action de la lumière. Le coma, accompagné par intervalles de quelques cris et de mouvements de latéralité de la tête, existe, sans sterteur, mais avec trismus.

Cette situation se maintient jusqu'au dimanche 29 *octobre*, c'est-à-dire après avoir duré 128 heures environ. Deux ou trois respirations bruyantes ont lieu et inquiètent la garde, qui n'attend qu'une issue fatale.

Vers huit heures du matin, la malade, au moment de ma visite, commence à entendre, sans voir ni comprendre. Les pupilles cessent d'être contractées, mais l'œil n'est pas encore sensible à la lumière. Enfin, au milieu du jour, les sens reprennent peu à peu leurs fonctions, et on constate le retour de la sensibilité générale.

L'hébétement disparaît lentement; et le mardi 31, l'intelligence est complétement revenue.

Alors, surviennent des douleurs dans les seins; le pouls est à 100 pulsations, sans qu'on puisse attribuer cette fréquence à autre chose qu'à l'établissement de la sécrétion lactée.

En même temps, et pendant trois jours, le sang se montre dans les lochies qui, peu abondantes, avaient fini par disparaître entièrement dans cette stupeur générale de l'économie.

Quelques lavements émollients, un lavement purgatif, des sinapismes de Rigollot disséminés sur tout le corps, ont fait les frais du traitement dans une maladie dont le pronostic laissait peu d'espoir. Cette observation n'a guère besoin de commentaires; je l'ai publiée à cause de la rareté du fait.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 6 décembre 1871 (1). — Présidence de M. Blot.

DISCUSSION

M. TILLAUX. M. Després condamne les appareils plâtrés; il y en a de plusieurs espèces. Les appareils pleins avec une fenêtre sont mauvais, je le concède; mais les appareils à attelles latérales sont bons, et je crois qu'il ne faudrait pas les repousser.

M. LEFORT. Je crois que les appareils plâtrés, même comme les appliquaient les Prussiens, sont bons. Ces appareils, enduits d'une composition qui les rend imperméables, sont excellents pour le transport des blessés; mais je suis de l'avis de M. Després, il ne faut pas les appliquer trop tôt.

M. CHASSAIGNAC. Je ne pense pas que les appareils plâtrés pleins soient nuisibles quand on laisse une grande fenêtre au niveau de la plaie.

M. DEMARQUAY. Lorsque l'on place de la ouate sous le plâtre, je pense que l'on peut éviter les accidents.

M. GIRALDÈS. Il y a très-longtemps que M. Hergott, de Strasbourg, a envoyé à la Société les modèles des appareils plâtrés à attelles latérales en plâtre, avec enduit imperméable. Ces appareils ont été jugés à juste titre excellents. Je veux aborder un autre point. M. Després parle de l'ébranlement des os qui occasionnerait le décollement du périoste; mais on sait cela. Avec les nouvelles armes de guerre et la force de projection des balles, on voit les os fendus très-loin du point frappé, et le périoste est décollé au niveau

(1) Fin. — Voir le dernier numéro.

d'épithélium, de pus; la fièvre dure, la toux est quinteuse, on perçoit des râles sous-crépitants aux deux bases du poumon; les crachats sont opaques, jaunâtres; la congestion n'est que passagère, la bronchite dure et peut passer à l'état chronique.

La première période de la pneumonie est ce que Laennec avait déjà appelé la période d'engouement, c'est-à-dire la période de la congestion. Cette période est bientôt suivie de l'hépatisation rouge, et alors on observe ce qui se passe dans toute inflammation, c'est-à-dire la fluxion vasculaire et l'irritation de l'élément cellulaire. La cellule subit un trouble nutritif, ses altérations suivent les désordres de la circulation.

Nous avons déjà dit, au commencement de ce travail, que l'auteur a cherché surtout à débrouiller dans les diverses maladies pulmonaires ce qui appartient à la congestion, qu'il apprécie par des caractères physiques, l'ampliation ou la rétrocession du thorax.

Mais c'est surtout dans la pleurésie que ce genre de recherches lui a rendu les plus grands services. Si la première partie, que nous venons de passer en revue, intéresse surtout le théoricien, on peut dire que tout médecin praticien lira avec le plus grand profit le chapitre de la pleurésie, où un grand nombre d'observations ont été publiées à l'appui de ses idées. En mesurant la poitrine, M. Woillez a reconnu que la pleurésie tend à la résolution vers le vingtième jour seulement. Il conseille, dans tous les cas, de tenter un traitement médical : des drastiques, des diurétiques surtout et des vésicatoires sont le plus ordinairement inutiles. Il apprécie par la mensuration l'action des diverses médications. La mensuration montre une ampliation graduelle de la poitrine, la persistance durant quelques jours de l'épanchement, et enfin la rétrocession.

Il y a un grand nombre de cas où la percussion et l'auscultation ne nous apprennent rien sur l'évolution de l'épanchement. Augmente-t-il ou diminue-t-il? Dans tous les cas, la mensuration est un guide sûr. En dehors des cas où la thoracentèse s'impose par nécessité pour sauver la vie du malade, qu'est-ce qui guidera le médecin sur l'opportunité de l'opération? M. Woillez formule la loi suivante : lorsque la maladie dure depuis plus de vingt jours et que l'on a reconnu, par la mensuration pratiquée durant trois ou quatre jours de suite, que les médications n'ont pas servi à la diminuer, qu'elle augmente, au contraire, ou bien qu'elle ne diminue pas, il faut toujours opérer. Aux indications hypothétiques formulées par les divers médecins qui se sont occupés de ce sujet, M. Woillez a substitué les indications positives véritablement scientifiques, et l'on peut dire que le médecin peut se servir de cette donnée générale pour juger la nécessité de l'opération, comme il se sert du thermomètre pour reconnaître la température du corps. L'auteur a donc rendu un très-grand service à la pratique médicale en nous donnant un moyen scientifique de juger les variations de la quantité du liquide épanché dans la poitrine, alors que tous les autres moyens, auscultation et percussion, sont souvent insuffisants. C'est là un titre très sérieux qui donne au travail une grande originalité et est digne de toute l'attention des médecins.

Nous pourrions citer d'autres chapitres, intitulés : *Hémo-Bronchite*, *Hémo-Pneumonie*, qui intéressent le lecteur.

Mais un compte rendu ne peut être que très-incomplet. L'ouvrage de M. Woillez élucide bien des points vagues et mal définis dans la pathologie des organes pulmonaires. De longues et ingénieuses investigations au lit du malade, l'observation clinique, l'emploi des ressources qu'offre la science moderne ont inspiré l'auteur, et l'on peut dire que le *Traité clinique des maladies aiguës du poumon* a une place marquée à côté de nos meilleurs traités classiques, et qu'il sera toujours utilement consulté par les médecins théoriciens et praticiens.

Dr M. Leven.

AVIS

Nos souscripteurs dont l'abonnement est expiré sont instamment priés d'envoyer le prix de leur renouvellement en un mandat-poste à l'ordre du directeur, *avant* le 20 décembre.

Ils s'épargneront ainsi le désagrément de payer les frais de recouvrement nécessités par la traite que nous serions contraints de tirer sur eux, frais de recouvrement qui leur sont complétement à charge, sans que nous ayons intérêt à les leur faire supporter.

de la fracture; le décollement se complète plus tard par les progrès de l'inflammation.

M. CHASSAIGNAC. Le décollement du périoste dans les plaies par armes à feu récentes est souvent très-étendu. J'ai observé un cas où j'ai extrait un nombre considérable d'esquilles qui, toutes, étaient aussi nettes de périoste que si elles eussent été disséquées. Il s'agissait d'un jeune homme qui avait reçu un coup de feu dans le bras.

M. BLOT. Pendant la dernière guerre, j'ai vu un fait semblable. J'ai retiré du foyer d'une fracture de cuisse de nombreuses esquilles détachées entièrement du périoste.

M. DESPRÉS. Le périoste se détache souvent par les progrès de l'inflammation du foyer d'une fracture, mais dans les plaies récentes on ne peut invoquer cette cause.

J'ai encore remarqué, pendant la campagne, que les décollements du périoste étaient souvent très-étendus, même sur des portions d'os non fracturés au-dessus d'une fracture, et qu'ils étaient limités seulement par les insertions musculaires, si difficiles à arracher, que bien des esquilles restent adhérentes aux muscles au milieu des fractures les plus comminutives. Dans les amputations de cuisse que j'ai pratiquées, j'ai été plus d'une fois obligé de sectionner l'os plus haut que je ne l'avais médité, parce que je trouvais le périoste décollé au loin, comme cela a dû exister chez le blessé de M. Cazin, dont je parlerai tout à l'heure.

Un fédéré, à qui j'ai coupé la cuisse au Palais de l'industrie peu après la blessure, avait le périoste décollé sur le fémur, non fracturé en ce point, loin du genou, qui était broyé. Mais le décollement même n'est pas toujours évident; il faut le chercher. Des épanchements de sang sont fréquents sous le périoste qui n'est pas encore détaché, et cela suffit pour que le décollement se complète plus tard, surtout lorsqu'un moignon suppure. En même temps, il n'est pas rare qu'il y ait des épanchements de sang dans le canal médullaire. Tout cela constitue la contusion des os. J'en ai vu des exemples dans les rares autopsies que j'ai pu faire pendant la campagne.

Je me hâte de dire que M. Muron, interne distingué des hôpitaux, et qui a fait la campagne dans une de nos ambulances, a déjà publié dans la *Gazette médicale* des remarques sur les épanchements de sang intra-osseux à la suite de coup de feu sur les os. Ce mémoire renferme des faits très-instructifs à l'égard de la contusion des os. Certes, j'admets volontiers qu'il ait pu exister dans l'humérus des foyers sanguins qui aient causé la nécrose; mais le décollement du périoste me paraît avoir existé, surtout si l'on considère le volume des ostéophytes.

M. LEFORT et **M. GIRALDÈS** pensent que c'est le sang épanché qui décolle le périoste au voisinage des points fracturés.

Nécrose de la diaphyse de l'humérus dans un moignon d'amputation. — **M. DESPRÉS**, au nom d'une commission composée de MM. Giraldès, Houel et Després, fait un rapport sur une observation de M. le docteur Cazin sur ce sujet.

P... (Antoine), âgé de 26 ans, soldat au 45e de ligne, amputé du bras au tiers moyen, pour une fracture du coude probablement, quoiqu'il soit dit *de l'avant-bras* dans l'observation, vingt trois jours après la blessure. M. Cazin n'a vu le malade que le 14 janvier, c'est-à-dire plus de quatre mois après la bataille de Sedan, où P... avait été blessé. Il existait une nécrose avec gonflement énorme du moignon; la nécrose était très-ancienne, au dire du blessé.

M. Cazin se décida à reséquer l'os. Une grande incision elliptique, suivant un plan passant dans l'axe du bras, lui permit d'arriver jusqu'à l'os. Le périoste fut détaché avec une pince, et un os volumineux, irrégulier, spongieux, jusqu'au point où l'humérus avait son volume normal, point où un trait de scie fut appliqué. C'est au niveau du col chirurgical de l'humérus que la section a eu lieu.

L'os se reproduisit dans le moignon.

La pièce anatomique montre une couche épaisse de tissu osseux de nouvelle formation, circonscrivant de toutes parts une nécrose de la totalité du corps de l'humérus, dans une étendue de 8 centimètres.

DISCUSSION

M. CHASSAIGNAC. La question est complexe. Il y a eu sans doute une ostéomyélite, laquelle a causé le décollement du périoste. Ces faits sont communs; le périoste décollé sécrète un nouvel os par sa face interne; la plupart du temps ce sont des stalactites épaisses, irrégulières, formant une sorte de canon dans lequel se trouve emprisonné l'os nécrosé, et d'où il a été entraîné quelquefois par la suppuration.

Le décollement du périoste ne cause pas, à mon sens, de nécroses aussi étendues. Dans beaucoup d'amputations, le périoste décollé cause la nécrose d'une virole de l'os, ne comprenant pas toute son épaisseur; mais s'il y a ostéomyélite, il y a nécrose de toute la diaphyse, remontant quelquefois jusqu'à l'épiphyse.

M. GIRALDÈS. Je vois, dans le dernier rapport de notre collègue, un fait et une explication; le fait n'est pas exceptionnel. Les os sur lesquels a porté une section pour une amputation se nécrosent facilement. Les os atteints de coup de feu ne se brisent pas carrément, il y a des fentes prolongées au loin. Ces fractures causent des épanchements de sang et des périostites consécutives qui entraînent des nécroses étendues. Des cylindres de la diaphyse des os de 2 à 10 centimètres peuvent être modifiés et rester entourés de couches d'ostéophytes périostiques, d'une masse osseuse périostale. Cette explication ne le cède pas à la théorie du décollement périostique sous l'influence du traumatisme.

Longmoore, en parlant des amputés de Crimée de l'armée anglaise, a signalé des faits analogues à celui de M. Cazin; il ouvrait le moignon et allait chercher l'os invaginé. Roux (de Toulon) avait proposé la désarticulation de l'os pour les nécroses dans les moignons d'amputation de cuisse. Il a du reste fait des opérations de résection pour de semblables nécroses. Il a enlevé les nécroses avec les ostéophytes qui les entouraient, et un os s'est reproduit.

M. DESPRÉS. Le but principal de mes remarques est de montrer la fréquence des décollements étendus du périoste dans les plaies par arme à feu récentes, et de leur attribuer les nécroses qui s'en suivent.

M. CHASSAIGNAC. Je ne parle pas d'un os des membres brisé en beaucoup d'esquilles, je me borne aux os intacts divisés pour une amputation où l'on voit une nécrose totale. C'est pour moi l'ostéomyélite qui est la cause de la nécrose; le périoste ne joue qu'un rôle secondaire.

Enchondromes multiples de la main, de l'avant-bras et du bras. — **M. DESPRÉS** fait, au nom de la même commission, un rapport verbal sur une observation de M. le docteur Cazin sur ce sujet.

Il s'agit d'un nommé D... (Zacharie), âgé de 34 ans, qui, depuis 23 ans, c'est-à-dire à l'âge de 11 ans, a vu se développer sur la main gauche une série d'enchondromes qui n'ont cessé de s'accroître, et se développaient sur le périoste des phalanges et des métacarpiens.

Le mal a commencé quelques mois après une contusion de la main sur laquelle un cheval avait marché. A l'âge de 16 ans, un petit enchondrome avait paru sur le cubitus, du même côté. Au moment où M. Cazin a vu le malade, il y avait en outre un petit enchondrome à côté de la coulisse bicipitale de l'humérus.

L'amputation au tiers inférieur de l'avant-bras a été faite, et vous avez vu la pièce. Ce fait n'a d'analogue que celui de Lenoir, publié dans l'atlas de M. Libert. La main, avec les tumeurs, pèse 2 kilog. 800 grammes, ce qui est en effet énorme. L'auteur croit que le traumatisme est une des causes de ces enchondromes, et il est juste de dire que, dans ce cas particulier, les apparences sont favorables à la supposition.

Les conclusions du rapport sont le renvoi des observations de M. Cazin au comité de publication, et l'inscription de l'auteur sur la liste des candidats au titre de membre correspondant. (Adopté.)

LECTURE

Nouveau mode d'uranoplastie. — **M. LANNELONGUE** lit une observation sur ce sujet. (Renvoyé à une commission composée de M. Giraldès, Labbé, Tillaux.)

PRÉSENTATION DE PIÈCES

Diagnostic de la coxalgie. — **M. MARJOLIN** présente une pièce d'ostéite tuberculeuse du bassin simulant une coxalgie.

Il est très-rare de pouvoir en quelque sorte surprendre la maladie dans cette période, et que les symptômes auxquels elle a donné lieu se rattachent tellement à l'idée d'une coxalgie, que l'on est en droit de se demander s'ils appartiennent exclusivement à cette affection. Afin de faire mieux comprendre ma pensée, je l'ai résumée dans dans les propositions suivantes :

La flexion très-prononcée de la cuisse sur le bassin, l'impossibilité de pouvoir imprimer au membre pelvien des mouvements d'extension ou d'abduction sans entraîner le bassin et causer des douleurs très-vives, sont-ils, en l'absence au moins apparente d'une collection purulente intra ou extra-pelvienne, des signes suffisants pour conclure à l'existence d'une coxalgie, alors que les troubles fonctionnels et l'attitude vicieuse dont nous venons de parler existent depuis plusieurs mois et qu'ils ont été précédés de claudication ?

Si j'avais dû, il y a quelques jours, répondre à la question ainsi posée, je n'aurais pas hésité à dire que l'ensemble de ces signes se rapportait à une coxalgie non suppurée, et je crois que la plupart d'entre vous auraient été du même avis. Cependant, si on veut ne comprendre sous le nom de coxalgie que les diverses altérations pathologiques portant sur les parties constituantes ou voisines de l'articulation, on pourrait peut-être commettre sinon une erreur de diagnostic, du moins une erreur de classification.

Voici le fait. Le 8 novembre 1871, on amenait dans mon service une petite fille de six ans et demi, présentant l'aspect d'un enfant aussi affaibli par les privations que par la maladie; on nous dit qu'elle avait été trouvée abandonnée, et pour l'instant, il nous fut impossible d'avoir aucun renseignement sur l'époque à laquelle pouvait avoir débuté une coxalgie du côté droit dont elle paraissait atteinte. Il nous fut aussi impossible d'avoir aucune réponse sur les antécédents de nature à éclairer le diagnostic.

Plus préoccupé d'améliorer la santé générale de l'enfant, que de chercher à rétablir dans une position normale la cuisse qui était dans une de ces attitudes vicieuses si communes dans certaines formes de coxalgie, je ne cherchai point à rétablir les mouvements, ou à étendre le membre, qui était fortement fléchi sur le bassin, et n'ayant constaté aucune collection purulente, j'attendis que l'état général de l'enfant se fût modifié pour m'occuper de l'articulation, son examen provoquant pour le moment des douleurs assez vives. Je me bornai à un traitement général, et après avoir constaté l'attitude vicieuse de la cuisse droite, ainsi que l'impossibilité de l'étendre ou de la porter dans l'abduction, je m'arrêtai à l'idée qu'il s'agissait d'une coxalgie non suppurée remontant à une époque assez éloignée. Plus tard, dans les derniers jours qui précédèrent la mort de l'enfant, nous avons appris par le père que la maladie remontait à six mois et qu'elle boitait avant cette époque.

Les choses en étaient là lorsque, dans les derniers jours de novembre, probablement à la suite d'une rougeole, dont l'éruption ne se fit pas régulièrement, il survint une broncho-pneumonie double, à laquelle l'enfant succomba.

A l'autopsie, faite avec beaucoup de soin par M. Bouilly, nous fûmes très-surpris de voir que l'articulation coxo-fémorale droite paraissait exempte de toute altération, le ligament rond était intact, ainsi que les surfaces cartilagineuses, et il n'y avait pas de traces d'épanchement dans la capsule; mais en examinant avec soin l'intérieur du bassin, M. Bouilly trouva le muscle obturateur interne soulevé par une petite tumeur du volume de la moitié d'un œuf et formée par une collection de pus en partie concret, de la même nature que celui que l'on trouve dans les abcès consécutifs à la carie du corps des vertèbres.

Après avoir nettoyé ce foyer, il fut facile de voir qu'au niveau de la face interne du bassin correspondant au fond de la cavité cotyloïde, non-seulement le périoste était détruit, mais la substance osseuse était le siége bien manifeste d'une ostéite déjà très-avancée; et, d'après cette pièce, je ne doute pas que si l'enfant eût vécu, l'affection eût détruit la paroi osseuse qui la sépare de l'articulation. Mais avant de faire d'autres recherches sur l'étendue et le siége véritable de l'altération osseuse, je crois devoir dire que je suis encore tenté de rattacher cette affection à une coxalgie, bien que la cavité articulaire, au premier abord, nous semble saine.

M. GIRALDÈS. Les mots ont une signification qu'il faut conserver; on entend par coxalgie une affection de l'articulation de la hanche, débutant par les os ou par la synoviale. Si une ostéite du bassin cause plus tard une coxalgie, on dit qu'il y a coxalgie consécutive. Si l'enfant avait été observé à l'aide du chloroforme, on aurait pu certainement voir que l'attitude du membre était due à la rétraction musculaire causée par l'ostéite du bassin, c'est-à-dire par une influence de voisinage. En somme, je ne pense pas que mon excellent confrère, M. Marjolin, doive appeler cette lésion une coxalgie.

M. MARJOLIN. J'ai présenté ce fait-là comme rare. C'est une phase de l'attitude vicieuse qu'on observe dans la coxalgie prise sur le fait; ce n'était pas encore une coxalgie; mais cela aurait pu le devenir, et je me demande, si l'enfant avait vécu, ce qui serait advenu si, croyant à une coxalgie, on avait redressé le membre de force, ou si on avait tenté une résection.

M. GIRALDÈS. Toutes ces prévisions, que rien ne justifie d'une manière certaine, ne prouvent pas qu'il y aurait eu plus tard une coxalgie.

M. TILLAUX demande s'il y avait une douleur de genou, et si M. Marjolin a trouvé du liquide dans l'articulation de la hanche.

Sur la réponse négative de M. Marjolin, il ajoute :

L'absence de liquide dans l'articulation est importante, parce que, d'après les expériences de M. Parise, de Lille, expériences que j'ai répétées, l'attitude vicieuse des membres dans les coxalgies, au début, semblait due à la présence d'un épanchement dans l'articulation coxo-fémorale.

M. MARJOLIN. La douleur de genou, que M. Tillaux regarde comme un signe constant de coxalgie, manque assez souvent, et même, quand il existe, il peut être parfois l'indice d'une arthrite du genou commençante.

La séance est levée à 5 heures 1/2.

Le vice-secrétaire : ARMAND DESPRÉS.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Séance du 14 octobre 1871. — Présidence de M. LÉON GROS, vice-président.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

M. LE PRÉSIDENT. J'ai l'honneur de rappeler à la Société que plusieurs de ses membres viennent d'être l'objet de distinctions honorifiques. MM. Briquet et Labbé (Léon) ont été promus au grade d'officier de la Légion d'honneur; MM. Charrier, Motet, de Ranse et Voisin ont été nommés chevaliers. Je leur adresse les félicitations de la Société.

M. CHARRIER, secrétaire général, rend compte à la Société des démarches qu'il a dû faire pour obtenir, dans le palais du Luxembourg, un local convenable pour les séances. « C'est, dit-il, au bienveillant concours de M. Paul Blondeau, le frère de notre excellent collègue, et à l'extrême obligeance de M. Daveluy, administrateur du palais, que la Société est redevable du local qu'on lui a prêté avec une si rare bonté. Je propose donc à la Société de voter des remerciments à ces deux messieurs, et de leur exprimer toute sa reconnaissance. »

La Société, consultée, vote à l'unanimité des remerciments à MM. Paul Blondeau et Daveluy.

M. ANTONIN MARTIN communique un fait de hernie de l'ovaire observé chez une dame de 37 ans, hernie constatée par M. le professeur Gosselin. Cette observation sera rédigée et présentée avec plus de détails à la prochaine séance. M. Antonin Martin attire l'attention sur ce fait, que la hernie a été réduite plusieurs fois par le fait du coït, et il attribue cette réduction à un mouvement de bascule imprimé à l'utérus par le pénis. Ce procédé naturel par excellence, on peut le dire, a été imité sans succès, il est vrai, par M. Huguier, dans un cas semblable observé à l'hôpital Beaujon (service de M. Dolbeau), en 1868. L'hystéromètre, communiquant des mouvements à l'utérus, qui se transmettaient à l'ovaire hernié, permit de constater que la tumeur était bien réellement constituée par cet organe, sans arriver à en procurer la réduction (1).

M. Forget, ainsi que MM. Blachez et de Ranse, n'admettent pas que, dans ce cas, la réduction doive être attribuée seulement à l'action mécanique du pénis, assimilée par M. Antonin Martin à celle du redresseur utérin. Il y a là, en plus, une action physiologique. De même que le testicule, pendant l'orgasme vénérien, remonte vers l'anneau, de même l'ovaire doit être attiré vers l'utérus et la cavité péritonéale par la contraction musculaire et l'érection du plexus pampiniforme, sans nier cependant le concours de l'action mécanique du pénis.

M. DE RANSE. Je serais même porté à attribuer tout le résultat à l'acte physiologique.

M. CHARRIER. On ne peut comparer l'intromission du redresseur utérin à l'acte de la copulation; à tous les points de vue, je crois qu'en assimilant ces deux actes on est dans l'erreur la plus profonde.

La séance est levée à 5 heures.

Le secrétaire annuel : ANTONIN MARTIN.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté des sciences de Paris. — M. Georges, docteur en médecine, licencié ès sciences naturelles, est nommé préparateur d'anatomie et de physiologie des animaux à la Faculté des sciences de Paris, en remplacement de M. Philippon, appelé à d'autres fonctions.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — M. Jacquemet, agrégé près la Faculté de médecine de Montpellier, est rappelé à l'activité dans la section des sciences physiques, du 1er novembre 1871 jusqu'au 1er novembre 1872.

(1) Loumaigne, *De la hernie de l'ovaire.* Thèse de Paris, 1869, pages 7 et suivantes.

— *École de médecine de Nantes.* — La séance solennelle de rentrée a eu lieu le 4 novembre dernier. La distribution des prix aux étudiants en médecine a donné les résultats suivants :

1re année. — Prix : M. Camus; — Accessit : M. Ordronneau.

2e année. — 1er prix : M. Guillemet; — 2e prix : M. Mahot; — 1er accessit, M. Poisson; — 2e accessit, M. O'Neill.

3e année. — 1er prix : M. Gafé; — 2e prix : M. Bojenski.

Prix de clinique. — 1er prix : M. Kirmisson; — 2e prix : M. Miguen.

— *École de médecine de Bordeaux.* — La démission de M. Gintrac (Élie), directeur de l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Bordeaux, est acceptée.

M. Gintrac est nommé directeur honoraire de ladite École.

M. Gintrac (Henry-Joseph-Marc), professeur à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Bordeaux, correspondant de l'Académie de médecine, est nommé directeur de ladite École, en remplacement de M. Gintrac (Élie), démissionnaire.

— L'*Invalide russe* publie un extrait d'un compte rendu sur l'état sanitaire de l'armée russe en 1870. Il résulte de ce document que, pendant cette période, le ministère de la guerre disposait de 82 hôpitaux et 565 infirmeries et ambulances. Tous ces établissements, à l'exception de 6 hôpitaux qui n'ont pas fourni les renseignements nécessaires, comptaient 51,887 lits, et 585,064 malades y ont été traités. Le nombre des militaires en service actif figurait dans ce total pour 80,16 p. 100. En outre, il y a eu 92,740 militaires malades dans 581 hôpitaux civils, ce qui fait presque 16,3 p. 100 du nombre total. Les sommes employées par le ministère de la guerre pour le traitement des soldats malades se sont élevées en 1870 à 5,747,464 r. Si l'on y ajoute le prix des médicaments et de différents objets fournis par le ministère aux hôpitaux civils et aux infirmeries, le chiffre total des dépenses est de 5,807,000 r., soit 17 r. 30 c. par tête dans les hôpitaux militaires, 16 r. 28 c. dans les hôpitaux civils, et 3 r. 52 c. dans les infirmeries.

Bulletin hebdomadaire des décès d'après les déclarations à l'état civil,
du 9 au 15 décembre 1871.

CAUSES DE DÉCÈS.	Domicile.	Hôpitaux.	Totaux.	Total des décès de la semaine précédente.
Variole	2	»	2	1
Rougeole	9	1	10	7
Scarlatine	1	4	2	4
Fièvre typhoïde	26	24	50	43
Typhus	»	»	»	»
Érysipèle	6	2	8	2
Bronchite aiguë	43	3	46	36
Pneumonie	38	18	56	75
Dysentérie	»	2	2	4
Diarrhée cholériforme des jeunes enfants	»	»	»	»
Choléra nostras	2	»	2	»
Choléra asiatique	»	»	»	»
Angine couenneuse	10	»	10	4
Croup	8	4	12	22
Affections puerpérales	3	»	3	2
Autres affections aiguës	184	60	244	216
Affections chroniques	306	89	395*	349
Affections chirurgicales	25	37	62	52
Causes accidentelles	25	»	25	15
Totaux	688	241	**929**	832

LONDRES. — Population, 3,263,872 h. — Décès du 3 au 9 décembre 1871 1,856
Variole, 104. — Diarrhée, »». — Fièvre typhoïde, 51. Rougeole, 31. — Coqueluche, 85. — Scarlatine, 34.

* Sur ce chiffre de 395 décès, 147 ont été causés par la phthisie pulmonaire.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques, illustré de figures intercalées dans le texte; rédigé par B. Anger, Bailly, Barrallier, Bernutz, P. Bert, Bœckel, Buignet, Cusco, Demarquay, Denucé, Desnos, Desormeaux, A. Desprès, Devilliers, Alfr. Fournier, Ach. Foville, T. Gallard, H. Gintrac, Gombault, Gosselin, A. Guérin, A. Hardy, Heurtaux, Hirtz, Jaccoud, Jacquemet, Kœberlé, O. Lannelongue, S. Laugier, Ledentu, P. Lorain, Lunier, Luton, A. Nélaton, A. Ollivier, Oré, Panas, M. Raynaud, Richet, Ph. Ricord, Jules Rochard (de Lorient), Z. R[illegible], Saint-Germain, Ch. Sarazin, Germain Sée, Jules Simon, Siredey, Stoltz, A. Tardieu, S. Tarnier, Trousseau, Vallette, Verjon, Aug. Voisin. Directeur de la redaction : le docteur JACCOUD. — Se composera d'environ 30 volumes grand in-8° cavalier de 800 pages, avec fig. interc. dans le texte. Prix de chaque volume : 10 francs.

Les tomes I à XIV sont en vente. Le tome XIV comprend 800 pages avec 150 figures. Les principaux articles sont : *Érysipèle*, par Gosselin et Maurice Raynaud; *Estomac*, par Luton; *Exhumation*, par Tardieu; *Exophthalmie*, par Demarquay; *Face*, par Le Dentu et H. Gintrac; *Falsification*, par Jeannel; *Fer*, par H. Buignet et Hirtz; *Ferment, fermentation*, par Jeannel; *Fesse, fessière* (région), par M. Laugier; *Fibreux* (tissu), *Fibrome ou tumeurs fibreuses*, par Heurtaux; *Fièvre, fièvres*, par Hirtz, etc., etc.

De la décentralisation universitaire et pourquoi Bordeaux doit avoir son université, par le docteur AZAM, professeur à l'École de médecine de Bordeaux, etc., etc. Brochure in-8°. — Prix : 1 franc.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

N° 150. — JEUDI 21 DÉCEMBRE 1871. 44e ANNÉE. JEUDI 21 DÉCEMBRE 1871 — N° 150.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour l'encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois. . . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . . 16 —
Un an. . . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

SOMMAIRE. — SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE. — HÔPITAL BEAUJON. Leçon clinique sur l'homœopathie (M. Gubler). — Hydrocèle congénitale de la tunique vaginale (M. Gaillard). — ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Société de médecine légale. — Feuilleton. — Nouvelles. — Petite correspondance.

Paris, le 20 décembre 1871.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

L'Académie est, cette année, très en retard. La séance solennelle a dû être remise parce que tous les rapports de prix n'avaient point encore été lus, et jusqu'à cette époque on ne peut espérer ni communication originale, ni discussion suivie.

Ne serait-il pas bon de reviser les articles du règlement qui, dans de telles conditions, exigent l'appel nominal pour l'élection de membres du bureau ou du conseil?

En général, on s'entend très-bien pour ces élections : chaque membre reçoit du bureau des bulletins de vote portant les noms des candidats qu'on lui présente, et il est très-rare qu'on n'accepte pas ces candidatures officielles.

Pour l'élection de M. Depaul en qualité de vice-président, l'accord était presque unanime, et il eût été plus rapide de voter par acclamations, comme on vote pour le maintien de M. Béclard dans des fonctions que nul autre ne saurait remplir d'une manière aussi distinguée.

Après avoir perdu une heure et demie en votes, l'Académie a entendu la lecture de deux rapports, et la séance s'est terminée par un comité secret.

Nous n'avons donc encore à parler que d'un livre de théorie, présenté cette fois, non par M. Chauffard, mais par M. Pidoux.

Les idées de M. Pidoux ne sont nullement analogues à celles de M. Chauffard.

Lui aussi pourtant voudrait éclairer les détails par des vues d'ensemble, remonter aux premiers principes et réaliser enfin l'union de la métaphysique et de la physiologie.

Mais il ne veut rien avoir de commun avec la tradition.

Il croit absolument nouvelles sa métaphysique et l'idée qu'il poursuit, dit-il, depuis vingt ans : la négation d'une âme séparée ; l'admission d'âmes cellulaires ou organiques inséparables de la matière pensante, et d'âmes humaines formées uniquement par *consensus*, individualisées par le même moyen, de la même manière que l'âme d'un peuple ou l'âme de la terre ou l'âme du monde, laquelle est Dieu.

Dans l'introduction qu'il a placée en tête du livre posthume de son ancien ami, M. Huet, simple philosophe, mais depuis longtemps imbu des idées physiologico-pathologiques de M. Pidoux, le médecin de la Charité caractérise ainsi leur théorie commune :

« La tentative de Huet mérite une place très-honorable « dans l'histoire de la philosophie. Il est en effet le seul « philosophe qui ait compris et expliqué que les sens doivent « être réhabilités en métaphysique. Les sens de l'homme, dit-il « excellemment, ne sont pas ceux de l'animal. Ils sont inséparables du centre pensant. On ne peut pas séparer davantage « celui-ci des sens. Une ébauche de pensée accompagne toute « sensation. La pensée commence, s'élabore et se consomme « plus haut sans discontinuité de substance. Tel est le fonde- « ment de la réhabilitation des sens parallèle à la réhabilitation « des faits et de l'expérience. Il est impossible que ce principe « nouveau ne réforme pas la philosophie et la métaphysique, « qui en est le foyer. »

La réhabilitation des sens un principe nouveau ! Mais c'est aussi vieux que le monde. Toute la doctrine d'Épicure reposait déjà sur ce principe, et on le trouve développé de la manière la plus brillante dans le poëme de Lucrèce.

Qu'on se reporte à la magnifique invocation du poëte à Vénus, au désir qui crée et féconde, et qui fait progresser les êtres, on y trouvera déjà, sous une forme splendide, les idées que MM. Pidoux et Huet ont reprises après tant d'autres, après beaucoup de philosophes de notre siècle et du siècle dernier, après Lamark et Darwin, Gœthe et Michelet.

Qui donc peut avoir oublié les brochures que ce dernier, avec son style inimitable, a successivement consacrées à vulgariser ces théories : *l'Amour, l'Insecte, la Mer, la Sorcière, etc.* La matière pensante, le désir immanent, l'union des âmes de cellules formant les âmes des organes et les âmes des individus, comme et parce que l'union des cellules a formé les organes et les individus ; ces individus formant eux-mêmes, en qualité d'organes, de nouvelles unités pensantes par leur union, et ainsi de suite : tout cela, je le répète, a été dit, admirablement dit et mille fois répété avant M. Huet et M. Pidoux.

Ce qui est réellement nouveau dans les écrits de M. Pidoux, c'est d'avoir présenté ces doctrines connues sous le nom même de la doctrine contradictoire : de les avoir nommées *spiritualisme.*

Ceux des lecteurs qui s'attachent surtout aux mots, sans pénétrer jusqu'à la pensée, se seront fait une idée bien fausse de M. Pidoux, d'après le titre de son dernier livre : *Le spiritualisme organique.*

Du moins M. Huet a-t-il voulu éviter de pareilles méprises et supprimer le mot :

« Spiritualisme, écrivait-il à M. Pidoux, signifie conception « d'une âme séparée. »

Or cette conception est justement ce que M. Pidoux veut surtout supprimer de la pensée humaine.

« Lorsque, dit-il, l'homme croit vivre, penser et vouloir, en « vertu de deux êtres en lui : l'un tout actif, matériel, divisible « et périssable ; lorsqu'il suppose que l'unité qu'il sent en lui est « substantiellement différente de ce qu'il y sent de divisible et de « divers, il ne manque jamais de regarder ce qui est corporel, « divisible et divers, ce qui, hors de lui, tombe sous les sens ou « l'observation et s'appelle un fait, comme chose secondaire, « apparence grossière, indigne de son attention directe, et il « porte celle-ci tout entière sur les forces indépendantes ou sur « les âmes qui meuvent les êtres de la nature. Il résulte de ces « abstractions réalisées un univers fantastique, échappant à l'ob- « servation et à l'action modificatrice de l'homme, etc. »

Il serait donc étrange de voir M. Pidoux nommer ceci *spiritualisme*, s'il n'était pas parti de l'idée erronée que sa doctrine était nouvelle et qu'il pouvait choisir ses mots.

Non, les principes ne sont pas nouveaux, si certaines applications à la pathologie, à la thérapeutique sont peut-être nouvelles, ou, du moins, le paraissent.

Même le rôle prépondérant que M. Pidoux a accordé aux fonctions génitales, ce que M. Huet a traduit par les mots « *âmes génitales* », se trouve exprimé par un ancien dans le vers connu :

. ... Habet et mea mentula mentem.

Seulement le poëte latin n'avait sans doute pas prévu que son axiome serait la base d'une théorie médicale sur le rhumatisme blennorrhagique et les maladies analogues. On ne sait généralement pas à quel point des idées purement philosophiques peuvent influer sur les travaux scientifiques d'un praticien.

Nos lecteurs n'ont sans doute pas encore oublié que l'influence génitale explique, aux yeux de M. Pidoux, les accidents les plus divers quand les organes génitaux sont affectés, fût-ce d'un écoulement aussi peu grave que possible.

Naturellement, M. Pidoux a soufflé à M. Huet cette autre déduction de la même idée mère :

« Tout concourt, et l'expérience révèle des rapports qu'on « n'eut pas soupçonnés. Par exemple, les organes sexuels sem- « blent bien étrangers à l'exercice de la pensée et de la volonté. « Pourtant, voyez les castrats : l'énergie du caractère, la vi- « gueur de la pensée, la force des affections sont mortellement « atteintes. L'âme humaine, comme toute âme un peu élevée « dans la série, est une âme d'âmes, une individualité d'indivi- « dualités. »

Mais M. Huet et M. Pidoux n'ont donc jamais lu l'Eunuque Origène ! Ils n'ont jamais entendu parler de ces eunuques qui ont joué un si grand rôle dans l'empire d'Orient, et dont quelques-uns, tels que Narsès, le conquérant de l'Italie, étaient vraiment des hommes très-remarquables? Ils n'auront vu que ces eunuques domestiques, qui sont écrasés sous le mépris et les pensées de la servitude.

Allons ! l'expérience médicale n'a point encore prononcé dans le sens de M. Pidoux d'une façon aussi formelle que M. Huet a pu le croire.

Dr Victor Révillout.

HOPITAL BEAUJON. — M. GUBLER.

Leçon clinique sur l'homœopathie (1).

Les exemples de substitution dite *homœopathique* peuvent se ranger en cinq catégories. Dans la première, qui semble la plus favorable à la théorie, nous voyons la cautérisation par le nitrate d'argent transformer des phlegmasies spécifiques, comme la blennorrhagie et l'ophthalmie purulente, ou telles que l'angine diphthéritique et la stomatite ulcéro-membraneuse, en inflam-

(1) Fin. — Voir le dernier numéro.

FEUILLETON

ASSEMBLÉE NATIONALE

SÉANCE DU 5 DÉCEMBRE 1871.

Proposition de loi tendant à réorganiser l'enseignement de la médecine, présentée par M. Alfred Naquet, membre de l'Assemblée nationale.

EXPOSÉ DES MOTIFS.

Messieurs, depuis une quarantaine d'années, nos Facultés de médecine ont perdu la réputation dont elles jouissaient en Europe, et l'ont perdue à juste titre, il faut bien savoir l'avouer. De même que la Prusse vient de remplacer la France comme première nation militaire du monde, de même elle tient à devenir la première nation scientifique. L'Assemblée nationale, en réorganisant l'armée sur des bases nouvelles, travaille à rendre à notre pays la force matérielle ; il faut aussi qu'elle lui rende sa force morale, sa haute situation intellectuelle. Elle atteindra partiellement ce but en réorganisant l'enseignement des sciences en général et, en particulier, celui de la médecine, l'un des plus importants, si l'on juge à la fois de son importance par le nombre de ses élèves auxquels il s'adresse et par les résultats qu'il produit.

Vers la fin du siècle dernier et au commencement de notre siècle, quoique son organisation ne fût pas supérieure à celle dont nous constatons actuellement les imperfections, la Faculté de médecine de Paris brillait d'un éclat très-vif. Elle n'avait point alors de concurrence sérieuse et elle avait des professeurs de génie en même temps que des élèves animés d'une véritable ardeur pour le travail. Ces conditions suppléaient à l'organisation qui faisait défaut. N'en est-il pas, du reste, de même partout ? Notre régime militaire, reconnu insuffisant aujourd'hui, ne nous a-t-il pas suffi pendant de longues années, lorsque le génie des chefs et la valeur des soldats remplaçaient ce qui peut seulement nous relever à l'heure présente, l'organisation militaire de tous les citoyens sans exception.

Il en a été de même pour nos Facultés de médecine. Le talent, chez nos professeurs, a remplacé le génie, et, chez nos élèves, le désir ardent de s'instruire a fait place à des désirs et à des ardeurs moins nobles. Les étudiants de nos jours ne se souviennent guère de la Faculté qu'à la veille des examens ; encore alors comment s'en souviennent-ils ? Ils courent chez quelques répétiteurs qui, moyennant une maigre rétribution, leur enseignent, en deux mois, thérapeutique, hygiène, médecine légale, toxicologie.... Aussi la médiocrité est-elle devenue si grande, que certains professeurs en arrivent à ne plus refuser personne lorsqu'ils interrogent, soit par dégoût, soit qu'ils espèrent voir sortir le mieux de l'excès même du mal. Il est donc absolument urgent de réorganiser notre enseignement.

Actuellement, les élèves ne reçoivent de la Faculté aucune espèce de direction. Un élève arrive à Paris pour commencer ses études ; il va au secrétariat et demande ce qu'il doit faire. On lui passe une feuille sur laquelle sont inscrits trois ou quatre noms de science, et on lui dit de consulter l'affiche des cours.

La petite feuille porte, entre autres indications, le nom de l'*anatomie*, et l'affiche des cours fait connaître au public que, trois fois par semaine, M. X... professe cette science. L'élève accourt à la première leçon, mais il s'aperçoit bien vite qu'il ne peut retirer aucun profit de son assiduité, et cesse de venir. Le professeur, en effet, développe d'une manière trop complète, trop peu élémentaire, les matières qu'il a à traiter. Il emploie plusieurs années à exposer ce que l'étudiant doit apprendre dans le courant d'une seule année. Celui-ci, dès-lors, n'entend pas professer au cours tout ce qu'on lui demandera à l'examen annuel, et ne comprend même pas la partie, déjà si restreinte, mais beaucoup trop élevée pour un commençant, de la science qu'on lui enseigne. Le cours élémentaire qu'il espérait trouver manque tout à fait ; et c'est là malheureusement un fait général, qui n'est point borné à l'anatomie, qui s'étend presque à toutes les branches des connaissances médicales.

Il cherche à étudier par lui-même, au moyen de livres ; mais les sciences médicales ne peuvent être comprises que dans les laboratoires, les amphithéâtres de dissection et les hôpitaux.

Les laboratoires, cherchez-en ! Les amphithéâtres de dissection,

mations franches, bénignes, et marchant désormais d'elles-mêmes vers la guérison. Sans doute, à ne considérer que le résultat final, c'est là une substitution ; mais le physiologiste ne se contente pas du fait brut, il l'analyse et veut en trouver les conditions causales. Or, il n'est pas difficile de voir que le caustique transforme la maladie en détruisant sur place le poison morbide auquel elle emprunte toute sa gravité, et non en développant *proprio motu* une inflammation simple, génuine, qui aurait pris la place de l'affection maligne primitive.

En second lieu, le badigeonnage d'une plaque érysipélateuse avec une solution de nitrate d'argent ne modifie pas l'affection en chassant l'exanthème inflammatoire au moyen d'une phlegmasie artificielle; ce cathérétique agit en partie par l'astriction qu'il exerce sur les capillaires, en partie par la sécrétion séro-purulente qu'il provoque et qui joue le rôle de phénomène critique.

Troisièmement, un emplâtre mercuriel ne fait pas avorter l'éruption variolique en y substituant sa propre éruption, mais bien en maintenant l'humidité de la région et en soustrayant la surface à l'air et à la lumière, dont l'influence est indispensable, paraît-il, à l'entière évolution de l'organe éliminateur adventice. C'est un pansement par occlusion.

D'un autre côté, quand les vapeurs arsenicales, mercurielles ou iodées viennent par leur contact modifier des affections chroniques des voies respiratoires, on ne peut pas dire que c'est en déterminant une inflammation aiguë spéciale, exclusive de la laryngite ou de la bronchite chronique. Ces substances communiquent à l'ancien travail une forme, une allure nouvelle, qui se prête mieux à la résolution ; de plus, elles sont absorbées et produisent directement sur la muqueuse ou bien sur l'économie tout entière les effets altérants qui leur sont propres.

Enfin, dans les affections gastro-intestinales, particulièrement dans la dysentérie, les vomitifs, les purgatifs, les cathérétiques eux-mêmes n'ont pas le pouvoir de substituer une inflammation simple, éphémère, à une lésion rebelle et de mauvaise nature ; leur manière d'agir est plus complexe, plus détournée. Les caustiques immédiatement emprisonnés dans le mucus et les substances albuminoïdes, ou dilués dans la sérosité, ne gardent tout au plus qu'un pouvoir astringent. Les vomitifs détournent vers l'estomac le flux sécrétoire, en vertu de ce qu'on nomme le *balancement fonctionnel*. Et les purgatifs, à leur tour, servent soit en expulsant des matières irritantes ou en favorisant un mouvement critique commencé, soit en déterminant une hypercrinie séro-muqueuse qui met fin à l'éréthisme inflammatoire, en vertu de ce que j'appelle le *balancement actionnel* dans chaque organe, ce qui constitue la véritable *substitution physiologique*, fort différente de l'autre.

Au résumé, il n'est pas un seul de ces exemples emprunté à la *Médication irritante substitutive* qui fournisse un appui sérieux à l'idée dominante de l'article. Nulle part une analyse attentive des faits ne permet de découvrir cette prétendue éradication d'un travail spontané, morbide, qui serait évincé tout d'une pièce et remplacé par un travail thérapeutique artificiel de même espèce, mis pour un temps en possession du siége anatomique de la maladie primitive. Partout, au contraire, les phénomènes trouvent leur explication naturelle dans les données de la physiologie, sans qu'il soit besoin de faire intervenir aucune hypothèse ontologique.

Bien que la discussion ne soit pas épuisée, je crois en avoir dit assez pour laisser le lecteur convaincu de l'inanité du principe fondamental de l'homœopathie : de ce que, pour abréger, on est convenu d'appeler la *loi des semblables*. Il me reste maintenant à montrer ce que valent les médicaments homœopathiques aux doses conseillées par le promoteur de la secte nouvelle et par ses plus fervents adeptes.

Hahnemann, désespérant de jamais pouvoir démontrer l'utilité des semblables à l'aide de médicaments doués d'une activité évidente, obéissant d'ailleurs à son penchant vers le mysticisme, en vint bientôt à réduire énormément et, plus tard, à supprimer pour ainsi dire la matière des remèdes. Pour être conséquent, le célèbre novateur aurait dû se montrer plus radical. A quoi bon, en effet, la matière et la masse contre la maladie : « changement immatériel dans notre manière d'être..., » « aberration dynamique de notre vie spirituelle ? » Le mieux eût été de s'en passer et de ne faire usage que d'amulettes, d'incantations et d'autres pratiques superstitieuses. Hahnemann qui, sans doute, ne voulait pas rompre en visière avec tous les vieux préjugés, préféra garder quelque chose de l'ancienne médecine ; mais nous allons voir qu'au bout du compte il ne retint guère que les noms d'un certain nombre de médicaments. D'abord, se dit-il, puisqu'il s'agit, non de purger, de faire vomir ou d'évacuer d'une façon quelconque, ni de provoquer les effets ordinaires des agents de la matière médicale, mais bien de reproduire les symptômes des maladies à supplanter, les actions physiques, chimiques ou physiologiques des drogues sont comme nulles et non avenues ? ce qu'il nous faut, ce sont des substances douées de vertus occultes, reconnues seulement par l'empirisme. Et puisque la force est indépendante du poids et de la masse, il importe peu d'administrer le médicament en grande ou petite quantité. Il y a même tout avantage à en réduire excessivement la dose, afin d'en dégager plus complétement les propriétés dynamiques. Comme les virus, les miasmes et les poisons septiques, les médicaments exercent leur action morbigène à doses infinitésimales.

Cette dernière proposition est devenue la véritable clef de voûte de l'édifice, le couronnement de la doctrine.

Est-il besoin de réfuter longuement de pareilles assertions devant un auditoire éclairé par la science moderne et pénétré des principes d'une philosophie positive ? Ce serait peine perdue. Où Hahnemann a-t-il vu cette « aberration dynamique de notre vie spirituelle » dont il affirme l'existence et qui serait la cause efficiente de toutes les maladies ? Comment un homme intelligent pouvait-il méconnaître le rapport nécessaire entre les propriétés physico-chimiques des médicaments et leurs actions physiologiques ou thérapeutiques ? Par quelle singulière aberration mentale un savant arrive-t-il à soutenir que la force est indépendante des conditions de la matière ? Est-ce que, sans parler de la tension, la quantité d'électricité fournie par une pile n'est pas en raison directe de la surface des couples et de la masse du corps électro-moteur, comme la quantité de chaleur dégagée par la combustion est en rapport avec la masse du combustible et celle de l'oxygène ? Quant à l'assimilation des doses infinitésimales à celles sous lesquelles agissent les miasmes et les virus, elle est absolument inexacte. Les poisons morbides et les agents infectieux qui s'en rapprochent n'agissent pas indifféremment à tous les degrés d'atténuation. Il existe une limite au delà de laquelle la substance morbigène devient impuissante. Cela est si vrai que le fluide vaccinal délayé dans une proportion de sérum trop considérable ne manifeste plus aucune propriété virulente. Encore est-il juste de remarquer, à la suite de mon savant ami, M. Pidoux, qu'une si petite dose de virus ne devient toxique qu'après s'être extraordinairement multipliée dans l'organisme envahi.

Théoriquement, on le voit, aucune des propositions formulées par Hahnemann ne résiste à l'examen. Cependant elles ont été mises en pratique dans des conditions qu'il faut maintenant faire connaître. Persuadé que la matière n'est que le support de la force mystérieuse qui guérit, le célèbre inventeur de l'homœopathie s'efforça de réduire autant que possible la masse pondérable des médicaments, en même temps qu'il s'appliquait à lui communiquer, par divers procédés, une activité supérieure. Se souvenant sans doute de l'axiome *corpora non agunt nisi soluta*, il traça des préceptes minutieux à l'effet d'obtenir un degré de division inconnu auparavant.

Deux opérations furent recommandées par Hahnemann et soumises par lui à une réglementation rigoureuse. La première consiste à mêler la substance active réduite en poudre avec du sucre de lait également pulvérisé. Afin de rendre le mélange aussi homogène que possible, on exécute le broiement pendant six fois six minutes et le frottement pendant six fois quatre minutes seulement. La seconde opération, plus simple, se réduit à étendre une solution médicamenteuse dans un véhicule liquide : eau ou alcool, qu'on se contente d'agiter quelque temps.

Mais on ne tarda pas à reconnaître que la division mécanique entraîne de grandes difficultés et des causes d'erreur impossibles à éviter. Quelque précaution qu'on prenne, quelque soin qu'on y mette, la répartition du principe actif dans la masse du sucre de lait ne se fait pas régulièrement, et la séparation des deux doses étant effectuée, on s'aperçoit, à l'aide des instruments grossissants, que certaines portions du mélange sont absolument dénuées de toute parcelle de substance médicamenteuse. La dilution aqueuse ou alcoolique est exempte de ces inconvénients. C'est à elle qu'on a généralement recours. Seulement Hahnemann, préoccupé de l'idée que la matière est d'autant plus active qu'elle est plus divisée, arriva à pousser cette atténuation jusqu'au nihilisme le plus complet. On en jugera d'après le calcul suivant :

Les dilutions homœopathiques sont au nombre de trente.

La première est constituée par 1 goutte de laudanum, par exemple, dans 99 gouttes d'eau ou d'alcool. On obtient la seconde en mêlant 1 goutte de la première dans 99 gouttes de véhicule; la troisième avec une goutte de la seconde dans la même quantité du liquide supposé inerte. Et ainsi de suite.

On voit donc que si, à la première dilution, la goutte de laudanum n'était étendue que dans 100 gouttes de liquide, à la seconde cette même goutte initiale de *liqueur-mère* se trouve déjà diluée dans 100 × 100 ou 10,000 gouttes ou 500 grammes de liquide, si nous faisons la goutte égale à 5 centigrammes pour la commodité du calcul.

A la troisième dilution, nous avons 1 goutte de laudanum dans 1 million de gouttes, soit 50 litres :

Quatrième dilution, 1 goutte dans 5,000 litres ;
Cinquième dilution, 1 goutte dans 500,000 litres ;
Sixième dilution, 1 goutte dans 50 millions de litres ;
Septième dilution, 1 goutte dans 5 milliards de litres ;
Huitième dilution, 1 goutte dans 500 milliards de litres ;
Neuvième dilution, 1 goutte dans 50 trillions de litres ;
Dixième dilution, 1 goutte dans 5 millions de milliards de litres.

Enfin, à la trentième dilution, nous aurions, sauf erreur de ma part, un 5 suivi de 52 zéros, s'il s'agit de tonnes, et de 55 zéros, si l'on compte par litres, ou de 60 si l'on évalue en gouttes ce qui peut s'énoncer de la manière suivante : cinquante millions de milliards de décillions de *tonnes* de liquide ; chaque décillion valant cent milliards de milliards de millions de *tonnes.*

C'est-à-dire que l'unique goutte de laudanum du début se trouverait alors étendue dans une sphère de liquide dont le rayon serait plus grand que la distance du soleil à la terre. Fr. Arago, dont le génie n'avait pas dédaigné d'entreprendre la réfutation des doses infinitésimales de l'homœpathie, avait déjà fait remarquer qu'un décillionième de grain est à un grain ce qu'est un caillou par rapport à la masse entière du soleil.

Eh bien ! Hahnemann affirme avec un sérieux imperturbable l'énergique activité de doses aussi fantastiques, et il apporte en preuve des observations qu'il croit convaincantes. Ainsi, dit-il avec une adorable candeur, *l'or qui n'a sur l'homme aucune action*, dans son état ordinaire, possède, au contraire, des vertus merveilleuses quand il est au quadrillionième. Il suffit alors d'en faire respirer un flacon au mélancolique suicide le plus endurci pour le faire revenir aussitôt à des sentiments naturels. A la vérité, le chef de l'homœopathie avait soin de *dynamiser* la liqueur, c'est-à-dire d'en exalter l'activité en imprimant au flacon qui la renfermait un certain nombre de secousses cadencées et méthodiques. Il s'accuse même de n'avoir pas connu assez tôt l'incalculable puissance de ce moyen et recommande de n'en user qu'avec précaution, de peur d'accidents fâcheux.

Risum teneatis...

En définitive, les deux grands principes promulgués par Hahnemann ne supportent pas la discussion. Le premier, celui du *similia similibus*, devient insoutenable dès qu'on fait cesser les malentendus par une définition rigoureuse des termes et par une plus saine interprétation des faits. Le second, celui des doses in-

---

faites-vous y inscrire ! On vous donnera un sujet, vous avez un livre, débrouillez-vous. C'est à peine si de temps à autre, de loin en loin, un prosecteur viendra, comme en courant, vous donner quelques rares conseils. Il ne reste qu'une ressource, s'adresser à des professeurs particuliers.

Par malheur, ces derniers, loin d'être, comme les *privat docents* allemands, de jeunes savants qui débutent, sont pour la plupart les *fruits secs* de l'enseignement officiel. Leurs leçons sont terre-à-terre et se bornent strictement aux matières de l'examen.

Il serait d'ailleurs fort difficile qu'il en fût autrement. Avec l'esprit qui règne dans notre école, les professeurs privés n'auraient point ou presque point d'auditeurs, si, tout en restant élémentaires, ils professaient avec élévation, s'ils obligeaient les élèves à un travail sérieux.

Quant aux hôpitaux, l'enseignement pratique y est plus mal entendu encore. Le règlement rend, il est vrai, obligatoire un stage à l'hôpital, sans lequel l'étudiant ne peut prendre ses inscriptions ; mais quel stage ! Il consiste à suivre un médecin qui, à chaque lit, prescrit une potion ou des pilules, sans dire pourquoi, souvent sans avoir même prononcé le nom de la maladie; il consiste encore à appliquer ou à panser des vésicatoires, à faire des saignées ou à bander des plaies, et c'est tout. Cela est poussé si loin, qu'on peut devenir docteur en médecine sans savoir diagnostiquer les maladies les plus communes.

Il existe, il est vrai, des hôpitaux de clinique, où le médecin, en même temps professeur à la Faculté, est tenu, après la visite, de faire une leçon publique sur les cas intéressants de son service ; mais ici les auditeurs sont nombreux ; on est 100, 200, 300, et c'est à peine si, pendant le temps relativement très-court que dure la visite, quelques-uns ont le temps de voir le malade dont ils vont entendre parler. Or, rien n'est plus inutile, au point de vue clinique, que d'entendre parler d'un malade que l'on n'a pas examiné.

Restent l'anatomie générale et pathologique et les spécialités, telles que les maladies de la peau, les maladies des yeux, etc. On les enseigne à peine. Si quelques élèves laborieux veulent suppléer à cette lacune, ils doivent sortir de la Faculté, et pour ainsi dire de France ; presque tous les professeurs spécialistes sont étrangers.

En dehors de la classe, nécessairement fort restreinte, des internes des hôpitaux, il est difficile en France d'acquérir des connaissances profondes en médecine. Encore les internes qui veulent arriver demandent-ils eux-mêmes des congés pour aller travailler dans les universités étrangères.

Quelque dur que cet aveu puisse être pour des Français, il faut bien reconnaître que l'Allemagne nous prime par ses universités comme elle nous prime par ses armées. Il est temps, si nous voulons nous relever, que nous sortions de cette admiration de nous-mêmes qui entrave tous les progrès et qui nous a perdus. Il est temps que nous recherchions les causes de notre décadence et que nous nous occupions d'y remédier.

Dans l'ordre de l'enseignement médical, quel est le remède ?

Plusieurs publicistes espèrent le trouver non dans une réorganisation, mais dans une désorganisation plus complète de nos Facultés. Ils réagissent avec excès contre l'action collective dont ils ont eu à souffrir sous la monarchie. Ils veulent abandonner l'enseignement de la médecine à l'initiative individuelle et supprimer les *Facultés de l'État*.

Les partisans de ce système se divisent eux-mêmes en deux groupes : les uns concèdent à la société le droit de garantir ses membres en exigeant des diplômes de tous ceux qui prétendent à exercer la profession médicale, et consentent à ce que l'État nomme des commissions d'examen chargées de délivrer ces diplômes.

Les autres, plus absolus dans leurs principes, dénient à l'État jusqu'à ce dernier droit. Ils ne croient pas que le médecin doive être tenu de justifier de sa capacité autrement que par sa pratique. Dans ce système, les diplômes ne seraient plus qu'un moyen volontairement recherché par les hommes de mérite pour se mettre en valeur. La concurrence ferait le reste. Les Universités privées se chargerait de les délivrer, comme le faisait l'École centrale pour les ingénieurs civils, lorsqu'elle n'appartenait pas encore au Gouvernement.

(A suivre.)

PETITE CORRESPONDANCE

M. le docteur L. Lo..., à Terrasson. — 28 février 1872.

M. le docteur Br..., à Toucy. — Reçu votre envoi.

M. le docteur Sp..., à Blamont. — Le prix des tables et numéros demandés est 1 fr. 60.

finitésimales, manifestement absurde, conduit à une pratique ridicule et bouffonne.

Que reste-t-il de la médecine nouvelle? Il lui reste, hélas! la prétention de guérir. Les homœopathes ont annoncé de brillants succès, ils ont provoqué les vrais médecins sur le terrain de l'observation et de l'expérience. Ceux-ci, dans leur force et leur justice, n'ont pas refusé à la nouvelle doctrine le contrôle expérimental, et ce contrôle ne lui a pas été favorable. A Paris, comme à Naples et à Saint-Pétersbourg, sous les yeux de M. Andral comme devant l'aréopage russe, les médicaments homœopathiques, administrés souvent par des sectateurs convaincus, n'ont apporté à la marche des maladies aucune modification imputable à leurs vertus spéciales. Plus récemment, quelques homœopathes se sont volontairement soumis à la même épreuve sans de meilleurs résultats.

Le raisonnement et l'expérience s'accordent donc pour condamner l'hérésie médicale. Cependant, la secte continue à se recruter et à jouir d'une certaine vogue.

C'est en effet si commode de faire de l'homœopathie! Vous n'avez besoin pour cela ni d'anatomie, ni de physiologie pathologique, ni de diagnostic; le malade vous énumère ses souffrances, vous ouvrez quelque chose comme un dictionnaire pour y trouver une phrase symptomatique analogue et vous administrez quelques cuillerées d'eau claire. Tout porteur d'eau sachant lire serait à la hauteur d'une pareille tâche. Et puis, vous n'avez pas de responsabilité, car si vous laissez mourir vos clients, du moins, vous ne les tuez jamais. Ajoutez que le titre d'homœopathe, au milieu d'une foule de praticiens qui se partagent une clientèle peu rémunératrice, vous fait passer à l'état de médecin distingué et vous assure une fortune relative.

Il y a pour l'homœopathie un public prédestiné. Ce n'est ni celui des laboureurs ou des ouvriers, que préserve leur vigoureux bon sens, ni celui des travailleurs éclairés, à quelque rang de la société qu'ils appartiennent. C'est la classe des riches oisifs ordinairement voués à une sorte d'auto-idolâtrie qui les rend à la fois très-infidèles à leurs médecins et très-crédules vis-à-vis des guérisseurs interlopes; c'est surtout le monde des femmes élégantes, toujours amies des nouveautés, souvent avides de merveilleux et parfois disposées à la superstition.

A toutes les époques, il a fallu donner satisfaction à ces besoins d'une société raffinée. Au dix-huitième siècle, on avait le baquet de Mesmer. De notre temps, nous avons les doses infinitésimales, les tables tournantes, les esprits frappeurs et les médiums.

Est-ce à dire que l'homœopathie ne soit qu'une immense illusion et une prodigieuse mystification? Hahnemann n'aurait-il fait que des dupes sans rien produire d'utile?

Non, certainement, la doctrine nouvelle a rendu à la vraie médecine des services qui, pour avoir été involontaires et inconscients, n'en sont pas moins très-réels. Elle est devenue le point de départ d'une réaction contre la grossière posologie d'autrefois. Elle reste une protestation permanente contre l'intervention incessante, immodérée, brutale, de la pharmaco-dynamique.

En prescrivant de prétendus remèdes à dose métaphysique et à l'état insipide, elle a forcé la médecine traditionnelle à s'ingénier pour trouver des préparations plus agréables et plus commodes; elle a accéléré l'élan vers la recherche des alcaloïdes et des principes actifs. Bientôt, les granules de nos pharmacies sont venus faire concurrence aux globules de Hahnemann.

En se privant des armes fournies par l'arsenal thérapeutique, la médecine homœopathique a dû rechercher les influences salutaires du régime, nous montrant ainsi l'importance qui devait être accordée aux conditions hygiéniques pour la curation des maladies.

De plus, en faisant une expectation déguisée, l'homœopathie nous a rendu peut-être son plus grand service, puisqu'elle nous a mis à même de mieux connaître la marche naturelle des maladies, de réviser la doctrine des jours critiques et décrétoires, et d'arriver à une appréciation plus rationnelle des vertus des médicaments, de la puissance de l'art, ainsi que des sources d'indications thérapeutiques.

Enfin, quelque bizarres que soient les récits des premiers expérimentateurs, quelque fautives qu'aient été les interprétations des phénomènes observés, l'école de Hahnemann a contribué pour sa part à la connaissance de l'action physiologique des médicaments.

Ainsi l'homœopathie, qui paraissait ne devoir être qu'une pierre d'achoppement, est devenue pour la vraie médecine, je ne dis pas un instrument, mais, du moins, une occasion de perfectionnement.

Je m'arrête volontiers sur cette pensée consolante; car je cherche plutôt des motifs d'indulgence que des circonstances aggravantes à inscrire au dossier d'une erreur qui s'en va, à laquelle renoncent déjà partiellement un grand nombre de ses anciens partisans, et qui est destinée à disparaître tôt ou tard devant les progrès de la science, comme les ténèbres devant la lumière.

HYDROCÈLE CONGÉNITALE DE LA TUNIQUE VAGINALE

Par M. le docteur Gaillard.

La *Gazette des hôpitaux* a publié, dans le numéro du 14 novembre, une observation d'hydrocèle congénitale de la tunique vaginale, guérie par ponction suivie d'injection iodée.

L'hydrocèle est loin d'être rare chez les jeunes enfants; en cela, je suis d'accord avec le docteur Michalsky: j'ai trouvé cette affection beaucoup plus fréquente que je ne l'avais pensé tout d'abord. Tantôt elle est réellement congénitale, tantôt elle se développe après la naissance, et on nous consulte pour des enfants âgés de 2, 3, 4 ou 5 ans. Chez les uns, il y a communication entre la cavité vaginale et la cavité péritonéale; chez d'autres, cette communication n'existe plus, et on ne peut pas faire refluer le liquide dans le ventre. Ce qui m'a frappé surtout, c'est l'extrême facilité avec laquelle l'hydrocèle guérit chez les jeunes enfants, soit spontanément, soit à l'aide d'un traitement médical assez simple, de sorte que l'opération est rarement nécessaire, d'autant plus qu'elle peut être suivie d'une récidive, et dès lors elle a été inutile. Je ne prétends pas être le premier à signaler la guérison spontanée de l'hydrocèle des jeunes enfants; plusieurs auteurs ont émis cette opinion, notamment Vidal de Cassis (1), mais je trouve qu'on n'y a pas assez insisté, et les chirurgiens qui n'ont pas une expérience personnelle suffisante peuvent être tentés de faire une opération au moins inutile.

Le fait suivant en est un exemple frappant:

Gustave ..., âgé de 4 ans, présentait une hydrocèle simple, sans communication avec le péritoine. L'opération ayant été jugée nécessaire, on fit une ponction et une injection d'iode, qui amena la guérison. Quelques mois après, le liquide s'était reproduit dans la tunique vaginale, et on pensait déjà à une seconde opération, quand on s'aperçut qu'il diminuait, et il disparut en effet complétement. Je considérai alors ce résultat comme très-exceptionnel, mais je crois qu'il peut au contraire se présenter assez souvent.

Un autre enfant me fut apporté peu de jours après sa naissance, portant une hydrocèle *très-volumineuse* du côté droit, sans communication avec la cavité abdominale. Craignant que l'opération complète chez un enfant si jeune n'eût des suites fâcheuses, je me bornai à une opération palliative, c'est-à-dire à une ponction avec le trocart explorateur. Une assez grande quantité de liquide fut évacuée; mais, ainsi que je l'avais prévu, il s'était reproduit au bout de quelques jours. J'attendais patiemment que l'enfant fût plus fort, afin de lui faire une ponction suivie d'injection d'iode, quand j'appris de la mère que l'hydrocèle avait disparu complétement, et je pus constater le fait moi-même.

Le 29 septembre 1867, j'ai été consulté pour un enfant atteint d'une hydrocèle considérable du côté gauche; j'ai fait une ponction simple qui a amené la guérison.

J'ai acquis dès lors la certitude que l'hydrocèle, chez les très-jeunes enfants, peut guérir sans l'opération classique, et j'ai pris la résolution de ne point me presser à faire ces opérations, qui n'ont rien d'urgent.

Quand je suis consulté pour une semblable affection, voici la règle que je suis invariablement: je commence par rassurer les parents en leur disant que le liquide se résorbera probablement, et que si par hasard il ne se résorbait pas, on ferait une opération qui n'est pas grave. Puis je prescris l'application d'une solution de chlorhydrate d'ammoniaque et un suspensoir. En général, la sérosité disparaît si facilement que je n'ose pas en attribuer le mérite au médicament; la bonne *natura medicatrix* a peut-être la plus large part dans la guérison. On sait du reste avec quelle facilité les produits morbides se résorbent chez les enfants. Si la collection de liquide est très-volumineuse et de nature à gêner l'enfant ou à faire craindre l'atrophie du testicule à cause de la compression qu'il subit, je fais une simple ponction, sans injection, et j'emploie ensuite les résolutifs.

Si cependant la maladie persistait malgré la ponction simple, les résolutifs et surtout le temps, je n'hésiterais pas à la traiter comme l'hydrocèle des adultes, par la ponction suivie de l'injection de teinture d'iode. Mais, je le répète, je crois que cette opération sera rarement utile, si on veut avoir de la patience, et pour ma part, depuis dix ans, j'ai vu un grand nombre de ces petits malades, mais je n'en ai pas opéré un seul.

(1) Les seuls progrès de l'âge font souvent disparaître cette hydrocèle, et les topiques résolutifs suffisent ordinairement pour en débarrasser les malades. (Vidal de Cassis, 5e édition, p. 178.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 19 décembre 1871. — Présidence de M. Wurtz.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

La correspondance officielle comprend: 1° les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1870 dans les départements de la Haute-Saône et de l'Aisne; 2° un rapport de M. le docteur Bonnefon, sur une épidémie de variole qui a régné en 1871 à Genouillais (Lot) (Comm. des eaux minérales); 3° une demande d'analyse d'une nouvelle source d'eau minérale située au village de Lains (Puy-de-Dôme (Comm. des eaux minérales); 4° deux rapports de M. le docteur Bona sur le service médical des eaux minérales d'Évaux (Creuse) (Comm. des eaux minérales).

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

Elle comprend: 1° une lettre de M. le docteur Planchon, qui se présente comme candidat dans la section de pharmacie; 2° un travail manuscrit de M. le docteur Coze, professeur de la Faculté de Strasbourg, sur un nouveau procédé de dilatation des rétrécissements de l'urèthre (Comm.: MM. Gosselin, Verneuil et Richet); 3° un rapport de M. le docteur Coste, médecin-major, sur le service médical de l'hôpital thermal militaire de Guagno (Comm. des eaux minérales).

RAPPORTS

M. Devilliers présente son rapport général sur le service médical du chemin de fer de Paris-Lyon-Méditerranée pour l'année 1870.

M. Barth offre en hommage, au nom de M. le docteur Walles, un volume intitulé: *Traité clinique des maladies aiguës des voies respiratoires.*

M. Daremberg présente le 1er fascicule d'un ouvrage intitulé: *Bibliographie des sciences médicales*, par M. Pauly, chargé à la Bibliothèque nationale du *Catalogue des sciences médicales*, avec une introduction, par M. Daremberg.

M. Pidoux offre en hommage un ouvrage ayant pour titre: *La Révolution philosophique au XIXe siècle*, par M. François Huet, avec une introduction par M. Pidoux.

M. Béclard dépose sur le bureau le tome XIV du *Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques.*

M. Barth donne des renseignements sur l'état de santé de M. Lecanu, atteint d'une pneumonie très-grave.

M. le professeur Richet présente, au nom de M. Mathieu, à l'examen de l'Académie, un trocart aspirateur dont les dispositions spéciales ont pour but de présenter les avantages suivants:

1° Ponction avec un instrument aussi petit que possible;

2° Pénétration très-facile;

3° Suppression de la pointe dès que l'instrument a atteint la cavité où il doit pénétrer;

4° Facilité très-grande d'en désobstruer le calibre toutes les fois qu'il est nécessaire sans aucun danger de laisser pénétrer l'air;

5° Aspiration à l'aide d'un corps de pompe dont le piston n'entre jamais en contact avec les liquides et n'est sujet par cela même à aucune détérioration. Pompe applicable, du reste, à tout autre usage, ventouses, etc., etc.

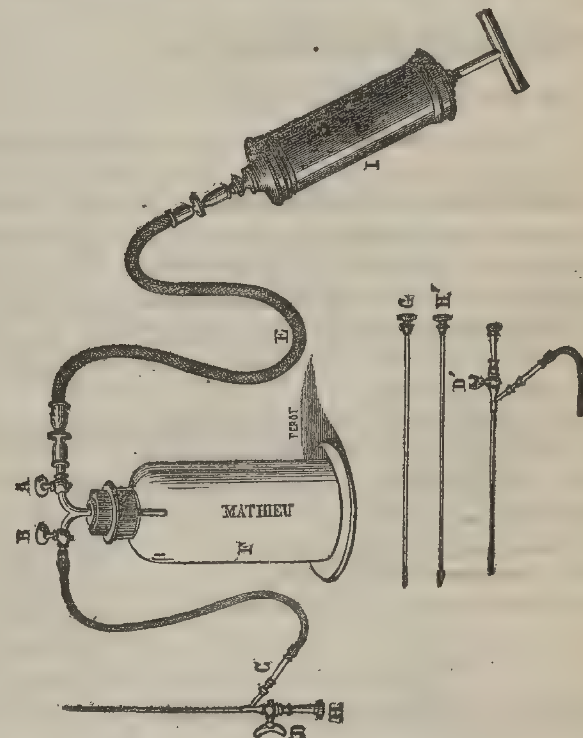
M. Mathieu a fabriqué le premier de ces instruments sur les indications de M. le docteur Potain, qui le destinait à un usage spécial:

Aspiration des épanchements pleuraux peu abondants et pénétrants.

Il l'a depuis complété, en le rendant capable de s'adapter à tous les cas où l'aspiration peut être mise en usage.

Description de l'appareil.

A et B sont les deux robinets ajustés sur une armature munie d'un bouchon en caoutchouc qui peut s'adapter sur un carafon, une bouteille ou un flacon quelconque, dans lequel on pratique le vide au moyen de la pompe pneumatique qui est en rapport avec le récipient B par le robinet A.



On peut, par ce procédé, graduer la force du vide. Cette manœuvre accomplie, on ferme le robinet A; la ponction se pratique à l'aide du trocart capillaire, dont la tubulure latérale est en rapport avec le tube élastique muni d'une partie transparente, qui permet de voir la nature du liquide aspiré. Avant qu'il ne soit arrivé dans le flacon F, l'on retire le poinçon et l'on ferme le robinet D, et l'on ouvre le robinet du bouchon.

Dans cette position, le liquide se précipite dans le vase F, et pendant que l'écoulement a lieu, on peut augmenter l'intensité du vide en faisant fonctionner la pompe.

Si, dans le cours de l'opération, la canule du trocart venait à s'obstruer, on peut, au moyen du poinçon mousse G, que l'on introduit par la partie H après avoir ouvert le robinet D, désobstruer la canule sans permettre à l'air de pénétrer dans la cavité.

Trois trocarts variés de grosseur, dont l'un est capillaire, sont casés dans la boîte qui renferme l'appareil.

Cet appareil fonctionne depuis longtemps dans les hôpitaux.

ÉLECTIONS

L'Académie procède par la voie du scrutin à la nomination des membres du bureau et des membres du conseil d'administration.

M. Barth, vice-président, passe de droit au fauteuil de la présidence pour l'année courante.

M. Depaul est élu vice-président par 61 voix sur 64 votants.

M. Béclard est maintenu par acclamation dans ses fonctions de secrétaire annuel.

MM. Joly et Vernois sont nommés membres du conseil d'administration.

M. Vernois lit un rapport sur un travail communiqué par M. Bertillon dans une des dernières séances de l'Académie (extrait de l'article Mariage du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*).

Ce rapport, dont nous regrettons que le manuscrit n'ait pas été laissé au secrétariat, conclut à adresser des remercîments à M. Bertillon.

M. Hérard lit un rapport sur le concours du prix Godard pour l'année 1871.

L'Académie a reçu les travaux suivants:

1° Un mémoire sur les tumeurs hydatiques alvéolaires, par M. le docteur Carrière;

2° Plusieurs opuscules sur la folie, par M. le docteur Gondelle;

3° Un travail sans nom d'auteur, avec un pli cacheté, sur la cirrhose hépatique;

4° Un mémoire sur le lychen hypertrophique, par M. Demeure, interne à l'hôpital Saint-Louis;

5° Un mémoire sur le choléra épidémique, par M. le docteur Brebant (de Reims);

6° Une étude critique de l'embolie dans les vaisseaux veineux et artériels, par M. le docteur Bertin (de Montpellier).

La commission propose : 1° de partager le prix entre les mémoires n° 1 et n° 6, et d'attribuer à M. Carrière un encouragement de 600 fr., et à M. Bertin un encouragement de 400 fr.;

2° D'accorder une première mention honorable à M. Demeure et une autre à M. Brebant.

A cinq heures, l'Académie se réunit en comité secret pour discuter les titres des concurrents et voter sur les conclusions du rapport.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE

La Société de médecine légale vient de procéder au renouvellement de son bureau, qui, pour l'année 1872, est composé comme il suit :

Président : M. le professeur Béhier.

Vice-présidents : M. Hémar, avocat général à la cour de Paris; M. le docteur Mialhe.

Secrétaire général : M. le docteur Gallard.

Trésorier : M. Mayet, ancien président de la Société de pharmacie.

Archivistes : M. le docteur Falret.

Secrétaires des séances : M. le docteur Ladreit de la Charrière; M. E. Horteloup, avocat à la cour de cassation.

Les membres de la commission permanente, qui est chargée de répondre d'urgence à toutes les demandes d'avis sur les faits intéressant la médecine légale qui peuvent être adressés à la Société pendant l'intervalle de ses séances, sont :

MM. Béhier, *président*; Gallard, *secrétaire général*:

MM. Cornil, Devergie, Dolbeau, Hémar, Paul Horteloup, Guérard, Ladreit de la Charrière, Pénard, Vernois.

La Société ne donne ses avis qu'après avoir pris connaissance de toutes les pièces qui peuvent éclairer son jugement; elle rappelle donc aux personnes désireuses de la consulter qu'elles doivent accompagner leurs demandes de l'envoi d'une copie de toutes les pièces qui figurent dans les dossiers de chaque partie, s'il s'agit d'un procès civil; de l'accusation et de la défense, s'il s'agit d'une affaire criminelle.

Les élections à diverses places de membres titulaires et de membres correspondants auxquelles il devait être procédé au mois de décembre sont ajournées à la séance du mois de mars 1872. Les demandes et l'exposé des titres des candidats seront reçus jusqu'au 1er février.

Toutes les correspondances, manuscrites ou imprimées, destinées à la Société, doivent être adressées *franco* au secrétaire général, rue de Choiseul, n° 14, à Paris.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par un décret du Président de la République, rendu sur le rapport du ministre de l'instruction publique, le trésorier de la Société médico-psychologique de Paris est autorisé à accepter, au nom de cet établissement, la donation d'une somme de 16,000 francs, qui lui a été faite par Mme veuve Aubanel (de Marseille), par acte notarié du 28 septembre 1869, sous diverses conditions y énoncées, notamment celle de l'achat, au nom de la Société, d'une rente trois pour cent sur l'État, avec mention, sur le titre, de son affectation spéciale à un Prix Aubanel triennal, en faveur d'une question d'aliénation mentale.

— La Société médico-psychologique vient de procéder au renouvellement de son bureau. Ont été élus : *président*, M. Falret; *vice-président*, M. Ludger Lunier; *secrétaire-général*, M. Ch. Loiseau; *secrétaires*, MM. Foville et Motet; *trésorier*, M. Voisin.

— Par arrêté du préfet de police, M. le docteur Motet a été nommé médecin de la Maison d'éducation correctionnelle (Jeunes détenus).

— La Société médicale du 6e arrondissement vient de procéder au renouvellement de son bureau pour l'année 1872. Ont été élus : *président* : M. Legrand du Saulle; *vice-président*, M. Ulysse Trélat; *secrétaire-général*, M. Bonnefin; *secrétaires*, MM. Bottentuit et Pruvost; *trésorier*, M. Blondeau; *membres du conseil de famille*, MM. Dumas, Bossu et Duchesne.

— La Société des médecins des bureaux de bienfaisance a élu son bureau pour l'année 1872, de la manière suivante :

Président, M. Donadieu; *vice-présidents*, MM. Poignet et Lanquetin; *secrétaire-général*, M. Passant; *secrétaires*, MM. Gibert et Baudouin; *trésorier*, M. Magnin; *archiviste*, M. Machélard.

— On mande de Constantinople, le 15 courant :

Kiamil Pacha a l'intention de présenter au sultan un projet relatif à la création d'une université complète à Constantinople; le grand vizir veut créer une académie des sciences et des beaux-arts.

— Au moment de mettre sous presse, nous apprenons la mort de M. Lecanu.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :

Trois mois. . .	8 fr. 50 c.
Six mois. . .	16 —
Un an.	30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

A l'occasion des fêtes de Noël, le journal ne paraîtra pas mardi 26 décembre 1871.

Paris, le 22 décembre 1871.

A NOS LECTEURS

Dans quelques jours, la *Gazette des Hôpitaux* entrera dans sa quarante-cinquième année.

Nos lecteurs nous rendront cette justice que — au milieu des crises les plus cruelles — nous avons fait les efforts les plus considérables pour nous tenir à la hauteur de leur confiance. L'année 1870-1871 présentera même dans nos collections non interrompues un intérêt spécial par l'immense quantité de faits rassemblés sous le titre de *Documents pour servir à l'histoire du mouvement scientifique pendant le siége de Paris.*

Après les crises politiques, est arrivée l'heure de la rançon à payer à la Prusse, et les impôts sont venus fondre sur nous. La *Gazette des Hôpitaux* paraît trois fois par semaine, elle a dû verser un cautionnement de 18,000 francs. Elle pouvait se soustraire à cet impôt en réduisant sa publicité ; il lui suffisait de ne plus paraître que deux fois par semaine, mais c'était nuire à la diffusion scientifique ; elle a subi sans hésiter son lourd cautionnement.

Nos représentants, qui n'ont pas encore compris que frapper la presse scientifique, c'est mettre obstacle au développement intellectuel du pays, n'ont pas trouvé que ce cautionnement fût suffisant. Un impôt de 30 p. 100 frappe le papier des journaux quotidiens et semi-quotidiens ; à ce titre, la *Gazette des Hôpitaux* se voit frappée d'un nouvel impôt. L'équité nous autorisait à vous demander de nous couvrir de cette charge nouvelle, légère pour chaque abonné, très-lourde pour une administration. Mais les temps sont si désastreux pour tous, que nous avons pensé que demander ce léger supplément pouvait forcer quelques souscripteurs à se priver d'une lecture parfois utile. Nous avons donc essayé de supporter seuls ces charges considérables ; heureux, si le Gouvernement, plus intelligemment inspiré, ne vient pas frapper de nouveau la presse et rendre nos efforts impuissants.

Le cautionnement de 18,000 francs nous a toutefois rendu une liberté que nos correspondants apprécieront, celle de traiter les questions médicales avec tous leurs développements d'économie politique et sociale. Sous ce rapport, nous ne regrettons pas le sacrifice qui nous a été imposé.

Si nous n'avons reculé devant aucune exigence d'argent pour que la *Gazette des hôpitaux* conservât son caractère de publicité tri-hebdomadaire, il était un sacrifice que nos confrères de l'armée, de la marine et ceux qui font collection nous demandaient depuis longtemps et qu'il nous était bien pénible de leur accorder. Le format in-folio du journal n'est plus un format de bibliothèque. On ne sait plus s'en servir ; il est incommode une fois relié. C'est vrai ; mais on se fait difficilement à la pensée de réduire un format auquel on est habitué. La question utilitaire a dû cependant l'emporter, et, malgré nos luttes intérieures, il nous faut bien reconnaître que le format in-folio est par trop difficile à manier. Nous nous rendons donc à un désir si généralement manifesté.

A partir du 1er janvier 1872, la *Gazette* prendra le format grand in-4°. Ce sera la même feuille que vous recevez, mais pliée en quatre, au lieu de l'être en deux, comme actuellement. Le volume sera très-élégant ; il entrera dans toutes les bibliothèques ; il sera portatif. Ce sera un livre en même temps qu'un journal.

Et maintenant, chers lecteurs, continuez à soutenir de vos encouragements les efforts que nous faisons pour maintenir la bonne et vieille réputation de la *Gazette des hôpitaux.*

LA DIRECTION.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Étude clinique sur l'angine ulcéreuse maligne de nature scrofuleuse.

En rapportant, dans la Revue du 2 décembre dernier, un fait d'angine ulcéreuse maligne de nature scrofuleuse, recueilli dans le service de M. Constantin Paul, à l'Hôtel-Dieu, nous avons pris l'engagement d'exposer l'état de la question d'après la thèse de M. le docteur Fougère sur ce sujet, soutenue en juillet dernier, et qui constitue une véritable monographie de cette affection.

Les faits qui ont servi de point de départ à l'étude de M. Fougère sont trois cas d'angine scrofuleuse maligne qu'il eut l'occasion de voir presque simultanément à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Vidal, suppléé alors par M. Constantin Paul. A ces faits il a joint ceux qui avaient déjà été signalés comme appartenant à l'affection scrofuleuse : d'abord par M. Arnal, dont le corps médical de Paris vient d'avoir à regretter la perte récente; puis par M. Tardieu et par M. Bazin; enfin ceux qu'il a recueillis depuis lui-même, se montant en tout au nombre de 16. C'est sur ces 16 observations que M. Fougère a basé l'étude dont nous allons exposer sommairement les résultats.

Le début de cette angine spéciale a lieu d'une manière lente et insidieuse. Un peu d'ardeur, de cuisson, de chaleur dans le fond de la bouche, sont les premiers phénomènes qui attirent l'attention du malade. La bouche est sèche, l'arrière-gorge est le siége d'une légère douleur; la déglutition est un peu gênée; il se manifeste parfois un engorgement indolent des ganglions sous-maxillaires ou parotidiens. Cette indolence, cette faiblesse de réaction inflammatoire, au début, constituent un des caractères de cette affection. Par suite de cette bénignité apparente elle-même, la plupart des malades arrivent à l'hôpital ou vont trouver le médecin à une époque plus ou moins avancée de la maladie, souvent même à une période où l'ulcération a fait des progrès déjà sensibles. Il en résulte qu'on a rarement l'occasion d'observer la lésion à son début, et de la suivre dans ses premières évolutions, à plus forte raison de la surprendre à la naissance.

Dans les rares circonstances où l'on a pu assister au début, voici ce qui a été vu : le voile du palais, les piliers, la luette, la paroi postérieure du pharynx, présentent une coloration violacée, vineuse, quelquefois lie de vin. Ces parties peuvent ne pas être tuméfiées, mais quelquefois aussi elles sont œdématiées et déterminent de fâcheuses complications lorsque la maladie vient à atteindre le larynx.

Les premiers phénomènes qui attirent l'attention des malades sont une gêne persistante dans la déglutition, une légère augmentation de la douleur. L'examen du fond de la bouche à ce moment fait découvrir un bouton jaunâtre, une surface ulcéreuse, quelquefois peu étendue, d'autres fois présentant des dimensions assez grandes. Partant de l'arrière-bouche, l'inflammation ulcérative s'étend dans les fosses nasales, les joues, ou bien elle envahit le larynx ; d'autres fois elle se propage de l'extérieur à l'intérieur, débutant par la face, le nez, pour gagner de là le voile du palais, ses piliers, la paroi postérieure du pharynx.

D'après M. Fougère, cette angine peut être primitive c'est-à-dire exister sans que l'on trouve sur le sujet d'autres manifestations scrofuleuses concomitantes, bien qu'il soit plus commun cependant de constater soit par les commémoratifs, soit *de visu*, l'existence de symptômes antérieurs ou simultanés de même nature. Lorsqu'il y a simultanément amygdalite, l'inflammation est beaucoup plus intense et la douleur plus vive. Les aliments refluent alors par le nez avec la plus grande facilité, beaucoup plus facilement que lorsqu'il n'y a que perte de substance seule, fût-elle même considérable.

Les faits cliniques recueillis par M. Fougère ont montré que toutes les parties qui constituent l'arrière-bouche ne sont pas également atteintes dans cette maladie : c'est la partie molle du voile du palais qui est le plus fréquemment le siége du travail ulcératif ; puis viennent la paroi postérieure du pharynx, les piliers, la luette ; enfin, les amygdales occupent le dernier rang. Souvent l'ulcération occupe simultanément plusieurs de ces parties. Tantôt elle est peu profonde ; ses bords sont amincis, arrondis, irréguliers, sinueux et comme frangés ; le fond est inégal, mamelonné, fongueux, parfois grisâtre et sanieux ; tantôt l'ulcère présente une plus grande profondeur ; il est couvert çà et là de granulations et tapissé par une matière glaireuse mucopurulente. La suppuration est peu abondante ; il s'échappe un pus tenu, séreux, souvent du muco-pus ; d'autres fois l'ulcère ne suppure pas et présente, près de la muqueuse saine, un liséré grisâtre. Les bords de l'ulcère, les parties environnantes sont peu œdématiés; il n'est pas douloureux au contact ; ses dimensions sont variables ; du diamètre d'une pièce de 50 centimes dans quelques cas, dans d'autres il forme comme un vaste cloaque pharyngé, le voile du palais, les piliers, les amygdales, la paroi postérieure du pharynx ayant disparu, absorbés par le travail ulcératif.

Les ganglions dans lesquels viennent aboutir les lymphatiques des parties malades présentent quelquefois des altérations. M. Fougère a constaté trois fois leur engorgement. Les ganglions sous-maxillaires et parotidiens en sont le siége le plus fréquent. Cette lésion peut cependant ne pas exister. Le plus souvent, les malades ne présentent pas d'adénite symptomatique, et ils peuvent être dévorés par un lupus sans avoir un seul ganglion d'engorgé.

Voici quels sont les troubles fonctionnels que l'on observe dans cette affection : lorsqu'il y a inflammation, paralysie ou perte de substance, la déglutition devient douloureuse, les aliments

---

FEUILLETON

LES LIVRES D'ÉTRENNES

L'Atmosphère, description des grands phénomènes de la nature, par C. FLAMMARION (1). — **Les Races humaines,** par L. FIGUIER (2).

Dans ces temps de misères, on a bien peu d'argent à dépenser, et cependant les enfants sont là qui attendent impatients et ignorants des malheurs du temps. Il importe donc de faire un bon choix pour faire à la fois et le bonheur et l'instruction de ceux qui nous touchent.

Laissons donc de côté toutes les publications qui ne sont que des publications purement de luxe, et arrêtons-nous un instant sur celles qui ont su se faire pardonner leur prix plus ou moins élevé par l'excellence de leur forme.

I

Voici d'abord *l'Atmosphère.* Ce splendide volume, dû à la plume de M. Camille Flammarion, est le digne pendant des *Phénomènes de la physique*, du *Ciel*, du *Monde de la mer* et de tant d'autres publications bien dignes d'attirer l'attention des gens amis du progrès.

Sous ce titre de *l'Atmosphère*, vous trouverez une œuvre magnifique de météorologie, et vous serez non surpris, mais effrayé de la quantité de faits nécessaires à la parfaite connaissance de l'atmosphère.

M. C. Flammarion étudie d'abord notre planète et son fluide vital; il passe en revue et le globe terrestre et l'enveloppe atmosphérique, la hauteur de cette enveloppe, le poids de l'atmosphère terrestre. Abordant alors la composition chimique de l'air, l'auteur recherche l'œuvre de l'air dans la vie terrestre, consacre un intéressant chapitre au son et à la voix, et, comme on devait s'y attendre, écrit, en vrai connaisseur, des pages très-curieuses sur les ascensions aéronautiques.

Que d'intéressantes pages sur la lumière et les phénomènes optiques de l'air, et comme les magnifiques chromolithographies de ce livre font admirer et comprendre les anthélies, et les halos, et le mirage !

Après la lumière, voici venir l'étude de la température, du vent, de l'eau, des nuages, de la pluie ; puis celle de l'électricité, des orages, de la foudre. Enfin, l'auteur résume, dans un chapitre complémentaire, l'histoire de la météorologie et la prévision du temps.

Cette simple énumération fait comprendre le vif intérêt que le lecteur trouvera dans la lecture de *l'Atmosphère* de C. Flammarion. C'est un magnifique cadeau pour un jeune homme, et le praticien lui-même y trouvera intérêt et profit.

II

M. Figuier, continuant sa belle série du *Tableau de la nature*, nous expose cette année les *Races humaines.*

Pour comprendre cette question, rien de plus utile que frapper les yeux ; l'auteur l'a bien compris, et jamais peut-être M. Figuier n'a prodigué plus qu'ici les illustrations et même les chromolithographies : 334 gravures sur bois et 8 chromolithographies représentent tous les types de la race humaine. Mœurs, coutumes, histoire naturelle, l'auteur sait raconter tout avec simplicité et clarté. Le jeune homme qui aura lu ce livre acquerra une somme considérable de connaissances qui autrefois n'étaient pas à la portée de tous. Nous recommandons vivement cette publication à nos lecteurs.

Dr E. RENAUD.

(1) Un magnifique volume in-8 jésus. — Prix : 20 fr.
(2) Un beau volume in-8 raisin. — Prix : 10 fr.

refluent par le nez, ou peuvent passer dans les bronches et donner lieu à des phénomènes asphyxiques. La douleur est due aussi à l'élévation du pharynx ulcéré, lorsqu'il saisit le bol alimentaire. La voix est aussi gravement compromise. Elle est gutturo-nasale, nasonnée lorsque la muqueuse de l'isthme est atteinte.

La marche de cette affection est essentiellement chronique ; elle se fait par poussées successives. Il est difficile de fixer une limite précise à sa durée. Une des plus graves complications est l'hémorrhagie, due à l'ulcération d'une des artères palatines.

La place de l'angine ulcéreuse maligne scrofuleuse, dans l'évolution de la scrofule et par ordre de fréquence, vient après la conjonctivite et l'ozène scrofuleux, avant l'otite et les affections strumeuses des muqueuses génito-urinaires. Dans quelques circonstances, cependant, le lupus peut être la première manifestation de la scrofule.

Le pronostic local est grave, la guérison se fait rarement sans perte de substance.

Enfin, en ce qui concerne le traitement, l'hygiène et les amers y jouent un grand rôle ; le médicament qui occupe la première place est l'huile de foie de morue. Le traitement local consiste surtout dans l'emploi des astringents énergiques et des caustiques : teinture d'iode, nitrate d'argent, nitrate acide de mercure, acide chromique.

Malgré le traitement le mieux dirigé, il n'arrive que trop souvent que l'affection se termine par une perte de substance. On n'a guère d'autre ressource, alors que la maladie a accompli son œuvre de destruction et que les progrès ont été enrayés, que de chercher à réparer la perte de substance, soit par des obturateurs, soit, suivant les occasions, par telles opérations d'autoplastie qui pourraient être indiquées.

Anatomie pathologique de la paralysie agitante.

« On sait que quelques anatomo-pathologistes ont cru pouvoir faire consister la lésion de la paralysie agitante dans une altération scléreuse du bulbe. On a, de plus, confondu jusqu'ici, dans une description commune, à cause de la similitude de certains phénomènes, la paralysie agitante et la maladie désignée depuis peu sous le nom de sclérose en plaques. Cette confusion a été faite, de leur aveu, par MM. Charcot et Vulpian, dans le mémoire qu'ils ont publié il y a peu d'années sur ce sujet, ce qui les avait conduits à cette conclusion, dont ils reconnaissent le mal fondé aujourd'hui, que, dans beaucoup de cas de la paralysie agitante, le bulbe était atteint d'une lésion scléreuse. Voici quelques faits nouveaux qui tendent à remettre en question ce point d'anatomie pathologique de la paralysie agitante.

M. Joffroy a exposé devant la Société de biologie les résultats des recherches qu'il a faites dans trois cas de paralysie agitante.

Le premier et le second cas étaient des exemples très-nets de cette maladie. Le troisième l'était moins, en raison d'attaques de rhumatisme articulaire et de rhumatisme noueux consécutif. Le premier avait offert pendant quelques années, au début de la paralysie agitante, le phénomène connu sous le nom de tendance au recul. Les trois cas ont été observés sur trois femmes âgées.

Deux sortes de lésions ont été rencontrées dans ces trois cas, à l'examen du bulbe et de la moelle : des lésions constantes, et des lésions particulières seulement à deux de ces cas.

Les lésions constantes sont : 1° l'oblitération du canal central de la moelle, par la prolifération des éléments épithéliaux qui tapissent l'épendyme ; 2° la prolifération des noyaux qui entourent l'épendyme ; 3° la pigmentation des cellules nerveuses, pigmentation très-prononcée principalement dans les cellules de la colonne vésiculeuse de Clarke.

Enfin, les corps amyloïdes ont paru dans deux cas se montrer plus abondants ; mais leur rôle n'avait ici aucune importance.

Dans le troisième cas, on voyait au voisinage de la protubérance, à la face postérieure du bulbe, une plaque de sclérose composée de tissu fibrillaire, avec vaisseaux nombreux et sinueux. Les noyaux de tissu conjonctif se trouvaient, à ce niveau, beaucoup plus abondants que dans le bulbe. Dans ce cas, il n'existait pas de tremblement de la tête.

Dans le cas le plus net, le deuxième, on ne constatait aucune lésion du bulbe ni de la protubérance.

De l'analyse de ces trois faits il résulte que la lésion de la paralysie agitante ne se trouve pas dans le bulbe. M. Joffroy pense que si elle existe, il faudrait de préférence la placer dans la moelle.

Ces recherches, pour être négatives au point de vue d'une lésion spéciale propre à la paralysie agitante, n'en sont pas moins intéressantes, ainsi que l'a fait remarquer M. Charcot lors de la communication qui en a été faite à la Société de biologie. Elles montreraient, en effet, qu'il existe dans la paralysie agitante des traces de myélite, localisées spécialement dans la substance grise, comme cela a lieu dans beaucoup d'affections nerveuses, et en particulier dans le tétanos.

M. Charcot a rappelé, à cette occasion, les recherches de MM. Chauveau, Carville et Bert, sur le tic du chien, qui lui paraît avoir une grande analogie symptomatique avec la paralysie agitante ; recherches qui ont pour résultat de démontrer que la cause de ce tic réside dans la moelle.

En résumé, M. Charcot croit devoir conclure des recherches de M. Joffroy que les données histologiques sont négatives dans la paralysie agitante, contrairement à ce qu'on observe dans la sclérose en plaques.

Ainsi se trouverait justifiée cette conclusion formulée, au sujet de l'anatomie pathologique de la paralysie agitante, dans le *Traité de pathologie interne* de M. Jaccoud : « L'inconstance de ces lésions, au double point de vue de l'existence et de la nature, leur enlève tout caractère spécifique ; la paralysie agitante est une névrose, c'est-à-dire une maladie sans caractère anatomique constant et uniforme. »

FRACTURE COMMINUTIVE DE LA JAMBE

RÉSECTION — SUTURE DES FRAGMENTS — GUÉRISON SANS CLAUDICATION ALLONGEMENT DES OS.

Par M. LETENNEUR (de Nantes).

(Communiqué à la Société de chirurgie, dans la séance du 19 décembre 1871, par M. GUYON.)

Dans les fractures comminutives des membres, diverses conditions aggravent singulièrement la situation du blessé, amènent des accidents mortels ou conduisent à l'amputation. Je signalerai d'abord la mobilité et l'irréductibilité des fragments, les esquilles mobiles irritant les parties molles au milieu desquelles elles enfoncent leurs pointes acérées ; enfin le séjour du pus dans une plaie anfractueuse, d'où résultent des décollements, des fusées purulentes, l'ostéomyélite, et, par suite, l'infection purulente.

Les indications qui ressortent des faits que je viens de résumer sont faciles à saisir : extraire les esquilles mobiles ; reséquer les angles trop aigus ; immobiliser les fragments par des moyens directs dont le plus simple est la suture au moyen d'un fil d'argent ; faire des débridements ; multiplier les contre-ouvertures ; et, enfin, soumettre les plaies à des irrigations fréquentes avec un liquide désinfectant.

Grâce à ces moyens, j'ai pu souvent conserver des membres qui semblaient devoir être sacrifiés, et, lorsque les malades sont jeunes, c'est-à-dire lorsque le travail d'ossification n'est pas complet, on arrive à des résultats qui étonnent. Lorsqu'on a soin de conserver le périoste en enlevant les esquilles, ou en pratiquant la résection des fragments, il se fait un travail de réparation qui, ajouté à la suractivité de l'ossification entre la diaphyse et les épiphyses, rend au membre sa longueur primitive. On voit ainsi des malades guérir sans claudication, après avoir perdu 6 ou 7 centimètres du tibia.

Parmi les faits que je pourrais citer à l'appui de ce qui précède, j'en choisis un qui, par le nombre et la gravité des lésions, et par les complications qu'il a fallu combattre, prouve ce que peut donner quelquefois la chirurgie conservatrice avec un traitement rationnel et des soins persévérants.

C..., Jean-Marie, âgé de 18 ans, ouvrier à l'usine de briquettes de Blanzy, à Nantes, fut apporté à l'Hôtel-Dieu, salle de clinique, le 10 juillet 1868.

Ce jeune homme avait imprudemment placé la main sur une courroie qui s'enroulait autour d'une poulie folle ; la main fut saisie ainsi que les vêtements, et le corps, lancé violemment en l'air, retomba à plusieurs mètres de distance.

Les vêtements étaient déchirés et souillés par du sang. Le blessé, malgré la secousse qu'il venait d'éprouver, ne perdit pas entièrement connaissance. On le transporta immédiatement à l'hôpital. Le brai et la poussière de charbon, avec lesquels il était toujours en contact, avaient formé sur toute sa peau un couche adhérente du plus beau noir.

Nous constatons les lésions suivantes :

1° Un fracture du col chirurgical de l'humérus gauche ;

2° Une large plaie contuse occupant presque tout le côté droit de la région dorsale et intéressant les muscles ;

3° Une fracture comminutive de la jambe droite avec plaie et issue de fragments osseux.

Il est remarquable que la main qui a été prise entre la poulie et la courroie ne porte aucune trace de plaie ou de fracture.

La plaie de la jambe est remplie d'une sorte de cambouis formé d'un mélange de charbon, de sang et de débris musculaires. Des esquilles nombreuses et mobiles, mais adhérentes en partie, existent dans cette plaie ; plusieurs sont longues de quelques centimètres et placées obliquement ou en travers entre les principaux fragments.

Après avoir fait autant que possible la toilette de la plaie, je plaçai la jambe dans une gouttière, en faisant sur le pied une traction modérée dans le but d'empêcher la saillie des os à l'extérieur.

L'artère tibiale antérieure était probablement déchirée, car on ne sentait pas les battements de la pédieuse. La tibiale postérieure, au contraire, était intacte, ce qui me décida, en présence de la jeunesse et de l'énergie du malade, à ne pas faire l'amputation immédiate.

Pour modérer les accidents inflammatoires, je soumis la jambe à une irrigation continue, en ayant soin, comme je le fais habituellement, d'ajouter une certaine quantité d'alcool camphré et de chlorure d'oxyde de sodium de Labarraque.

L'irrigation fut continuée pendant une semaine ; après ce temps, on pansa la plaie avec de la charpie, qu'on humecta plusieurs fois par jour avec l'alcool camphré et la liqueur de Labarraque, étendus d'eau.

L'état général du blessé était satisfaisant ; la fièvre fut modérée et l'appétit se conserva ; je résolus, en conséquence, de tenter la conservation de la jambe.

La plaie du dos était pansée avec un linge cératé, recouvert par une couche épaisse d'ouate.

Le bras, qu'on avait maintenu dans une écharpe pendant une dizaine de jours, fut alors pansé solidement au moyen d'un bandage inamovible au silicate de potasse. Ce bandage coiffait complétement l'épaule et soutenait en même temps l'avant-bras, placé dans la flexion. De cette façon, les deux fragments étaient immobilisés.

Sitôt que la suppuration fut établie, on fit matin et soir des injections dans la plaie, de manière à en laver toutes les anfractuosités. Bientôt les bourgeons charnus se montrèrent, et le magma noir qui masquait l'état des parties se détacha. Mais, en même temps des fusées purulentes m'obligèrent à plusieurs reprises à pratiquer des contre-ouvertures, ce qui permit de faire les injections d'une manière plus utile et plus complète. Pendant ce temps, les lésions osseuses devenaient plus faciles à constater.

Les fragments supérieur et inférieur du tibia, dénudés dans une grande étendue, présentaient l'un et l'autre d'énormes dentelures. Entre eux et à côté d'eux, des esquilles plus ou moins mobiles, dans les positions les plus variées, s'enfonçaient dans les muscles et causaient de vives douleurs. J'en enlevai successivement un grand nombre, en décollant avec soin le périoste. Ainsi que je l'ai dit plus haut, quelques-unes avaient plusieurs centimètres de longueur. Toutes n'appartenaient pas au tibia ; il fut facile de reconnaître celles qui s'étaient détachées du péroné. Ce déblaiement fut très-laborieux, mais ne put être complet. En réunissant tous les débris osseux que j'avais extraits, il était facile de conclure que le squelette de la jambe subissait une diminution de longueur qu'on ne pouvait pas estimer à moins de 3 ou 4 centimètres. D'un autre côté, il était évident que les fragments supérieur et inférieur, largement dénudés et baignés constamment par le pus, se nécroseraient et augmenteraient de 5 à 6 centimètres encore la diminution subie par la diaphyse du tibia.

Pour éviter ce fâcheux résultat, il fallait surveiller et diriger le travail de réparation, afin que le cal comblât autant que possible le vide formé par les portions d'os déjà extraites ou dont l'élimination était inévitable.

Le fragment supérieur du tibia tendait toujours à faire saillie en dehors, tandis que le fragment inférieur, placé profondément, glissait derrière le premier, en produisant un chevauchement considérable.

La réduction pouvait être obtenue, mais ne se maintenait pas. J'eus recours à la pointe de Malgaigne, qui semblait devoir donner les meilleurs résultats. Cependant, après quelques heures, nous constations toujours que l'instrument avait glissé et s'enfonçait dans les chairs. En faisant sur l'os une petite cavité pour y loger plus solidement l'extrémité de la pointe, je ne l'empêchai point de glisser, ce qui la rendait, en définitive, plus nuisible qu'utile.

C'est alors que j'eus recours à la suture des fragments, après les avoir resequés. Je me servis d'un drille d'horloger pour perforer les os ; un fil d'argent, assez volumineux pour remplir les ouvertures faites par le foret, fut tordu et serré convenablement.

Les fragments furent ainsi fixés assez solidement pour former au milieu du membre une attelle intérieure, autour de laquelle le cal pourra désormais se former sans que les mouvements puissent détruire ce travail de reconstruction.

Cette opération fut pratiquée le vingtième jour après l'accident. L'immobilisation des os par la suture eut un effet immédiat sur l'aspect des plaies ; la suppuration diminua, le pus se montra de meilleure nature, et les bourgeons charnus, fermes et roses, annoncèrent une tendance manifeste à la cicatrisation. A ce moment, le raccourcissement de la jambe était de 7 centimètres.

Nous assistâmes alors à la formation du cal. Pendant que l'œdème inflammatoire disparaissait de jour en jour, il se forma au niveau de la fracture un gonflement considérable, mais bien circonscrit. C'était une masse spongieuse, dure, sur laquelle la pression du doigt détermina au bout de très-peu de jours des craquements indiquant d'une manière évidente la rupture de trabécules osseuses.

Cette tumeur prenant des proportions inaccoutumées et se formant autour de fragments et d'esquilles privés de vie, je craignis un de ces cals exubérants creusés de cavités suppurantes et constituant une véritable maladie interminable.

Pour éviter ce danger, j'exerçai sur cette partie de la jambe une douce compression au moyen de bandelettes à fractures imbibées d'alcool camphré, en ayant soin de laisser un libre écoulement au pus. La tumeur se condensa et se réduisit d'une manière sensible.

A partir de ce moment, tout se passe avec une grande simplicité. Les plaies se cicatrisent, excepté la plaie qui correspond à la suture osseuse, qui diminue cependant beaucoup d'étendue.

Au mois d'octobre, le cal avait acquis une certaine solidité, indépendamment du soutien que lui donnait la suture osseuse. Deux petits abcès fistuleux se forment aux environs du cal et correspondent à des esquilles nécrosées.

La direction de la jambe est excellente ; la mensuration donne 4 centimètres de raccourcissement. Depuis la fin de juillet, c'est-à-dire dans l'espace de moins de trois mois, la jambe s'est donc allongée de 3 centimètres. Cet allongement n'a pu se faire au niveau du cal, puisque la suture métallique est encore en place et que les fragments correspondants ne sont pas encore détachés.

Le 1er décembre, extraction de deux esquilles dont l'une a 3 centimètres et demi de long et était placée en travers, sous les fragments.

Enfin, au mois de février, les fragments, unis par la suture, sont mobiles ; on les retire. Ils ont ensemble une longueur de 11 centimètres.

La ligne d'élimination est très-irrégulière, et les deux fragments portent, à cet endroit, de longues dentelures. Vers la face profonde du tibia, la nécrose a été moins étendue qu'en avant. Le cal est très-solide, mais on ne permet pas encore au malade de marcher.

Il est remarquable que la suture osseuse faite chez mon malade sur des os dépouillés de leur périoste, c'est-à-dire déjà frappés de mort, n'a produit aucune usure, et que les ouvertures faites par le foret ont exactement les mêmes dimensions que le premier jour. Cela prouve, ainsi que l'a fait observer M. Bérenger-Féraud et que je l'ai fait observer moi-même, que lorsque les fils métalliques coupent peu à peu le tissu osseux compris dans l'anse de la suture, c'est par l'effet d'une action vitale et non par usure mécanique. J'ai pu, dans diverses circonstances, constater ce fait, qui me paraît désormais parfaitement démontré.

Mon malade resta encore plusieurs mois à l'hôpital, en sortit pour y rentrer de nouveau et venir se faire extraire de petites esquilles, dont la présence entretenait de petites fistules et donnait lieu parfois à du gonflement douloureux de la jambe.

En somme, il resta une année à l'hôpital avant d'être complétement guéri. Quand il put reprendre son travail, le raccourcissement de la jambe n'était plus que de 2 centimètres et demi. Depuis ce temps, le raccourcissement du membre a encore diminué. Il n'y a plus de claudication, et le jeune blessé a repris, sans en être fatigué, ses anciennes occupations.

La guérison d'une fracture aussi grave est sans doute un fait digne d'attention; elle doit être attribuée aux différents moyens mis en usage : débridements, lavages désinfectants, et surtout l'immobilisation des fragments par la suture.

Lorsqu'il existe une plaie qui permet d'arriver directement sur les os, la suture a une incontestable supériorité sur les autres moyens de contention immédiate : pointe de Malgaigne, ligature des fragments, etc.

Mais le point sur lequel j'appelle particulièrement l'attention, c'est l'allongement des os qui a été assez considérable pour effacer les conséquences d'une perte de substance de 7 centimètres. Je ne parle pas des séquestres tombés en dernier lieu et qui avaient une longueur totale de 11 centimètres. A ce moment, le cal était solide, et sa longueur n'a pas été modifiée d'une manière sensible. Ce travail d'allongement s'est donc fait aux extrémités.

C'est le 5 juin 1854 que notre collègue M. Baizeau, aujourd'hui chirurgien en chef de l'hôpital du Dey, à Alger, a communiqué à l'Académie des sciences un mémoire où, pour la première fois, ce phénomène de physiologie pathologique était signalé. La clinique et l'expérimentation sur les animaux permirent à M. Baizeau de formuler en quelque sorte les lois qui président à l'allongement des os dans certains cas pathologiques déterminés.

Depuis ce temps les travaux d'Ollier et les observations de la plupart des autres chirurgiens français ont confirmé les idées de M. Baizeau, qui sont désormais devenues classiques.

C'est donc avec un sentiment de tristesse que je rappelle ici la communication faite, en 1869, par Langenbeck, à la Société de médecine de Berlin. Je n'ai point oublié le douloureux étonnement que j'éprouvai en lisant alors, dans un journal aussi estimable que l'*Union médicale*, une note à la louange du chirurgien allemand (*Union médicale*, 14 septembre 1869). On y annonce la lecture que vient de faire Langenbeck sur *l'allongement pathologique des os, observation clinique* NON ENCORE FAITE.

Le compte rendu de la communication du chirurgien de Berlin ressemble beaucoup à un résumé du mémoire présenté en 1854 à l'Académie des sciences par M. Baizeau. Je passe sous silence certaines additions qui constituent des erreurs ou tout au moins des interprétations inexactes. Je citerai, par exemple, la *diminution de volume des épiphyses* pendant que les diaphyses augmentent en longueur et en épaisseur.

Le compte rendu de l'*Union médicale* a donc pu autoriser les Allemands à répéter ce qu'ils disent volontiers : c'est que nous ignorons ou que nous oublions beaucoup de choses, même celles qui se font dans notre pays.

Quant à nous, qui savons que les Allemands tiennent par dessus tout à ne pas être accusés d'ignorance, nous nous garderons bien de leur retourner l'accusation portée contre nous; mais nous demanderons comment des travaux produits au grand jour des sociétés savantes nous reviennent d'Allemagne sous d'autres noms.

M. Langenbeck semble avoir choisi M. Baizeau comme une victime de prédilection. On se souvient que notre collègue présenta, en 1858, à la Société de chirurgie, son premier malade opéré avec succès de palatoplastie par un procédé dont l'excellence n'a plus besoin d'être démontrée. On sait aussi que, dix-huit mois après, M. Langenbeck a inventé le même procédé.

Souhaitons bien vivement qu'on ne puisse plus dire que le culte désintéressé, voué par les médecins français aux œuvres des étrangers, les empêchait de voir et d'apprécier ce qui se fait à côté d'eux.

Reconnaissons cependant que l'excès de straniérisme a déjà produit une heureuse réaction; et constatons en particulier que les travaux utiles publiés chaque jour dans les journaux scientifiques de province semblent ne plus devoir être condamnés à un décourageant oubli.

SUR LA GREFFE ÉPIDERMIQUE

Note de M. L. REVERDIN, présentée à l'Institut, dans la séance du 27 novembre 1871, par M. CLAUDE BERNARD.

Il y a deux ans (8 décembre 1869), nous avons présenté à la Société de chirurgie un malade sur lequel nous avions pratiqué l'expérience suivante. Nous avions appliqué sur une plaie bourgeonnante un petit lambeau formé des parties superficielles du tégument, de 2 à 3 millimètres carrés, enlevé avec une lancette; ce lambeau devint adhérent, et l'on vit se former autour de lui un îlot de cicatrices. Nous avons répété cette expérience sur un grand nombre de plaies, et ce procédé, susceptible d'applications pratiques variées, a été adopté par plusieurs chirurgiens français et étrangers. Dans ces derniers temps, nous avons fait des expériences sur des animaux, nous avons étudié le processus histologique, et ce sont les résultats que nous avons obtenus qui font le sujet de ce travail.

Nous devons dire d'abord que les lambeaux comprennent l'épiderme, plus une couche plus ou moins épaisse de derme; il est à peu près impossible en pratique de faire autrement.

Nos expériences nous ont démontré que les lambeaux peuvent être empruntés à des individus différents de la même espèce, soit à des individus d'espèces différentes. Sur l'homme blanc, nous avons réussi à greffer des lambeaux provenant d'autres blancs, de nègres, de lapins. Sur le lapin, nous avons pratiqué avec succès des greffes empruntées au lapin, à l'homme, au chat; sur le mouton, nous avons greffé des lambeaux provenant de l'homme.

Quand une greffe réussit, au bout de vingt-quatre heures elle est adhérente (si elle ne l'est pas, on peut encore la remettre en place et la voir prendre); elle est gonflée et ridée; vers le troisième jour, il commence à se former autour d'elle un cercle rouge lisse, et la greffe s'enfonce au-dessous du niveau des bourgeons; le lendemain, le cercle de la veille est devenu gris nacré, et prendra, peu à peu, une couleur blanche; l'aréole rouge s'est avancée, et ainsi de suite absolument comme pour la cicatrice marginale.

Les îlots ainsi constitués sont assez régulièrement circulaires, quand la greffe est placée loin du bord de la plaie; si elle en est près ou si les deux greffes sont voisines, le développement de l'épiderme est plus rapide sur le côté où les deux cicatrices se regardent, les îlots s'allongent, la cicatrice marginale envoie un prolongement, et, à un moment donné, il se forme dans ces points des points cicatriciels, quelquefois très-longs et très-étroits.

Quant aux greffes empruntées à une peau pigmentée (nègre, chat noir), nous avons vu, peu à peu, le lambeau se décolorer, et devenir tout à fait blanc; les îlots formés autour ne présentaient pas de coloration particulière.

Voici maintenant les résultats de l'examen microscopique. (Les pièces provenant de l'homme et du lapin ont été durcies dans l'acide chromique au cinq-centième, et les coupes colorées au carmin ou au picrocarminate d'ammoniaque; nous avons en outre étudié des coupes fraîches.)

Sur une coupe de greffes datant de quarante-huit heures, on voit : les cellules épidermiques du lambeau, en desquamation; leurs noyaux présentent la transformation vésiculeuse; sur les bords du lambeau, l'épiderme se prolonge à une petite distance sur les granulations, mais en outre il a bourgeonné entre le derme et les granulations, et envoie à ce niveau un prolongement plus ou moins profondément. Si la coupe, au lieu de tomber à une certaine distance du bord du lambeau, est tombée juste sur ce bord, les deux bourgeons d'enchâssement n'en font qu'un, et le derme est compris entre deux couches d'épiderme. Ce fait indique que le lambeau est en quelque sorte enchâssé sur tout son pourtour par le bourgeonnement épidermique profond dont nous parlons.

C'est par ce moyen que paraît se souder la greffe au début, car, d'une part, ces bourgeons sont en connexion intime avec le tissu embryonnaire de la plaie, et, d'autre part, à cette époque, le derme ne présente ni modification ni apparence de soudure.

L'épiderme s'étend ensuite de proche en proche à la surface de la plaie, et, sur une greffe datant de six jours, voici ce qu'on observe : même desquamation, même état vésiculeux; les deux bourgeons d'enchâssement se sont développés; plus loin, s'étend une couche d'épiderme d'épaisseur irrégulière; de sa face profonde partent de nouveaux bourgeons, quelquefois très-volumineux et très-irréguliers, qui pénètrent dans le tissu embryonnaire; au fond des bourgeons, on trouve assez souvent des globes épidermiques rappelant ceux du cancroïde. A la limite de l'îlot, la couche épidermique s'élargit et se dissout, plus ou moins, en formant une sorte d'éventail.

En étudiant à un fort grossissement la constitution de cet éventail, on voit qu'il est formé par des cellules épidermiques volumineuses, non dentelées, paraissant sphériques, renfermant un gros noyau rond; elles se colorent en rose par le carmin; par leur forme, leur volume et leur noyau rond, elles diffèrent de l'épiderme plus ancien; par leur coloration, leur noyau unique, des cellules embryonnaires; celles-ci, au voisinage de l'épiderme nouveau, nous ont présenté quelquefois un noyau en biscuit, mais petit. On trouve par place quelques-unes de ces grosses cellules épidermiques à noyau rond dans les couches profondes de l'épiderme un peu plus ancien de l'îlot. L'éventail, en s'aplatissant en couches stratifiées, concourt probablement à l'enfoncement de l'îlot au-dessous des bourgeons.

Jamais nous n'avons vu ni cellules épidermiques en voie de prolifération, à plusieurs noyaux, ni rien qui indique d'autre part la formation dans un blastème.

Nous n'avons pas vu non plus un réseau particulier indiqué par M. Colrat (*Th.*, Montpellier, 1871); il y a bien un réseau, artificiel ou non, mais dans toute l'étendue des bourgeons.

Quant au derme, au bout de six jours on le trouve transformé; des vaisseaux embryonnaires en continuité avec ceux des bourgeons charnus le sillonnent; les éléments, à part les fibres élastiques, sont remplacés par des éléments semblables à ceux des bourgeons charnus; il est revenu presque complétement à l'état embryonnaire.

Il résulte de cet examen histologique :

1° Que l'adhérence des greffes se produit en premier lieu par l'épiderme, et seulement secondairement par le derme;

2° Que l'épiderme agit par action de contact (action catabiotique, Gubler) pour déterminer les surfaces embryonnaires contiguës avec lui à se transformer en épiderme.

Ce travail a été fait au Collége de France, sous la direction de M. Ranvier, dans le laboratoire de médecine expérimentale de M. Claude Bernard.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 13 décembre 1871. — Présidence de M. BLOT.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

La *Gazette des Hôpitaux*; — *L'Union médicale*; — La *Gazette hebdomadaire*; — Le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*; — Le *Bulletin médical du Nord de la France*, décembre 1871.

— Une lettre de M. Desormeaux qui, retenu par une indisposition, s'excuse de ne pouvoir assister à la séance.

— Le tome XIe du *Bulletin de la Société de chirurgie de Paris*, année 1870, est distribué aux membres de la Société.

M. MARJOLIN, à l'occasion du procès-verbal, annonce qu'il a examiné avec soin la pièce qu'il a présentée dans la dernière séance; qu'il a constaté une lésion du fond de la cavité cotyloïde, et qu'il maintient le titre qu'il a donné à son observation dans la précédente séance.

COMMUNICATIONS

Statistique des opérations. — **M. LEFORT.** Nous avions, il y a deux ans, provoqué la réunion des statistiques des chirurgiens français pour établir une grande statistique analogue à celle qui a été publiée à Londres. Les documents sont trop peu nombreux pour faire quelque chose. Je propose de renouveler l'appel que nous avons fait à nos confrères qui, pendant cette guerre, ont eu des opérations à pratiquer.

M. PERRIN. Je suis tout à fait de l'avis de notre collègue, et je pense que nous devons donner l'exemple en produisant ici chacun nos propres statistiques.

M. DESPRÉS. Je partage aussi l'avis de notre collègue, et je prends la parole pour dire qu'il y a un moyen de compléter nos statistiques. La Société de secours aux blessés possède 30 à 40,000 fiches de blessés qui ont passé dans nos mains et ont été suivies dans les hôpitaux de province, grâce à ce que beaucoup de chirurgiens de province s'étaient rattachés à la Société de secours aux blessés. Il y a là des documents précieux, et nous pourrons savoir, chose indispensable, ce que sont devenus nos opérés.

(La Société décide que les membres de la Société apporteront chacun sa statistique.)

M. A. HEURTAUX (de Nantes), membre correspondant, adresse la note suivante, lue par M. Guyon :

LECTURES

Nouveau procédé de suture métallique empennée. — Il n'est peut-être pas de chirurgien qui, au moment d'une opération nécessitant une suture de cette espèce, n'ait éprouvé, sinon l'embarras, du moins l'ennui de pourvoir au moyen de fixer solidement les extrémités des fils. La plupart des moyens employés jusqu'ici exigent que l'on prépare de petits appareils, qui ne remplissent pas toujours complétement le but que l'on se propose; et d'un autre côté, quand après l'opération, le gonflement inflammatoire nécessite que l'on diminue la tension des fils, ces derniers qui, presque toujours, ont été étroitement tordus entre eux se prêtent mal au relâchement.

C'est pour obvier à ces inconvénients, que M. Bœckel a imaginé les petits étaux à l'aide desquels il peut fixer les fils et les relâcher à volonté; mais son appareil est un peu compliqué, et, n'ayant pas eu l'occasion de l'employer, je ne sais s'il maintient le fil avec une solidité suffisante.

Avant d'avoir eu connaissance de l'étau de M. Bœckel, j'avais imaginé le petit appareil que j'adresse aujourd'hui à la Société, et qui a le mérite de la simplicité. Il consiste en un bouton d'une forme ovalaire et percé au centre d'un trou destiné à faire passer le fil. La tête du bouton, arrondie, est la partie qui s'applique sur les tissus; la base est aplatie et séparée de la tête par une rainure ou gorge circulaire dans laquelle devra s'enrouler le fil; enfin, du côté de la base, existe une étroite rainure perpendiculaire au grand axe, pratiquée au niveau du trou dont le bouton est percé et qui, en profondeur, atteint le niveau de la gorge circulaire. La simple vue du bouton permet, mieux que toutes les descriptions, d'en comprendre de suite le mécanisme.

Avec cet appareil, rien n'est plus facile que de fixer les extrémités d'un fil métallique. Le bout du fil ayant été passé dans le trou du bouton, celui-ci est poussé contre les tissus jusqu'au degré qui paraît nécessaire, puis le fil est couché dans la rainure transversale et enroulé dans la gorge circulaire. Trois ou quatre tours complets suffisent pour le fixer très-solidement; mais pour plus de sécurité, il faut l'engager une seconde fois dans la rainure transversale et terminer par de nouveaux tours circulaires. Quand il est ainsi placé, le fil métallique défie les tractions les plus fortes, et l'on peut s'assurer qu'il est plus facile de le rompre que de le voir se dégager du bouton.

Si, quelque temps après l'opération, il devient nécessaire de relâcher le fil, rien n'est plus simple : on déroule l'une de ses extrémités et on la fixe de nouveau avec le degré de pression que l'on désire exercer sur les lèvres de la plaie.

Quand on veut répartir la pression sur une surface un peu large, on peut, ainsi que je l'ai fait quelquefois, interposer entre les boutons et les tissus des disques en liége ou en caoutchouc, d'une forme ronde ou ovalaire; chaque disque, percé d'un trou, laisse passer le fil métallique, qui est fixé à l'aide d'un bouton, comme je l'ai dit tout à l'heure.

Ce petit appareil est applicable à tous les cas où la suture enchevillée est généralement employée, tels que : l'ovariotomie, l'opération césarienne, la périnéorrhaphie, etc..., et ses avantages peuvent se résumer dans les propositions suivantes :

1° Le chirurgien a constamment à sa disposition un moyen simple de fixer les fils métalliques dans la suture enchevillée;

2° Tous les points de suture sont indépendants, ce qui permet de serrer chacun d'eux au degré nécessaire et de donner à la suture la direction et la courbure que l'on juge le plus convenables. Ce mode de fixation est si solide que, dans quelques circonstances, on peut se borner à un seul point de suture profonde;

3° On peut resserrer ou relâcher, avec la plus grande facilité, soit immédiatement, soit plus tard, un ou plusieurs des points de la suture;

4° La simplicité de l'appareil permet de le faire fabriquer partout.

Ces boutons peuvent être faits en acier ou en cuivre doré, en aluminium, en ivoire, etc.... Ces derniers ont l'avantage d'être d'une fabrication très-facile, et un lavage soigneux les débarrasse, tout aussi aisément que les boutons métalliques, des matières organiques qui peuvent s'y être attachées.

M. DESPRÉS. Je désire faire devant nos collègues la remarque que M. Duboue (de Pau) a présenté ici un nouveau mode de suture métallique arrêté par de petits cônes de buis, tout à fait analogues pour le mode d'application et pour le but à atteindre aux boutons d'os qui nous sont présentés par M. Heurtaux.

M. LETENNEUR (de Nantes), membre correspondant, envoie à la Société un travail intitulé : *Fracture comminutive de la jambe; résection; suture du fragment; guérison sans claudication; allongement des os.* (Voir plus haut.)

PRÉSENTATION DE PIÈCES

M. LANNELONGUE présente deux pièces avec les observations :

1° *Polype naso-pharyngien, hémorrhagie, ligature de la carotide ex-*

t'rne. Caillot régulièrement formé. — Atrophie du nerf grand hypoglosse. — Mort par épuisement.

2° *Adénie, extirpation des ganglions profonds du cou. — Ulcération de la jugulaire interne consécutive à la dénudation des vaisseaux. — Ligature des deux bouts. — Mort dans la journée.* (Renvoyées à la commission déjà nommée.)

ÉLECTIONS

La Société procède à l'élection des membres devant composer la commission du prix Laborie.

Sont élus : MM. Saint-Germain, Dolbeau, Giraud-Teulon, Duplay et Gueniot.

La Société procède à l'élection des membres devant composer la commission du prix Duval.

Sont élus : MM. Panas, Tillaux, Sée, Guyon et Houel.

Le Société décide qu'il y a lieu d'élire cette année trois membres correspondants nationaux.

La séance est levée à cinq heures.

Le vice-secrétaire : ARMAND DESPRÉS.

CORRESPONDANCE

De l'épilation des cils dans le traitement de la blépharite ciliaire.

Londres, 3 décembre 1871.

Monsieur le rédacteur,

Il a été publié, sous la signature P. L., à l'article Bibliographie des *Annales d'oculistique* de cette année (fascicule juillet-août), une analyse de la première partie du *Traité des maladies des yeux*, par le docteur Galezowski. Entre autres critiques, l'auteur de cette analyse rejette le procédé d'arrachement des cils, conseillé par M. Galezowski, dans le traitement de certains cas de blépharite ciliaire.

M. P. L. base son opinion sur le fait qu'après une pareille opération il peut survenir, comme il croit avoir observé, une déviation dans la direction des nouveaux cils.

La question étant placée sur le terrain de la pratique, qu'il me soit permis d'émettre à ce sujet quelques idées résultant de mon expérience.

Pendant un séjour que j'ai fait en Europe en 1866, j'ai suivi pendant plusieurs mois les cliniques de M. Galezowski, et je l'ai toujours vu pratiquer l'arrachement des cils dans les cas de blépharite ciliaire avec ulcérations du bord libre des paupières.

Je remarquai alors qu'après cette opération l'engorgement des bords palpébraux disparaissait promptement, et que la cicatrisation des ulcérations, jusque-là retardée par la présence des cils qui y jouaient le rôle de corps étrangers, s'effectuait d'une manière rapide. Quant à la déviation redoutée par M. P. L., je ne l'ai jamais observée.

De retour au Brésil, j'ai employé fort souvent ce procédé dans ma clinique, en le faisant suivre soit de la cautérisation des ulcérations, soit du traitement classique de la blépharite ciliaire. Les résultats obtenus ont toujours été favorables, et pas plus que chez M. Galezowski, je n'ai vu repousser les cils dans une direction vicieuse.

M. P. L., rejetant l'arrachement des cils, propose qu'on les coupe le plus près possible du bord libre de la paupière, et qu'on répète cette opération autant de fois qu'il sera nécessaire pendant toute la durée du traitement. Ce dernier procédé est presque toujours employé par les éminents praticiens de l'hôpital ophthalmologique de Moorfields; mais, pour ces médecins, cette opération, pratiquée d'ailleurs dans *tous les cas* de blépharite, ne constitue qu'une partie accessoire du traitement, et est destinée surtout, comme me l'a dit M. Streatfeild, à faciliter le nettoiement du bord de la paupière. Ce moyen, peut-être excellent dans beaucoup de cas, me paraît insuffisant, et par cela même contre-indiqué, dans la blépharite ulcéreuse. En effet, la partie du cil qui reste implantée dans l'ulcération y joue le rôle d'un corps étranger et suffit à entretenir l'affection qu'on cherche à guérir.

D'après ces considérations, je conclus que l'arrachement des cils est la seule méthode rationnelle dans les cas analogues à ceux que mentionne M. Galezowski. Quant aux craintes que l'on pourrait concevoir sur la direction que prendraient les nouveaux cils, des expériences nombreuses me permettent d'affirmer qu'elles ne sont point fondées.

Agréez, monsieur le rédacteur, l'assurance de ma considération distinguée,

Dr JOSÉ LOURENÇO (Brésil).

Erratum. — Deux lignes ont été oubliées dans le Premier-Paris du jeudi 20 décembre.

1° Vers le bas de la 2e colonne, le passage cité de M. Pidoux doit commencer ainsi : « Lorsque l'homme croit vivre, penser et vouloir, « en vertu de deux êtres en lui, l'un tout actif, *immatériel, insépa-* « *rable, immortel; l'autre passif*, matériel, divisible et périssable. »

2° Vers le haut de la 3e colonne, après le vers : ... *habet et mea mentula mentem*, il faut ajouter : « Voilà donc déjà l'âme du pénis! »

Remarquons à ce propos que le mot *mentula*, employé sans cesse par Martial, Catulle, etc., ne pourrait pas être traduit dans les dictionnaires expurgés à l'usage des collégiens, pas plus que *pénis* son synonyme, et *muto*, pris dans le même sens par Horace : *mutonis... animus* (liv. Ier, satire II, vers 68).

Du reste, le mot *mentula*, devenu terme obscène, renfermait en lui-même l'étrange association d'idées qui se trouve dans tous ces textes.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 27 décembre 1871.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Ce n'est pas avant deux séances que l'Académie pourra reprendre le cours habituel de ses travaux. Jusque-là, les rapports de prix qui, par une convention tacite, doivent rester à demi secrets, le renouvellement des commissions, etc., etc., permettront tout au plus de faire de temps en temps quelque lecture sur un sujet qui ne soulève pas de discussion, étant complétement épuisé. C'est ainsi que M. Foville a pu traiter de l'alcoolisme et des sociétés de tempérance après les beaux rapports de M. Bergeron. La voix sonore du lecteur n'arrivait pas à dominer le bruit des conversations particulières.

Parmi les ouvrages présentés, nous remarquons un gros volume; mais c'est une reproduction d'articles que nous avions lus.

Nous sommes loin de trouver mauvaise cette méthode de composer des livres durables avec des pages écrites d'abord au jour le jour pour les besoins du journalisme.

Quand le journaliste est un chercheur, chercheur dans le présent ou dans le passé, dans la nature ou les bibliothèques, il sait donner à ses articles autre chose que l'intérêt si fugace d'actualité.

La forme n'en peut être celle des savantes monographies; le temps et le cadre restreints, l'occasion qui commande, l'attente du lecteur qui veut comprendre sans effort, obligent à donner à la pensée une apparence superficielle, ou, pour nous servir du terme propre, *vulgarisée*.

Ceux qui tiennent à ne pas écrire sans instruire ou intéresser se laissent aller bien souvent à vulgariser ainsi d'avance leurs propres recherches et des travaux qui leur ont demandé des années ou des mois.

Le journal devient une passion, comme la recherche en elle-même, et alors entre le travail qui se fait dans les hôpitaux, dans les amphithéâtres, dans les laboratoires, dans les bibliothèques, et les articles d'actualité que l'on écrit au jour le jour, il ne reste plus assez de temps pour rédiger de gros mémoires.

Or, s'il est beaucoup de savants capables de juger la valeur d'un article, même alors qu'il est dépourvu de tout appareil d'érudition, des notes, des renvois et des observations nombreuses et détaillées, il en est bien peu qui ne se repentent de n'avoir collectionné des journaux qu'ils voudraient relire.

C'est donc leur rendre un vrai service que de collectionner pour eux.

M. Littré a fait comme M. Daremberg, il a choisi un titre vague : *Médecine et médecins*.

Aussi ce volume contient-il les études les plus diverses : sur l'antiquité et les temps modernes, sur les esprits frappeurs et sur Celse, sur la mort d'Alexandre, celle de Germanicus et sur le choléra.

M. Littré est pour ainsi dire *un spécialiste* d'érudition. Comme tous les esprits distingués qui se spécialisent, il est, dans une certaine mesure, un argument vivant en faveur de la doctrine économique de la division du travail.

Il est bon de limiter l'objet de ses recherches pour en apprendre bien à fond tous les détails. Ceux qui étudient à la fois dans la nature et dans les livres ne seront certainement jamais aussi complétement érudits que ceux qui vivent constamment dans la poussière des bibliothèques. Mais ceux-là seuls seront vraiment des médecins.

Aussi M. Littré renonça-t-il d'abord à la profession médicale, et ne prit-il pas de diplôme.

Le médecin, en effet, ne peut rien négliger, pas plus la nature que les livres, pas plus les livres que la nature.

Selon la belle comparaison de Cicéron, il est semblable au général et à l'orateur homme d'État. Or, la division du travail est inapplicable à ceux qui dirigent l'armée en campagne, l'État en danger, l'homme en maladie.

Il faut non-seulement connaître ce que les autres ont appris, mais s'attacher à développer par tous les moyens son intelligence, se rendre capable d'être en face de l'imprévu.

Il faut s'habituer à raisonner, et c'est à cela que la tradition bien comprise, que les livres pourront servir. Il faut s'habituer également à voir, et cette habitude se prend dans les amphithéâtres, dans les laboratoires et dans les hôpitaux.

Maintenant que nous avons perdu le sceptre de la science, lorsqu'on vient à rechercher les causes de cette décadence, on accuse surtout l'insuffisance actuelle de l'enseignement pratique dans les laboratoires.

Cette insuffisance est réelle ; elle est évidente, surtout en ce qui concerne la Faculté. On y a bien établi un cours d'histologie, un local qui porte le nom de laboratoire; mais les microscopes, la direction, tout y manque à la fois pour les jeunes élèves, qui se plaignent avec raison d'avoir un interrogateur dans les examens, alors que dans le laboratoire ils n'ont point un maître.

Mais en dehors de la Faculté, à l'amphithéâtre de Clamart, sous la direction de M. Tillaux, les lacunes signalées de l'enseignement pratique se comblent peu à peu.

Là se font des cours d'anatomie, soit normale, soit chirurgicale, de physiologie éclairée par les vivisections, d'histologie enfin, avec microscopes, et avec direction pour les exercices pratiques, tels qu'ils existent en Allemagne dans les grandes universités.

Les élèves y trouvent aussi de vastes musées, qui s'enrichissent chaque jour de nouvelles pièces pathologiques, et on y met à leur disposition de magnifiques atlas d'anatomie dans une salle bien éclairée.

Comme l'enseignement n'y est point officiel, tout y est surtout calculé pour l'instruction pratique : les cours y sont faits pour les étudiants et non pour les maîtres.

On pourrait donc encore espérer de beaux jours pour notre gloire scientifique, s'il ne manquait pas à nos écoles une autre chose qui fait la vie des écoles de l'Allemagne.

J'aimerais à dire avec M. Chauffard « ce qui manque, c'est la tradition », si M. Chauffard consentait à prendre ce mot dans son vrai sens, dans le sens de *tradere*, livrer. La tradition, c'est, à mes yeux, tout ce qui nous arrive d'autrui dans le présent et dans le passé, les vérités et les erreurs qui s'entre-choquent, le mouvement scientifique qui se communique à notre esprit.

En France, notre Faculté de médecine est isolée de toute autre; nos savants lisent peu, les maîtres se complaisent dans la série d'idées qu'ils s'assimilent, et, bien souvent, ils défendent comme leur étant propres des idées qui sont nées ailleurs et qu'ailleurs on a réfutées.

Les étudiants en médecine n'ont aucun rapport avec les autres; ils ne connaissent pas même ceux qui se vouent à l'érudition ou aux études philosophiques. Leur esprit est à peine ouvert sur un certain nombre de questions.

En Allemagne, au contraire, des Facultés diverses forment un tout compacte. Les étudiants vivent ensemble : médecins avec philosophes, avec physiciens, avec linguistes. L'intelligence s'agrandit.

Je viens de relire les Tusculanes, et je comprends maintenant ce qu'un maître, Malgaigne, me disait un jour : « Toutes les fois que je dois aborder une question de médecine, je commence par lire un chapitre de quelque penseur, de Pascal ou plutôt encore de Platon. »

Dr Victor Révillout.

HOPITAL DES CLINIQUES. — M. RICHET.

Fracture de côte, compliquée de pneumothorax et d'emphysème. — Mécanisme de ces complications.

(Leçon recueillie par M. S. Pozzi, aide d'anatomie de la Faculté, interne du service.)

Un malade, entré la semaine dernière dans le service, nous fournit l'occasion d'étudier une des complications les plus intéressantes des fractures des côtes. Je veux parler du pneumothorax et de l'emphysème. Il est peu de sujets qui aient été plus agités que celui-ci, dans ces dernières années; et cependant, malgré le nombre et l'importance des travaux auxquels il a donné lieu, il faut avouer que pour bien des esprits, la phrase de Malgaigne est encore vraie : « L'histoire étiologique de l'emphysème et les circonstances qui le produisent ne sont point parfaitement connues » (*Anat. chirurg.*, t. II, p. 213, 2e édit.).

Je n'ai donc garde de laisser sortir ce malade sans vous en entretenir.

C'est un homme de 62 ans, qui est tombé dans son escalier ; il s'est violemment heurté le côté droit à l'angle d'une marche. Il a été transporté ici le soir même.

Le lendemain, à la visite, nous lui trouvions la face vultueuse, la respiration anhélante, surtout lorsqu'il quittait le décubitus dorsal et faisait un effort pour se maintenir assis.

Notre attention se portait bientôt sur le côté droit, où le malade accusait une vive douleur. Vous pouviez y constater avec moi une tuméfaction considérable, surtout au niveau de la région mammaire. La percussion y donnait un son remarquablement sonore; la palpation, une crépitation fixe, caractéristique de l'emphysème, due au passage de l'air de maille en maille du tissu cellulaire.

Le grand pectoral était comme soulevé par les gaz. Mais l'em-

---

FEUILLETON

ASSEMBLÉE NATIONALE

SÉANCE DU 5 DÉCEMBRE 1871.

Proposition de loi tendant à réorganiser l'enseignement de la médecine, présentée par M. Alfred Naquet, membre de l'Assemblée nationale.

EXPOSÉ DES MOTIFS (1).

La question de l'exercice de la médecine est une question à part; mais que les lois dirigées contre l'exercice illégal soient ou non à abroger, il faut que le médecin capable puisse être reconnu par tous; il faut que l'homme éclairé, qui ne veut pas confier sa santé et celle de sa famille au premier charlatan venu, ait le moyen de distinguer le médecin qui a une valeur de celui qui n'en a aucune.

Or, il est très-difficile, sinon impossible, à un homme du monde de porter un jugement sur la capacité d'un médecin. Ici l'expérience n'est pas probante. Mourir ne prouve pas qu'on n'ait pas reçu les soins les plus éclairés; guérir ne signifie pas qu'on n'ait pas été traité en dépit de toutes les règles de l'art. Du reste, en supposant même qu'à la longue une expérience prolongée pût permettre au public de discerner le bon du mauvais praticien, cette expérience entraînerait des désastres, et le jugement, pour être fondé, exigerait souvent un nombre considérable de victimes.

Les diplômes n'ont pas d'autre but que de suppléer à cette impossibilité où se trouve le public de faire un choix éclairé ; ils sont, en matière médicale, ce que sont les rapports d'experts en matière judiciaire.

Délivrés par des écoles privées, ils n'atteindraient plus ce but.

L'industrie privée est supérieure à l'action collective partout où il s'agit d'obtenir le meilleur produit avec le moins de dépense possible, avec la plus grande économie de travail et de capital.

Mais, dès qu'il ne s'agit plus d'économies matérielles, de bénéfices à encaisser; dès qu'il s'agit de l'excellence du résultat, assez important pour rendre tout à fait secondaires les dépenses qu'il occasionne; dès qu'il ne s'agit plus d'une exploitation qui rapporte, mais d'un service public qui, au point de vue financier, se solde presque toujours par un déficit, l'industrie privée, qui a toujours en vue un bénéfice immédiat, est complétement impuissante.

Si l'on concédait à des Facultés le droit de délivrer des diplômes, il se créerait des Facultés nombreuses, entre lesquelles une concurrence ne tarderait pas à s'établir. De cette concurrence résulterait nécessairement l'abaissement du niveau des études, parce que les élèves afflueraient toujours là où les examens seraient les plus faciles. Peut-être les universités tout à fait inférieures disparaîtraient-elles par suite du peu de considération dont jouiraient leurs élèves; mais les hommes vraiment désireux de s'instruire sont trop rares dans tout pays pour que les universités supérieures ne fussent pas condamnées à périr plus vite encore, et il n'est pas douteux que l'enseignement se maintiendrait à un niveau moyen, mortel pour l'état intellectuel de la nation. Le fait s'est déjà réalisé aux États-Unis, où le système de la liberté de la profession médicale et des diplômes délivrés par les Facultés privées est mis depuis longtemps en pratique. Rien n'est plus aisé aux États-Unis que de se procurer le titre de docteur en médecine sans rien savoir.

Il importe donc que la société se garantisse contre un mercantilisme impuissant à la protéger, qu'elle délivre ses diplômes, ou, plus exactement, qu'elle les fasse délivrer par des savants connus et investis de sa confiance.

Cela suffit-il? Nous ne le croyons pas. On commettrait, suivant nous, une lourde faute, si l'on bornait l'action collective à la surveillance des examens, en abandonnant l'enseignement à l'action individuelle.

Les élèves sont certainement ce que les font les examens : mais, certainement aussi, les examens sont ce que les font les élèves. Par une loi fatale, le niveau des examens s'abaisse quand le niveau des études s'abaisse, et réciproquement. Un examinateur entouré d'élèves instruits refuse celui d'entre eux qui sait le moins; un exami-

(1) Suite. — Voir l'avant-dernier numéro.

physème ne s'arrêtait déjà plus à cette région; il s'étendait en haut jusqu'au-dessus de la clavicule, en bas jusqu'au grand trochanter, et latéralement du scrotum au bord spinal de l'omoplate.

Notons, en passant, que cette extension considérable et rapide de l'emphysème est rare. Lorsque l'air, à la suite d'une fracture de côtes s'infiltre dans le tissu cellulaire (ce qui a lieu environ une fois sur vingt), il reste ordinairement limité au niveau de la fracture, et disparaît rapidement.

Dans le cas présent, nous pouvions donc à juste titre concevoir quelque crainte et redouter la production d'un de ces emphysèmes généralisés qui peuvent devenir mortels, ainsi que je l'ai observé, et dont, au siècle passé, Méry a donné une belle observation (*Acad. roy. des sciences*, 1713, p. 115). Dans ces cas exceptionnels, l'emphysème peut envahir toute la totalité du corps, à l'exception toutefois de la plante des pieds et de la paume des mains, où existe une disposition particulière du pannicule cellulo-graisseux.

Pour ne rien omettre dans l'examen de notre malade, je vous fis remarquer que la peau distendue par l'infiltration gazeuse était légèrement œdématiée; ce qui était dû, sans doute, à la gêne de la circulation en retour par la compression excentrique du réseau veineux sous-cutané. Elle offrait une notable pâleur et un certain abaissement de la température.

Enfin, à la palpation, nous trouvions un enfoncement de la septième côte vers la cavité pleurale, ce que les anciens chirurgiens appelaient une *enfonçure*. L'auscultation révélait, en outre, à chaque mouvement respiratoire, un craquement sec dû au frottement des fragments. Quant à l'étude des bruits respiratoires eux-mêmes, elle était rendue bien difficile par l'emphysème des parois thoraciques. Aussi avons-nous dû renoncer à constater autre chose qu'une diminution évidente du murmure vésiculaire. La percussion, troublée par la même cause, donnait une sonorité tympanique dont l'origine pouvait alors paraître douteuse, mais dont les phénomènes ultérieurs ont bientôt montré la véritable signification.

L'état général était bon : anorexie complète; absence totale de sang dans les crachats, qui étaient purement muqueux.

Tels sont les symptômes que nous présentait à son entrée le malade. D'après leur étude raisonnée, vous m'entendîtes porter le diagnostic suivant : « Fracture de la septième côte avec enfoncement vers la cavité pleurale et blessure du poumon maintenu par l'un des fragments. »

J'insiste sur ce dernier point, car il me paraît seul rendre compte des phénomènes observés, et il est important de le connaître pour le traitement. C'est en effet sous l'influence de cette idée que j'ai fait des tentatives de réduction, en manipulant pour ainsi dire les parois thoraciques, afin de dégager le fragment costal engagé dans le tissu pulmonaire. Cette manœuvre a été fort bien indiquée par J. L. Petit.

Ce n'est pas tout : nous avons parlé de l'emphysème; pour porter obstacle à son développement, j'ai prescrit un bandage compressif composé d'une épaisse couche d'ouate entourant la poitrine et formant tampon au niveau de la fracture, fortement maintenue par un bandage de corps. J'ai recommandé de faire précéder son application d'un badigeonnage au collodion, lequel exerce une compression uniforme très-efficace. J'ai en outre engagé le malade à garder un repos absolu dans le décubitus dorsal.

Sous l'influence de ce traitement, vous avez pu voir, dès le lendemain, une amélioration se produire. L'étendue de l'emphysème était, il est vrai, à peu près la même. Mais la tension des téguments était moins forte et la dyspnée moins accentuée. La percussion, devenue plus facile, ne laissait aucun doute sur l'existence d'un pneumothorax, limité à la partie postérieure de la cavité pleurale droite.

Toutefois, je dois le dire, la couche d'air qui éloignait le poumon des parois thoraciques n'était pas considérable, car on percevait encore, quoique indistinctement, le murmure vésiculaire. Dans la fosse sous-épineuse, on entendait un peu de souffle. Il y avait eu quelques crachats plus épais que la veille, et pour combattre la pleuro-pneumonie (qu'il faut toujours redouter en pareil cas), j'ai fait appliquer des ventouses scarifiées.

Ce matin, l'état du malade était sensiblement le même; l'emphysème avait encore diminué.

Je viens de vous exposer l'histoire clinique du malade; mais je ne saurais m'en tenir là. Pour que vous vous rendiez un compte exact des phénomènes qu'il présente, il est nécessaire que j'entre dans quelques considérations physiologiques pour lesquelles je réclame toute votre attention.

Le poumon est, à l'état normal, exactement appliqué à la paroi costale. On peut facilement s'en assurer sur le cadavre en l'examinant au travers de la plèvre pariétale, après la dissection des intercostaux. On peut alors, en insufflant le poumon par la trachée, reproduire artificiellement les mouvements respiratoires. C'est ce que j'ai fait dans les expériences auxquelles je me suis livré sur ce sujet. L'on voit plusieurs points de la surface pulmonaire passer successivement devant le point de la plèvre pariétale que l'on a sous les yeux.

Supposons qu'au moment où le poumon se meut ainsi, une côte soit cassée, vienne piquer le viscère, puis l'abandonne par le fait de son élasticité. Que se passera-t-il? La réponse à cette question m'est fournie par les expériences auxquelles je viens de faire allusion, et où je produisais avec un ténotome des lésions successives analogues à celles qu'eût pu produire un fragment costal. Eh bien, dans le cas où, comme je viens de le supposer, le poumon a été simplement piqué, on le voit continuer à monter et descendre à frottement, sans qu'un pneumothorax vienne l'affaisser. Tout au plus ai-je vu, en pareil cas, deux ou trois bulles d'air filtrer par la piqûre. Il semblait qu'ensuite elle fût rapidement effacée par les mouvements d'ascension et de descente du poumon.

Ces expériences, je le répète, ont été faites sur le cadavre, placé par la respiration artificielle dans des conditions tout à fait comparables à ce qui se passe chez le vivant. J'ai dû, en effet, renoncer aux vivisections, où l'écoulement sanguin rendait complètement impossibles des recherches aussi délicates. Aussi m'est-il difficile d'admettre la valeur des expériences effectuées plus tard sur des lapins par M. Bézard, et desquelles il conclut « qu'une blessure du poumon, même très-peu considérable, est immédiatement suivie d'un pneumothorax, qui se complique d'emphysème. Cet auteur n'admet l'innocuité que des piqûres faites avec « une aiguille très-fine » (L. Bézard, *Recherches sur l'emphysème traumatique consécutif aux fractures de côtes*. Paris, 1868, p. 48).

Si, au lieu d'une piqûre, on fait une coupure au tissu pulmonaire, l'air remplit aussitôt la plèvre, et le poumon s'affaisse contre la colonne vertébrale. Mais si la blessure n'est pas trop étendue, elle est bientôt rendue imperméable, sur le vivant, par l'infiltration sanguine qui se fait entre les lèvres de la plaie pulmonaire. Ce phénomène se produit deux ou trois heures au plus après la blessure, ainsi que l'ont démontré mes expériences et celles de Malgaigne sur les chiens.

Littré se trompait donc lorsqu'il disait (*Hist. de l'Acad. roy. des sciences*, 1713, p. 10) qu'il « est très-difficile que la plaie du poumon vienne à guérir, à cause des mouvements continuels de ce viscère. » Ces mouvements, je vous l'ai déjà indiqué, servent bien plutôt à effacer la plaie.

Si une pareille lésion est produite par un fragment costal, vous voyez que les conséquences en seront un pneumothorax complet, accompagnement possible d'emphysème.

Dans les considérations qui précèdent, nous avons raisonné dans l'hypothèse où la cavité pleurale serait parfaitement saine et libre de toute adhérence. Mais cet état est loin d'être constant. Il ne se présente guère que 55 fois sur 100, tandis que sur 45 cadavres on trouve des adhérences plus ou moins étendues.

Étudions maintenant les phénomènes, en nous plaçant dans ces nouvelles conditions. Le poumon, enchaîné aux parois thoraciques, ne se meut plus à frottement sur elles; aussi, dans le cas de simple piqûre par un fragment costal, la solution de continuité n'a pas de tendance à s'effacer. Elle reste béante, et la plaie pulmonaire étant en rapport direct avec la plaie des parois thoraciques, l'air passe du poumon dans le tissu cellulaire, et il y a emphysème sans pneumothorax.

Ainsi vous sont expliqués les cas assez fréquents d'emphysème sans pneumothorax dans les fractures de côtes. L'importance de cette disposition anatomique spéciale a été indiquée la première fois par Roux, dans son mémoire sur les avantages de l'adhérence du poumon aux parois de la poitrine dans les plaies pénétrantes de cette cavité (*Bibliothèque médicale*, 1807). Malheureusement, il n'en a saisi la conséquence que pour ce qui concerne les plaies de poitrine proprement dites, et il est passé à côté des déductions fécondes qu'on pouvait en tirer pour l'étude des complications des fractures de côtes. Ahernethy, en 1815, n'a fait que les entrevoir. « Dans quelques cas, se borne-t-il à dire, le poumon n'offre pas de collapsus, parce qu'il est adhérent aux parois thoraciques.... J'ai souvent observé des emphysèmes accompagnés d'une très-petite difficulté de respirer, et d'autres accidents dont les apparences n'étaient pas plus fâcheuses qui ont eu lieu dans les fractures simples sans blessure du poumon. »

Ces considérations judicieuses, quoique incomplètes, étaient même à peu près oubliées lorsque je dirigeai mes recherches de ce côté. Et depuis lors, l'importance des adhérences et le rôle que je leur ai assigné ont été généralement acceptés par les chirurgiens.

Revenons à l'étude de notre sujet. Nous ne l'avons point épuisé : nous n'avons indiqué que les conséquences d'une piqûre du poumon.

Deux cas peuvent encore se présenter : il peut y avoir déchirure, blessure étendue, au lieu de simple piqûre. Enfin le corps vulnérant, dans l'expérience, le fragment costal, sur le malade, peuvent rester engagés dans le tissu pulmonaire.

Pour ce qui est du premier cas, je n'ai que peu de chose à ajouter à ce que j'ai déjà dit relativement aux piqûres. Tout se passe de la même manière, et l'issue de l'air étant plus large, l'emphysème peut être plus étendu. Mais jamais il ne peut, même alors, atteindre un degré aussi considérable que lorsqu'un fragment de la côte a *accroché* le poumon, passez-moi l'expression. C'est dans de pareilles conditions qu'on peut voir survenir les emphysèmes *monstres* dont je vous ai déjà parlé.

Tout me porte à croire que nous avons eu affaire ici à un cas de ce genre. Seulement, par suite de nos manœuvres réductrices, la côte s'est évidemment dégagée de la plaie pulmonaire. Consécutivement, l'air s'est infiltré dans une des loges pleurales circonscrites par les adhérences : d'où le pneumothorax limité que nous avons constaté le second jour.

La compression exercée sur l'emphysème extérieur, en refoulant l'air du côté de la plèvre, n'aurait-elle pas aussi favorisé sa production? C'est une question qu'on peut se poser, mais qu'il est difficile de résoudre. Toutefois, ce qui fait présumer que le pneumothorax existait bien dès les premiers jours et qu'il n'est point consécutif à la fermeture de l'orifice de communication avec les parois thoraciques, c'est que l'oppression a beaucoup diminué en même temps que cette oblitération avait lieu.

Je viens de vous parler de loges, de compartiments formés dans la cavité pleurale par les fausses membranes et les adhérences. Ne croyez pas qu'elles soient invoquées ici pour les besoins de la théorie. Rien n'est mieux établi que leur fréquence, et s'il vous en fallait des preuves, je vous rappellerais l'existence non contestée des pleurésies partielles. Laissez-moi vous en citer un exemple frappant :

Un jour, mon regretté collègue Grisolles m'appela pour pratiquer l'opération de l'empyème. Il avait soigneusement examiné le malade. Il me pria de l'étudier à mon tour : je conclus comme lui à l'existence d'un épanchement, et j'enfonçai le trocart. Aucun liquide ne s'écoula par la canule.

Le malade, qui était avant l'opération dans un état des plus graves, mourut. Nous fîmes l'autopsie, et nous trouvâmes dans la plèvre deux loges parfaitement limitées, formant deux sortes de kystes remplis de pus liquide. Entre elles existaient des fausses membranes, les unissant étroitement, et c'est par ce point-là précisément que le trocart était passé!

Comment ce qui a lieu pour les épanchements liquides ne se-

---

nateur entouré d'élèves ignares reçoit celui dont l'ignorance est la moins manifeste; et cela est inévitable, car le professeur ne possède ni mesures ni poids absolus et juge toujours par comparaison.

Si l'on abandonnait l'enseignement de la médecine à l'initiative de l'individu, on verrait bien vite se produire le phénomène qui se produit aujourd'hui dans l'enseignement particulier, soit secondaire, soit supérieur; les vrais savants auraient quelques auditeurs d'élite, mais la masse des étudiants se presserait autour des simples fabricants d'examen.

L'instruction publique en général, et l'instruction médicale en particulier, sont trop importantes pour que le corps social puisse s'en désintéresser. Il est indispensable que l'État s'en occupe, qu'il ait ses établissements modèles, qu'il en fasse un service public.

Ceci importe encore à un autre point de vue. L'idéal de la démocratie est que toutes les fonctions soient accessibles à tous; c'est que l'enseignement, obligatoire au premier degré, soit gratuit à tous les degrés; et la gratuité de l'enseignement supérieur est difficilement compatible avec l'abandon complet de ce dernier à l'initiative individuelle.

Est-ce à dire que l'enseignement privé doive être prohibé, que les hommes instruits qui veulent développer leurs idées en public doivent être, comme aujourd'hui, astreints à une autorisation préalable? non, certes!

A la condition que la nation ait ses écoles, les cours libres ne peuvent exercer qu'une influence utile tendant à relever les études plutôt qu'à les abaisser. Ils ne peuvent qu'empêcher l'enseignement officiel de dégénérer et de déchoir par suite d'un monopole incontesté.

Toutefois, comme il est impossible de juger aussi bien de la valeur d'un homme par un examen final, que si on le suit pendant toute la durée de ses études, comme les examens servent plus encore à former l'élève au travail qu'à prouver qu'il sait, on ne saurait admettre pour des aspirants à la licence (voir le chapitre relatif aux grades) formés en dehors de la Faculté nationale, le droit de prendre le titre de licencié par un simple examen final. Il est indispensable que tous les candidats subissent les examens mensuels et annuels dont il sera question plus loin, avant d'être admis à passer leurs examens finaux ou de licence.

Si donc, messieurs, nous devons donner satisfaction aux partisans de l'enseignement libre, en accordant aux professeurs particuliers les droits les plus étendus, nous devons surtout nous préoccuper de relever notre enseignement médical en le réorganisant sur des bases nouvelles en harmonie avec les besoins de l'époque.

Nos Facultés doivent répondre aux besoins des élèves. Il faut que l'enseignement élémentaire y soit suffisant, sans cependant que l'enseignement supérieur y soit sacrifié.

Il faut que les étudiants reçoivent une direction méthodique et constante, et qu'ils soient forcés de s'instruire ou d'abandonner la carrière médicale; il faut qu'ils ne puissent pas, comme aujourd'hui, faire des études plus apparentes que réelles, sans que cependant on songe ni à les interner, ni à diminuer en quoi que ce soit leur liberté. Toute organisation qui ne répondrait pas à ces divers besoins, à ces diverses nécessités, serait par cela même imparfaite et vicieuse.

Dans la réorganisation des Facultés de médecine, neuf questions nous paraissent plus particulièrement à examiner :

1° Les fonctions et le mode de recrutement du corps enseignant;
2° Les fonctions et le mode de recrutement du corps examinant;
3° Les matières à exiger aux examens;
4° Les dispositions relatives aux laboratoires et aux amphithéâtres de dissection;
5° Les dispositions relatives aux études cliniques dans les hôpitaux;
6° Les grades;
7° La forme et le nombre des examens et l'admission aux grades;
8° Les inscriptions;
9° Le nombre des Facultés et leur siége.

(A suivre.)

Des vérités traditionnelles en médecine. — Leçon d'ouverture du cours de pathologie générale, par Em. Chauffard, professeur de pathologie générale à la Faculté de médecine de Paris. Paris, 1871, in-8 de 31 pages. — Prix : 1 fr. 25.

Du traitement de l'hydarthrose par aspiration, par le docteur G. Dieulafoy, interne, médaille d'or des hôpitaux de Paris. — Prix : 1 franc.

rait-il pas applicable aux *épanchements gazeux?* Il y a donc des pneumothorax *partiels, enkystés*, passez-moi l'expression, comme il y a des pleurésies partielles et enkystées.

En terminant, je n'ajouterai que quelques mots relatifs au pronostic. Il est, en somme, favorable. L'emphysème a diminué; la pleuro-pneumonie au lieu de s'accentuer n'a fait qu'une apparition fugace, signalée seulement par la plasticité des crachats; l'absence de symptômes réactionnels doit écarter toute crainte à cet égard.

Je n'insisterai que sur un point. N'allez pas croire que le pneumothorax se dissipe facilement. C'est un fait général que les épanchements d'air, dans les cavités séreuses, se résorbent avec lenteur. Ayant fait une fois l'injection d'une petite quantité d'eau dans la tunique vaginale d'un malade pendant l'opération de l'hydrocèle, je pus l'y constater de nouveau trois mois après.

Un seul fait pourrait amener la prompte disparition du pneumothorax : c'est la reproduction d'un épanchement liquide, qui se substituerait à lui; nous venons de voir, toutefois, que le malade paraît devoir lui échapper.

DES BLESSURES PAR ARMES A FEU PERFECTIONNÉES

ET DE LA CONSERVATION DES MEMBRES AINSI BLESSÉS;

Par M. le docteur Lantier.

Tel est le titre de ce mémoire, étrange sans doute pour l'époque où il a été écrit (février 1871).

Je le soumets à la publicité dans sa forme primitive, tel qu'il a été conçu au milieu des lugubres événements qui ont été un si vaste théâtre pour la chirurgie.

Les blessures par armes à feu ne méritent que trop d'être jugées graves; elles ont donné lieu à bien des amputations; cependant la conservation des membres atteints est loin d'être toujours impossible, et l'on pourrait, plus qu'on ne l'a fait jusqu'ici, la réaliser. C'est, du moins, ce que j'ai eu depuis longtemps en vue et ce que j'ai obtenu dans l'ambulance de l'Administration des postes qui m'a été confiée.

Il n'est pas dans mon dessein de faire ici de la statistique ni de la critique; je veux seulement exposer ce que je considère comme un progrès dans le traitement des blessures par armes à feu.

De nos jours, la balistique a singulièrement aggravé ces blessures; qu'un os soit rencontré par un projectile des nouveaux engins, il est fracturé en éclats de nombre jusqu'ici inobservé, lesquels, selon la direction du choc, sont dépouillés ou non de leur enveloppe périostique, et sont éparpillés et incrustés dans les chairs. Ces fractures du progrès, avec esquilles et plaies, le tout communiquant avec l'air extérieur, constituent assurément les blessures les plus formidables.

Il n'y a pas jusque dans les parties molles que les projectiles des nouveaux engins ne fassent sentir leur pernicieux perfectionnement. Il est, en effet, remarquable que leur trajet à travers les chairs n'est pas constamment d'une seule ligne, et qu'à son origine ce trajet est parfois bifurqué, ayant un diverticulum en forme de doigt de gant, ce qui peut tromper sur le parcours véritable du projectile ou faire croire à un autre coup de feu. La rotation sur son axe du projectile suffit-elle pour expliquer ce phénomène? ou bien l'état de détente ou de contraction des parties au moment du coup aurait-il sa part d'influence?

Ou bien encore la balle, subitement arrêtée dans sa course, sa vitesse ainsi transformée en chaleur, se partagerait-elle en fragments?

Quoi qu'il en soit, j'ai observé ce fait plusieurs fois à la cuisse. C'est là une disposition favorable à la suppuration, et je la signale.

Quant à limiter la question dans ce qu'elle a de particulier par rapport au perfectionnement des armes et ce qu'elle a de neuf par rapport au traitement, je n'aborde pas les considérations générales de siége anatomique, de fièvre, de forme, de présence de corps étrangers, etc., que suggère l'étude des blessures par armes à feu; je ne m'étends pas non plus sur les causes générales de complication de ces blessures, telles que celles provenant de l'épuisement, de la fatigue des blessés, de leur agglomération, de l'encombrement, etc.

Mais partant de ce fait, que toutes les blessures par armes à feu sont à contusion et à stupeur : contusion qui va jusqu'à l'attrition immédiate des parties touchées; stupeur de la région blessée, et quelquefois même de tout l'individu au point qu'il y a commotion;

Que souvent elles sont à trajet sinueux et accompagnées de nombreuses esquilles;

Admettant, d'autre part, qu'à la suite de ces blessures, la mort, quand elle n'est pas le fait de la commotion ni de l'hémorrhagie, non plus que des accidents nerveux, tels que le tétanos, l'épuisement nerveux, se produit par le mécanisme de l'infection purulente, ce qui est l'immense majorité des cas;

Je dis que les blessés des membres, toutes les fois que l'artère principale du membre n'est pas endommagée, quel que soit, du reste, le siége de la blessure, quel que soit le nombre des esquilles, peuvent être préservés de l'infection purulente qui tue, et cela sans qu'il y ait à recourir à l'amputation; de plus, que leurs membres peuvent être conservés.

La méthode de traitement qui m'a procuré ce résultat, toutes précautions hygiéniques et générales étant prises d'ailleurs, consiste :

1° Dans l'emploi d'un liquide que j'appelle teinture balsamique pour les blessures, laquelle est composée de :

Baume du commandeur.	} àà 250 grammes.
Teinture alcoolique d'aloès. . . .	
Ergotine (ect. hydro-alcoolique).	20 —

Cette formule convient à la plupart des cas; elle a été déposée à l'Académie de médecine à la fin de l'année 1870.

2° Dans la pratique d'incisions, d'excisions, et si les os sont fracturés, selon les circonstances, dans la résection des deux ou bien de l'une ou de l'autre extrémité des fragments.

Ces diverses opérations ayant pour but de débrider les parties tuméfiées, de régulariser la surface des plaies et de faciliter l'extraction des esquilles et des corps étrangers, se fait pour ainsi dire impunément, quelles que soient l'étendue et la profondeur des parties à atteindre, grâce à l'emploi de la teinture balsamique.

Cette composition, en effet, quand les plaies sont débarrassées des corps étrangers et sont régularisées, les préserve de toute complication et met particulièrement à l'abri de l'infection purulente.

L'expérience m'a démontré qu'elle agit de plusieurs manières :

1° *Vitalement*, en réveillant de leur stupeur les tissus frappés et les disposant à un exsudat plastique; de plus, les hémorrhagies sont conjurées;

2° *Chimiquement*, en préservant d'oxidation les surfaces des plaies et en détruisant les germes organiques qui pourraient les contaminer;

3° *Mécaniquement*, en formant sur elles un vernis protecteur, qui permet de les considérer jusqu'à un certain point comme des plaies sous-cutanées.

La réaction de la teinture balsamique sur les plaies profondes est tellement puissante, que 24 heures après son application elle détermine à leur pourtour un empâtement de nature plastique, appréciable par une consistance élastique de bonne nature et d'une température quelque peu plus élevée que celle des parties voisines.

Cet exsudat plastique formé sur les surfaces dépourvues d'épithélium une véritable barrière à l'absorption, et a l'immense avantage de réunir comme par une soudure les différentes plaies des tissus, de manière à s'opposer aux fusées purulentes et gazeuses.

Ce n'est guère que le deuxième jour, et quelquefois le quatrième, que le contact de ce liquide fait éprouver de la douleur; mais une fois qu'il est devenu douloureux, il continue de l'être à chaque pansement, jusqu'à ce que les plaies soient définitivement recouvertes d'un exsudat cicatriciel.

Avec la teinture balsamique, la suppuration est peu abondante, bien liée et sans odeur.

Elle doit être employée superficiellement sous forme de gâteaux de charpie, appliqués sur les orifices des plaies, et profondément sous forme de lavages et d'injections pures ou étendues d'eau alcoolisée, selon les réactions à obtenir.

Ces pansements ont l'avantage d'être rares, deux au plus par jour, et encore le plus souvent doit-on se borner, le soir, à arroser les couches de charpie sans les déranger.

Faciles à faire, ils n'ont que l'inconvénient de nécessiter l'emploi de l'alcool pour le lavage des mains et des instruments.

Il est remarquable que l'emploi scientifique de ces pansements fait que les blessés n'ont jamais de frisson, jamais de soif fébrile, jamais d'odeur ni de la plaie ni de la bouche, et la cautérisation s'obtient rapidement dans un temps du reste variable avec la nature et la surface des tissus blessés.

A l'appui de ces propositions, nous publierons des exemples choisis parmi les plus graves des blessés que j'ai traités à l'ambulance de l'administration des Postes.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 26 décembre 1871. — Présidence de M. Wurtz.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné, en 1870, dans le département de la Savoie. (Commission des épidémies.)

2° Un exemplaire d'un ouvrage de M. le docteur Ticier sur les eaux minérales de Capvern, Hautes-Pyrénées. (Commission des eaux minérales.)

M. Daremberg offre en hommage, de la part de M. Littré, un volume intitulé : *Médecine et médecins.*

M. Henri Roger présente, au nom de M. Maurice Laugier, une brochure ayant pour titre : *De la rechute dans la fièvre scarlatine.*

M. le Président annonce la perte que l'Académie vient de faire dans la personne de M. Le Canu.

M. le Secrétaire annuel signale, parmi les pièces imprimées de la correspondance, une brochure de M. Tabourin, professeur à l'école vétérinaire de Lyon, sur l'action physiologique de la coralline. Voici les conclusions de ce travail :

La coralline pure, sous ses divers états, et telle qu'elle est généralement livrée au commerce, est une matière d'une innocuité complète, comme il résulte des expériences de M. Landrin et de celles qui me sont propres. L'industrie de la teinture et celle de l'impression peuvent l'employer en toute sécurité, si d'ailleurs elles la fixent sur les fibres textiles et sur les tissus à l'aide de matières dépourvues de propriétés toxiques.

INCIDENT

M. Chauffard appelle l'attention de l'Académie sur le grand nombre de vacances déjà déclarées depuis longtemps (quelques-unes depuis deux ans). Il y aurait lieu d'activer les rapports et de pourvoir aux plus urgentes de ces vacances.

M. Vulpian. Je suis rapporteur d'une élection dans la section d'anatomie pathologique, dans laquelle deux vacances ont été déclarées, et j'aurais déjà fait mon rapport si la commission eût été convoquée.

M. Chauffard. Je demande que le bureau veuille bien convoquer, par lettres particulières, les présidents et les membres des commissions dans le but de nommer les rapporteurs des diverses élections et d'activer la présentation des rapports.

M. Daremberg. La commission pour les places de correspondant n'a pas été réunie depuis très-longtemps.

M. le Président. Bien que ces questions regardent les commissions et non le bureau, cependant des lettres de rappel seront adressées aux présidents et aux membres de ces commissions.

LECTURE

M. Foville lit un extrait d'un ouvrage qu'il va publier sur l'*alcoolisme* et les *sociétés de tempérance.*

ÉLECTIONS

L'Académie procède, par la voie du scrutin, aux élections pour le renouvellement partiel des commissions permanentes. Voici les noms des membres élus dans ces diverses commissions :

Commission des épidémies : MM. Devergie et Delpech.

Commission des eaux minérales : MM. Gubler et Henry.

Commission de vaccine : MM. Devilliers et Barthez.

Commission des remèdes secrets : MM. Gobley et Caventou.

Comité de publication : MM. Michel Lévy, Chauffard, Clocquet, Broca et Boudet.

RAPPORTS

M. Blot lit le rapport sur le prix Capuron. Deux mémoires ont été envoyés pour ce concours; un seul a été jugé digne de recevoir un encouragement de l'Académie. A ce sujet, le rapporteur demande, au nom de la commission, que l'Académie ne désigne plus, à partir de cette année, de sujet spécial pour le prix Capuron, mais accorde ce prix à l'auteur du travail le plus intéressant sur un sujet quelconque d'obstétrique.

Après quelques observations de MM. Devergie et Depaul sur l'inconvénient qu'il y aurait à engager l'Académie pour l'avenir, cette conclusion est adoptée en ce qui touche le concours de 1873.

M. Verneuil lit le rapport pour le concours du prix Itard. Sept concurrents ont envoyé des ouvrages à l'Académie. La commission propose de décerner :

1° Un prix de 2,000 francs à l'auteur d'un ouvrage intitulé : *Traité historique et pratique de la syphilis;*

2° Un prix de 700 francs à l'auteur d'un *Traité des maladies charbonneuses;*

3° Des mentions honorables à deux des autres concurrents.

A quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret pour voter sur les conclusions des rapports de prix.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1871.

137. Carlet. Du rôle des sciences accessoires et en particulier des sciences exactes en médecine.
138. Couyba. Des troubles trophiques consécutifs aux lésions traumatiques de la moelle et des nerfs.
139. Petrini. Des injections hypodermiques de chlorhydrate de narcéine.
140. Géry. Essai sur la pneumonie des alcooliques.
141. Lachanaud. Contributions à l'histoire et au traitement de quelques affections convulsives.
142. Petrasu. De la tuberculose péritonéale étudiée principalement chez l'adulte (Anatomie pathologique et formes cliniques).
143. Orain. Du zona.
144. Descomps. Des tumeurs sanguines vulvaires et périvaginales en dehors de la grossesse et de l'accouchement.
145. Jovitzu. Recherches expérimentales sur les azotates de potasse et de soude.
146. Daumas. De l'hypermétropie.
147. Larue. Des blessures des nerfs par les armes à feu.
148. Mansuy. Étude sur les écoulements qui se font par l'oreille.
149. Floquet. De la métro-péritonite puerpérale.
150. Watelet. De la ponction de la vessie à l'aide du trocart capillaire et de l'aspiration pneumatique.
151. Bouny. De la simulation des maladies et de quelques nouveaux moyens de la diagnostiquer.
152. Ledoux. Sur les affections sympathiques de l'œil.
153. Dounon. Étude sur la verruga, maladie endémique dans les Andes péruviennes.
154. Camus. Essai sur la réduction par voie indirecte des luxations de l'épaule et de la hanche (Méthode des leviers articulaires).

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La Société de médecine de Paris a, dans sa dernière séance du 15 décembre 1871, déclaré vacantes deux places de membres titulaires.

Elle a l'honneur de rappeler aux candidats que pour être admis il faut :

1° Être docteur en médecine;

2° Adresser au président une demande écrite, accompagnée d'un exemplaire ou de l'indication des travaux antérieurs;

3° Faire à une séance de la Société la lecture d'un travail encore inédit.

— La Société de médecine de Paris tiendra sa prochaine séance le vendredi 5 janvier 1872, à 3 heures 1/2 très-précises, au palais du Luxembourg (cabinet de M. l'Administrateur), préfecture de la Seine.

Ordre du jour : 1° Lecture du procès-verbal de la précédente séance. — 2° Discours du président nouvellement élu, M. Léon Gros. — 3° Compte rendu des travaux de la Société pendant les années 1870-1871; notices biographiques de Danyau et Simonot, par M. Charrière, secrétaire général. — 4° Rapport de la Commission : la loi de 1838 sur les aliénés. — 5° Rapport de M. Voisin sur la candidature de M. le docteur Bourgogne fils au titre de membre correspondant.

— *Erratum.* — Le prix du *Traité clinique des maladies aiguës des organes respiratoires*, par le docteur Woilly, est de *douze* francs et non de 2 francs, comme il a été imprimé dans notre numéro du 19 décembre.

PRIME D'ACTUALITÉ OFFERTE A NOS ABONNÉS

ALBUM PHOTOGRAPHIQUE

DES RUINES DE PARIS

Collection de tous les monuments et édifices incendiés et détruits par la COMMUNE DE PARIS, accompagnés de notices historiques et descriptives sur chaque sujet, plus une vue de SAINT-CLOUD DÉTRUIT et un groupe de fédérés et pétroleuse en frontispice — en regard du titre. — Cet album, dont les épreuves sur beau papier bristol teinté sont encadrées dans un joli filet, est très-richement relié, doré sur tranches et imprimé sur grand format in-4°. Il se vend VINGT-HUIT FRANCS dans le commerce. Cette édition toute spéciale sera délivrée, à nos abonnés seulement, aux conditions suivantes :

Pris dans nos bureaux................ 16 fr.
Expédié *franco* dans les départements... 18 fr. 50.

Le même album, format *petit in-4°*, dans les mêmes conditions de détail, dont le prix de commerce est de SEIZE FRANCS, sera délivré, à nos abonnés seulement, aux conditions suivantes :

Pris dans nos bureaux................ 7 fr.
Expédié *franco* dans les départements..... 8 fr.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Agenda-médical pour 1872.

Contenant : 1° *Formulaire magistral*, par M. Cazenave; 2° *Mémorial thérapeutique du praticien*, par MM. Trousseau, Pajot et Diday; 3° *Code médical et professionnel*, par M. Legrand du Saulle; 4° *Premiers secours à donner en cas d'empoisonnement et d'asphyxie*, par M. Réveil; 5° *Résumé pratique des eaux minérales*, par M. Constantin James; 6° *Notice sur les stations hivernales*, par M. de Valcourt.

Plus un calendrier à deux jours par page, sur lequel on peut inscrire ses visites et prendre des notes; la liste des médecins, pharmaciens et vétérinaires du département de la Seine; les médecins des hôpitaux civils et militaires de Paris; les médecins inspecteurs des eaux minérales; la liste des divers journaux scientifiques; les Facultés et Écoles préparatoires de médecine de France, les Écoles de médecine militaire et navale; l'Académie de médecine et les diverses Sociétés médicales; des modèles de rapports et certificats; le tableau des rues de Paris, etc., format in-18 de 450 pages.

PRIX

Broché.. 1 fr. 75
Cartonné à l'anglaise......................... 2 »
Divisé en 5 cahiers et doré sur tranche, de façon à pouvoir être mis dans une trousse ou portefeuille........................... 3 »

RELIURES DIVERSES

N° 1.	Maroquin à coulisseau avec crayon, doublé en papier.	3 fr. »
N° 2.	— à patte — ..	3 50
N° 3.	— — — l'agenda divisé en 5 cahiers.	3 75
N° 4.	— — — en un seul cahier, emboîté dans le portefeuille...	4 50
N° 5.	— — — l'agenda divisé en 5 cahiers.	4 75
N° 6.	— — — et petite trousse.........	5 »
N° 7.	— — — —	7 »
N° 8.	— — — — avec fermoir maillechort.	9 »

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois. . . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Les Bureaux et Ateliers étant fermés à cause des fêtes du Jour de l'An, le Journal ne paraîtra pas Mardi.

Paris, le 29 décembre 1871.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Maladie gélatineuse du péritoine.

A côté de la série d'opérations de gastrotomie pour l'ablation de tumeurs pelviennes et abdominales de diverses natures, dont nous avons récemment entretenu nos lecteurs, vient se placer naturellement un fait singulier dont il n'existe pas, à notre connaissance, d'exemple dans les annales de la science : c'est celui d'une femme opérée par M. Péan, et qui était affectée d'une maladie toute spéciale du péritoine, que, jusqu'à plus ample informé, ce chirurgien propose de désigner sous le nom de *maladie gélatineuse du péritoine*.

Voici la relation de ce fait, recueilli avec un soin minutieux par M. Urdys, interne distingué des hôpitaux, qui a assisté M. Péan dans l'opération et a fait, à ce sujet, des recherches bibliographiques qui ne lui ont rien révélé de semblable :

Une femme âgée de 54 ans, Mme X..., d'une santé habituellement bonne, n'ayant rien dans ses antécédents qui pût faire soupçonner une diathèse tuberculeuse ou cancéreuse, transmise ou acquise, ayant eu trois enfants, tous parfaitement bien portants, toujours bien réglée, éprouva pour la première fois de très-vives souffrances à l'époque de la ménopause, à l'âge de 45 ans. Elle raconte qu'à cette époque, en proie à des coliques atroces, elle était obligée de cesser brusquement tout travail et de se mettre au lit. Ces coliques, du reste, ne s'accompagnaient ni de diarrhée, ni de vomissements; et le repos, aidé de quelques cataplasmes laudanisés, en venait facilement à bout. Ces crises douloureuses sont revenues, depuis, à six reprises différentes. Néanmoins, dans leurs intervalles, Mme X... souffrait constamment de douleurs sourdes, siégeant surtout dans les parties inférieures de l'abdomen, ce qui l'inquiétait beaucoup.

S'observant très-attentivement, et d'ailleurs son attention étant éveillée par les souffrances auxquelles elle était en proie, la malade s'aperçut, au mois d'août 1870, que la fosse iliaque gauche était le siége d'une tumeur du volume d'un œuf de poule, indolente, dure, et fuyant sous les doigts. Effrayée, elle courut aussitôt consulter le médecin de la localité, qui s'assura de la présence de la petite grosseur. Toutefois, le ventre augmentait peu à peu de volume, les douleurs, d'intermittentes qu'elles étaient au début, étaient devenues incessantes, l'état général s'aggravait de jour en jour, si bien qu'au mois de janvier 1871 elle dut cesser tout travail et se condamner à garder le repos. A partir de cette époque, la maladie fit de rapides progrès, l'abdomen prit un volume considérable, l'appétit se perdit, et les douleurs augmentèrent d'intensité. Ce fut alors que, sur les conseils de son médecin, elle alla consulter M. Péan et lui demander s'il y avait lieu de faire l'opération.

Après un examen attentif, M. Péan fit entrer la malade dans une maison de santé, où il put l'observer pendant quelque temps.

L'état général était mauvais et l'émaciation considérable ; il se déclarait chaque soir un léger mouvement fébrile qui ne contribuait pas peu à l'affaiblir. La nuit, l'insomnie était complète, tant à cause des douleurs qu'elle éprouvait qu'à cause de la dyspnée qu'entraînait le volume considérable de l'abdomen.

A la pression, et sur la ligne médiane, on trouvait de la matité dans toute l'étendue comprise entre le pubis et l'épigastre; latéralement cette matité s'étendait d'une épine iliaque d'un côté à celle du côté opposé. Elle ne se déplaçait pas suivant la position donnée à la malade. La palpation, faite avec le plus grand soin, laissait percevoir une fluctuation obscure, principalement vers les parties supérieures. L'utérus était immobile, en antéversion légère, et paraissait englobé au milieu de la masse qui remplissait la cavité abdominale. Enfin, une ponction faite par le médecin ordinaire de la malade avait donné issue à un liquide gélatineux en tout comparable à celui que l'on rencontre dans certaines variétés de kystes ovariques.

En présence de ces symptômes, le diagnostic fut : kyste gélatineux de l'ovaire, probablement avec adhérences générales. Bien que l'opération ne parût offrir que peu de chances de guérison, néanmoins M. Péan se décida à la tenter. Elle fut pratiquée, le 27 juillet, dans la maison de santé située rue du Cherche-Midi, 84, en présence de plusieurs confrères.

La longueur de l'incision faite aux parois abdominales fut de 0m,15. Dès que le péritoine eut été divisé, il s'écoula environ 15 litres d'un liquide gélatiniforme, brun-noirâtre, mêlé par places de stries sanguinolentes, ce qui permit à l'opérateur d'examiner à loisir la cavité péritonéale. Il fut frappé de ce fait qu'il n'y avait pas de poche kystique, ou plutôt que la poche était constituée par le péritoine lui-même, très-hypertrophié par places, et couvert de fausses membranes. En soulevant les lèvres de l'incision, on apercevait les anses intestinales légèrement injectées et animées de contractions vermiculaires. Les unes flottaient librement dans le ventre; les autres, principalement dans le petit bassin, étaient englobées au milieu de masses kystiques qui les soudaient les unes aux autres. Ces poches avaient des parois d'une extrême minceur, si bien qu'il suffisait de la moindre pression pour les rompre; leur volume variait entre la grosseur d'un pois et celui d'une grosse amande. Quant à leur contenu, il était identique avec celui qui s'était échappé au dehors lors de l'ouverture de l'abdomen.

Poussant plus loin l'examen, on trouva que le foie, ainsi que la rate, étaient couverts de fausses membranes. L'utérus, les trompes et les ovaires n'offraient rien de particulier. Tous ces organes, intestin, foie, rate, utérus, étaient baignés par le liquide gélatineux qui remplissait la cavité péritonéale. Après quelques tentatives infructueuses faites en vue de s'éclairer sur la question de savoir quel pouvait être le point de départ d'une aussi singulière sécrétion, M. Péan dut se hâter de refermer l'abdomen, au moyen de quelques points de suture, après l'avoir préalablement débarrassé, le plus posssible, de ces masses gélatineuses. L'opération n'avait pas duré plus d'une heure.

Les suites furent des plus heureuses. Au bout de quelques jours, l'état général de la malade était bien meilleur qu'avant l'opération. Les douleurs abdominales avaient disparu, ainsi que le teint cachectique qui avait été remarqué lors du premier examen. La respiration était plus libre, et les fonctions digestives, bien que languissantes encore, étaient en voie de s'améliorer. Malheureusement, ainsi qu'il y avait lieu de le redouter, le liquide ne tarda pas à se reproduire, et il s'établit en même temps, au niveau de la plaie faite aux parois de l'abdomen, plusieurs fistules par lesquelles il s'échappait sans interruption. Malgré cela, la malade ayant manifesté le désir de retourner dans son pays, on put le lui permettre sans inconvénient.

L'examen microscopique des fausses membranes et de la séreuse péritonéale détachées sur quelques points pendant l'opération, a été fait par MM. Ranvier et Malassez, qui en ont consigné les résultats dans la note suivante :

Examen du péritoine. — Sur une coupe du péritoine, on trouve des loges remplies de matière colloïde, et séparées les unes des autres par des cloisons plus ou moins épaisses de tissu conjonctif. Ce tissu conjonctif est lui-même altéré, et si on l'examine à un plus fort grossissement, on voit :

1° Que les cellules sont considérablement hypertrophiées, ainsi que les noyaux;

2° Que le protoplasma a subi la dégénérescence colloïde, offrant en outre un certain nombre de granulations graisseuses;

3° Que les faisceaux de substance conjonctive interposés entre les cellules tendent à disparaître, comprimés qu'ils sont par les cellules hypertrophiées.

En certains points, il semble que la substance conjonctive elle-même ait subi la dégénérescence colloïde.

Examen de la matière colloïde. — Si on examine la matière colloïde répandue dans la cavité péritonéale, on y retrouve des débris de cellules, des noyaux plus ou moins altérés avec protoplasma disparu en partie.

Cette matière colloïde est en tout semblable à celle que l'on trouve dans les petites loges du péritoine, de telle sorte qu'il est probable qu'elle provient de la *transformation colloïde* des cellules de tissu conjonctif, et peut-être des faisceaux conjonctifs eux-mêmes. Nous n'avons trouvé nulle part de production analogue au cancer ou au sarcome, de telle sorte qu'il est probable que l'on a affaire, non pas à une production nouvelle ayant subi une dégénérescence colloïde, mais simplement à *une péritonite chronique, avec dégénérescence colloïde des éléments produits et de l'exsudat.*

Cette observation soulève plusieurs problèmes pour le clinicien et pour l'histologiste. Tout d'abord, quel nom donnera-t-on à cette singulière affection ? Devra-t-on la rattacher à une péritonite chronique, à une inflammation diphthéritique, ou bien encore à une inflammation causée par un produit néoplasique, tel que le tubercule ou le cancer avec toutes ses variétés ? Devra-t-on y voir, au contraire, une dégénérescence particulière, non encore

---

FEUILLETON

ASSEMBLÉE NATIONALE

SÉANCE DU 5 DÉCEMBRE 1871.

Proposition de loi tendant à réorganiser l'enseignement de la médecine, présentée par M. Alfred Naquet, membre de l'Assemblée nationale.

EXPOSÉ DES MOTIFS (1).

Du corps enseignant.

Actuellement, à la Faculté de médecine, il n'y a point ou à peu près point de cours élémentaires. Il n'y a que des cours très-élevés, faits par les professeurs titulaires et durant deux ou trois ans. Les professeurs sont, il est vrai, assistés par des agrégés; mais ces agrégés ne sont que des professeurs suppléants chargés de faire passer les examens et de faire les cours à la place des professeurs titulaires, quand ceux-ci font défaut par une cause quelconque.

Les professeurs sont directement nommés par le chef du pouvoir exécutif, sur la présentation du ministre de l'instruction publique; ils sont pris soit parmi les docteurs, agrégés ou non, âgés de trente ans au moins, soit sur une double liste de présentation qui est nécessairement demandée à la Faculté où la vacance se produit et au conseil académique. Pas de concours obligatoire, même par titres: car si la présentation par la Faculté peut être considérée comme une espèce de concours par titres, le droit accordé au chef du pouvoir exécutif de choisir, même en dehors des candidats présentés, exclut toute idée de concours.

Les agrégés sont divisés en deux classes :

1° Les agrégés en activité. — La durée de leurs fonctions est fixée à six ans pour la Faculté de Paris, et à neuf ans pour les autres Facultés; ils font trois ans de stage avant d'entrer en fonctions, et, pendant ce temps ne touchent aucun traitement, à moins qu'on ne les charge de conférences, ce qui n'a ordinairement pas lieu. Une fois en fonctions, ils ont droit à un traitement fixe de 1,000 fr. par an et à un traitement éventuel qui dépend du nombre des examens et qui, à Paris, s'élève approximativement à 800 fr.

2° Les agrégés libres dont les fonctions sont expirées; ils ne reçoivent aucun traitement.

Les agrégés sont nommés au concours.

Ils peuvent être autorisés à ouvrir des cours complémentaires dans le local de la Faculté, mais ces cours ne sont pas de rigueur.

Il résulte de ces dispositions : [illegible] agrégés, réduits à l'état de simples examinateurs, sont presque une superfétation dans l'école, où ils n'ont qu'un rôle très-effacé; 2° que les professeurs, nommés par décret souverain du chef du pouvoir exécutif, en dehors de tout concours actuel ou antérieur, ne présentent pas des garanties suffisantes.

Il faut transformer les agrégés en de véritables professeurs temporaires, chargés des cours élémentaires que les professeurs titulaires ne font pas. L'enseignement sera alors complet : il se composera, comme à l'heure présente, de ces cours transcendants, où tous les sujets sont traités à un point de vue élevé, où l'on peut développer, suivre tous les progrès de la science, où l'on enseigne les méthodes qui conduisent aux grandes découvertes; mais il se composera en même temps, de cours destinés à ceux qui ne savent pas encore, et qui pourront dès lors acquérir, en assistant aux leçons professées à la Faculté, les connaissances exigées d'eux aux examens.

Autre point d'une grande importance : les professeurs ne doivent pouvoir être choisis que parmi les agrégés libres ou en exercice. Si, en effet, on persiste à les prendre indistinctement parmi tous les docteurs âgés de trente ans, le concours par titres ne suffit plus; il faut un concours oral prouvant que le candidat non-seulement sait, mais encore sait enseigner. Or, le concours oral, excellent pour des jeunes gens qui débutent et qui aspirent à l'agrégation, ne donne que de mauvais résultats lorsqu'on veut l'étendre au professorat; il oblige tous les savants qui veulent devenir professeurs à un travail de compilation, à un travail de mémoire, à un travail im-

(1) Suite — Voir les numéros des 21 et 26-28 décembre 1871.

décrite, du péritoine ou du mésentère, se rapprochant jusqu'à un certain point du cancer colloïde? Aux histologistes de se prononcer là-dessus.

Pour ce qui est du point de vue purement clinique, voici les réflexions que ce fait a suggérées à M. Urdys, qui en a fait le sujet d'une étude attentive. Examinant la question au double point de vue du diagnostic et de ce qu'il y aurait à faire au cas où le chirurgien se trouverait en présence d'un fait semblable, il se demande d'abord s'il était possible, avant l'opération, de faire un diagnostic exact. « Nous n'hésitons pas, dit-il, à répondre par la négative ; car nous retrouvions chez notre malade tous les symptômes ordinaires des kystes gélatineux de l'ovaire. En effet, on avait constaté, au début, la présence d'une petite tumeur dont le volume s'était successivement accru de bas en haut. (La malade, ainsi que son médecin, étaient très-affirmatifs sur ce point.) A une période plus avancée, alors que le ventre était complétement distendu, la percussion nous avait donné partout une matité absolue. Cette matité d'ailleurs était fixe, et nous n'obtenions en même temps que la sensation d'une fluctuation obscure. De plus, la présence de quelques bosselures plus ou moins consistantes rappelait à s'y méprendre l'aspect des kystes multiloculaires, et la ponction elle-même, en donnant issue à un liquide en tout comparable à celui de certains kystes ovariques, n'avait servi qu'à obscurcir le diagnostic, loin de l'éclairer, ainsi que cela arrive ordinairement. Ce ne fut que lorsque l'abdomen eut été ouvert, et qu'un examen direct fut ainsi rendu possible, que nous pûmes établir un diagnostic exact, non toutefois sans avoir eu à lutter contre de sérieuses difficultés, tenant tant à la gêne apportée dans notre exploration par les matières épanchées dans la cavité péritonéale, qu'au soin que nous avons dû prendre d'empêcher l'intestin de s'échapper au dehors.

Quant au traitement, il ne peut consister qu'à enlever le plus possible de cette matière gélatineuse, et à refermer l'abdomen le plus vite possible dans toute l'étendue de l'incision primitive. Cette manière d'agir, qui est celle qui a été employée chez cette malade, amènera, sinon une guérison définitive, du moins un soulagement très-marqué, ainsi que cela a eu lieu dans le cas présent. »

De l'absorption par la muqueuse vésico-uréthrale et de quelques-unes de ses applications thérapeutiques.

Nous avons exposé, il y a environ deux ans, l'état d'incertitude où était la science sur la question de savoir si la muqueuse vésicale est douée de la propriété d'absorber, jusqu'à quel point et dans quelles conditions elle absorbe, et s'il y a lieu de chercher à utiliser cette propriété dans un but thérapeutique. Nous avons rappelé, à cette occasion, quelques-uns des faits invoqués de part et d'autre, pour ou contre l'absorption, et mis sous les yeux de nos lecteurs les expériences alors récentes du professeur Küss (de Strasbourg), et de M. Suzini, l'un de ses élèves. Ces expériences nous ont paru alors à peu près décisives en faveur de l'absorption, mais de l'absortion limitée et à peu près circonscrite aux conditions d'état pathologique de la muqueuse vésicale.

Des faits cliniques se sont produits depuis; des expériences nouvelles ont été faites qui tendent également à confirmer cette proposition.

Témoin d'une série de faits cliniques observés en 1868, dans le service de M. Guyon, à l'hôpital Necker (le service des maladies des voies urinaires dont M. Guyon était alors chargé), et qui démontraient irrécusablement l'absorption de certains agents médicamenteux, la morphine notamment, dans les cas d'inflammation plus ou moins intense de la muqueuse vésicale, M. le docteur Edward Alling a institué une série d'expériences sur les animaux, dans le but d'éclairer de nouveau cette question. Ces observations et les résultats de ces expériences sont consignés dans un travail que M. Alling vient de publier sous ce titre : *De l'absorption par la muqueuse vésico-uréthrale* (1).

Rapprochant ses expériences de celles de MM. Küss et Suzini, M. Alling en tire cette conclusion, qui ne paraît plus laisser subsister aucun doute aujourd'hui, qu'à l'état sain la vessie n'absorbe d'une façon appréciable aucune des substances actives qui y sont injectées, telles que strychnine, atropine, morphine, iodure de potassium, etc.; mais que l'urèthre sain absorbe très-bien ces mêmes substances (du moins la strychnine, l'atropine et la morphine, les autres n'ayant pas été expérimentées par cette voie).

Ce principe établi, M. Alling a voulu voir comment la vessie enflammée se comporterait en présence de ces mêmes substances. Dans des séries d'expériences sur des vessies d'animaux artificiellement enflammées, il a constaté (sauf dans 1 cas sur 12 expériences) l'absorption de la strychnine et de l'atropine en proportions très-notables.

Mais voici la série plus importante des faits cliniques qui, par leur concordance avec les résultats de ces expériences, deviennent tout à fait concluants.

Ces observations sont au nombre de six. Dans toutes, il a été fait usage d'injections dans la vessie, chez des sujets atteints de cystite à différents degrés, de *vingt* à *trente* gouttes contenant chacune *deux* milligrammes de chlorhydrate de morphine; la vessie ayant été toujours préalablement vidée. Dans le premier fait, les douleurs très-vives et qui causaient l'insomnie ont été rapidement calmées, la fréquence de la miction remarquablement diminuée et le sommeil rappelé. Dans le 2e fait, le malade a obtenu, dès le quatrième jour, un calme tel qu'il n'en avait point éprouvé depuis six mois. Un 3e et un 4e malades ont été calmés de même. Chez un 5e malade atteint de cystite aiguë, chaque injection a été suivie d'un soulagement très-notable dans la fréquence des envies d'uriner et dans les douleurs.

En résumé, au point de vue pratique, il ressort de ces observations que les injections de chlorhydrate de morphine dans la vessie peuvent être d'un utile secours en thérapeutique. Mais pour obtenir ces bons résultats, il ne faut pas oublier ces deux conditions essentielles : vider préalablement la vessie et injecter les substances médicamenteuses à des doses assez élevées. Pour la morphine, par exemple, il ne faut pas craindre d'en injecter 3, 4, 5 centigrammes à la fois, en employant une solution au 25e, qui donnera 2 milligrammes de sel de morphine par goutte. Nous ajouterons, tout en considérant la méthode comme bonne et susceptible de rendre des services réels dans l'ordre limité des affections dont il s'agit, qu'il faut à la fois compter un peu avec ses inégalités d'action, pour ne pas dire son infidélité, cette action étant relative à un degré d'état morbide qui peut être lui-même très-variable, et aussi avec des dangers possibles, si l'on venait à tomber sur un de ces cas où l'activité absorbante dépasserait les proportions moyennes ; d'où la nécessité, en tout état de cause, de surveiller attentivement les effets.

(1) Broch. in-8° de 36 pages. — Paris, 1871.

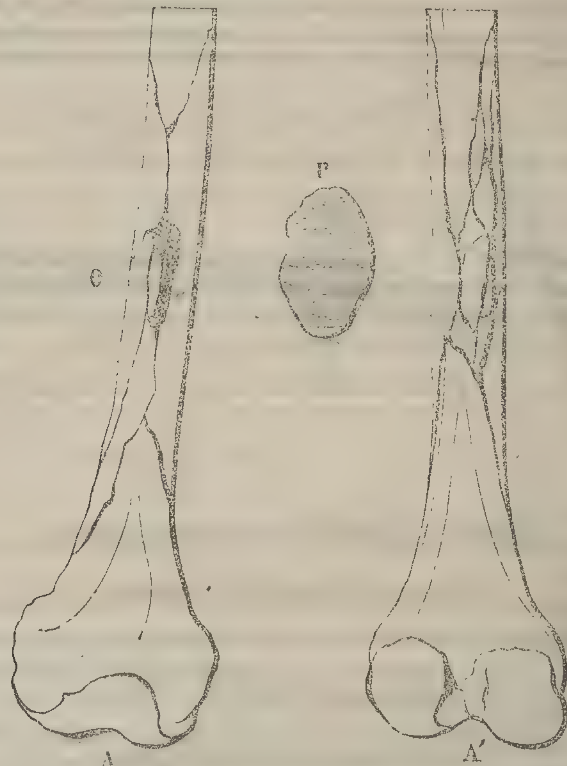
DES BALLES EXPLOSIBLES

Par M. E. Thierry.

Tout chirurgien appelé pendant cette guerre à prodiguer des soins aux blessés, soit dans les armées, soit dans les hôpitaux, a certainement entendu accuser nos ennemis de faire usage de balles explosibles. Il est vrai que ceux-ci nous renvoyaient les mêmes reproches, et qu'un de leurs chefs n'a pas craint d'en faire le sujet d'un long rapport officiel. Les journaux des deux partis se sont faits à l'envi l'écho de ces accusations réciproques, sans autre preuve à l'appui que les témoignages des soldats. Je pourrais ajouter que quelques médecins, abusés par l'assurance des blessés, ont au moins conservé des doutes, s'ils n'ont pas ajouté une foi entière aux affirmations trop positives de leurs malades, soldats et même officiers.

Outre des faits nombreux, observés dans un service de chirurgie très-actif de l'hôpital Saint-Louis, celui de M. le docteur Guérin, j'ai recueilli une pièce qui me paraît démontrer d'une manière indiscutable le peu de fondement de ces reproches, tout en expliquant comment ils ont pu prendre naissance.

Un militaire blessé aux affaires sur la Marne présentait, à la partie antérieure et moyenne de la cuisse gauche, une plaie ovalaire qui n'admettait qu'avec peine l'extrémité du petit doigt. A l'aide d'une pression modérée, on pénétrait dans une vaste poche remplie de caillots et d'une bouillie musculaire au milieu de laquelle on sentait de nombreuses esquilles. Le fémur était broyé sur une longueur de 15 centimètres, et la cuisse, privée de son soutien, était très-mobile. L'opération était urgente et fut pratiquée par M. le docteur Guérin, à l'union du tiers supérieur avec les deux tiers moyens.



La planche représente la face antérieure (A) et la face postérieure (A') du fémur.
P, le projectile vu de face.
O, son orifice d'entrée dans le fémur.

La peau ne présentait qu'un seul orifice étroit ; le projectile fut donc retrouvé dans la plaie ; il était unique. Il est formé par une plaque de plomb ovalaire ayant 22 millimètres de long, 10 de large et 3 d'épaisseur ; son poids est de 5 grammes, tandis que le poids de la balle prussienne est de 30 grammes environ.

En réunissant les fragments, je reconstituai l'os, excepté en avant, où existe une ouverture ovalaire comme la balle, et répondant à la plaie des téguments. Un seul fragment, qui s'étend jusqu'à la ligne âpre, constitue la face interne de l'os. La face externe n'offre que deux fragments ; la face postérieure et un peu externe présente des fragments de 1 à 2 centimètres qui convergent au point où a frappé le projectile.

La petitesse du projectile, comparée à l'étendue des lésions, paraît justifier l'idée de balles explosibles. Il n'en est rien. La forme du projectile s'explique facilement : on sait qu'il est très-rare d'extraire des tissus une balle qui ait conservé sa forme ; il faut pour cela que la balle n'ait point rencontré d'obstacle, qu'elle atteigne des parties molles et qu'elle ait peu de vitesse, sans quoi elle ferait un séton. Le plus ordinairement, elle est déformée, soit qu'elle ait frappé sur une branche, un mur, une pièce d'équipement, et blesse par ricochet.

Notre balle ainsi coupée, mais animée encore d'une grande vitesse, a découpé comme à l'emporte-pièce la face antérieure du fémur, tandis qu'elle n'a fait que fragmenter la face opposée, en communiquant aux fragments ce qui lui restait de force vive. Ceux-ci, à leur tour, devenus de véritables projectiles, ont causé les désordres que nous avons signalés. D'autres exemples, tirés de l'observation clinique, viennent confirmer cette explication, que l'on pourrait appuyer des considérations suivantes :

---

productif, et diminue d'autant le nombre des véritables productions scientifiques. Nous pensons qu'on évite le double écueil que nous venons de signaler en faisant nommer les agrégés au concours oral et les professeurs au concours par titres, mais en établissant que les professeurs ne peuvent être choisis que parmi les agrégés.

Inutile d'ajouter que nous repoussons pour la nomination des professeurs, comme pour celle des agrégés, l'intervention du chef du pouvoir exécutif ou du ministre de l'instruction publique. Les jurys chargés d'assister aux épreuves orales ou d'examiner les titres des candidats ne doivent pas être de simples jurys consultatifs, mais des jurys souverains jugeant en dernier ressort. Seulement, comme il importe de combattre l'esprit de routine qui ne manque jamais de s'introduire dans un corps savant lorsque ce corps se recrute lui-même, nous proposons que les jurys chargés du choix des professeurs ou des agrégés se composent nécessairement de quinze membres fournis par la Faculté, l'Académie de médecine et l'Institut, à nombre égal. Les cinq membres de l'Académie de médecine devraient être en même temps étrangers à la Faculté, et parmi les cinq membres de la Faculté, il y aurait deux agrégés au moins, afin de représenter l'élément jeune.

Pour éviter un abus assez fréquent et qui consiste dans l'incapacité — qu'on me permettra d'appeler acquise — de certains professeurs, nous voudrions voir adopter une disposition en vertu de laquelle chaque professeur serait soumis à un jury analogue à celui qui l'aurait nommé, et ayant puissance de révocation, lorsque pendant deux années consécutives il n'aurait pas réuni à son cours une certaine moyenne d'élèves, fixée par la Faculté en tenant compte de la nature des cours.

Les professeurs devant être choisis parmi les agrégés qui ont le plus de titres scientifiques, qui ont produit le plus, il importe de donner aux agrégés le moyen de vivre et de travailler. C'est pourquoi nous proposons de rendre leur traitement fixe et de l'élever de 1,800 fr. à 6,000 fr. par an (art. 5).

Du corps examinant.

La confusion qui existe en ce moment entre le corps examinant et le corps enseignant est une confusion fâcheuse. Elle compromet à la fois la dignité du professeur, la solennité de l'examen et la valeur de l'élève. Malgré lui, sans qu'il s'en rende compte, l'homme qui professe tient à ce que les réponses de ceux qu'il interroge soient en harmonie avec les idées qu'il a émises. Souvent, sur les questions discutées, les différents professeurs ont des opinions différentes. On voit alors les étudiants se préoccuper beaucoup moins de ce qui est vrai que de ce qu'a dit sur ce sujet le professeur qui doit l'examiner. On voit aussi l'élève qui sait s'attirer la bienveillance du professeur par des réponses calculées, obtenir des notes supérieures à celles du candidat qui s'est moins préoccupé des idées spéciales du maître et plus préoccupé de la vérité scientifique.

On ne peut mettre un terme à ces abus qu'en coupant le mal dans sa racine et en séparant le corps examinant du corps enseignant.

Le corps examinant doit être composé ainsi que le corps enseignant :

1° D'examinateurs titulaires chargés des examens annuels et des examens finaux ou de licence;

2° D'examinateurs agrégés, chargés des examens mensuels. (Voir le chapitre des examens.)

Les examinateurs agrégés doivent pouvoir être nommés au concours, comme les professeurs agrégés, par un jury composé de membres de la Faculté, de l'Académie de médecine et de l'Institut, avec cette différence toutefois que, au lieu de professeurs, il est bon de mettre dans ce jury des examinateurs comme membres de la Faculté. Ce concours étant surtout destiné à montrer que le candidat possède les qualités d'un examinateur, il est indispensable que les examinateurs titulaires ne puissent être choisis que parmi les examinateurs agrégés, c'est-à-dire parmi ceux qui ont donné des preuves de capacité. Leur nomination doit résulter, comme pour les professeurs, d'un concours par titres. Elle doit être faite, en d'autres termes, par un jury de même composition que le précédent, chargé d'examiner les titres scientifiques de chacun et jugeant souverainement.

Comme conséquence naturelle de la séparation du corps enseignant et du corps examinant, il est nécessaire d'admettre que si un examinateur titulaire ou agrégé concourt pour l'agrégation au professorat, et s'il est nommé, il ne pourra cumuler ses nouvelles fonctions avec ses fonctions anciennes et devra opter.

(*A suivre.*)

1° L'inutilité de la balle explosible, la balle ordinaire suffisant à elle seule à déterminer la mort;

2° Leur légèreté paralyserait leur portée, et, par suite, la justesse du tir;

3° Le prix de ces projectiles doit être très-élevé et leur manœuvre très-dangereuse.

J'ai eu l'honneur de présenter cette pièce à la Société anatomique, dans la séance du 8 décembre; aucune objection ne fut faite à mes conclusions. On m'apporta, au contraire, de nouveaux arguments en leur faveur. C'est ainsi que M. Duguet fit remarquer qu'il avait observé à l'ambulance du château de Blois des faits encore plus convaincants; il a retrouvé chez plusieurs amputés (sujets prussiens) des balles coupées en plusieurs morceaux; elles se seraient subdivisées en rencontrant successivement plusieurs fragments osseux.

J'ai moi-même observé un cas identique, mais plus simple, sur un soldat français. Il avait reçu une balle qui, après avoir traversé la cuisse gauche vers sa partie moyenne, s'était logée dans la cuisse droite, d'où elle fut extraite par M. le docteur Guérin, à la partie externe, après l'incision des téguments. C'était une balle prussienne ovoïde, dont la grosse extrémité présentait une surface de section très-nette. Quelques jours après, on retrouva dans le pansement une parcelle de plomb qui complétait la balle. Il est probable que la segmentation avait eu lieu sur la ligne âpre du fémur, que la balle avait effleurée.

M. le docteur Houel mentionne également des faits analogues observés sous la commune. Il s'agissait de balles de fusil à tabatière, qui sont, comme on le sait, profondément excavées à la base, et qui se comporteraient, d'après ce chirurgien, comme de petits obus. Cette explication de M. le docteur Houel ne me paraît pas justifiée, et je crois qu'il serait plus exact d'attribuer à la minceur des parois du projectile sa division plus facile, et fréquemment observée dans les faits en question.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 20 décembre 1871. — Présidence de M. H. Blot.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

La Gazette des Hôpitaux. — *L'Union médicale.* — *La Gazette hebdomadaire,* — *Le Bulletin général de thérapeutique médicale et chirurgicale.* — *Le Montpellier médical.* — *Le Bulletin de la Société des sciences médicales de Gannat (Allier).* — *Le Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique.* — *L'Art dentaire.* — *Transactions of the pathological Society of London.* (Volume 22.)

— Un questionnaire, avec réponses, intitulé : *Questions sur les actes de la Société nationale anglaise pour les malades et les blessés pendant la guerre franco-allemande.* Londres, 1871 (en anglais).

— *Rapport de la Société nationale anglaise sur les opérations pratiquées par ses membres pendant la guerre franco-allemande,* avec cartes, Londres, 1871 (en anglais).

— M. Larrey dépose sur le bureau une circulaire des membres du comité de reconstitution de la bibliothèque du Louvre; dans cette circulaire on demande, pour la reconstruction de cette bibliothèque, les exemplaires de livres dont la Société de chirurgie pourrait disposer.

— De la part de M. le docteur Molinier, un mémoire intitulé : *Plaies de tête par arme à feu; trépanation.*

— Le rapport de M. le docteur Chenu, directeur général des ambulances de la Société française de secours aux blessés militaires.

— M. Panas dépose sur le bureau un mémoire manuscrit de M. le docteur Bousseau (de Chollet, Bretagne). Ce mémoire contient le résumé statistique de toutes les opérations pratiquées par M. le docteur Broussais. (Renvoi à la commission de statistique.)

LECTURE

Abcès froid de la région mammaire. — M. Horteloup lit l'observation suivante :

Abcès par congestion dépendant d'une lésion sternale ayant envahi la région mammaire. — Extirpation. — Guérison.

Le 30 octobre 1871, Marie L..., âgée de 34 ans, entrait à la salle Sainte-Madeleine, 15, hôpital Saint-Antoine, pour une volumineuse tumeur de la mamelle droite.

Au premier abord, on croirait avoir devant les yeux une mamelle normale hypertrophiée; la peau blanche, rosée, ne présente aucun signe particulier; le mamelon n'est nullement déformé; il n'y a aucune saillie, aucune bosselure appelant l'attention. On peut soulever cette mamelle, qui repose sur les dernières côtes, et en mesurer la circonférence au niveau du sillon formé par la poitrine et la mamelle, on trouve 52 centimètres.

Cependant une disposition particulière prouve que l'on n'a pas affaire à une hypertrophie simple; c'est qu'il existe un prolongement arrondi, conique, qui va en diminuant jusqu'au niveau de l'articulation sterno-claviculaire droite.

Pour bien juger du volume de ce sein, il faut le comparer avec celui du côté opposé, flasque, pendant, réduit à un double feuillet cutané dans lequel on sent les glandes mammaires.

La palpation ne fait découvrir aucun point dur et solide; la consistance éloigne l'idée d'une tumeur solide, et fait de suite penser à une collection liquide. En effet, on perçoit facilement une fluctuation des plus manifestes dans quelque sens que l'on fasse des recherches.

En saisissant à pleine main la base de la mamelle, on fait refluer du liquide jusque dans la partie supérieure de la poche.

L'examen à la lumière ne fait reconnaître aucune transparence.

A quelle espèce de collection liquide avions-nous affaire? La malade fait remonter le début de son mal à sept ans; à cette époque, elle commença à souffrir à la partie supérieure droite du sternum, et elle vit survenir du gonflement dans cette région.

Elle consulta M. Velpeau, qui lui fit appliquer un cautère au-dessous de l'articulation sterno-claviculaire. Ce cautère, dont on voit encore la cicatrice, guérit au bout de quelques semaines, mais n'enraya aucunement la maladie; le point douloureux persista, la tuméfaction devint grosse comme une noix; chaque année elle descendait de quelques centimètres en s'évasant; enfin il y a deux ans, elle vint se loger dans la mamelle, où elle put s'étaler sans difficulté.

En rapprochant les symptômes fournis par l'examen et la marche de la maladie si nettement indiquée par cette femme, je portai le diagnostic d'un abcès par congestion ayant pour point de départ la région sterno-claviculaire droite.

La poche de l'abcès était manifestement située entre la peau et le grand pectoral; la peau, que l'on pouvait pincer, est excessivement fine; elle glisse sur la poche que l'on croit voir à travers l'enveloppe cutanée.

En recherchant où était située la glande mammaire, on la retrouve à la partie inférieure et postérieure; là, les doigts font constater une résistance mollasse qui est tout à fait semblable à celle que donne la palpation du sein du côté opposé.

La malade a toujours été bien portante; elle a eu sept enfants, dont un seul a survécu. Elle n'a jamais eu de douleurs vives dans la région malade, mais quelquefois dans le bras. Elle a eu un enfant depuis que le mal a débuté, et elle est encore bien réglée. Elle ne souffre pas, mais tous les mouvements sont devenus difficiles. Le poids lui interdit tout travail; aussi désire-t-elle vivement être débarrassée de sa tumeur.

Par quel procédé pourrait-on obtenir la guérison de cet énorme abcès?

Sans vouloir entrer dans une discussion sur tous les modes de traitement qui ont été préconisés et qui ont donné de bons résultats, je dois faire remarquer que ma malade se trouvait dans des circonstances particulières qui devaient en faire échouer un grand nombre.

Ainsi il était difficile d'espérer la rétraction d'une poche dure, fibreuse, située superficiellement, isolée de toute espèce de tissus capables d'aider à son retrait.

Sa dimension pouvait faire redouter de terribles accidents inflammatoires, qui avaient de grandes chances pour se terminer par des accidents d'expection purulente, comme on le voit si souvent à la suite des ouvertures d'abcès par congestion.

L'état particulier de la poche, la distension de la peau, interdisaient de songer à vider le kyste avec un gros trocart; car il est plus que probable que l'ouverture serait restée fistuleuse.

Quel que soit le procédé employé, en admettant que la malade ait pu éviter les accidents septicémiques, je ne pouvais penser obtenir la guérison sans qu'il se produisît une longue suppuration qui aurait certainement épuisé la malade. En outre, si on pouvait espérer l'oblitération de la poche, pouvait-on penser guérir le point de départ de la maladie, c'est-à-dire la lésion osseuse sur laquelle il aurait été difficile d'agir?

Ce furent ces différentes raisons et la situation sous-cutanée de la poche qui me firent penser que l'on pourrait tenter avec succès l'extirpation de ce kyste, une *véritable ovariotomie.*

Le 6 novembre, la malade était soumise au chloroforme. Je fis, à la partie supérieure, un peu au-dessous de la cicatrice du cautère, une incision de 5 centimètres, qui me fit mettre à nu une poche blanche et nacrée; avec mon doigt et le manche de mon bistouri, je pus décoller facilement la peau dans une assez grande étendue. Craignant qu'il n'en fût pas de même partout, je fis, à la partie inférieure, à 5 centimètres en dedans du mamelon, une nouvelle incision qui me donna le même résultat. Je pus décoller toute la peau qui recouvrait la partie antérieure; mais il m'aurait été difficile de continuer avec ces deux seules ouvertures; aussi les réunis-je et j'obtins ainsi une incision ayant plus de 20 centimètres. Je terminai le décollement de toute la peau sur les parties latérales. Je détachai la poche de la glande mammaire, puis la faisant relever, je la détachai du grand pectoral.

Ce temps de l'opération fut long, mais il ne présenta aucune difficulté; quelques artérioles durent être liées, mais la malade perdit peu de sang.

Au niveau du troisième espace intercostal, les faisceaux du grand pectoral étaient séparés et le kyste adhérait avec l'aponévrose intercostale; ces adhérences furent facilement détruites.

A 2 centimètres de l'extrémité interne de la clavicule, la dissection ne fut plus possible, on reconnaissait que l'on était arrivé à la limite de la poche. J'ouvris le sac, qui s'était déjà vidé en partie par une rupture faite en décollant la partie inférieure; il s'écoula près de deux litres de pus semblable à celui des abcès froids, dans lequel on retrouva deux parcelles d'os.

Le kyste traversait les fibres du grand pectoral, j'excisai avec des ciseaux toute la poche, j'introduisis mon doigt dans le trajet formé par le grand pectoral, et je pus constater que le bord du sternum entre la première et la seconde côte était dénudé; j'y portai deux cautères artériels, que j'y éteignis.

Pour éviter que le pus ne s'accumulât dans cette vaste cavité, je fis à la partie la plus déclive une contre-ouverture.

Cette vaste cavité fut bourrée de coton, et j'établis le pansement compressif ouaté de M. Guérin.

Dans les quatre jours qui suivirent l'opération, la malade présenta des accidents nerveux, maux de tête, douleurs intercostales; la parole est brève, il y a eu de nombreux vomissements, mais cependant la langue est bonne et le pouls régulier et sans fréquence.

11 novembre. Le pansement étant souillé de pus, l'appareil est défait. Il n'y a presque pas de gonflement; les tissus sont frais et roses.

Le lendemain, la malade est très-bien; elle a passé une excellente journée, elle n'a pas vomi. Même pansement.

Le 20 novembre, la plaie a notablement diminué de volume; on ne met plus de charpie dans la plaie; compression modérée. Bon appétit; pas de fièvre.

25 novembre. La contre-ouverture qui a été faite à la partie la plus inférieure est aujourd'hui remontée au niveau du bord axillaire. La peau du sein est rétractée et foncée. La plaie est rose, fraîche. État général très-bon.

1er décembre. Toute la partie profonde est déjà guérie. Le trajet qui conduisait à la lésion osseuse est fermé; il ne s'écoule plus de pus. L'incision est réduite à 12 centimètres. La malade se lève deux heures par jour.

10 décembre. Le tube à drainage est enlevé; l'incision diminue tous les jours.

19 décembre. La malade se lève toute la journée; le recollement de toute la peau est complet, il ne reste plus qu'une plaie plate, longue de 8 centimètres et large de 2 à 3, qui ne tardera pas à se cicatriser.

Cette observation m'a paru très-intéressante à être communiquée à la Société pour plusieurs raisons. Le siége de la poche est très-exceptionnel; car les abcès venus d'une lésion sternale se développent soit sous le grand pectoral, soit sous sa gaîne. Celui-ci a traversé les fibres du grand pectoral pour venir se loger sous la peau. De plus, il a repoussé en bas la glande mammaire, au lieu de la repousser en dehors, ce qui est le plus fréquent.

Enfin le procédé opératoire, un peu en dehors des modes de traitement accoutumés, m'a paru utile à être soumis à votre appréciation; car, pour penser à pratiquer une opération aussi radicale, il a fallu être dans des conditions exceptionnelles qui auraient, j'en ai la conviction profonde, fait échouer tous les autres procédés.

DISCUSSION

M. Giraldès. Je ne saisis pas pourquoi M. Horteloup dit que l'abcès venait du sternum, et était passé entre le grand pectoral et la peau. Lorsque des abcès par congestion venus du sternum prennent de l'accroissement, c'est dans la gaîne du grand pectoral qu'ils se développent, et, avant d'arriver sous la peau, ils rencontrent l'aponévrose, qui les arrête.

M. Horteloup. Le mal durait depuis sept ans; il avait débuté sur le sternum, et Velpeau avait fait mettre en ce point un cautère. La tumeur s'était développée de haut en bas. En disséquant la tumeur, j'ai trouvé les fibres du grand pectoral traversées par le kyste purulent.

M. Chassaignac. M. Horteloup a eu un succès, mais il avait bien des chances contre lui; car il a fait une plaie énorme et s'exposait à des fusées purulentes. Je ne veux pas insister sur le drainage, mais je pense qu'il eût pu être utile dans un cas pareil. Je ne crois pas non plus que, si l'abcès avait réellement pour origine une lésion osseuse, la fistule qu'a constatée M. Horteloup ait pu être guérie radicalement par une cautérisation.

M. Forget demande en quel point l'os était malade.

M. Horteloup. Je pense que c'était une partie limitée du sternum. Je ne suis pas d'avis que le drainage eût été bon; car l'ouverture des kystes purulents est grave, même lorsque l'on emploie le drainage, et c'est après avoir pesé les chances d'inflammation que je me suis décidé à pratiquer l'ablation, espérant qu'il y aurait moins de gravité à faire une opération qui, en résumé, n'est pas plus grave que l'amputation du sein, plutôt que d'exposer la malade aux chances d'absorption des produits putrides dans un abcès froid ouvert.

M. Larrey. Les abcès par congestion de la poitrine dus à des altérations des côtes sont moins graves que les autres abcès par congestion. Leur traitement est plus facile et on en obtient souvent la guérison. Ils sont fréquents chez les soldats et ont souvent pour cause un traumatisme. Au Val-de-Grâce, ils sont fréquents, et j'en ai vu plusieurs dans une seule année. Burdy, un de nos chirurgiens-majors, tué à Gravelotte, avait fait une excellente thèse sur les ostéites du sternum où ces faits sont relatés.

Dans un cas analogue à celui qui nous est présenté, j'ai fait une incision et j'ai comprimé. Le malade a guéri.

M. Demarquay. Il ne faudrait pas laisser passer sans réserve le principe de l'ablation des abcès froids. J'ai vu un certain nombre de ces abcès froids de la poitrine qui ont été heureusement traités par l'incision ou le drainage. Lisfranc, depuis longtemps, s'est élevé contre l'excision appliquée aux abcès froids.

M. Perrin. J'ai vu, comme M. Larrey, un bon nombre d'abcès des parois thoraciques dits des abcès froids. J'ai constaté aussi qu'ils étaient dus à un traumatisme et étaient rarement liés à une altération osseuse. J'avais même pensé un instant qu'ils avaient pour origine les lymphatiques. Ces abcès se développent lentement, et ce n'est qu'à la longue que les os deviennent malades, encore la lésion n'est-elle point de la carie. Je me rallie d'ailleurs aux observations de mes collègues. Le traitement ordinaire des abcès est ce qu'il y a de meilleur; le drainage est souvent utile. Un traitement tonique est indiqué pour pousser le malade à l'embonpoint afin de faciliter les recollements de la peau. J'ai autrefois entretenu la Société à ce sujet à propos des fistules thoraciques.

M. Giraldès. Je m'associe aux réserves de nos collègues; mais je veux insister sur l'origine des abcès dans la région mammaire. Il y a sous le grand pectoral une loge où le pus peut s'étendre pour remonter quelquefois jusque sous la clavicule, avant de traverser le muscle grand pectoral. Le pus, dans le cas présent, peut s'être formé dans le tissu cellulaire sous-mammaire et avoir écarté les fibres du grand pectoral. Je ne crois pas à l'interprétation de M. Horteloup sur la migration du pus et sur l'origine de l'abcès froid aux dépens du sternum.

PRÉSENTATION DE PIÈCE

Nécrose phosphorée. — M. A. Guérin présente un maxillaire inférieur, nécrosé en entier, qu'il a extrait, et montre le malade, chez lequel il y a une reproduction osseuse. Voici le fait en résumé.

M..., 19 ans, trempeur dans une fabrique d'allumettes chimiques, était entré à Saint-Louis, salle Saint-Augustin, n° 45, le 20 avril 1867. Depuis 19 mois déjà le malade avait des dents malades. Les gencives suppuraient depuis 4 mois. A son entrée à l'hôpital, ce jeune homme avait un gonflement pâteux dans toute la région qui correspond au maxillaire inférieur; toutes les dents de la mâchoire inférieure étaient ébranlées, et tous les signes de la nécrose phosphorée étaient évidents.

Le séquestre n'étant point mobile, M. Guérin attendit. Les dents furent enlevées pour permettre au malade de manger. Un abcès se forma, puis deux ; ils ont été ouverts. Le 5 novembre, l'os commençait à se dénuder. Le 22 décembre, M. Guérin fit l'opération. Il décolla le périoste dans les points où il était encore adhérent, puis il scia l'os et en décolla les deux parties en les tordant sur elles-mêmes par les procédés classiques ; sauf qu'une des parties de l'os cassa, et qu'on fut obligé de l'arracher avec un davier, et que le décollement du périoste fut en quelques points assez laborieux, les suites de l'opération furent heureuses.

La pièce montre que la totalité du maxillaire a été enlevée, et que l'os ancien est comme enveloppé par l'os nouveau, qui a été extrait en même temps que le séquestre.

Le malade que vous voyez a malgré cela un maxillaire inférieur, incomplet, il est vrai, mais capable de rendre des services ; de sorte que ce malade peut être considéré comme ayant un maxillaire pour la troisième fois, si l'on compte l'os ancien, les ostéophytes sécrétés par le périoste autour de l'os ancien, et l'os rudimentaire qui existe aujourd'hui chez ce jeune homme.

M. TRÉLAT. J'appellerai l'attention sur un fait qui me paraît être la règle dans les nécroses phosphorées de la mâchoire inférieure. Les ostéophytes périostales sont caduques, quelque soit leur volume. Sur la pièce que nous présente notre collègue, je vois des ostéophytes très-volumineuses, et je n'hésite pas à attribuer leur volume à la longueur de la suppuration qui a été nécessaire pour diminuer le séquestre.

Je trouve encore un résultat de la longueur de la suppuration dans l'état des parties que j'observe sur le malade : il n'a point d'os dans la partie antérieure de la mâchoire inférieure. Cela tient à ce que pendant l'élimination des ostéophytes, le périoste s'est rétracté en arrière, où il a pu seulement contribuer à produire un os nouveau. Pour moi, il paraît évident que plus l'os séquestré et les ostéophytes s'éliminent vite, plus la réparation est bonne.

ÉLECTIONS DU BUREAU POUR L'ANNÉE 1872.

Président.

Sur 29 votants :

M. Dolbeau........................ 28 voix.
Bulletin blanc.................... 1 —

M. Dolbeau est nommé président pour l'année 1872.

Vice-président.

Sur 29 votants :

M. Trélat......................... 20 voix.
M. Demarquay...................... 4 —
M. Forget......................... 3 —
M. Guyon.......................... 1 —
Bulletin blanc.................... 1 —

M. Trélat est nommé vice-président de la Société de chirurgie.

Secrétaire général.

L'élection de M. Trélat à la vice-présidence laisse vacante sa place de secrétaire général. Il est procédé au vote.

Sur 27 votants :

M. Guyon.......................... 20 voix.
M. Perrin......................... 4 —
M. Forget......................... 1 —
M. Guéniot........................ 1 —
M. Tarnier........................ 1 —

M. FORGET. Il a été entendu que la place de secrétaire général devait être occupée pour cinq ans ; je crois qu'il est contraire aux intérêts de la Société que ce principe ne soit pas observé. Il est très-utile que le secrétaire général ne change pas sans cesse. Obligé d'avoir de fréquents rapports avec nos correspondants, avec les étrangers, il a besoin d'être bien au fait de ses fonctions. Il serait regrettable que la place de secrétaire général fût tous les ans une étape vers la vice-présidence.

M. BLOT. La Société est souveraine, et je ne pense pas qu'il soit opportun d'insister, car ce serait presque infliger un blâme au jugement de nos collègues.

M. FORGET. Cela n'a jamais été dans ma pensée ; ce que j'ai dit était exclusivement dans l'intérêt de la Société.

La séance est levée à 5 heures.

Le vice-secrétaire : ARMAND DESPRÉS.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté des sciences de Paris. — M. Georges, docteur en médecine, licencié ès sciences naturelles, est nommé préparateur d'anatomie et de physiologie des animaux à la Faculté des sciences de Paris, en remplacement de M. Philippon, appelé à d'autres fonctions.

Erratum. — Le prix du *Traité clinique des maladies aiguës des organes respiratoires*, par le docteur Woillez, est de *douze* francs et non de 2 francs, comme il a été imprimé dans notre numéro du 19 décembre.

Erratum. — Page 607 (article de M. le docteur Lantier), 1re col., 41e ligne, au lieu de « Quant à limiter », lisez « Tenant à limiter ». — 2e col., 42e ligne, au lieu de « les différentes plaies », lisez « les différents plans des tissus divisés ». — 64e ligne, au lieu de « cautérisations, lisez « cicatrisation ». — 68e ligne, supprimer les mots : que j'ai.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

TABLE DES MATIÈRES

DE LA

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES — 1871

A

B

C

NOMS DES AUTEURS

DONT LES TRAVAUX ONT ÉTÉ PUBLIÉS DANS LA GAZETTE DES HOPITAUX EN 1871

PARIS. — IMPRIMERIE POUGIN, QUAI VOLTAIRE, 13.

